

Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil*

Mental and Behavioral Disorders in Deaths of Women in Fertile Age

Vanessa Luiza Tuono

Graduanda da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP
Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Ministério da Ciência e Tecnologia, Brasília-DF

Maria Helena P. de Mello Jorge

Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP

Sabina L. D. Gotlieb

Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP

Ruy Laurenti

Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP

Resumo

Os transtornos mentais (TM) analisados na mortalidade de mulheres em idade fértil representam eventos consideráveis. Os objetivos deste estudo foram os de resgatar informações sobre os TM nessas mulheres, conhecer a distribuição de mortes por transtornos mentais de acordo com as idades e descrever sua presença em casos de suicídio e mortes por causas maternas. Investigaram-se 7.332 óbitos de mulheres de dez a 49 anos de idade, residentes nas capitais brasileiras, ocorridos no primeiro semestre de 2002, utilizando a metodologia Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS), por meio de entrevistas domiciliares, informações de prontuários e laudos de necropsia. O estudo permitiu um acréscimo (112%) de TM como causa de morte ao se comparar as declarações originais e as refeitas, após a investigação. Analisaram-se os casos em que os TM estavam referidos, seja como causa básica ou associada. No primeiro caso, corresponderam a cerca de 1% do total de mortes; das 70 mortes por TM, 64% foram devidas ao uso de substâncias psicoativas. Episódios depressivos foram mencionados em 13% dos óbitos. Como causa associada, houve uma média de 0,12 menção de TM por óbito (total de 869 menções). Em grande número dos casos de suicídio, foi mencionada depressão. Concluiu-se que os TM foram relacionados, principalmente, ao uso de substâncias psicoativas e, como causa associada, foram importantes na mortalidade de mulheres em idade fértil, indicando a necessidade de estudos e programas direcionados.

Palavras-chave: mortalidade; saúde da mulher; transtornos mentais e comportamentais.

Summary

Mental and behavioural disorders (MD) have considerable frequency when studied in the mortality of women in fertile age. The objectives of this research were to analyze the information on MD occurred in the deaths of such women, to know its age distribution and to link its presence, as associated causes, in cases of suicides and deaths by maternal causes. It was investigated a total of 7,332 deaths of women aged 10 to 49 years occurred in the Brazilian state capitals, in the first semester of 2002, using Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS) methodology (household interviews and information from physicians, medical records and necropsy reports). There was a gain of information (112%) on MD as an underlying cause of death, when the original and the new certificates (after the research) had been compared. From the total deaths, 1% referred MD as underlying cause of death; in 70 death by MD, 64% used psychoactive substances; depressive episodes corresponded to 13%. There was an average of 0.12 mentions of MD per death (total of 869 mentions). Depression was mentioned in a large number of cases of suicides. The conclusion pointed that MD was mainly related to the use of psychoactive substances, and as an associated cause, had a great importance in the mortality of women in fertile age, indicating the need of studies and programs addressed to their health.

Key words: mortality; women health; mental and behavioral disorders.

* Este estudo é parte integrante do projeto "Estudo sobre a mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna", realizado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, apoiado pelo Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia.

Endereço para correspondência:

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo-SP. CEP: 01246-904
E-mail: vanenf@usp.br

Introdução

Transtornos mentais e comportamentais, expressão usada pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10),¹ indica o conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecíveis clinicamente, acompanhados, na maioria dos casos, de sofrimento e interferência nas funções pessoais, e que podem ser causa, básica ou associada, de morte.²

Os transtornos mentais (TM) incluem-se entre as patologias de alta incidência, difícil identificação e prognósticos variados. Os transtornos psiquiátricos na comunidade, estudados como morbidade, são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para um excesso no estrato social de baixa renda. Estudos têm contribuído para uma melhor compreensão dos elos entre fatores ambientais e sociais, origem e curso de distúrbios psiquiátricos. No Brasil, levantamentos epidemiológicos mostram uma prevalência de TM em adultos de cerca de 30% em um ano.³ Ao serem analisados os casos que necessitam algum tipo de cuidado médico, chega-se à estimativa de, aproximadamente, 20% no mesmo período.⁴

