



RATIO – FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE PSICOLOGIA

Robério Adriano da Silva Lima

TITULO

DEPRESSÃO PÓS-PARTO
BABY BLUES A TRISTEZA QUE CHEGA COM O BEBÊ

Fortaleza-CE

2019

L732d Lima, Robério Adriano da Silva.

Depressão Pós-Parto: baby blues a tristeza que chega com o bebê. / Robério Adriano da Silva Lima. Fortaleza, 2019. 47 fls. Enc.

Orientador(a): Profa. Esp. Lívia Leite Gurgel.
Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso Psicologia.

1. Depressão Pós-parto 2. Baby blues 3. Tristeza
I. Profa. Esp. Lívia Leite Gurgel. II. Faculdade Ratio, Graduação em Psicologia III. Título

CDD 150
CDU 159.9



Monografia submetida a aprovação do Curso de PSICOLOGIA, pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica como requisito parcial para obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA.
Orientador (A): prof.^a Esp. Lívia Leite Gurgel

Fortaleza - CE

2019

Robério Adriano da Silva Lima

DEPRESSÃO PÓS-PARTO
BABY BLUES A TRISTEZA QUE CHEGA COM O BEBÊ

Monografia como pré-requisito para obtenção de BACHAREL EM PSICOLOGIA. outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação __/__/____

Banca Examinadora

prof.^a Esp. Lívia Leite Gurgel
(Orientador(a))

prof.^a Dra..Virzângela Paula Sandy Mendes
(Convidada)

prof.^a Dra. Lucili Granjeiro Cortez
(Convidada)

Aos meus pais (José Antônio Ferreira Lima e Maria Neide da Silva Lima) e ao meu querido e amado irmão Roberto Jackson da Silva Lima in memory, que me apoiaram, me amaram; e são os meus referenciais de vida. A minha amada esposa, por sua força, incentivo nas horas mais difíceis. Aos meus filhos pelo seu amor para comigo e aos meus irmãos e familiares, pela compreensão e paciência na concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida; fé e perseverança no empenho deste.

Aos meus familiares, no incentivo e dedicação, aos professores, pelo aprendizado deste curso, sem os quais não poderia esse sonho ser concretizado.

A meu amigo, o Dr. e Professor Deoclécio Justino Azevedo Said, pela oportunidade a mim confiada e concedida, por sua excelência de conhecimento, experiência e visão empreendedora e orientação e dedicação até aqui vivenciada; sua forma de ser, sua pessoa e seu caráter muito me ensinou.

Agradeço a todos que encontrei e que compartilham minhas alegrias no dia a dia; os que me ajudaram nas dificuldades. Não podendo deixar de incluir nesse momento de vitória aqueles que são meus amigos e colaboradores na faculdade, são eles: os zeladores, as pessoas da recepção, portaria, o motorista do ônibus da faculdade, os colegas de sala de aula, e não poderia deixar de fora o CAPS do Maranguape, aqueles que me ensinaram na prática e me influenciaram na escolha do tema desse trabalho monográfico.

Obrigado SENHOR, por estar vivenciando este momento tão especial!

“Somos feitos de carne, mas temos de viver como se fôssemos de ferro”
(Sigmund Freud).

RESUMO

O tema Depressão Pós-parto baby blues a tristeza que chega com o bebê, apresentado nesse trabalho acadêmico, nasce a partir da necessidade de melhor entender como essa patologia clínica silenciosa evolui para outras doenças psicossomáticas e em casos mais graves o tratamento não resolve ocorrendo até mesmo a morte da puérpera. A mulher gestante ou puérpera precisa ser vista com atenção e carinho, porque envolve alterações físicas, hormonais, psíquicas e de condução social, que reflete diretamente na saúde mental dessas lactantes. Apesar de ser frequente o “baby-blues”, a tristeza que chega com o bebê, forma mais branda da DPP, ocorre entre 10% e 15% das puérperas. Nosso principal objetivo nessa pesquisa é identificar através de um sólido diagnóstico podemos diferenciar qual tipo de patologia está sendo apresentada. Porque existem dois tipos de puérperas as com disfunções psicossomáticas e aquelas gestantes descompensadas com complicações do parto em função das condições maternas e fetais. Esse trabalho teve uma metodologia simples, não só minha própria experiência nesse tema por mim apresentado em práticas de auxílio em clínicas e hospitais; bem como na formulação dos conceitos através de livros, manuais de orientações hospitalares e de enfermagem e em outras fontes de nível acadêmico e eletrônico. Os resultados postulados nessa pesquisa são que de fato observamos que existem diagnósticos, e procedimentos diferentes nos dois casos diferentes das Puérperas. E por fim a nossa participação nesse debate está condicionado à sermos participantes de uma nova consciência e de estimular que todos os profissionais ligados à psicologia, saúde, política e entre outro seguimento da sociedade possamos mudar nossas posturas e práticas em relação a DPP.

Palavras-chave: Depressão Pós-parto. Baby blues. Tristeza. Diagnóstico. Óbito.

ABSTRACT

The topic of postpartum depression baby blues the sadness that arrives with the baby, presented in this academic work, is born from the need to better understand how this silent clinical pathology evolves to other psychosomatic disorders and in more severe cases the treatment does not solve even occurring the death of the puerperal. Pregnant or puerperal women need to be seen with care and attention because it involves physical, hormonal, psychic and social behavior changes that directly reflect the mental health of these infants. Although baby-blues are frequent, the sadness that comes with the baby, the milder form of PPD, occurs between 10% and 15% of puerperal women. Our main objective in this research is to identify through a solid diagnosis can differentiate what type of pathology is being presented. Because there are two types of puerperal women with psychosomatic dysfunctions and those decompensated with complications of childbirth due to maternal and fetal conditions. This work had a simple methodology, not only my own experience in this subject by me presented in practices of aid in clinics and hospitals; as well as in the formulation of concepts through books, nursing and nursing guidance manuals, and other academic and electronic sources. The results postulated in this research are that in fact we observed that there are different diagnoses and procedures in the two different cases of Puerperal. And finally, our participation in this debate is conditional on being participants in a new consciousness and encouraging all professionals related to psychology, health, politics and other follow-up of society to change our positions and practices in relation to DPP.

Key words: Baby blues. baby blues Sadness. Diagnosis. Death.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO – 1. FICHA DE CONSULTA A PUÉRPERA E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO COMPONENTE I – PRÉ-NATAL..... | 18 |
| QUADRO – 2. MAPA DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL/CONSULTÓRIO DE UM NUTRICIONISTA..... | 21 |
| QUADRO – 3. FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL | 23 |
| QUADRO – 4. FICHA DE HISTÓRICO INDIVIDUAL E AVALIAÇÃO CLÍNICA . | 23 |
| QUADRO – 5. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICAS/ANTROPOMÉTRICA..... | 23 |
| QUADRO – 6. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA/Balança BIA..... | 24 |
| QUADRO – 7. AVALIAÇÃO DIETÉTICA/RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL..... | 24 |
| QUADRO – 8. CONTROLE DO TRATAMENTO DIRECIONADO | 25 |
| QUADRO – 9. PRESCRIÇÃO DIETOTERÁPICA..... | 25 |
| QUADRO – 10. FICHA DE VISITA DOMICILIAR MONITORAMENTO LADO A.. | 27 |
| QUADRO – 11. FICHA DE VISITA DOMICILIAR MONITORAMENTO LADO B. | 28 |
| QUADRO – 12. COMPARAÇÃO ENTRE “BABY BLUES” e DPP..... | 32 |
| QUADRO – 13. DIAGNÓSTICO EM PUÉRPERAS COM DPP | 37 |
| QUADRO – 14. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL EM PUÉRPERAS DESCOMPENSADAS | 38 |
| QUADRO – 15. INSTRUMENTOS PARA A INESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO | 42 |

| | |
|---|---------------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. PUÉRPERA E SUAS IMPLICAÇÕES..... | 14 |
| 2.1 Entendendo os termos empregados na linguagem médica..... | 14 |
| 2.2 Como aplicar na prática o tratamento de forma antecipada..... | 16 |
| 3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO..... | 29 |
| 3.1 Um assunto que parece superado..... | 29 |
| 3.2 O tratamento das puérperas descompensadas | 34 |
| CONSIDERAÇÕES | FINAIS |
| | 44 |
| REFERÊNCIAS..... | 46 |

1. INTRODUÇÃO

Por que falar de Depressão pós-parto (DPP) num trabalho de conclusão de curso de Psicologia? Acredito que essa pergunta nasce de outro questionamento, por que mulheres ainda morrem nos partos em pleno século 21? Existem várias respostas, mas podemos pontuar dentre tantas a insuficiência de investimento, a exclusão social sofrida por parte das mulheres e a falta de conscientização sobre os cuidados durante esse período de puerpério. De acordo com dados bem atualizados, o número de fato assusta. Chegando a casa de mil mulheres que morrem no mundo, todos os dias; por causa de complicações na gravidez e no parto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), que também notificou que, apesar de tudo, a mortalidade materna vem registrando uma crescente queda de 45% desde a década dos anos 90.

Em nosso país, aproximadamente 800 gestantes chegam a óbito. Infelizmente aqui esse índice não tem baixado em larga escala, apesar das iniciativas do governo brasileiro com a criação de programas e políticas públicas, e permanecem acima do que é considerado aceitável pela a OMS (entre 10 e 20 mortes maternas/100.000 nascidos vivos).O pior de tudo é que, segundo especialistas, os óbitos seriam evitados em 90% dos casos. Estudos revelam, também, a marginalização de mulheres por meio das desigualdades de classe social, gênero, raça/etnia e geração, que se articulam, penalizando as mais jovens, pobres, negras, as poucas escolarizadas, residentes nos bairros periféricos das cidades, sem acesso aos bens e serviços e à saúde, como mostra o site Ciência e Cultura¹.

Mas a nossa questão nesse trabalho monográfico está delimitada no seguinte tema: “Depressão Pós-parto baby blues a tristeza que chega com o bebê”, esse é o ponto. Hoje nós sabemos que tais fatores apresentados são norteadores para que possamos melhor entender a morte nos partos no Brasil e no mundo, mas esse trabalho de conclusão se presta no serviço público em primeiro lugar para informar que a DPP, hoje no Brasil, é ocultada em relação à morte de bebês nos partos e não entram nas estatísticas em que o número de óbitos poderia ser bem maior por causa

¹ Fundação Maria Cecília. Por que mulheres ainda morrem nos partos em pleno século 21? 2017; p.1-14. Disponível em: <<http://desenvolvimento-infantil.blog.br/por-que-mulheres-ainda-morrem-nos-partos-em-pleno-seculo-21/>> Acesso em: 01.12.2017.

de dois fatores que dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito.

