

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA KELLY ALVES MACHADO DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS PRECOSES DE ALTERAÇÃO/ TRANSTORNOS
MENTAIS EM PUÉRPERAS PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO**

MACEIÓ/AL

2021

JÉSSICA KELLY ALVES MACHADO DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS PRECOSES DE ALTERAÇÃO/ TRANSTORNOS
MENTAIS EM PUÉRPERAS PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (EEnf), da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

MACEIÓ/AL

2021

Catlogação na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S586i Silva, Jéssica Kelly Alves Machado da.
Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais em
puérperas para promoção do autocuidado / Jéssica Kelly Alves Machado da
Silva. – 2021.
89 f. : il.

Orientadora: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 63-72.
Apêndices: f. 73-83.
Anexos: f. 84-89.

1. Período pós-parto. 2. Depressão pós-parto. 3. Autocuidado. 4. Saúde da
mulher. 5. Enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:613.99

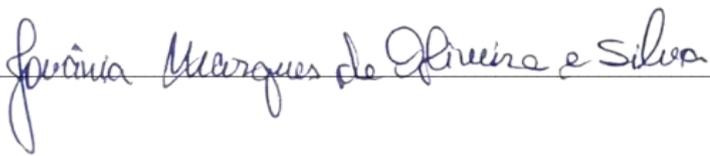
JÉSSICA KELLY ALVES MACHADO DA SILVA

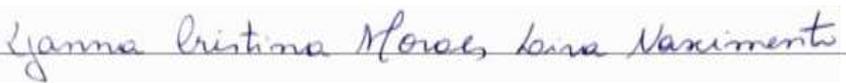
**IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS PRECOSES DE ALTERAÇÃO/ TRANSTORNOS
MENTAIS EM PUÉRPERAS PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao corpo docente do Curso de graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Alagoas. Aprovado em: 03/09/2021.


Prof.^a. Dr.^a. Amozza Aylla Pereira dos Santos (Orientadora) / UFAL

Banca examinadora:


Prof.^a. Dr.^a. Jovânia Marques de Oliveira e Silva / UFAL


Prof.^a. MSc. Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento / UFAL

À Enfermagem, profissão que me escolheu, à minha família por todo o incentivo aos meus estudos, aos meus professores, e em especial, à todas as mulheres que direta ou indiretamente se fizeram presentes nesta pesquisa. Este trabalho é fruto da luta diária de todas vocês. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por todas as realizações dos últimos anos, e por me fazer acreditar em dias melhores sempre.

Aos meus pais, Adriana Machado e Dênis Alves, por estarem sempre presentes e por cada esforço que fizeram até aqui. Tudo que sou, tenho e serei é por vocês e para vocês.

À minha irmã, Ana Jackeline (nine), que foi minha primeira paciente nos momentos de estudos, de técnicas, minha fiel *cobaia*. Obrigada pela paciência e por me emprestar/dar tanto mesmo quando você tinha pouco.

À minha família, por ser tão presente e ter sonhado junto comigo a realização deste sonho de me formar Enfermeira. Em especial às minhas tias amadas, tia Célia, tia Iracema, tia Daniele e tia Cícera, e aos meus tios, tio Moisés, tio Tito e tio Valci.

Ao meu amor, Thiago Oliveira. Ele que me livrou não apenas da *maldição de Florence*, mas que esteve comigo durante todo o trajeto de escrita, leitura e pesquisas do TCC, sempre estando ao meu lado, vibrando cada vitória e me apoiando em cada dificuldade. Seu amor, paciência e cuidado foram meu porto seguro durante a produção deste trabalho.

À minha afilhada linda, Maya Machado, que embora tenha poucos meses de vida já me ensinou tanto. Eu não tenho dúvida que um dia você será uma grande mulher. Sou muito mais feliz desde o dia que você nasceu.

Às minhas madrinhas, Valnérita Machado, Cynthia Albuquerque e Silvia Karla, e ao meu padrinho, Ricardo Bento, por cumprirem o papel de minhas segundas mães e segundo pai, e por todo zelo em minha criação e formação pessoal e acadêmica.