Entre os transtornos mentais de elevada freqüência, o alcoolismo destaca-se como um importante indicador para avaliar seus efeitos sobre a saúde. A freqüência de sua ocorrência, tanto da psicose alcoólica como da síndrome da dependência ao álcool, é citada entre esses transtornos.⁴

O adoecer psíquico feminino distingui-se do masculino. Há diferenças nas prevalências de alguns quadros mentais, no curso e prognóstico das doenças, em suas co-morbidades mais freqüentes e, sobretudo, naqueles transtornos que parecem estar mais intimamente ligados ao ciclo reprodutivo feminino. Estes têm sido relacionados a vários transtornos de humor e de comportamento.⁵

Ao longo das últimas décadas, acompanhando a evolução da psiquiatria clínica, as diversas fases do ciclo reprodutivo passaram a ser vistas, potencialmente, como fatores “geradores de estresse” ou de maior vulnerabilidade para determinados transtornos mentais. Os fatores atuantes seriam alterações neuroquímicas, de hormônios ou, ainda, aqueles associados a agravos menstruais, de personalidade, de predisposição biológica, resultados esses obtidos por meio de modelos multifatoriais de causalidade.^{5,6}

Diversas considerações podem ser feitas a partir do estudo da incidência dos transtornos mentais em mulheres na idade fértil, como a associação com óbitos por suicídios e, também, com causas maternas (por exemplo, relacionadas à depressão puerperal).

Pesquisas conduzidas em populações ocidentais têm mostrado que as prevalências de transtornos mentais não-psicóticos variaram de 7 a 26%, com média de 17% (12,5% em homens e 20% em mulheres). Outro achado importante é o fato de que os quadros depressivos em mulheres têm sido o terceiro problema de saúde em países desenvolvidos e o quinto em áreas subdesenvolvidas, após as causas maternas e algumas doenças transmissíveis. Para as mulheres, são mais comuns os transtornos de ansiedade (9%), os somatoformes (3%) e os depressivos (2,6%).⁵

Estudos de mortalidade de mulheres em idade fértil discutem a presença dos TM como causas básicas e associadas do óbito. O conhecimento de sua incidência, prevalência e mortalidade, medidas em suas reais dimensões, permite a elaboração e implantação de políticas de saúde adequadas para mulheres nessa faixa etária.⁷

Para reduzir a mortalidade, é indiscutível a necessidade de se conhecer o tamanho do problema e quem está sendo afetado. No Brasil, a abrangência do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, é, ainda, não completa, sendo estimada em 83% do total de óbitos ocorridos no País, de acordo com estudos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Ainda há, no Brasil, significativa proporção de óbitos classificados como mal-definidos (14%) e elevada taxa de subdeclaração das mortes ligadas a gravidez, parto e puerpério.⁸

O “Estudo da mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil – Projeto GPP”, patrocinado pelo Ministério da Saúde, com a interveniência da Organização Pan-Americana da Saúde, e levado a efeito pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, procurou analisar e quantificar essas peculiaridades.^{7,9} Sua metodologia adotada foi o Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS), que se inicia com a identificação das declarações de óbito oficiais de mulheres de dez a 49 anos de idade, aqui chamadas de declarações de óbito originais (DO-O), para obter o endereço da falecida. Então, para cada caso, foi feita visita domiciliária com o preenchimento de um formulário específico, que incluía: identificação

completa da mulher; composição familiar; hábitos; assistência médica/hospitalar no ano que precedeu a morte e em anos anteriores; e dados da história da doença que levou à morte. Logo, eram feitas entrevistas junto aos médicos que trataram do caso, consultas aos prontuários hospitalares, laudos de necropsia e exames laboratoriais. Os formulários, então, eram lidos e analisados por equipe de médicos calibrados, que elaboravam um resumo de cada caso e preenchiam uma nova declaração de óbito, aqui nomeada DO-N. As DO-N, com as reais causas de morte, foram consideradas como padrão-ouro e serviram para a avaliação da qualidade do preenchimento das DO-O.⁷

O conjunto das DO-N possibilitou conhecer o real panorama epidemiológico da mortalidade de mulheres em idade fértil nas capitais de Estados brasileiros, informação capaz de mostrar os caminhos a serem seguidos para um enfrentamento mais eficaz dos problemas de saúde desse segmento da população feminina.