A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou a falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania².

Dessa forma, a não utilização de dados estatísticos dificulta o controle de dados que possam chegar até nós para que possamos de fato ter uma noção exata dos riscos da DPP. Esse trabalho monográfico tem como três objetivos principais: 1) Mostrar a importância desse assunto em que por muitas vezes se mostra esquecido e não é dada a devida importância para o mesmo, haja vista os dados estatísticos serem eclipsados; 2) O que de fato é a puérpera ou “baby-blues” e 3) Qual diagnóstico e o tratamento adequado. De forma geral, esses são os três objetivos gerais.

Mas de forma mais detalhada gostaria de salientar alguns objetivos específicos sobre a DPP. Nessa pesquisa entendo como relevante os vários quadros que foram mostrados para identificar tais informações que julgo de grande importância. Ao todo foram 15 quadros, que se iniciaram com a parte que chamo “crítica”, porque é a parte de coletar dados sobre a puérpera e o bebê no pré-natal que são esses dados que na grande maioria das vezes não chega até a sociedade, trazendo como se vê hoje desinformação, ignorância e até visto com desdém (comportamento distanciado; indiferença), em relação ao assunto DPP. Os primeiros nove quadros tratam desses dados adquiridos em Postos de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais, Clínicas e um acompanhamento por parte de profissionais da saúde junto as puérperas, são os quadros de: Ficha de consulta à Puérpera, e o monitoramento e avaliação do pré-natal; Ficha dos SISVAN, Mapa de acompanhamento nutricional; Ficha de avaliação antropométricas; Ficha de

²Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2007, p.9.

avaliação antropométrica Balança BIA³; Ficha de avaliação dietética/recordatório alimentar habitual e o controle do tratamento direcionado e fechando esse primeiro ciclo avaliatório a Ficha de prescrição dietoterápica.

A partir do décimo quadro entramos no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal, parto, puerpério e a criança, com esse quadro avaliativo, em que podemos constatar qual tipo de Puérpera está sendo feito o acompanhamento. Que tanto pode ser uma Puérpera descompensadas ou apenas uma puérpera com crises psicossomáticas. Até chegarmos ao quadro de controle de óbito da puérpera.

A metodologia empregada nessa pesquisa acadêmica foi realizada por várias fontes bibliográficas em livros, manuais do Ministério Público da Saúde do Brasil, Artigos Científicos, Monografias de Graduações de Universidades Renomadas do Brasil, Revistas, Periódicos e sites informativos da internet. Foram apresentados quadros, como já foram citados, com informações coletadas de tipos de fichas usadas pelo Serviço Público de Saúde no Brasil, padronizadas; e fichas de controle da Nutricionista Andressa Wagner – CRN – 2:8100.

Concluimos com a perspectiva de que para se fazer um verdadeiro e sério diagnóstico com eficácia no tratamento em relação à DPP não é uma coisa fácil, segundo os especialistas, uma vez que é relativo de caso a caso. vai depender muito do tipo de inadequação e perturbação psicológica que a puérpera se encontra e o quadro do bebê.

2. PUÉRPERA E SUAS IMPLICAÇÕES

Este tópico tem como objetivo identificar o termo *puérpera* tecnicamente dentro do contexto da saúde médico hospitalar, bem como ocorre nas mulheres gestantes. Sendo que a puérpera precisa ser vista com atenção e carinho, porque

³**Grifo nosso:**Balança de Alta Capacidade Tecnologia BIA com Monitor de Composição Corporal, Mede Gordura Corporal, Nível de Água Corporal, Massa Óssea e Massa Muscular – TFY.

envolve alterações físicas, hormonais, psíquicas e de condução social, que reflete diretamente na saúde mental das mesmas. Observando ainda que ao aproximar-se do término da gestação, a preocupação se concentra no processo de parturição e nos cuidados neonatais. A insegurança na capacidade de parir com boas condições pode ser superada com a preparação adequada para este momento. Dentro dessa preocupação com a gestante, incluímos nessa seção o cadastro do Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal e Nascimento Componente I. Um quadro elucidativo que mostra o procedimento adequado para lidar tanto preventivamente, bem como remediar esses casos.

2.1 Entendendo os termos empregados na linguagem médica

Conforme Cabral, et. al (2010), o que tem se aprendido ao longo dos anos é que se faz necessário alguns cuidados básicos a serem tomados com o recém-nascido. No tocante que também se reduz a ansiedade, prepara para o aleitamento. De forma tradicional se entende isso no pós-parto que de forma imediata o paciente pode entrar num quadro de depressão transitória, muitas vezes associado ao esgotamento físico e a sensação nova e difícil da maternidade. Na maioria das vezes, esse quadro é transitório e se resolve sem uso de medicamentos ou terapia. Há, no entanto, alguns casos graves que configuram psicose puerperal.

Contudo, essa situação que aparentemente pode parecer simples, nada mais é do que o puerpério ou puérpera. Mas o que de fato vem a ser isso? Define-se da seguinte maneira, mulher que pariu recentemente, parturiente mulher que está dando à luz ou a deu recentemente. De forma mais detalhada ou tecnicamente falando seria:

Puerpério é o período que ocorre logo após o parto, também denominado de pós-parto. Nesta fase, o corpo da mulher está em processo de recuperação da gravidez, sofrendo uma série de modificações físicas e psicológicas. Durante o puerpério, a mulher é clinicamente chamada de puérpera. Neste período, assim como acontece no pré-natal, a mulher deve manter alguns cuidados para atingir a completa recuperação e evitar problemas de saúde. Os médicos estimam que o tempo médio do puerpério é de 6 semanas, começando imediatamente após o nascimento do bebê. Durante esta fase, o corpo da puérpera está em processo de estabilização, voltando ao que era antes da gravidez. A mulher deve continuar procurando orientação médica até a total recuperação do organismo. É durante o puerpério que a mulher dá início a amamentação, com a subida dos hormônios responsáveis em produzir o leite materno. Por este motivo, pode

ser que durante a fase de amamentação a mulher sofra alterações no seu ciclo menstrual. Normalmente, mulheres que não amamentam conseguem estabilizar a sua função ovulatória com até 8 semanas após o parto. No entanto, as que estão em processo de amamentação podem ficar entre 6 e 8 meses sem ovular⁴.

Infelizmente, de acordo com dados mais recentes, 2% das puérperas podem progredir para a forma mais grave no quadro depressivo ou da depressão materna, associada a delírios e pensamentos de machucar a si e ao próprio bebê, que é denominado de psicose puerperal. Todo esse quadro pode evoluir para outras fases do puerpério, que estão divididas em três principais fases:

- Puerpério imediato: dura aproximadamente entre 2 e 4 horas após o parto, com a saída da placenta;
- Puerpério mediato: do puerpério imediato até o 10º dia. Nesta fase a mulher passa pela loquiação, ou seja, secreções libertadas pelo útero, eliminando resíduos membranas da placenta. É nesta etapa que o útero volta ao seu tamanho normal, após a dilatação para a gravidez.
- Puerpério tardio: do 10º ao 45º dia. Nesta etapa a mulher deve continuar sendo observada por cuidados médicos periódicos⁵.
- Ainda existe uma quarta fase, chamada de puerpério remoto, que se prolonga do 45º dia até que a mulher consiga retornar a sua função reprodutiva.
- Puerpério normal e Puerpério patológico: O chamado "puerpério normal" é quando a mulher passa por todas as etapas do puerpério conforme previsto, sem complicações ou anomalias físicas e psicológicas.
- O "puerpério patológico", por sua vez, acontece quando existem complicações ou anomalias no processo de recuperação pós-parto da mulher, como síndromes hemorrágicas puerperais, infecções, doença tromboembólica, depressão pós-parto, síndrome da tristeza e outras psicopatologias⁶.

2.2 Como aplicar na prática o tratamento de forma antecipada

⁴ Disponível em: <<https://www.significados.com.br/puerperio/>> Acesso em: 22.11.2017.

⁵ Idem.

⁶ Idem.

Antes de qualquer tratamento mais complexo ou de maior intensidade em lidar com tais pacientes, tudo tem que passar por alguns procedimentos ainda no pré-natal, outros a posterior e até em caso de falecimento da gestante começa então com: Ficha de Consulta à Puérpera; Caderneta da Gestante; Ficha de Cadastramento da Gestante; SISVAN – Mapa de Acompanhamento Nutricional; Ficha de Visita Domiciliar – e-SUS Atenção Básica; Cadastro Individual - e-SUS Atenção Básica; Ficha de Procedimentos - e-SUS Atenção Básica; Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL; Instrumento de Notificação de Óbito da Mulher em Idade Fértil. Contudo, só alguns quadros foram pontuados sobre puérpera e alguns desses procedimentos, por uma questão de objetividade não apresentarei outros, não por serem de menor importância, mas porque para esse trabalho acadêmico não seria útil, mas destaco os procedimentos dentro do tema dissertado, levando em consideração os procedimentos médicos.

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal, entre outros recursos, depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado. É necessário que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Para isso, é necessário que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmônica, visando garantir o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido, evitando sua peregrinação e, quando necessário, sua transferência em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência. Nas unidades de cuidado a mulher deve ser acolhida e o seu atendimento deve ser priorizado de acordo com o grau de risco que apresenta nesse momento (Cadernos Humaniza SUS. Volume 4 Humanização do parto e do nascimento, 2014, p.30).

Dentro desse contexto de qualidade da assistência obstétrica e neonatal dos recém-nascidos e as puérperas, considerada um quadro de emergência, requer-se monitoramento rigoroso e muitas vezes a internação se faz necessária para preservar a vida. Apesar desta gravidade, menos de 5% dos casos evoluem para o suicídio ou infanticídio (assassinato do bebê, de adequadamente tratada e acompanhada). Independentemente do tipo do transtorno é importante que os sintomas sejam reconhecidos precocemente e adequadamente tratados. Assim, alguns quadros de controle de informações das gestantes e suas crianças fazem parte da minha vida prática e profissional de experiências que tive e tenho nos hospitais, consultórios, com médicos, enfermeiros, prontuários, pacientes e a rotina

também nos postos de saúde e todos os recursos que o Estado dispõe para alcançar a população na rede pública⁷.

As mulheres são a maioria da população residente no Brasil (51,9%) e também são as principais usuárias dos serviços de saúde, segundo os dados da **PNS 2013**⁸. Um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado no conceito de saúde integral, em contraposição ao modelo materno-infantil, pressupõe ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil sociodemográfico das mulheres (Pesquisa Nacional de Saúde. Ciclos de Vida Brasil e Grandes Regiões, 2013; p.36).