Às pessoas que tornaram a realização desta pesquisa possível:

À minha orientadora, professora e amiga Amuzza Aylla Pereira dos Santos, que me acolheu desde o início da graduação. Sou muito grata por cada esclarecimento, cada momento de aprendizado e por ter tido uma professora tão dedicada, justa e motivadora. Dos meus primeiros passos acadêmicos até aqui, todos têm sua marca e serei eternamente grata.

À Crislane de Oliveira Pontes, futura enfermeira, que me ajudou na construção desta pesquisa através da coleta de dados. Percorremos muitos caminhos e partilhamos muitas histórias até chegarmos aqui.

À Enfermeira Cláudia Moura dos Santos, por todo profissionalismo e por ter abraçado esta pesquisa, sempre colaborando com a captação das entrevistadas, marcando horários, incentivando a entrevista, e auxiliando no esclarecimento de dúvidas. As UBS precisam de mais profissionais tão dedicados como você, gratidão!

A todos os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde Dr. Robson Cavalcante, em especial aos Agentes Sanitários de Saúde, que foram a ponte para a comunicação e efetivação de todas as entrevistas. A atenção primária é fruto do trabalho e dedicação diária de vocês.

À minha banca, Professora Jovânia Marques de Oliveira e Silva e Professora Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento, mulheres que me inspiram e foram essenciais durante minha formação. Espero que como Enfermeira, eu sempre preserve partes de tudo que sempre admirei em vocês duas. Gratidão!

Aos meus professores, da minha formação básica até aqui. Gratidão por tudo, por serem espelhos, e legitimarem que como dito por Paulo Freire: *“a educação não transforma o mundo, mas muda as pessoas e pessoas transformam o mundo”*.

Aos meus preceptores de estágio Thâmara, Lena, Mariana, Sarah, Andrea, Eliana, Letícia, Juliana, Nadja, Patrícia, Jeferson. Aos profissionais mais comprometidos e empáticos que tive a honra de conhecer durante a finalização da graduação, Seu Welington, Seu Heleno, Seu Antônio, Sônia Raposo. À minha turma e pessoas tão especiais da UBS João José Pereira Lyra Filho: Maria, Melissa, Marinês, Sônia, Júnior, Silvania, Dayami, Jonas e Fernanda.

Aos meus amigos, por serem pacientes com a minha frequente ausência durante este último ano de curso: Luana, Fausto, Thais, minha amiga que tanto me apoia e futura enfermeira obstetra; Nathalya, minha dupla da graduação que junto à Clarice foi minha companheira na saúde da mulher; Rita, Lays, Christine, Lília, Fátima, Janaína, Mariana, Lívia, Itala e Karine. E às minhas amigas que embora morem em outros Estados, estão sempre presentes no meu coração: Mylena (Chica) e Letícia. E a todos meus amigos, gratidão!

Às minhas primas Maria Eduarda, Thallyta, Karol, Mayara, Alícia, Fabiana, Valéria, Joyce, e aos meus primos, Thallys, Paulo, Arthur, Walberty e Ryan.

Aos projetos de extensão que tive a honra de participar e que afirmo sem dúvidas serem os melhores da UFAL: T.E.C.A. e Anjos dos HUPAA. Em especial às coordenadoras: Isabel Fernandes, Vanessa Ferry e Sarah Barros. Vocês me mostraram que nunca devemos deixar o espírito de ser criança, e que a arte, o brincar e o olhar ao próximo curam.

Aos anos de dedicação, pesquisa e experiências vistas aos olhos das mulheres em situação de privação de liberdade, proporcionadas pelo Projeto de Iniciação Científica do meu grupo amado GEPSMUV (Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Mulher e Vulnerabilidades), em especial à Enfermeira Bárbara e a Técnica de Enfermagem Rose.

À todas as mulheres da minha vida e às que fizeram parte desta pesquisa! Gratidão!