A constatação da existência de muitos estudos referentes à morbidade por transtornos mentais mas poucos relativos à mortalidade, somada à importância de se conhecer os diversos aspectos a eles relacionados, para orientar os programas específicos de saúde dirigidos a esse grupo populacional, justifica este trabalho. Seu principal objetivo foi descrever os transtornos mentais como causas básicas e associadas de morte entre mulheres em idade fértil, após o resgate da informação real, permitindo o conhecimento da distribuição desses óbitos segundo faixa etária e sua associação com a presença de suicídio e de causas maternas, enquanto causas básicas.

Metodologia

Foram investigados 7.332 óbitos de mulheres de dez a 49 anos de idade residentes nas capitais brasileiras, ocorridos no 1º semestre de 2002, conforme a metodologia RAMOS.¹⁰

Desse total, separaram-se os casos em que os transtornos mentais e comportamentais (códigos F00 a F99, Capítulo V da CID-10)⁴ foram referidos como causas de morte. Entende-se como causa de morte: “*todas as doenças, afecções mórbidas ou lesões que ou produziram a morte ou contribuíram para ela e as circunstâncias do acidente ou violência que produziram tais lesões*”. Essas causas de morte são

subdivididas em **causas básicas** e **causas associadas**, sendo que ao conjunto delas denomina-se **causas múltiplas de morte**.

Entende-se como causa básica da morte “*a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal*”. As demais causas preenchidas pelo médico nas declarações de óbito formarão o conjunto das causas associadas (**contributórias** ou **consequenciais**).

A relação entre transtornos mentais e suicídio deve nortear a equipe de saúde para se manter alerta diante dos primeiros sinais de transtornos mentais e, assim, evitar que a morte venha a se concretizar.

Nesse sentido, vale a pena lembrar que o campo VI da declaração de óbito atual, chamado de “Condições e causas do óbito”, apresenta-se dividido em duas partes (I e II), sendo a causa básica registrada na última linha da parte I (geralmente, a linha d); e as complicações (causas consequenciais), anotadas nas três linhas acima (linhas: c,b,a). A última causa consequencial representa a causa terminal. Na parte II, são informadas outras condições significantes que interferiram no curso do processo mórbido, chamadas de causas contribuintes ou contributórias.¹¹

Analisaram-se os casos em que os TM estavam referidos, primeiramente, como causa básica, relacionando-os à faixa etária. Quando mencionados como causa associada do óbito, foram observados, especificamente, os casos em que a causa básica era suicídio (códigos X60 a X64, Capítulo XX, CID-10) ou causa materna (000 a 099, Capítulo XV, CID-10),⁴ a fim de estabelecer uma relação entre a ocorrência de transtorno mental e sua contribuição para esses óbitos específicos.

Na parte II da declaração de óbito, foram observadas, também, as referências aos transtornos mentais, o que permitiu uma avaliação mais completa de sua prevalência nessa população.

Resultados

Transtornos mentais como causa básica do óbito

Como causa básica, após a investigação, os transtornos mentais corresponderam a cerca de 1% do total, qual seja, 70 casos de transtornos mentais referidos nas DO-N, enquanto, oficialmente, os TM haviam sido mencionados em 33 DO-O. O estudo, portanto, implicou um acréscimo de 112% ao total de óbitos existentes por essa causa.

Verificou-se que 64,3% dos óbitos por transtornos mentais corresponderam àqueles devidos ao uso de substâncias psicoativas, com predomínio do álcool. (Tabela 1) Esse tipo de causa engloba uma ampla gama de agravos – que diferem em gravidade –, desde uma intoxicação não-complicada em razão do uso nocivo até transtornos psicóticos e demências. Muitos usuários de drogas costumam ingerir mais de um tipo de substância psicoativa. A CID-10¹ recomenda, entretanto, sempre que possível, a classificação e respectiva codificação de acordo com a substância mais importante usada e que desencadeou o óbito. Somente

nos casos em que o padrão de uso de substâncias referia-se ao uso de múltiplas drogas em dosagens variadas, sem destacar a principal, utilizou-se a categoria “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas” (F19, Capítulo V, CID-10).