O primeiro quadro apresentado é o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal, parto, puerpério. Conforme Gomes, et. al (2010), explica que o diagnóstico da Depressão Pós-parto (DPP), muitas vezes é descuidado pela própria gestante ou puérpera, bem como do marido e familiares, associando de forma equivocada tais sintomas ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério, tendo como causas do acúmulo de tarefas caseiras e cuidados com o bebê.

Por isso precisamos fazer uma avaliação precisa, que começa pelo lugar em que feito esse Pré-Natal ou estabelecimento, os dados pessoais da puérpera, os dados do parto propriamente dito e fechando com as consequências que podem ser tanto positivas como negativas. É bom lembrar que os dados aqui por mim informados são usados por toda Rede Pública de nosso País, e que são bastante eficazes. Acredito que o nosso desafio aqui nesse trabalho monográfico seja chamar a atenção dos profissionais da área para possíveis resultados negativos que passam despercebidos, passando a falsa impressão que tal tema não seja relevante para hoje, vejamos então o primeiro quadro:

1. FICHA DE CONSULTA À PUÉRPERAMONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO COMPONENTE I – PRÉ-NATAL

| | |
|-----------------------|--|
| SISPRENATAL N: | Data de atendimento: ____/____/____ |
|-----------------------|--|

⁷Ibid., p.30.

⁸A Sigla (PNS), é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013. Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>> Acesso em: 28.11.2017.

| | |
|-------------------------------|--|
| ESTABELECIMENTO: | |
| 01 | Município do atendimento: _____ |
| 02 | Código do IBGE: _____ |
| 03 | Sigla da UF: _____ |
| 04 | Nome da unidade de saúde: _____ |
| 05 | Código CNES: _____ |
| 06 | Número da área: _____ |
| 07 | Número da microárea: _____ |
| 08 | Nome do Profissional: _____ |
| 09 | CNS Profissional: _____ |
| 10 | Data do Parto: ____/____/____ |
| 11 | IG (Sem/Dias): _____ |
| 12 | Tipo de Parto () Vaginal () Cesáreo () Fórceps. |
| DADOS PESSOAIS: | |
| 13 | Nome da Puérpera: _____ |
| 14 | Data de Nascimento: ____/____/____ |
| 15 | Nome da mãe da Puérpera: _____ |
| 16 | Nº do cartão nacional de saúde- CNS da Puérpera: _____ |
| DADOS DO PARTO: | |
| 17 | Local da ocorrência: () 1 centro de parto normal 2 - domicílio 3-hospital 4-maternidade 5- outro estabelecimento 6- outros. |
| 18 | Estabelecimento do parto (CNES): _____ |
| 19 | Teve a presença de acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto? () 1 sim () 2 não. |
| 20 | Foi atendida na casa da gestante, do bebê e da puérpera? () 1- sim () 2 não. |
| DESEFECHO DA GESTAÇÃO: | |
| 21 | Motivo: [1]-aborto [2]- óbito materno [3]- óbito fetal [4]- mudança de estado [5]-Mudança de município [6]- abandono do pré-natal [7]- optou por convênio particular [8]- cadastramento duplo [9]- ciclo gravídico puerperal concluído [10] Falta de alimentação do sistema [11] outros motivos identificar: _____ |
| 22 | Responsável pela digitação: _____ |
| 23 | Data da Digitação: ____/____/____ |

Quadro 01 - Fonte da internet⁹: MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Analisando esse primeiro quadro, identificamos que essa ficha tem um padrão em todo território nacional como já falamos, e que se propõe a identificar as informações mais importantes em relação à mulher e à sua gestação, que tem todo o histórico da paciente desde o momento do pré-natal até o nascimento da criança e hipoteticamente cobre até a possibilidade de óbito, caso necessário.

Graças aos avanços tecnológicos, essa fase do puerpério pode ser acompanhada por um moderno software na internet que faz todo esse levantamento de dados da puérpera. Contudo, acredito que não seja demais que a mesma não deixe de fazer o seu Pré-Natal na unidade de um Posto de Saúde mais perto de casa. Na verdade, nada substitui isso, mas estamos avançando e acredito que SISPRENATAL como Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal, dentro das Unidades de Saúde, bem como Postos de Saúde, Unidades de Pronto

⁹ Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%208/Downloads/FICHA_DE_CAMPO_PUERPERIO%20(5).pdf>
Acesso em: 28.11.2017.

Atendimento (UPAS), Hospitais e Maternidades tendem a melhor viabilizar esses dados para todo o de dados em todo Território Nacional.

O SISPRENATAL é o sistema de monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na unidade básica de saúde até o atendimento hospitalar de alto risco. O sistema contribui, ainda, para identificação de fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e da criança, e possibilita a prevenção das complicações identificadas como principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. A Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011, defini que cabe ao Ministério da saúde estabelecer as normas de implementação do Sistema; coordenar e orientar a implantação do Sistema em todo o território nacional. E em seu artigo 10º autoriza a conceder benefício financeiro para gestantes cadastradas no SISPRENATAL. O SISPRENATAL é à base de dados oficial para a concessão do benefício às gestantes e a CAIXA é o agente pagador do Programa REDE CEGONHA no que consiste às transferências diretas de valores às beneficiárias gestantes, objetivando apoio nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 68 de 11 de janeiro de 2012. O acesso ao sistema SISPRENATAL WEB, é feito pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br/sisprenatal (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária da Atenção à Saúde. Centro Latino-Americano de Perinatologia da Mulher a Reprodutividade. CLAP/SMR. Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde – OPAS/MS, 2010, p.1-32).

Para Filho, et. al (2015), esse software favorece ações a serem implementadas nas Redes Públicas de Saúde, como a redução e o tempo de liberação de recursos financeiros, proporcionar ainda ações de monitoramento constante na avaliação mais eficiente dos dados das gestantes. Esse sistema consiste em Registrar a inclusão das ações a serem desenvolvidas na implementação das Redes na Programação Geral das Ações de Saúde.

Os dados constantes das fichas de cada gestante, digitados no sistema, possibilitarão a emissão de relatórios gerenciais sobre a assistência ao pré-natal e puerpério para os gerentes das unidades de saúde que atendem as gestantes, para os gestores municipal e estadual e possibilitará ainda a formação da Base de Dados Nacional do Sisprenatal. Este sistema retroalimentará a Coordenação Nacional do Programa dando conhecimento sobre a qualidade da assistência pré-natal no país (IMPLATAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN), 2001, p.12).

O próximo quadro que iremos analisar tem como objetivo principal avaliar a alimentação da gestante, doenças, menstruação e etc. O SISVAN é o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional. Ele tem vários tipos de fichas de

Cadastramento/Acompanhamento para as gestantes, como por exemplo: Formulário de Cadastro Individual e 1º Acompanhamento Nutricional (2015), Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (2015), Mapa de Acompanhamento Diário em Branco, Legenda do Mapa de Acompanhamento Diário, Manual Operacional para uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN VERSÃO 3.0, Formulário de Cadastro Individual e 1º acompanhamento nutricional (versão 3.0)¹⁰.

Na sequência o SISVAN, ainda temos: Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (versão 3.0), Mapa de Acompanhamento Diário em branco (versão 3.0), Tutorial SISVAN WEB (2015), Formulário de cadastro individual e 1º acompanhamento nutricional (2015), Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (2015), Formulário de cadastro individual e 1º acompanhamento nutricional (versão válida até 2014), Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar para indivíduos menores de 5 (versão válida até 2014), Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar para indivíduos a partir de 5 (versão válida até 2014), Mapa diário de acompanhamento, Formulário complementar da ANDI¹¹.

Mapa de Acompanhamento Nutricional de um Profissional Nutricionista junto com uma avaliação Psicologia:

2. SISVAN – Mapa de Acompanhamento Nutricional / Consultório de um Nutricionista

| | | | |
|---|--|---|--|
| Estabelecimento de Assistência à Saúde SAÚDE DA MULHER Nº CNES: | Identificação da criança | | |
| Nome: _____ _____ _____ Endereço: _____ _____ _____ | Sexo: () M, () F Data de nascimento: ____/____/____ | Data de acompanhamento: ____/____/____ Peso (Kg) _____ | Altura cm Tipo de alimentação (1) Peso de nascer (g) |
| Identificação da gestante | | | |
| Adulto | Peso Pré-Gestacional Data da última menstruação: ____/____/____ | Peso Pré-Gestacional Data de nascimento: ____/____/____ | Peso Pré-Gestacional Data de nascimento: ____/____/____ |
| | Circunferência da cintura (cm) | Risco aumentado () Sim, () Não | Doenças ()2 |
| | Intercorrências ()3 | Participa de outro programa social: 1) Estadual; 2) Municipal | |

¹⁰ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php> Acesso em 24.11.2017.

¹¹ Idem.

| | | | |
|--|---|---|---|
| Nome: _____ _____ Enderço: _____ _____ _____ | Sexo: () M, () F Data de nascimento: ____/____/____ | Data de acompanhamento: ____/____/____ Peso (Kg) _____ | Altura cm Tipo de alimentação (1) Peso de nascer (g) |
| | Identificação da gestante | | |
| Adulto | Peso Pré-Gestacional Data da última menstruação: ____/____/____ | Peso Pré-Gestacional Data da última menstruação: ____/____/____ | Peso Pré-Gestacional Data da última menstruação: ____/____/____ |
| | Circunferência da cintura (cm) | Risco aumentado () Sim, () Não | Doenças () 2 |
| | Intercorrências() 3 | Participa de outro programa social: 1) Estadual; 2) Municipal | |

Quadro 02 - Fonte da internet¹²: MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

De fato, estamos cientes que o profissional na área de Nutrição exerce papel importantíssimo de grande colaboração não só na área da saúde do corpo, mas como na saúde da alma, em nosso caso na Psicologia eu diria preponderante, porque comer está relacionado à mente também:

Nesse contexto, considerando os altos índices de doenças relacionadas à obesidade e sobrepeso no Brasil e no mundo, torna-se necessário introduzir práticas de saúde baseadas em modelos eficazes. As intervenções em grupo são alternativas que podem estimular e motivar o indivíduo à mudança de comportamento alimentar para uma vida mais saudável. Nessa perspectiva, a psicóloga atuou como moderadora, explicando aos participantes os objetivos do encontro, a garantia do sigilo, a forma de registro dos dados e esclarecendo sobre a importância de todas as opiniões (Gatti, 2005). A nutricionista exerceu o papel de observador, auxiliando na anotação das falas. Utilizaram-se como material dois gravadores digitais portáteis e cadeiras avulsas em círculo. No primeiro grupo focal buscou-se investigar as percepções sobre fatores psicológicos que interferem na mudança do comportamento alimentar e conhecer as estratégias de intervenção utilizadas para amenizar tais sintomas psicológicos (FRANÇA, et. al. 2012, p.3,4).