“Ser jovem enquanto velha, velha
enquanto jovem”

Em todas as mulheres, sobretudo quando entram na maturidade, instala-se uma força subterrânea e invisível que se manifesta por meio de comportamentos inesperados, arroubos de energia, instituições perspicazes, ímpetos apaixonados: um impulso arrebatador e inesgotável que as impede obstinadamente rumo à salvação, à reconstrução de toda e qualquer integridade despedaçada. Como uma grande árvore que, quando ameaçada pela doença, golpeada pela intempérie, agredida pela fúria do homem, se recusa a morrer e, milagrosamente e com enorme dose de paciência e persistência, continua a nutrir-se e renasce para manter o próprio espírito vital de forma a poder gerar novos frutos, aos quais confiará esta herança inestimável.

Trecho do livro *A Ciranda das Mulheres*
Sábias de Clarissa Pinkola Estés

RESUMO

SILVA, Jéssica Kelly Alves Machado da. Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais em puérperas para promoção do autocuidado. Maceió, 2021.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

A gestação é um período no qual ocorrem diversas transformações físicas e psíquicas e que é marcado por mudanças fisiológicas, que podem afetar a saúde mental. Objetiva-se identificar sinais precoces de alterações e/ou transtornos mentais em puérperas para promoção do autocuidado. Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado após aprovação do comitê de ética em pesquisa e tomando como base as Resoluções 466/12 e 510/16 que rege as pesquisas com seres humanos. A população estudada foram puérperas atendidas na unidade básica de saúde. A análise foi realizada mediante a construção de um banco de dados, organizado e armazenado em uma planilha do software EXCEL (Microsoft Office) para a codificação das variáveis, com digitação dupla, por pesquisadores distintos para validação dessa planilha. As puérperas participantes do estudo, são advindas da região periférica na cidade de Maceió, autodeclaram-se em sua maioria como pardas, possuem nível de escolaridade médio completo, e estão entre a faixa-etária de 18 a 39 anos de idade, enquadrando-se como mulheres em idade reprodutiva, classificadas como mães adolescentes e mães adultas jovens. São mulheres que reconhecem a necessidade da prática do autocuidado, mas que possuem alguns entraves ligados às mais diferentes realidades e cotidiano em que estas estão inseridas, tornando fatores de risco para transtornos/alterações mentais durante o ciclo gravídico-puerperal. A efetivação da assistência integral à saúde das mulheres, ocorridas durante o pré-natal, parto e nascimento, são condições essenciais para a prevenção de transtornos e doenças mentais ocorridos numa fase tão ímpar que é o período puerperal. Com isso, reconhece-se a necessidade do estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e à puérpera atendida, a fim de promover informações imprescindíveis sobre as alterações fisiológicas que ocorrem, assim como incentivar o autocuidado dessas mulheres, tornando o período pós-parto melhor tanto para a puérpera, como para o recém-nascido e todo círculo familiar.

Descritores: Período Pós-Parto; Depressão Pós-Parto; Autocuidado; Saúde da Mulher; Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Jéssica Kelly Alves Machado da. Identification of early signs of mental changes/disorders in postpartum women to promote self-care. Maceió, 2021. Advisor: Prof^a. Dr^a. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

Pregnancy is a period in which several physical and psychological changes occur and is marked by physiological changes that can affect mental health. The objective is to identify early signs of changes and/or mental disorders in postpartum women to promote self-care. This is a descriptive study with a quantitative approach, carried out after approval by the Research Ethics Committee and based on Resolutions 466/12 and 510/16, which govern research with human beings. The population studied were postpartum women attended at the basic health unit. The analysis was performed through the construction of a database, organized and stored in a spreadsheet in the EXCEL software (Microsoft Office) for the coding of variables, with double typing, by different researchers to validate this spreadsheet. The postpartum women participating in the study come from the peripheral region of the city of Maceió, mostly self-declared as brown, have completed high school education, and are between the age group of 18 to 39 years old, fitting in as women of reproductive age, classified as teenage mothers and young adult mothers. These are women who recognize the need to practice self-care, but who have some obstacles linked to the most different realities and daily lives in which they are inserted, becoming risk factors for mental disorders/alterations during the pregnancy-puerperal cycle. The implementation of comprehensive health care for women, which occurs during prenatal care, childbirth and birth, are essential conditions for the prevention of mental disorders and illnesses that occur at such a unique stage, which is the puerperal period. With this, it is recognized the need to establish a bond between the health team and the postpartum woman assisted, in order to promote essential information about the physiological changes that occur, as well as to encourage these women's self-care, making the postpartum period better both for the puerperal woman, as for the newborn and the whole family circle.