A presença de episódios depressivos correspondeu a 12,9% do total de óbitos por transtornos mentais, geralmente com presença de outros transtornos associados, predominantemente em mulheres de 35 a 40 anos de idade. Segue-se o retardo mental (F70-79, Capítulo V, CID-10), transtorno que se caracteriza por uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto do sistema nervoso, em 7,1% dos casos. Essa condição caracteriza-se por comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, que contribuem para o nível global de inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais. O retardo mental pode ocorrer com ou sem qualquer outro transtorno mental ou físico. Os óbitos analisados associavam-se a outros distúrbios físicos, desencadeadores de eventos que levaram a óbito.

Tabela 1 - Número e proporção (%) de óbitos de mulheres de dez a 49 anos de idade por transtornos mentais (TM) e comportamentais,^a após a investigação, segundo tipo, nas capitais de Estados. Brasil, 1º semestre de 2002

Tipos de transtornos mentais	N	%
TM e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10)	26	37,14
TM e comportamentais devidos ao uso de opiáceos (F11)	3	4,29
TM e comportamentais devidos ao uso de fumo (F17)	11	15,71
TM e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19)	5	7,14
Esquizofrenia (F20)	2	2,86
Episódios depressivos (F32)	9	12,86
Transtornos específicos da personalidade (F60)	3	4,29
Retardo mental, não especificado (F79)	5	7,14
Transtornos globais do desenvolvimento (F84)	1	1,43
TM, não especificado em outra parte (F99)	5	7,14
TOTAL	70	100,00

a) Capítulo V da CID-10; os caracteres entre parênteses referem-se aos tipos (categorias) de transtornos.

Há, ainda, uma proporção de cerca de 7% de transtornos não especificados ou de categoria residual (F99), o que mostra a dificuldade em classificar os transtornos mentais.²

Verificou-se, também, como faixas etárias predominantes, as de 40 a 49 anos (55,7%) e de 30 a 39 anos (27,1%), dados indicativos do aumento da incidência dos TM com o avanço da idade (Figura 1).

Transtornos mentais como causas associadas do óbito

Os TM como causas consequenciais, isto é, aqueles declarados na parte I das DO-N, embora não como causa básica, compreenderam, em média, 0,02 menção para cada óbito de mulher em idade fértil, havendo referência – principalmente – ao alcoolismo em 74,3% das menções (Tabela 2).

Como causa contributória, os TM declarados na parte II das DO-N constituíram, em média, 0,10 menções por mortes femininas de dez a 49 anos de idade; em cerca de 47% das menções, aparecem os TM devidos ao uso do fumo. Em 294 óbitos por doenças do aparelho respiratório, houve 57 (19,4%) menções a TM, em sua maioria associadas ao uso do fumo.

Sobre os suicídios, quando analisados de acordo com a faixa etária, verifica-se uma predominância de sua ocorrência nas idades de 20 a 29 (33,3%) e de 40 a 49 anos (31,3%) (Tabela 3).

Comparando-se esses achados com a distribuição etária dos óbitos por transtornos mentais, observa-se uma semelhança, principalmente pela concentração na faixa dos 40 a 49 anos (55,7% dos casos). Segundo alguns autores, essa faixa de idade é a de maior susceptibilidade à ocorrência de transtornos mentais.^{12,13}

Verificou-se que, das DO-N relativas aos casos de suicídio, havia uma média de 0,3 menção de TM como causa associada do óbito. Dessas menções, 63,8% eram relativas à depressão e 8,6% aos transtornos relacionados ao uso de fumo. A esquizofrenia foi mencionada em 5,2% dos casos (Tabela 4).