De forma até redundante, diria que o Nutricionista, à primeira vista, parece que insurgiu dentro do cenário da Psicologia aparentemente como o “patinho feio da estória”. Parece que sua participação seria equivocada, meio que até sem nexos. Mas isso existe dentro de uma perspectiva, de um olhar daquele que observa também de forma equivocada a ideia de que o psicólogo tem por obrigação resolver

¹²Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%208/Downloads/mapa_acompanhamento%20(3).pdf> Acesso em: 25.11.2017.

todos os problemas da alma do paciente que chega ao seu consultório, grande tolice e uma inverdade!

O Psicólogo conversa, tenta apontar caminhos para que aquele paciente seja sugestionado a encontrar dentro de si as respostas que, às vezes, estão bem aos seus olhos e ele não consegue enxergar. No caso do conhecimento da Psicologia associado ao profissional de Nutrição, entendo que a “aplicação dos conhecimentos de psicologia colabora com o nutricionista, pois este se encontra em uma posição favorável para motivar a mudança nos hábitos alimentares do paciente” (PEREIRA, et. al. 2007, p.1).

Em se tratando de gestantes ou puérperas, enriquece ainda mais a relação da Psicologia com a Nutrição, levando em consideração não só os aspectos alimentares, mas, sobretudo, o parto, a saúde da gestante, do bebê, as consequências de uma gestação sem o acompanhamento desse profissional fica bastante comprometida, tanto a qualidade de vida dos indivíduos como os desdobramentos ruins que podem acontecer sem a devida orientação do Nutricionista nesse processo que começa com essa ficha de cadastro apresentado nesse segundo quadro avaliativo.

Tudo isso torna relevante o Nutricionista e nesse quesito quero ressaltar que o Governo Federal colocou dentro do Projeto Bolsa Família esse sistema de acompanhamento nutricional. Em realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional para promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e sobre os fatores que as influenciam. Sua utilização para a população contribui para o conhecimento dos problemas de nutrição, possibilitando a identificação de indivíduos e/ou grupos de pessoas com maior risco aos problemas nutricionais por áreas geográficas (ex: área rural), segmentos sociais (ex: população de baixa renda) e grupos populacionais (ex: gestantes, crianças, pessoas idosas)¹³.

Consultando alguns profissionais, escolhi a Nutricionista Andressa Wagner que atua na área e os quadros que serão apresentados mostram como ela tem desempenhado seu trabalho associado à Psicologia, e que pode fazer uma enorme diferença, mesmo em controles bem básicos de avaliação no consultório médico não só nas gestantes ou puérperas, mas em qualquer paciente que necessite desse profissional:

¹³ MANUAL PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. Alimentação e Nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família, 2010, p.16.

3. FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

| | | | |
|---|---------------|---|-----------|
| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO: Data da Avaliação ____/____/____ | | | |
| Nome: | | DN: ____/____/____ (____anos, ____ meses) | |
| Sexo: () F () | M Est. Civil: | Endereço: | Telefone: |
| Tratamento Nutricionista? () Sim () Não Qual: _____ | | E-mail: _____ | |
| HISTÓRIA CLÍNICA: Motivo da consulta: | | | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES E MÉDICOS: _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

Quadro 03 - Fonte: Nutricionista Andressa Wagner – CRN – 2:8100

4. FICHA DE HISTÓRICO INDIVIDUAL E AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Data da Avaliação ____/____/____

| | DM | HAS | CT | TLG | IAM | AVC | CA | Osteoporose | Gastrite | Cirurgia |
|----------|----|-----|----|-----|-----|-----|----|-------------|----------|----------|
| Próprio | | | | | | | | | | |
| Familiar | | | | | | | | | | |

Quadro 04 - Fonte: Nutricionista Andressa Wagner – CRN – 2:8100

5. AVALIAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS/ANTROPOMÉTRICA

| | | | |
|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| Peso usual = Kg | Peso Ideal = Kg | Peso Atual = Kg | Altura Referida: m |
| IMC= | Circ. do pulso: cm | % PPI: | % PPU: |

Data da Avaliação ____/____/____

Quadro 05 - Fonte: Nutricionista Andressa Wagner – CRN – 2:8100

6. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA /Balança BIA

Data da Avaliação ____/____/____

| MEDIÇÕES | 1 ^a | 2 ^a | 3 ^a | 4 ^a | 5 ^a |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Peso - Kg | | | | | |
| % Gordura | | | | | |
| % Líquido | | | | | |
| Escala Gord. Visceral | | | | | |
| Kg Massa Muscular | | | | | |
| Escala Const. Física | | | | | |
| Kg Massa Óssea | | | | | |
| Kcal/dia | | | | | |
| Idade Metabólica | | | | | |
| TMB | | | | | |
| Cintura | | | | | |
| Abdômen | | | | | |
| Quadril | | | | | |

Quadro 06 - Fonte: Nutricionista Andressa Wagner – CRN – 2:8100

7. AVALIAÇÃO DIETÉTICA/ RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Data da Avaliação ____/____/____

| REFEIÇÃO | HORA | LOCAL | ALIMENTO |
|----------|------|-------|----------|
| Desjejum | | | |
| Colação | | | |
| Almoço | | | |
| Lanche | | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| Final de semana: | | | OBS.: |
| Alergia Alimentar: () Não () Sim | | | Suplemento: () Não () Sim |
| Intolerância: | | | Preferências: |
| | | | Consumo de Sal: Acrescenta nos alimentos prontos: () Não () Sim/ Em salada: () Não () Sim |
| Lanche | | | Consumo de Óleo: Acrescenta em saladas: () Não () Sim _____/ Retira a pele e gorduras visíveis da carne: () Não () Sim |

| | | | |
|--------|--|--|--|
| Jantar | | | |
| Ceia | | | |
| Outros | | | |

| | | | |
|--------|--|--|--|
| | | | |
| Jantar | | | Adoça: () açúcar () adoçante _____ Líquidos: Quantidade/dia: _____ _____ |
| Ceia | | | |
| Outros | | | |

Quadro 07 - Fonte: Nutricionista Andressa Wagner – CRN – 2:8100

8. CONTROLE DO TRATAMENTO DIRECIONADO

Data da Avaliação ___/___/_____

| |
|---|
| Meta: |
| Conduta Nutricional: |
| GEB: _____ Kcal/dia (FA: ____, FI: ____) GET: _____ Kcal/dia |
| PTN: ___ g X ___ Kg PT = ___ g/dia (___%) CHO: ___ g/dia (___%) Lipídeo ___ g/dia (___%) |
| Orientações Nutricionais: Data da Avaliação ___/___/_____ |
| EVOLUÇÃO PACIENTE: |
| _____/_____/_____: |
| _____ |
| _____/_____/_____: |
| _____ |

Quadro 08 -
Fonte:
Nutricionista
Andressa
Wagner

ner – CRN – 2:8100

9. PRESCRIÇÃO DIETOTERÁPICA

Nos últimos quadros temos o Sistema de Monitoramento Avaliativo do pré-natal, no parto e no puerpério da criança. Programa de Humanização no pré-natal e o Nascimento, acredito que esse método ainda seja o melhor meio de fazer valer o tratamento adequado, mesmo sem um acompanhamento no sistema Tutorial SISVAN WEB (2015), apesar de toda tecnologia, existem diretrizes básicas de atendimento pós-parto.

De acordo com essas diretrizes, toda gestante e puérpera deverá ser orientada para acompanhamento pós-parto. Todo parto da comunidade, do Posto de Saúde ou da Unidade de Pronto Atendimento deverá ser identificado e a puérpera deverá receber visita domiciliar o mais cedo possível, quando serão agendadas as primeiras consultas puerperais da mãe e do recém-nascido. Dentro desse agendamento a primeira consulta com enfermeira ou com qualquer outro profissional de saúde de referência nos primeiros 15 dias para realizar esse acolhimento, bem como orientações de amamentação e de planejamento familiar¹⁴.

O acompanhamento no puerpério deverá se prolongar até 6 meses após o parto, com consultas agendadas: 30 dias (se não amamentar) ou 42-60 dias pós-parto se amamentar, com atendimento pelo médico ou enfermeira com especialização em obstetrícia; retorno 30 dias após a 1ª consulta (com enfermagem), no 4º mês (com médico) e aos 6 meses (com enfermagem).

Faz parte indissociável do acompanhamento pós-parto: esclarecer a puérpera sobre a evolução de sua gestação, parto e puerpério; auxiliar a puérpera no planejamento do intervalo interpartal, informando-a sobre as características dos métodos anticoncepcionais aplicáveis ao período e à sua condição em particular; discutir com a puérpera seu futuro reprodutivo, baseado na evolução do período gravídico-puerperal; estimular aleitamento materno e inscrever o recém-nascido no Programa da Criança¹⁵.

O método anticoncepcional de eleição pela paciente após consideração do tempo pós-parto, amamentação, hábitos e patologias associadas será iniciado na 1ª consulta e reavaliado nas subsequentes, devendo-se ao 6º mês estar sob uso contraceptivo eficaz para período de intervalo interpartal. A rede deve estar preparada para orientar e prover os métodos disponíveis para uso no Brasil.¹⁶

¹⁴ DIRETRIZES BÁSICAS DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – CAMPINAS, 2007, p. 1,2.

¹⁵ Ibid., p.2.

¹⁶ Ibid., p.2.

**11. SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO
COM A CRIANÇA**

| | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| MOTIVO DA VISITA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACOMPANHAMENTO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Busca ativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com DPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com Câncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com outras Doenças Crônicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com Hanseníase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pessoa com Tuberculose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sintomáticos Respiratórios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabagista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Domiciliados / Acamados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Condições de Vulnerabilidade Social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Condicionalidades do Bolsa Família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nº CARTÃO SUS | Nº CARTÃO SUS | Nº CARTÃO SUS | Nº CARTÃO SUS |
| | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| | Sexo () M, () F | Sexo () M, () F | Sexo () M, () F | Sexo () M, () F |
| | [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] | [] [] [] [] [] |
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Saúde Mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usuário de álcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usuário de outras drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Egresso de Internação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Controle de Ambientes / Vetores | Visita Realizada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientação / Prevenção | <input type="checkbox"/> [] | <input type="checkbox"/> [] | <input type="checkbox"/> [] | <input type="checkbox"/> [] |
| Outros | <input type="checkbox"/> [] | <input type="checkbox"/> [] | <input type="checkbox"/> [] | <input type="checkbox"/> [] |
| DESFECHO | | | | |
| Visita Realizada nos indivíduos (1), (2), (3) e (4). | | | | |
| | [] | [] | [] | [] |
| Visita Recusada | | | | |
| | [] | [] | [] | [] |
| Ausente | | | | |
| | [] | [] | [] | [] |

Quadro 11 - Fonte da internet¹⁸: FICHA DE VISITA DOMICILIAR VERSO / LADO B CONTINUAÇÃO

¹⁸ Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%208/Downloads/ficha_de_visitas_domiciliar%20(3).pdf> Acesso em: 25.11.2017.