Keywords: Postpartum Period; Depression, Postpartum; Self Care; Women's Health; Nursing Care.

LISTA DE SIGLAS

ACE Agente de Combate às Endemias
ACS Agente Comunitário de Saúde
AIDS Acquired Immunodeficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS Atenção Primária à Saúde
CAPS Centros de Atenção Psicossocial
CECOS Centros de Convivência e Cultura
BP Blues Puerperal
DPP Data Provável do Parto / Depressão Pós-parto
DS Dificuldade Sexual
DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ESF Estratégia Saúde da Família
HIV Human Immunodeficiency Virus/ Vírus da Imunodeficiência Humana
M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview
NASF Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS Organização Mundial de Saúde
PHPN Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PP Psicose Puerperal
PTS Projeto Terapêutico Singular
RAPS Redes de Atenção Psicossocial
RN Recém-Nascido
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SRT Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS Sistema Único de Saúde
TA Transtorno de Adaptação
TAG Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TPM Tensão Pré-Menstrual
UA Unidade de Acolhimento
UBS Unidade Básica de Saúde
UFAL Universidade Federal de Alagoas
UTI Unidade de Terapia Intensiva
UCI Unidade de Cuidados Intermediários
VPI Violência por Parceiro Íntimo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021	36
Tabela 2 - Antecedentes pessoais das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.....	37
Tabela 3 - Antecedentes ginecológicos e obstétricos das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.....	38
Tabela 4 - Assistência pré-natal das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.....	40
Tabela 5 - Assistência ao parto das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.....	42
Tabela 6 - Perspectiva sobre aleitamento materno das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.....	43
Tabela 7 - Fatores psicológicos ocorridos durante a gestação das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.....	44
Tabela 8 - Fatores psicológicos das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.....	45
Tabela 9 - Sinais de alteração psíquica referentes às duas semanas pós-parto das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió,2021.....	47
Tabela 10 - Relação de autocuidado das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.....	48

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Entendendo o Puerpério.....	17
2.2 Alterações psíquicas suscetíveis no Puerpério.....	18
2.2.1 Transtorno de Adaptação.....	18
2.2.2 Disforia Puerperal.....	19
2.2.3 Transtornos Ansiosos.....	19
2.2.4 Depressão Pós-Parto.....	20
2.2.5 Psicose Puerperal.....	20
2.2.6 Outras alterações.....	21
2.3 A importância do autocuidado e das redes de apoio no período puerperal.....	23
2.4 Saúde da mulher no Brasil.....	23
2.4.1 Política Nacional de Atenção Integral À Saúde da Mulher.....	24
2.4.2 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.....	24
2.4.3. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.....	25
2.4.3.1 Rede Cegonha.....	26
2.4.4 Política Nacional de Saúde Mental.....	27
2.4.4.1 A importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	28
2.4.4.2 Matriciamento em Saúde Mental.....	28
2.4.4.3 Projeto Terapêutico Singular como ferramenta para promoção do autocuidado.....	29
2.4.4.4 Ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica.....	30
3. METODOLOGIA.....	31
3.1 Tipo de Estudo.....	31
3.2 Local do Estudo.....	31
3.3 Participantes do Estudo.....	32
3.4 Critérios de Inclusão de Exclusão.....	32
3.5 Coleta de dados.....	33
3.5.1 Instrumentos.....	33
3.6 Variáveis.....	34
3.7 Análise dos Dados.....	34
3.8 Aspectos Éticos.....	34
4. RESULTADOS.....	36
4.1 Dados sociodemográficos.....	36
4.2 Antecedentes pessoais.....	37
4.3 Antecedentes ginecológicos e obstétricos.....	38
4.4 Pré-natal: assistência prestada e sentimentos vivenciados.....	40
4.5 Maternidade, Puerpério e Aleitamento materno.....	41
4.6 Fatores psicológicos e rede de apoio.....	44
4.7 Sinais de alteração psíquica.....	46
4.8 Avaliação do autocuidado.....	48
5. DISCUSSÃO.....	52
6. CONCLUSÃO.....	61

REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
APÊNDICE B - Formulário Semiestruturado.....	77
ANEXO A - Autorização da Secretaria de Saúde de Maceió (SMS) para realização da pesquisa.....	84
ANEXO B - Autorização Institucional para realização da pesquisa.....	85

1. INTRODUÇÃO

O período gestacional vai desde a descoberta da gravidez, perpassa o parto e o período puerperal é responsável por mudanças físicas, hormonais e psíquicas que afetam o bem-estar mental das mulheres. Tais condições por sua vez podem acarretar vulnerabilidades por inúmeros fatores, como influências psicológicas, sociais e obstétricas. O Ministério da Saúde, refere-se ao puerpério como o período que vai desde a primeira hora pós-parto até o quadragésimo segundo dia de nascimento do feto. Apesar de provisório é um momento de ampla vulnerabilidade psíquica com possíveis desencadeamentos de oscilações psicoemocionais e corporais (MACIEL et al., 2019).

O ciclo gravídico-puerperal é um momento de adaptação da mulher à sua nova condição, ela deseja ser a melhor mãe possível e espera ter a capacidade para identificar e satisfazer todas as necessidades de seu filho de forma rápida. É um período de crise vital feminina, visto que há intensas transformações individuais e subjetivas devido a ganhos e perdas irreversíveis nas condições físicas, psicológicas e sociais (FEITOSA, 2016).

No puerpério há uma necessidade maior de organização social e adaptação ao período. Neste período ela passa por profundas alterações psicoemocionais e vivências de insegurança em relação aos cuidados com o recém-nascido (MACIEL et al., 2019; CARDOSO et al., 2019).

Nesse período, as mulheres experimentam uma série de mudanças em sua rotina que vão desde a privação de atividades até a perda de autonomia, já que a parentalidade exige que a mãe se comprometa com o cuidado com o recém-nascido (RN) (POLES et al., 2018).

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior facilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Os mais comuns neste período são: a disforia puerperal, depressão pós-parto (DPP) e psicose puerperal, apesar de não serem distinguidos nos sistemas classificatórios de psiquiatria. Os fatores de risco que podem conduzir ao desenvolvimento de algum transtorno mental no puerpério precisam ser elucidados como uma estratégia de prevenção e promoção da saúde de mulheres nessa fase (MACIEL et al., 2019).

Somado a todo contexto apresentado, o mundo enfrenta a terceira crise de coronavírus em menos de vinte anos. No final de 2019, em Wuhan, na China, surgiu o SARS-CoV-2, um novo coronavírus, cuja doença (a COVID-19) se tornou um grande desafio de saúde pública mundial. Apesar de ser uma das medidas mais eficazes no combate à propagação da pandemia,

o distanciamento pode ter influências sociais e psicológicas diretas e indiretas agora e no futuro, o que requer atenção das autoridades de saúde (WANG, et al., 2020; HOLMES et al., 2020).

O distanciamento social ocasiona mudanças no padrão de convivência nos ambientes de trabalho e familiares, despertando sentimentos de solidão, medo e ansiedade generalizada, juntamente ao temor ocasionado pela alta taxa de transmissão viral, em decorrência da rapidez, invisibilidade, e morbimortalidade da COVID-19. Isso ainda leva a outros desafios psicossociais, incluindo estigmatização e discriminação de pessoas infectadas, além de desenvolver desumanização alimentada pela distância entre as pessoas (HUANG; ZHAO, 2020).