Na população estudada, aconteceu apenas um óbito por suicídio associado ao puerpério (F53). Não se deve subestimar sua importância, entretanto, haja vista a alta incidência de transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério que não resultam em óbito. Esses casos merecem ser objeto de estudos mais específicos.⁸

Quanto às mortes por causas maternas, em 7,1% delas, houve menção de transtornos mentais como causa associada, com destaque especial à esquizofrenia e à depressão. A presença de ambos os transtornos durante a gestação exige atenção especial dos profissionais de saúde no planejamento de uma assistência correta a essas gestantes, com adequados serviços de atendimento e pré-natal, para se evitar complicações que levem ao óbito.

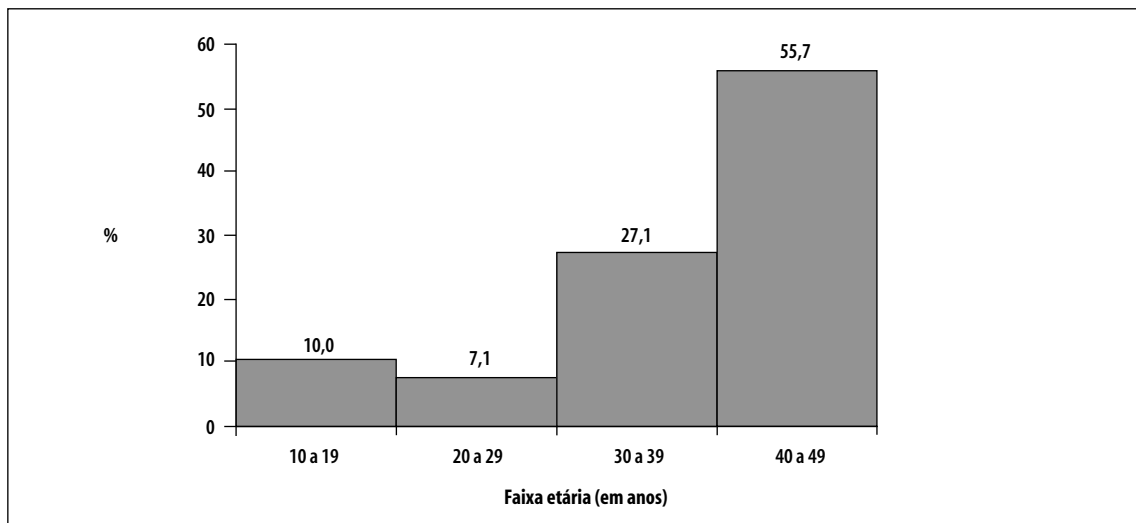


Figura 1 - Proporção (%) de óbitos de mulheres de dez a 49 anos de idade por transtornos mentais, após a investigação, segundo faixa etária, nas capitais de Estados. Brasil, 1º semestre de 2002

Tabela 2 - Número e proporção (%) de menções de transtornos mentais (TM) (causas associadas)^a nas DO-N^b de mulheres de dez a 49 anos de idade, segundo tipo e localização na DO, nas capitais de Estados. Brasil, 1º semestre de 2002

Tipos de transtorno mental (TM)	Parte I		Parte II		Total	
	N	%	N	%	N	%
Demência não especificada (F03)	3	1,9	5	0,7	8	0,9
TM e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10)	116	74,4	150	21,0	266	30,6
TM e comportamentais devidos ao uso de canabinóides (F12)	–	–	2	0,3	2	0,2
TM e comportamentais devidos ao uso de cocaína (F14)	–	–	2	0,3	2	0,2
TM e comportamentais devidos a uso do fumo (F17)	12	7,7	332	46,6	344	39,6
TM e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19)	–	–	46	6,5	46	5,3
Esquizofrenia (F20)	2	1,3	18	2,5	20	2,3
Psicose não-orgânica não especificada (F29)	3	1,9	17	2,4	20	2,3
Episódios depressivos (F32)	6	3,9	75	10,5	81	9,3
Outros transtornos ansiosos (F41)	–	–	7	1,0	7	0,8
TM e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte (F53)	2	1,3	1	0,1	3	0,4
Transtornos específicos da personalidade (F60)	–	–	3	0,4	3	0,4
Retardo mental, não especificado (F79)	3	1,9	19	2,7	22	2,5
Transtornos globais do desenvolvimento (F84)	1	0,6	–	–	1	0,1
Transtorno específico do desenvolvimento motor (F82)	2	1,3	–	–	2	0,2
Distúrbios de conduta (F91)	–	–	3	0,4	3	0,4
TM, não especificado em outra parte (F99)	6	3,8	33	4,6	39	4,5
TOTAL	156	100,0	713	100,0	869	100,0
Número médio de menções de transtornos mentais por óbito geral	0,02		0,10		0,12	