3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Este último tópico tem como objetivo mostrar que a DPP não é um assunto superado no SUS, e nem nas famílias que se utilizam dele. Lembrando ainda que existem alguns ditos profissionais que não levam esse estado de distúrbio mental a sério e a família faz uso de interpretações erradas em relação a puérpera. Analisamos os vários fatores da depressão pós-parto, desde os seus primeiros sinais e a sua evolução, desde os casos mais simples até os mais delicados e complexos. Analisamos os casos do Tratamento das Puérperas descompensadas, diagnósticos e a questão psicológica até chegar ao óbito.

3.1 Um assunto que parece superado

Por uma série de motivos muito profissionais, bem como pessoas comuns que não são profissionais da área de saúde, pensam que a depressão pós-parto é

uma lenda urbana, ou que é coisa do passado, ou simplesmente sentimentalismo, manha da mulher que acabar de parir. Mas eis que não, a questão é bem mais delicada. Os primeiros dias após o nascimento do bebê são um misto de sentimentos para as mães, sendo os hormônios os principais responsáveis por essa mudança. Reações como angústia e tristeza são normais no puerpério, mas a família deve ficar atenta para notar quando o comportamento da mulher indica depressão, doença séria que exige acompanhamento médico. O normal é a tristeza diminuir com o passar dos dias e com o fato de você se organizar melhor com o bebê. Se isso não ocorre, algo pode estar errado. Falta de apetite e insônia por mais de dois dias somados a uma melancolia que não diminui ou a certa indiferença com o bebê são sinais de que o sentimento pode estar evoluindo para depressão, que é muito, muito mais sério e acontece com cerca de 10% das mulheres¹⁹.

A primeira pergunta deve ser o que é a depressão pós-parto? A depressão pós-parto (DPP na forma abreviada) é um tipo de depressão que ocorre depois de ter um bebê. Por vezes a depressão pode começar durante a gravidez, mas só será designada como depressão pós-parto se continuar depois que a mulher tiver tido o seu bebê. Diferente do que muitos imaginam, esse problema ainda não foi superado na Rede Pública de Saúde e é muito comum, e sabemos que entre dez e quinze mulheres em cada cem que deram à luz já experimentaram. O número real pode inclusive ser maior, pois muitas mulheres não procuram ajuda nem falam com outras pessoas sobre os seus sentimentos²⁰.

A segunda pergunta seria como podemos diferenciar a depressão pós-parto da depressão “normal”? Os sintomas da DPP são idênticos aos de qualquer depressão. Inclui a baixa autoestima, a perda do interesse em coisas que são normalmente agradáveis. A única diferença é que esses sentimentos normalmente começam durante os primeiros três meses depois de ter um bebê. É igualmente possível sofrer de depressão pós-parto a começar mais tarde, mas se os sintomas se manifestarem mais de um ano depois de uma mulher ter dado à luz, é pouco provável que seja tratada como uma depressão pós-parto²¹.

Os fatores preditivos para depressão pós-parto podem ser explorados no período anterior ou logo após o parto. Dessa forma, pode-se analisar a probabilidade para depressão, incluindo fatores tais como episódios depressivos anteriores,

¹⁹ Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Pos-parto/noticia/2013/02/tristeza-da-mae-depois-do-parto.html>> Acesso em: 28/11/2017.

²⁰ DEPRESSÃO PÓS-PARTO. Um guia de autoajuda, 2012, p.4.

²¹ idem, p.5.

episódio depressivo na gravidez, história familiar de transtornos depressivos, emigração recente, fatores estressores ao longo da vida, abuso sexual na infância e decisão de interromper as medicações antidepressivas durante a gravidez. A depressão pós-parto se diferencia dos sintomas transitórios do “baby blues”²², caracterizados por crises de choro, irritabilidade, nervosismo, insônia e reações emocionais desproporcionais. O “baby blues” afeta 75% das puérperas, tendo início entre um ou dois dias e remite no máximo em dez dias após o parto²³.

Contudo, é bom diferenciar a DPP do “baby blues”. O “baby blues” trata-se de uma forma moderada de depressão que ocorre em até oito em cada dez mulheres durante os primeiros dias depois de terem tido os seus bebês. Quando sofrem dos “baby blues”, as mães sentem-se normalmente muito emotivas e podem irromper em lágrimas sem uma razão específica. As novas mães também se sentem muitas vezes ansiosas, tensas e esgotadas e podem ter dificuldade para adormecer. Os médicos acham que as alterações súbitas nos níveis de hormônios por volta da altura do parto dão origem aos “baby blues”, mas também podem existir outras causas, tais como o trauma do próprio nascimento e a agitação que um novo bebê pode trazer. É uma altura em que você necessita de muito repouso para recuperar as suas forças, mas é também altamente improvável que o consiga! Os “baby blues” normalmente duram apenas um ou dois dias e, em seguida, desaparecem tão rapidamente como chegaram. Não são uma causa de preocupação, a menos que os sentimentos continuem ou se agravem, podendo nesse caso ser o início da depressão pós-parto²⁴.

A tristeza materna, conhecida também por “baby blues”, é a forma mais comum e leve de depressão. Alguns dias após o parto, você pode se sentir exultante em alguns momentos e, logo em seguida, muito sentimental e chateada, chorando sem nenhum motivo em particular. Essa tristeza pode ser causada em parte pelas mudanças repentinas nos níveis de hormônio feminino após o parto, e em parte pelo próprio choque emocional do parto, que marca o início da percepção concreta da responsabilidade de ter que cuidar de um pequenino ser e de todas as mudanças que uma mãe e sua família têm que suportar. A depressão pós-parto é uma condição mais séria e mais duradoura do que a tristeza materna. Bebês conseguem

²² “baby blues”: É uma tristeza profunda, medo e um sentimento de impotência, insegurança que acomete a mamãe logo após o parto. No início da gravidez os índices hormonais são os maiores da vida da mulher e devido a isso a vida vira de ponta cabeça.

²³ Fundamentação Teórica: Depressão no Puerpério, p.7.

²⁴ idem, p.6.

superar isso, mas é possível que interfira no desenvolvimento do relacionamento entre a mãe, seu bebê e a família. Portanto, seus efeitos podem perdurar até mesmo depois que a depressão passar. Muitas outras características diferem-se a depressão pós-parto do “baby blues”, estão inclusas neste quadro:

12. Comparação entre “baby blues” e Depressão pós-parto (DPP)

| Característica | “Baby blues” | Depressão pós-parto |
|--|--|--|
| Prevalência | 50% | 10-20% |
| Início | Até cinco dias após o parto | Quatro primeiras semanas |
| Duração | Até duas semanas | Meses a um ano, se não for tratada |
| Estressores associados | Não | Forte associação |
| Influência sociocultural | Presente em todas as culturas e classes econômicas | Forte associação |
| História de transtorno do humor | Nenhuma associação | Forte associação |
| História familiar de transtorno do humor | Nenhuma associação | Alguma associação |
| Tendência ao choro | Sim | Sim |
| Labilidade do humor | Sim | Presente frequentemente, mas às vezes o humor é constantemente deprimido |
| Anedonia | Não | Frequentemente |
| Transtorno do sono | Às vezes | Frequentemente |
| Pensamentos suicidas | Não | Às vezes |
| Pensamentos de agredir o bebê | Raros | Frequentes |
| Sentimentos de culpa e inadequação | Ausentes | Frequentes |

Quadro 12 – Fonte: KAPLAN; SADOCK. Manual Conciso de Psiquiatria Clínica. 2. ed. Adapted: MILLER, L. J. How “baby blues” and pos-partum depression differ. Women’s Psychiatric Health, 1995, p. 13.

Puérperas com início rápido de significativo desses transtornos mostrados no quadro 12 de humor, incluindo confusões mentais, ideação delirante ou ideias incomuns, alucinações e comportamento desorganizado, apresentam sintomas que indicam psicose puerperal, que é a forma mais comum do transtorno bipolar no período pós-parto. Durante o primeiro mês após o parto, mulheres com esses transtornos e com transtorno bipolar têm alto risco de um episódio, em comparação

a outros períodos do ciclo da vida. O transtorno bipolar é identificado por episódios recorrentes de depressão maior, que se alternam com episódios de mania e hipomania. O quadro clínico de mania ou hipomania apresenta humor eufórico ou irritável, autoestima elevada, atividade ou planejamentos aumentados com diminuição da concentração²⁵.

A isso chamamos de depressão “bipolar” e entre outros transtornos que a puérpera pode ser acometida:

A depressão bipolar deve ser considerada em puérperas que manifestam sentimentos ambivalentes ou “confusos”, piora com o uso de antidepressivos, hipomania, irritabilidade ou hostilidade, lentidão ou agitação psicomotora, história familiar de transtorno bipolar, depressão, abuso de álcool, início ou remissão abrupta do episódio depressivo, episódios depressivos com hipersônia ou hiperfagia, idade precoce do primeiro episódio depressivo, ideias delirantes ou alucinações caracterizando depressão com sintomas psicóticos. Outros transtornos mentais que podem ocorrer relacionados ao puerpério são transtornos de ansiedade, tais como o transtorno de pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia ou condições clínicas (hipotireoidismo e hipertireoidismo). O transtorno obsessivo-compulsivo é caracterizado por pensamentos intrusivos e comportamentos compulsivos para aliviar os pensamentos intrusivos. Os sintomas, que têm duração superior a uma hora, podem causar prejuízo no desempenho habitual. Pai ou mãe com transtorno obsessivo-compulsivo, no período puerperal, podem checar as condições de saúde do bebê, principalmente durante a noite, a cada aproximadamente dez minutos, se ele permanece respirando. Outros pensamentos intrusivos comuns são relacionados à contaminação, sobre imagens ofensivas, preocupações religiosas, simetria ou de impulsos agressivos. As compulsões são atos relacionados a limpar, lavar, checar, repetir, reordenar, acumular ou atos mentais de contar ou rezar. As mulheres que apresentam sintomas compatíveis, com transtorno de pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo, não apresentam humor depressivo de forma significativa, exceto nos casos de comorbidade com o transtorno depressivo (Fundamentação Teórica: Depressão no Puerpério, p.5).