Vários artigos têm alertado para o surgimento de problemas mentais durante a pandemia de COVID-19, muitos deles a destacar as pessoas com doenças e transtornos mentais prévios como mais vulneráveis. Destaca-se, nesse sentido, que pessoas com condições mentais preexistentes necessitam de atenção especial nos cuidados à saúde mental, também e especialmente, durante a pandemia (BARROS et al., 2020).

Vê-se que este é um momento que requer maior atenção da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde na identificação e prevenção de algumas complicações que podem causar transtornos mentais e no auxílio à adequação da mulher as suas novas condições e ao desenvolvimento de aptidões que proporcionem segurança ao seu filho (CARDOSO et al., 2019).

Diante dessa possibilidade, os cuidados no pós-parto devem ser percebidos pelos profissionais de saúde não somente como uma ação voltada ao bem-estar do recém-nascido, mas também como um processo que se expande e reflete nas demais interações e necessidades femininas como mãe, esposa e mulher. Visto isso, é fundamental que, após o nascimento de um filho, a mulher receba apoio emocional, físico e informacional, na perspectiva de vivenciar o puerpério de forma saudável, trazendo os benefícios múltiplos e extensivos à criança e à família como um todo (SANTOS et al., 2015).

O estudo demonstra sua importância nas oportunidades para falar sobre a temática, estabelecer relação de confiança entre o profissional da saúde e a puérpera, além de servir de base para compreender e solucionar os problemas referentes aos transtornos/alterações psíquicas que podem acarretar grandes problemas para saúde mental das mulheres em todo seu ciclo gravídico-puerperal. Dito isso, traz sua relevância para estudantes e profissionais de saúde perceberem pequenos sinais de alteração como modo de prevenção ao adoecimento

mental dessas puérperas, sendo necessário iniciar essa discussão desde a academia com os profissionais ainda em formação.

Diante do que foi exposto, o presente estudo traz como pergunta norteadora: É possível identificar sinais precoces de alterações e/ou transtornos mentais em puérperas para promoção do autocuidado? Para responder a pergunta norteadora foi estabelecido o seguinte objetivo: identificar sinais precoces de alterações e/ou transtornos mentais em puérperas para promoção do autocuidado.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Entendendo o Puerpério

A gravidez, sendo uma fase transitória do ciclo vital, induz a mulher a reorganizar sua identidade. Além das variáveis psicológicas e biológicas da gravidez, há ainda a situação socioeconômica, considerando que atualmente a mulher possui atividades profissionais e/ou sociais que lhe impossibilitam doação integral de tempo à maternidade, quadro que pode induzir ao aumento da tensão emocional (MANENTE; RODRIGUES, 2016).

O pós-parto por sua vez é um período no qual as mudanças, emocionais e físicas, da gestação tendem a se intensificar gerando profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, por isso, os riscos para o aparecimento dos transtornos psiquiátricos tornam-se mais elevados neste período, sendo, portanto, imprescindível que esta fase da vida da mulher seja avaliada com especial atenção (FURUTA et al., 2016).

As principais alterações funcionais no transcorrer desta fase se dão nos sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário, hematopoiético, tegumentar, endócrino e reprodutor. Nos primeiros dias de puerpério, as mulheres experimentam rápidas e por isso podem aparecer instabilidade diante situações que elas não conseguem lidar, principalmente relacionadas ao cuidado com o filho, a família e seu lar (SILVA et al., 2017).

Nos períodos iniciais da maternidade, a representatividade e aproximação do profissional de saúde são indispensáveis para a melhor recuperação da mulher (MIRKOVIC et al., 2017). No entanto, apesar de o puerpério ser um evento importante no ciclo de vida das mulheres, percebe-se que o mesmo se encontra negligenciado, tanto pelos serviços, quanto por profissionais de saúde e pelas próprias puérperas (LIMA et al., 2017).

Autocuidado se caracteriza por cuidar de si mesmo, do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas para preveni-las, sendo uma técnica utilizada para empoderar o sujeito para se cuidar. Assim, como sujeito ativo do processo, pode modificar suas atitudes e assumir novos comportamentos (ALVES et al., 2016).