a) Capítulo V da CID-10; os caracteres entre parênteses referem-se aos tipos (categorias) de transtornos.
 b) DO-N: novas declarações de óbito

Tabela 3 - Número e proporção (%) de óbitos por suicídio, após a investigação, segundo faixa etária (em anos), nas capitais de Estados. Brasil, 1º semestre de 2002

Faixa etária	N	%
10 a 19	33	16,7
20 a 29	66	33,3
30 a 39	37	18,7
40 a 49	62	31,3
TOTAL	198	100,0

Tabela 4 - Número e proporção (%) de menções de transtornos mentais (TM)^a nos suicídios segundo tipo, nas DO-N^b de mulheres de dez a 49 anos de idade, nas capitais de Estados. Brasil, 1º semestre de 2002

Tipos de transtorno mental	N	%
TM e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10)	2	3,5
TM e comportamentais devidos a uso do fumo (F17)	5	8,6
Esquizofrenia (F20)	3	5,2
Episódios depressivos (F32)	37	63,8
TM e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte (F53)	1	1,7
TM, não especificado em outra parte (F99)	10	17,2
TOTAL	58	100,0

a) Capítulo V da CID-10; os caracteres entre parênteses referem-se aos tipos (categorias) de transtornos.
b) DO-N: novas declarações de óbito

Discussão

Entre os ganhos de informação obtidos com o estudo, chamou a atenção o elevado valor apresentado pelas mortes por transtornos mentais e comportamentais, que se constituem em importante causa básica, embora de difícil diagnóstico, passível de incorreções. Os achados confirmaram a necessidade de atividades voltadas para um melhor preenchimento das declarações de óbito pelos médicos, além do aprimoramento do fluxo pelos gestores dos sistemas de informações em saúde,⁹ pois, sobre as 33 DO-O preenchidas com menção de transtornos mentais como causa básica, esta investigação permitiu um acréscimo de mais 37 mortes, totalizando 70 DO-N com essa menção.

Como causa associada do óbito, os transtornos mentais apresentam-se com alta prevalência, principalmente os agravos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e tabaco). Recomenda-se que essas situações sejam analisadas minuciosamente, possibilitando a criação de outros programas específicos direcionados à saúde da mulher. Chamaram a atenção os óbitos relacionados ao suicídio e à depressão pós-parto.

No caso da depressão, os resultados encontrados são compatíveis com os achados da literatura: entre os transtornos mentais que podem levar ao suicídio, ela é a mais comum. Há muitas referências à presença da depressão na idade fértil da mulher, apesar de também se registrarem taxas elevadas de esquizofrenia. Comenta-se que essa fase seria mais susceptível a agravos mentais.^{12,15} A propósito, a literatura refere

que cometem suicídio de 10 a 15% dos pacientes que sofrem de depressão ou esquizofrenia.⁹

Outrossim, os resultados aqui apresentados indicam, relativamente aos óbitos femininos brasileiros, tendência similar à mundial: casos de suicídio associados à depressão e ao uso de substâncias psicoativas na faixa etária de 40 a 49 anos.

Quanto aos achados de transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, pode-se afirmar que apresentam ampla variabilidade de gravidade e a maior proporção de casos; merecem, por conseguinte, especial atenção dos profissionais ligados ao planejamento em saúde.