Santos, et. al (2009), explica que a DPP nasce muitas vezes no período pré-natal, em que, dentro de um clima de felicidade e expectativa da chegada do bebê as preocupações giram constantemente em torno do chá do bebê, do quarto, do enxoval e das demais providências práticas a serem tomadas para chegada dessa criança. Raríssimas são as proposições de alguns especialistas que não concordam que esse momento de emoções à flor da pele de espera do bebê não contribui para a DPP. A grande maioria confirma que a DPP ocorre nessa tensão pré-natal, apesar de ocorrer muitas brincadeiras e algumas pessoas não levar o assunto com seriedade, isso nasce da ausência de uma reflexão necessária sobre o assunto,

²⁵idem, p.4.

nessa reflexão não amadurecida por parte de alguns é que nasce essa pesquisa, que tem como tema: “Depressão Pós-parto baby blues a tristeza que chega com o bebê”.

Conforme Gomes, et. al (2010), para se ter um diagnóstico da DPP, muitas vezes é negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo a sintomas que já foram mencionados anteriormente. O que ocorre é que surgem exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadamente. Dessa forma, mesmo sendo identificado esse período de fragilidade da puérpera, cabe ainda a mesma a satisfação e o reconhecimento holístico²⁶ das necessidades e demandas do bebê. Dentro dessa realidade acaba por intensificar as alterações psicológicas na puérpera:

Pois esta enfrentará os comentários familiares, conjugais, sociais e culturais que a recepcionarão após o nascimento do filho. Nesse período também todas as atenções estão voltadas ao novo membro da família, ficando a mulher muitas vezes esquecida. Vale salientar que os distúrbios depressivos puerperais afetam a interação do binômio mãe-filho; promovem desgaste progressivo na relação da puérpera com seus familiares, principalmente na vida afetiva do casal; além disso, aumentam as possibilidades de auto e heteroagressões. Por sua vez, o desequilíbrio gerado pela DPP repercute negativamente no perfil econômico e social da mulher, gerando alterações dramáticas na homeostase psicossocial e familiar. Múltiplos fatores de risco estão envolvidos com as alterações no período de DPP. Entre os principais encontram-se: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge) e ausência ou pouco suporte social. Inclui-se ainda a personalidade desorganizada, a espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, relações afetivas insatisfatórias, suporte emocional deficiente e abortamentos espontâneos ou de repetição (GOMES, et. al, 2010, p.2).

Com base nesses dados Alexandre, et. al (2013), concorda com outros teóricos em que afirmam que de fato a depressão pós-parto (DPP) não é uma psicose puerperal ou um distúrbio de humor temporário nos primeiros dias após o nascimento (distúrbio de baby blues). A depressão pós-parto ultrapassa as três primeiras semanas após o nascimento. Esta doença manifesta-se com um quadro clínico específico e traz grandes sequelas ao bebê, à mãe, à família e ao vínculo entre eles.

²⁶ Adjetivo: relativo a holismo; que busca um entendimento integral dos fenômenos; holista.

3.2 O Tratamento das puérperas descompensadas

Entende-se como puérperas descompensadas mulheres clinicamente e com gestação múltipla, também conhecidas como pacientes descompensadas e/ou com complicações do parto em função das condições maternas e fetais. Diferente das pacientes compensadas e sem complicações materno-fetais = interrupção da gestação com 38 semanas a 39 semanas²⁷.

Essas sequelas que falamos anteriormente serão tratadas nesse subponto, sequelas são lesões ou lesão anatômica ou funcional que permanece depois de completada a evolução clínica de uma doença, ou de um acidente traumático. São consequências que trarão dificuldades para o indivíduo afetado. Assim, no tratamento da puérpera temos que avaliar o todo tendo um diagnóstico correto e antecipado, precoce, fazer uma boa prevenção e o tratamento adequado.

De acordo com Daneluc, (2016), o termo “mãezinha” é a forma carinhosa de identificar a puérpera, a mulher “descompensadas” quando ultrapassada os limites do comportamento esperado, sendo responsabilizada pela promoção de estresse no ambiente. Tais situações geram forte tensão entre os profissionais e levam, não raro, a mudanças no andamento do parto: são tomadas decisões imprevistas, tanto em termos de aceleração do trabalho de parto, quanto ao tipo de parto.

Marquadt, et. al. (2010), pressupõe que mulheres no período perinatal (gestação até um ano após o parto) são especialmente vulneráveis a problemas de saúde mental; estima-se que uma em sete mulheres apresentará algum transtorno. Portanto, devem ser relacionadas ativamente, especialmente no primeiro contato ou primeira consulta agendada (pré-natal) e nas revisões de um e quatro meses após o parto. Os fatores de risco que devem ser mais valorizados são:1) história atual ou pregressa de doença mental séria ou depressão no período; pós-natal;2) tratamento prévio por profissional de saúde mental;3) história familiar de transtornos no período perinatal.

Marquadt, et. al. (2010), ainda pontua que nos casos de depressão leve a moderada, deve ser sempre oferecidas estratégias como autoajuda na forma de material escrito, grupos de apoio e orientação, exercícios físicos, consultas/ visitas de aconselhamento não-diretivo(escuta) e, quando disponível, psicoterapia. Ao

²⁷ Protocolo de Obstetrícia HOSPITAL DA MULHER – “MORENINHAS”, 2013, p.65.

considerar tratamento medicamentoso para gestantes e nutrizes, deve-se pesar o risco individual de cada situação, juntamente com a mulher e, algumas vezes, sua família (risco de má formações, risco de recaídas caso pare a medicação e suas consequências). Deve-se levar em conta o risco geral de malformações na população, que é de 2 a 4%.

Segundo Soubihi, (2012), o tratamento e a conduta obstétrica devem ser realizados tecnicamente da seguinte forma em caso de mulheres com problemas de parto: pacientes compensadas e sem complicações materno-fetais²⁸ = interrupção da gestação com 38 semanas a 39 semanas. Pacientes descompensadas²⁹ e/ou com complicações = antecipação do parto em função das condições maternas e fetais. Conduta clínica no dia do parto naquelas que utilizam insulina, programar as devidas alterações para o dia do parto, juntamente com o grupo da endocrinologia. Preferencialmente pela manhã: Administrar 1/3 da dose de insulina NPH; Cateterização venosa: infusão de SG5% – 125 ml/h; Controle glicêmico capilar a cada 3 horas; Manter glicemia em 70 mg/dl a 120 mg/dl; Em caso de glicemia > 140 mg/dl, acrescentar insulina regular 5 UI em 500ml de soro glicofisiológico. Infundir na velocidade de 1 UI/h a 2 UI/h. Conduta no puerpério: Diabetes mellitus pré-gestacional = redução das necessidades de insulina pela metade. Diabetes gestacional = retirada da insulina. Reclassificação do estado glicêmico materno após 6 semanas do parto. Situações que deverão ser encaminhadas:

- Pré-eclâmpsia severa;
- Prenhez ectópica;
- Rotura prematura das membranas;
- Sangramento em qualquer idade gestacional;
- Trombose venosa profunda³⁰.

Doença hipertensiva específica da gestação a pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil, além de determinar grande morbimortalidade perinatal. O diagnóstico e o tratamento precoce são imprescindíveis para diminuir esses índices. A pressão arterial na gestante deve ser mensurada de maneira adequada, sendo que se recomenda que seja feita a

²⁸A Medicina fetal é uma especialidade que visa o acompanhamento detalhado de gestações através de aconselhamento genético, ultrassonografia e procedimentos invasivos, sempre visando o bem-estar do binômio mãe-feto.

²⁹ Aquele que não tem compensação, ou seja, pessoa que está fora de seu estado considerado normal. Louco. Se passando. Que está desequilibrado.

³⁰ Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2010, p.60.

comparação dos níveis pressóricos verificados no decorrer da gestação, relacionando-os ao resultado da PA verificada na primeira consultade pré-natal³¹.

Situações para encaminhamento à assistência ao pré-natal de alto risco:

História Reprodutiva Anterior de: abortamento habitual (mais de dois abortos espontâneos em gestações anteriores); hemorragia pós-parto; malformação fetal; mortalidade perinatal; pré-eclâmpsia/eclâmpsia; prematuridade; restrição do crescimento intrauterino. Intercorrências Clínicas Crônicas: câncer; cardiopatias; doença hipertensiva específica da gestação; doença trofoblástica; doenças autoimunes (colagenoses); em uso de medicações teratogênicas; endocrinopatias; epilepsia (avaliar e encaminhar sn); desnutrição materna; gestação múltipla; hemopatias; hipertensão arterial crônica; isoimunização Rh; nefropatias; oligodrâmio ou polidrâmio; pneumopatias; pós-datismo; pré-eclâmpsia; qualquer patologia descompensada; toxoplasmose. Gestante HIV positivo: deverá ser encaminhada para ginecologia de alto risco e infectologia, via Regulação, para avaliação e definição de conduta, de forma individualizada. Após esta avaliação deverá retornar ao Centro de Saúde de origem, para manter acompanhamento multiprofissional, com a equipe da Estratégia Saúde da Família. Prevenção e tratamento de Trombose Venosa Profunda em Gestantes em situação de alto risco: para as gestantes com vasculopatias e que necessitam de HEPARINA 5.000UI/0,25 ml solução injetável, a prescrição será realizada pela ginecologia de alto risco da rede, obstetras das maternidades e da rede privada. Atualmente, a dispensação da medicação é realizada na Farmácia Escola UFSC/PMF, mediante o preenchimento do Formulário para Cadastro aos Serviços de Referência no Pré-Natal de Alto Risco: Dispensação de Heparina para Gestantes (Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2010, p.60).