Os dados clínicos apontam, entre fatores de risco para suicídio: depressão grave; histórico familiar ou pessoal de depressão ou tentativa de suicídio; abuso de álcool ou outras substâncias; psicose; agitação; ansiedade grave; insônia; juventude; falta ou perda de apoio social; encarceramento; perda recente; crise pessoal ou causa para vergonha; e falta de tratamento psiquiátrico ativo e mantido. Esses dados coincidem com os achados epidemiológicos destes autores, ao terem constatado a presença de um ou mais dos fatores mencionados no histórico de cada mulher que se suicidou.

É premente a necessidade de pesquisas locais para uma melhor compreensão desse grave problema de Saúde Pública, aumentando, assim, as possibilidades de sua prevenção. A psicose puerperal é um quadro delirante, freqüentemente alucinatório, grave e agudo, que aparece do segundo dia até três meses depois do parto. Sua incidência no pós-parto

é elevada, chegando a 10 até 15% das mulheres que amamentam.¹⁴

Estudos epidemiológicos têm estimado que mais de 80% das mulheres em idade reprodutiva, de modo geral, experimentam algum sintoma de humor deprimido. A tristeza materna, por sua vez, apresenta uma prevalência de 25 a 85%, a depender do critério diagnóstico utilizado.¹⁵ Embora as menções de transtornos mentais associados ao puerpério não tenham sido muito elevadas, não se pode subestimar a importância desse dado, considerando-se que, nos casos citados, as mulheres suicidaram-se. O que ocorre, muitas vezes, é uma alta incidência de transtornos associados ao puerpério que não chegam a óbito mas que, por sua significância, devem ser objeto de novos estudos.⁹

A relação entre os transtornos mentais e o evento suicídio pode e deve nortear a equipe de saúde no sentido de se manter alerta diante dos primeiros sinais de transtornos mentais e, assim, evitar que a morte venha a se concretizar. As mortes maternas e os transtornos mentais associados ao puerpério merecem ser analisados mais profundamente, permitindo conhecer fatores de risco associados a esses agravos, para que as equipes de saúde estejam aptas a planejar e a atender adequadamente, nos serviços de pré-natal e de saúde da mulher.

A análise por causas múltiplas da morte mostrou a real importância dos transtornos mentais, o que não seria evidente, por completo, unicamente pela ótica das causas básicas de morte.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde. Centro Brasileiro para Classificação de Doenças. Classificação Internacional de Doenças – CID-10: 10ª revisão. São Paulo: OMS; 1995.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
3. Lopes CS, Foerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(6):1713-1720.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo [monografia na Internet]. Washington (DC): OPAS; 2001 [acesso 2006 nov. 6]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>
5. Chesler P. *Women and madness*. New York: Doubleday & Company; 1984.
6. Mari JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral [monografia na Internet]. São Paulo; 2003 [acesso 2006 nov. 6]. Disponível em: <http://www.epm.br/psiq.htm>
7. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2004;7(4):534-548.
8. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Datasus, 2005 [dados na Internet]. Brasília: MS [acesso 2006 nov. 6]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
9. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Projeto GPP: estudo da mortalidade de mulheres em idade fértil com ênfase na mortalidade materna. São Paulo; 2002. Relatório enviado ao Ministério da Saúde.
10. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortes maternas no Brasil: análise do preenchimento da variável da declaração de óbito. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9(1):43-50.
11. Laurenti R, Mello Jorge MHP. O atestado de óbito. Edição revista e atualizada. São Paulo: CBCD; 2004. Série Divulgação.
12. Souza CV. O suicídio no mundo: alguns dados – Adventista de vida saudável [monografia na Internet]. São Paulo; 2003 [acesso 2006 nov. 6]. Disponível em: <http://www.cavs.org.br>
13. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
14. Ballone GJ. Depressão pós-parto [monografia na Internet]. Última revisão 2001 *PsiquWeb - Psiquiatria Geral* [acesso 2006 nov. 6]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/sexo/posparto.html>
15. Ribeiro CS. Depressão pós-parto e relação mãe-filho [monografia na Internet]. *PsiquWeb* [acesso 2006 nov. 6]. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/colab/carmen.html>