13. Diagnóstico provável em puérperas com DPP

| Condições associadas ao DPP | Quadro clínico | Exame físico |
|---|---|--------------|
| Síndromeshipertensivas (principal fator); Descompressão uterina abrupta; Traumas abdominais externos; Malformações uterinas; Multiparidade; Tabagismo; Uso de cocaína; Trombofilias; Antecedentes de DPP em gestação anterior | Dor súbita e intensa principalmente em localizaçãode fundo uterino; Perda sanguínea vaginal em 80% dos casos; Pode haver anemia, hipotensão e choque; Parada da movimentação fetal; Coagulopatia por consumo local e coagulação intravascular disseminada (CIVD). Aumento do tônus uterino (hipertonia), algumas vezes associado a hiperatividadeuterina polissistolia); Ao toque, a bolsa das águasgeralmente é tensa; Os batimentos cardíacos fetais são de difícil ausculta o mesmo podem estar ausentes; A paciente pode apresentar sinais de pré-choque ou Choque; hipovolêmico que, às vezes, não condizem com a perdasanguínea vaginale podem aparecer sinais indiretos de CIVD, como petéquias, equimoses e hematomas | |

Quadro 13 – Fonte: Protocolos de obstetrícia

³¹ Idem, p.65.

| | |
|--|---|
| Exames laboratoriais durante a conduta no DPP | <p align="center">O diagnóstico é clínico:</p> <p align="center">Ruptura uterina</p> <p align="center">Ruptura uterina – conduta:</p> <p>Laparotomia imediata, com sutura das lacerações ou hysterectomia. Persistindo o sangramento solicitar apoiada radiologia intervencionista.</p> |
| Avaliação laboratorial da intensidade da anemia através de hemograma completo; | |
| Avaliação da coagulação - Teste de Weiner (formação e dissolução de coágulo), - Coagulograma completo com plaquetas (plaquetas inferiores a 100.000 mm e TTPA elevado são sinais de CIVD), - Fibrinogênio plasmático (quando menor que 100 mg% indica coagulopatia de consumo) Avaliação da função renal (uréia e creatinina) Avaliação metabólica e de função respiratória pelas gasometria arterial. | |
| <p align="center">Tratamento DPP</p> Os cuidados vitais maternos devem ser rápidos e concomitantes à interrupção da gestação; Encaminhar a paciente para o centro obstétrico; Cateterização venosa. De acordo com a gravidade, utiliza-se cateter periférico ou intracath; Sondagem vesical para avaliação do volume urinário e da função renal; Oxigênio úmido em máscara aberta; Monitorização contínua da PA, frequência cardíaca e diurese. | |
| <p align="center">Conduta no DPP - Estabilização da paciente</p> O propósito é promover reposição volêmica para manter a perfusão tecidual e evitar o choque. A reposição volêmica deve ser feita o mais precocemente possível com cristalóides, plasma de hemácias, plasma fresco, crioprecipitados, plaquetas e fator VII recombinante. Conduta obstétrica: Cesariana com feto vivo ou morto e em qualquer idade gestacional. Admite-se o parto vaginal em gestante em condições estáveis em fase adiantada do trabalho de parto, realizando amniotomia e indução do parto, com ocitocina por período máximo de 2 horas. Após o parto encaminhar a paciente à UTI. | |

Quadro 14 –

Fonte: Protocolos de obstetrícia

14. Diagnóstico provável em puérperas com DPP em pacientes descompensadas

Conforme Costa, (2013), o diagnóstico da DPP é difícil avaliação e não há, segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), um consenso final para o próprio diagnóstico, a etiologia e o tratamento. Segundo os critérios do DSM-IV, para que um quadro depressivo seja caracterizado como pós-parto, deve ocorrer nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. Mostramos quadros de pacientes mulheres puérperas em estado descompensado, contudo, o CID-10 considera DPP até seis semanas após o parto. Não existem parâmetros fisiológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão puerperal. Porém, escalas de avaliação psicométricas podem ser utilizadas para mensurar e caracterizar os sintomas, mesmo não podendo ser consideradas como critério de diagnóstico.

De acordo com especialistas, a depressão puerperal é vista da seguinte forma:

A terapêutica da depressão puerperal baseia-se na farmacologia e na psicoterapia. Porém, o uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contraindicações devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção destes medicamentos no leite. Os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, sua farmacocinética e a sensibilidade individual (Rocha, 1999). Os benefícios terapêuticos, no caso da DPP, não se limitam às mães e podem melhorar a qualidade de vida das crianças. Isto porque as desordens depressivas das mães podem levar a distúrbios emocionais nas crianças. Assim, a terapia é essencial na prevenção e tratamento da DPP. Na psicologia, existem muitas técnicas e abordagens diferentes e todas derivam de teorias que dizem respeito às causas da doença mental, sendo que cada uma delas tem seus respectivos benefícios e são consideradas úteis no tratamento da DPP. (Camacho et al.,2006). Segundo Silva & Botti (2005), o terapeuta, junto à puérpera e familiares, edificará novas composições a partir da realidade vivenciada. Sendo assim, é possível o entendimento e o planejamento de ações de intervenção adequadas acerca dessa nova realidade. Uma das abordagens mais empregadas no tratamento da DPP é a Terapia Comportamental-Cognitiva (TCC) que tem como base analisar quais são as ideias, os pensamentos e as emoções que a pessoa tem sobre si mesma e que se encontram distorcidos, causando uma cadeia de reações comportamentais disfuncionais (COSTA, 2013, p.16).

Assim, podemos agora definir que o diagnóstico e o tratamento das puérperas são muitos relativos e dependem de vários procedimentos tanto em pacientes com problemas de diabetes, hipertensos e os de ordem simplesmente psicológica. Nosso trabalho gira em torno desses pacientes de deficiências psicológicas. Dessa forma Mastellinii; Da Silva (2012), identifica que a partir de várias investigações acerca da depressão puerperal apontam que à medida que o estado depressivo da mãe pode refletir negativamente no estabelecimento das primeiras relações maternas com o bebê, uma vez que estas se caracterizam por um menor nível de atividade e sincronia do que aquelas estabelecidas na ausência dos sintomas da depressão materna.

As razões psicossomáticas das puérperas ficam bem delimitadas agora, tudo tem uma relação intrínseca com a criança, com os relacionamentos, com a família, com a casa e o enxoval etc. Por essas e outras razões Arrais, et. al (2014, p.), chegou a uma conclusão que o pré-natal psicológico (PNP) é um novo conceito em atendimento perinatal voltado para maior humanização do processo gestacional e do parto e da parentalidade, visando dentro desse programa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros, palestras de conscientização, terapias, abordagens temáticas em grupo, com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para a maternidade e paternidade e prevenção da depressão pós-parto (DPP).

De forma preventiva o método empregado, o pré-natal psicológico (PNP), é uma das armas de combate antecipado a DPP, que em casos até mais extremos pode levar à óbito.

O DPP complica cerca de 1% das gestações e representa mais de 30% de todas as hemorragias na segunda metade da gestação. Está associado à grande morbidade materna e perinatal. Os seus efeitos maternos dependem, primariamente, de sua gravidade, enquanto que, sobre o feto, é determinado. A conduta no DPP deverá ser individualizada, na dependência da sua gravidade e idade gestacional em que o descolamento ocorre. Em casos de óbito fetal, o parto vaginal é preferível. O diagnóstico é fundamentalmente clínico, caracterizado por dor abdominal de início súbito, intensa e localizada no fundo do útero; com sangramento vaginal escuro, ausente em até 20% das vezes, e paralisação da movimentação fetal. Nos casos de DPP com formação de coágulo retroplacentário, ocorre a formação de tromboplastina, que, na circulação materna, conduz ao estado de hipercoagulabilidade, podendo causar Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD). O sangramento para o miométrio resulta em apoplexia útero-placentária ou útero de Couvelaire. A hemorragia maciça também pode gerar insuficiência renal aguda (pré-renal) e Síndrome de Sheehan (pan-hipopituitarismo) pela isquemia da hipófise. O diagnóstico diferencial de DPP é feito, especialmente, com as outras hemorragias da segunda metade da gravidez (placenta prévia, rotura de membranas prévia, rotura uterina), cervicite, pólipos endometriais, câncer do colo uterino e trauma vaginal³².

Todo o nosso trabalho de dedicação tanto na prática como na teoria, inclusive nessa pesquisa acadêmica é para que o diagnóstico seja de fato um diferencial na DPP, evitando tragédias já anunciadas. Em caso de não ter sido feito acompanhamento, um pré-natal psicológico não foi desenvolvido (PNP). Em ocorrências mais sérias puérperas que tinham vários problemas de saúde como diabetes, hipertensão, cardíacas e entre outras estão naquela escala de alto risco como são denominadas de puérperas descompensadas. Então de fato as consequências infelizmente são as piores possíveis partos de grande risco, no grau elevadíssimo, inclusive puérperas com idade já avança entre 35 a 45 anos de idade.

A diminuição/redução da mortalidade materna, infantil e fetal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade civil como um todo. Ocorre naturalmente uma exigência de um aprimoramento das políticas de saúde para mulheres e crianças, aponta-se a necessidade de melhorar a informação sobre os óbitos materno, infantil e fetal, identificando a magnitude dessas mortes, suas causas, fatores que as determinam e propondo medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Existe a necessidade de aumentar a participação de importantes

³²(DESLOCAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP), Minas Gerais, Revista Médica, VI. 18 (3 Supl 4): S1-S115, 2008, p. 1-5.).

segmentos da sociedade no controle social do SUS e, portanto, a atuação conjunta de profissionais de saúde qualificados para desenvolver a vigilância de óbitos e, principalmente psicólogos, bem como também de outros atores para o exercício do controle social, por meio dos comitês de mortalidade, é certamente uma estratégia importante para a prevenção destes óbitos³³.

Nesses casos, nós, como profissionais da área de psicologia, temos que não só acompanhar essas mulheres bem como toda a família e principalmente o cônjuge e filhos, se a mesma já tiver. Em caso de óbito, infelizmente devemos passar por todos os procedimentos cabíveis para chegar às verdadeiras causas do que levou a esse óbito. De acordo com o Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno, segue-se os seguintes procedimentos antes mesmo de preencher a ficha de óbito da puérpera, para o levantamento das circunstâncias que envolveram o óbito deve ser utilizado o máximo de informações e registros disponíveis:

Cartão da gestante, partograma, relatório de alta da maternidade, relatório de alta das internações hospitalares, fichas de encaminhamento, fichas de atendimento, prontuários médicos, receitas médicas, resultados de exames e laudos de necropsia, quando houver. No levantamento de dados dos serviços de saúde devem ser transcritas as informações contidas nos prontuários e não a opinião do profissional que preenche a ficha de investigação. De forma semelhante, a fala do(s) entrevistado(s) na entrevista domiciliar deve ser registrada da maneira mais fiel possível, principalmente nas perguntas abertas, com registro das suas próprias palavras. Nas questões fechadas, assinalar a(s) opção(s) desejada(s) nos espaços reservados. A resposta “SR”(“Sem Registro”) deve ser assinalada quando os dados não estiverem disponíveis nas fontes pesquisadas nos serviços de saúde. A resposta “Não sabe” deve ser assinalada quando a pessoa entrevistada no domicílio não souber a resposta para a questão. Nas questões com subitens, estes só devem ser aplicados no momento da entrevista caso a resposta à questão seja positiva, na maior parte dos casos. Algumas questões permitem mais de uma resposta, como por exemplo, a percepção sobre o início do trabalho de parto, as patologias da falecida, procedimentos realizados durante a internação da falecida. Todas as respostas devem ser registradas. É possível desmembrar os formulários de modo que sejam realizados as entrevistas domiciliares e o levantamento de dados nos serviços de saúde simultaneamente em locais e por pessoas diferentes, de modo a agilizar a investigação. Recomenda-se a discussão de cada caso pelos profissionais de saúde envolvidos e/ou responsáveis pela assistência, além da definição das recomendações para os serviços de saúde, como parte integrante e indissociável da vigilância de óbitos³⁴.

³³ Protocolo de Investigação do Óbito Materno e Infantil, 2015, p.7

³⁴ Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno, 2011, p.6.

A investigação se dará conforme os critérios estabelecidos pela equipe de vigilância de óbitos de referência no município, utilizando-se os instrumentos relacionados no quadro abaixo:

15. Instrumentos para a investigação do óbito materno

| Instrumentos de coleta e de análise de dados | Objetivos |
|---|--|
| Cópia da DO e DO Epidemiológica. | Identificar o óbito e orientar os procedimentos e as fontes de informação para a investigação do óbito. |
| MIF = Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil – Identificação de Possível Óbito Materno. | Determinar a continuidade da investigação e orientar o fluxo da mesma, em razão das informações obtidas a partir da disponibilidade de fontes de acesso rápido e fácil. |
| M1 = Fichas de Investigação do Óbito Materno - Serviço de saúde ambulatorial. M2 = Fichas de Investigação do Óbito Materno - Serviço de saúde hospitalar. | Coletar dados referentes à assistência da mulher em serviços de saúde nos registros do atendimento ambulatorial e hospitalar. |
| M3 = Ficha de Investigação do Óbito Materno- Entrevista domiciliar. | Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da falecida (familiar ou amigo) acerca da história de vida e de saúde da mulher e da assistência em serviços de saúde, durante a doença que levou à morte. |
| AV3.1 = Autópsia Verbal – Formulário 3: pessoa com 10 anos e mais – mulher em idade fértil. | Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da falecida (irmã ou familiar) para esclarecer a causa da morte quando mal definida ou desconhecida. |
| M4 = Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia. | Coletar dados registrados nos Institutos Médicos Legais (IML) ou Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e nos relatórios de encaminhamento médico para esses serviços. |
| M5 = Ficha de Investigação do Óbito Materno- Síntese, Conclusões e Recomendações. | Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso. Organizar os dados para inserção e correção de campos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). |
| M6 = Planilha Municipal de Vigilância do Óbito Materno. | Organizar os eventos investigados para acompanhamento e monitoramento da investigação dos óbitos e para avaliação situacional da mortalidade para subsidiar o planejamento e as intervenções de saúde local e regional. |

Quadro 15 – Fonte: Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno - Brasília - DF

CONCLUSÃO

A depressão pós-parto (DPP), “baby blues” a tristeza que chega com o bebê foi um tema abordado nesse trabalho monográfico com o intuito de despertar a classe acadêmica de formandos dessa Graduação do Curso de Psicologia e Ciências Políticas para que possamos dar a devida atenção a essa patologia; uma vez que muitos acadêmicos e até professores não levam muito a sério essa desorientação mental. A família, em primeiro lugar, tem uma postura em achar que a

puérpera está com manha, exagero emocional, preguiça e às vezes acha-se que é um comportamento de uma pessoa irresponsável.

Na verdade, esses são os primeiros sinais que algo errado está acontecendo. Esse período conhecido como puerpério de seis semanas inteiras, que se inicia logo após o parto indo até o pós-parto. Esse quadro pode evoluir para um quadro depressivo de forma silenciosa que é oriunda de vários fatores “biopsicossociais”, que é identificada como um caso depressivo. Nossa pesquisa gira em torno dessa problemática, entendendo os termos técnicos utilizados nesse contexto médico-hospitalar, puérpera “uma mulher que pariu recentemente”.

Foi feito um apanhado dos vários tipos de puerpério; como por exemplo: imediato, mediato, tardio, remoto, patológico e o puerpério normal. Nesse debate ficou bastante claro e definido que antes de qualquer tipo de tratamento mais complexo a depressão pós-parto (DPP), tem que ser feito um acompanhamento com bastante antecedência ainda no pré-natal. E que feitos todos os procedimentos da puérpera junto ao Posto de Saúde, em Unidades de Pronto Atendimento, Clínicas e Hospitais, os riscos da depressão “baby blues” serão bastante amortecidos. Levando em consideração que existem vários dispositivos que facilitam esse período no pré-natal, são eles:

- Ficha de consulta puerperal;
- Caderneta da gestante;
- Ficha de cadastramento da gestante (SISVAN), um mapa de Acompanhamento Nutricional; (feito por um profissional na área de nutrição, um nutricionista);
- Ficha de visita Domiciliar e-SUS Atenção Básica;
- Ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes ou SISPRENATAL (é um Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção ao pré-natal, e ao puerpério, prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, realizado pelo próprio Posto de Saúde ou outra Instituição que a puérpera e o bebê foram recebidos);
- E, por fim, o Instrumento de Notificação de Óbito da mulher fértil, caso necessário.

Trouxemos nesse trabalho os principais tipos de procedimentos usados em todo território nacional, por meio de quadros ilustrativos. Chegamos no ápice da

pesquisa quando apontamos que a DPP infelizmente é uma realidade em nosso contexto que parece às vezes que foi superada. Uma vez que o “baby blues” é uma tristeza profunda, medo e um sentimento de impotência, insegurança que ocorre nas gestantes logo após o parto.

Observamos que existem diagnósticos, e procedimentos diferentes nos dois casos diferentes das puérperas. No caso de puérperas descompensadas, gestantes com sérias complicações de parto das condições maternas-fetais, resultado de vários fatores hipertensão, diabetes, problemas cardíacos e entre outras que podem causar problemas mais graves como: por exemplo:

- Pré-eclâmpsia severa;
- Prenhez ectópica;
- Rotura prematura das membranas;
- Sangramento em qualquer idade gestacional;
- Trombose venosa profunda.

Isso pode ocasionar o óbito tanto da gestante como do bebê, principalmente mãezinhas entre 35 a 45 anos de idade. Outro tipo de puérpera é a “compensada”, aquela que necessita de acompanhamento médico terapêutico e psicológico variando de cada tipo de diagnóstico de desvario mental. Nesse tipo de mulher ou gestante não está incluída os procedimentos que podem levar a óbito, mas sim tratamento de medicamentos e consultas com psiquiatras e psicólogos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Tamires Félix. et. al. Atuação de Enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura, Ceará, Enfermeira Global, nº 29, 2013, p.1-16.

ARRAIS, Da Rocha Alessandra. et. al. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto, São Paulo, Saúde, Soc, V.23, nº 1, 2014, p.1-14.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. Centro Latino-Americano de Perinatologia de Mulher e Reprodutividade – CLAP/SMR. Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde – OPA/MS, 2010, p.1-32.

CABRAL, Vieira Carlos Antônio. et. al. Guia de Bolso de Obstetrícia. São Paulo: Atheneu, 2010.

COSTA, Martins Lucineia. DEPRESSÃO PÓS-PARTO, Especialização em Saúde de Odontologia. Unicamp, Piracicaba, 2013.

Cadernos Humanizadas. Volume 4 Humanização do parto e do Nascimento, 2014; p.30.

DIRETRIZES BÁSICAS DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – Campinas, 2007; p.1,2.

DESLOCAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP), Minas Gerais, Revista Médica, VI. 18 (3 Supl 4): S1-S115, 2008, p. 1-5.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO Um guia de autoajuda, 2012; p.4.

DANELUCI, De Cassia Rebeca. Instituições Públicas da Saúde e mulheres gestantes: (im) possibilidades de escolhas? Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Instituto de Psicologia, São Paulo, 2016.

Fundamentação Teórica: Depressão no Puerpério, 2009, p.7.

FRANÇA, Leandro Cristineide. et. al. Contribuições da Psicologia e de Nutrição para a mudança do comportamento alimentar, Brasília, ISSN, Versão Eletrônica, Estudos de Psicologia, 17(2), maio-agosto, 2012, p.1-9.

FILHO, Salgado Natalino. et. al. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A REDE CEGONHA, São Luiz: UFMA/UMA-SUS, 2015, p.29.

Fundação Maria Cecília. Por que mulheres ainda morrem nos partos em pleno século 21? 2017; p.1-14. Disponível em: <<http://desenvolvimento-infantil.blog.br/por-que-mulheres-ainda-morrem-nos-partos-em-pleno-seculo-21/>> Acesso em: 01.12.2017.

GOMES, Andrade Lorena. et. al. IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: Importância do Diagnóstico Precoce, Fortaleza, Rev. Rene, Vol.11, Número Especial, 2010, p.1-7.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN), 2001; p.12.

KAPLAN; SADOCK. Manual Conciso de Psiquiatria Clínica. 2. ed. Adaptado: MILLER, L. J. How “baby blues” and pos-partum depression differ. Women’s Psychiatric Health, 1995, p. 13.

MOREIRA, Pereira de Sousa Liliane. et. al. A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DE PSICOLOGIA DE PSICOLOGIA PARA O PROFISSIONAL DE NUTRIÇÃO, XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale Paraíba, 2007, p.1-4.

Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2007, p.9.

MARQUART, Rosito André. PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL. 1ª.ed. Florianópolis: Tubarão, 2010.

MANUAL PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. Alimentação e Nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família, 2010; p.16.

Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno, 2011, p.6.

MASTELLINI, Zemuner Fronico Holen; DA SILVA, Regina Reyla. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: Uma questão de Saúde Pública. Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família. Centro Universitário.

Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2010; p.60.

Protocolo de Obstetrícia Hospital da Mulher – “Moreninhas”, 2013; p.65.

Protocolo de Investigação do Óbito Materno e Infantil, 2015, p.7

SANTOS, Tômes Michell Carlos. et. al. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO DA LITERATURA, Sergipe, Psicologia em Foco, Vol. 3, n.2, jul/dez, 2009, p.1-13.

SOUBHI, Kahhle. PROTOCOLO DE DE OBSTETRÍCIA. Descrições, Diagnósticos e Tratamento. Ed. Mãe Paulista. São Paulo: CIP (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil), 2012.