É importante que o enfermeiro esclareça dúvidas e oriente a mulher nas ações de autocuidado que podem e devem ser exercidas durante o puerpério e, para isso, é fundamental que esse profissional tenha aproximação teórica para desenvolver assistência direcionada às reais necessidades das puérperas (BARBOSA et al., 2018).

2.2 Alterações psíquicas suscetíveis no puerpério

As alterações psíquicas suscetíveis no ciclo gravídico-puerperal são vegetativas, cognitivas e psicomotoras, como alterações no humor, no apetite, no sono, irritabilidade, crises de choro, falta de concentração e energia, fadiga e desinteresse em atividades que antes gostava de fazer. Podem ocorrer também pensamentos de suicídio e culpa vindo a ocorrer desde as primeiras semanas após o parto, como a qualquer momento do primeiro ano de vida da criança (LIMA et al., 2017). Podendo ser os fatores de risco para algumas mulheres: fatores demográficos e econômicos, multiparidade, falta de apoio e dificuldades de cumprir as tarefas normais que antes eram simples e que se tornaram difíceis devido à sobrecarga (HARTMANN et al., 2017; MORAIS et al., 2015).

A mulher começa a se culpar por coisas que fogem do padrão esperado, se sente ansiosa e preocupada sem razão aparente, além de se sentir muito atarefada em relação a casa e ao bebê. Isso mostra a necessidade de um melhor assessoramento governamental sobre puérperas, pois além dos prejuízos já existentes nessas mulheres, seus filhos também entram nos fatores de risco quando se fala em: nutrição, desenvolvimento e crescimento, emocional, e doenças diarreicas (NADER et al., 2020).

2.2.1 Transtorno de Adaptação

O Transtorno de Adaptação (TA) é definido pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), particularmente o Código Internacional de Doenças 10 (CID-10), como sendo o estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que dificulta o funcionamento e o desempenho social (OMS, 2008).

Caracteriza-se por ocorrer no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante, traumático ou não, resultando em uma reação depressiva, ou perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração (FREITAS et al., 2016).

Entre os acontecimentos geradores do TA o processo da gestação, parto e puerpério pode proporcionar uma experiência assustadora, ansiosa e até mesmo traumática (FREITAS et al., 2016). Essa percepção traumática do parto surge quando uma mulher acredita que existe uma ameaça séria ou significativa à sua própria vida (por exemplo, complicações obstétricas antecipadas ou inesperadas, cesárea de emergência), à vida do seu bebê (por exemplo, parto

premature, natimorto), ou quando suas expectativas para o momento do parto não são alcançadas (RODRIGUES et al., 2018).

Até 1987 o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), afirmava que o TA possuía um diagnóstico transitório, não excedendo o período de seis meses, entretanto, em 2011 ao ser lançada a quarta edição do DSM foi concebida a possibilidade da cronicidade do transtorno (JORDÃO et al., 2017).

2.2.2 Disforia Puerperal

A Disforia Puerperal ou Blues puerperal (BP) é uma entidade psíquica que pode ocorrer até 7-10 dias após o parto, regredindo espontaneamente após um período de duas semanas. É caracterizado por choro, labilidade do humor, perturbação do sono, tristeza, crises de ansiedade, diminuição da concentração e perdas gerais de interesse (AMBRÓSIO; CAMELO, 2020).

Leitão et al. (2020) apresenta como os principais fatores de risco associados à ocorrência de Baby Blues: distúrbio do sono, episódios depressivos prévios, neuroticismo, necessidade de suporte social, medo do nascimento, gravidez não planejada, estado civil solteiro, multiparidade, além de maior carga horária de trabalho do companheiro, trabalho do marido no setor privado, baixo nível de intimidade e similaridade com o parceiro, além de desapontamento com o mesmo.

2.2.3 Transtornos Ansiosos

Estudos recentes apontam que uma em cada quatro gestantes podem apresentar ansiedade e depressão durante a gravidez. Além disso, resultados sugerem que 48% das gestantes que manifestaram sintomas de ansiedade e 70% das que apresentaram sintomas de depressão poderiam permanecer em sofrimento psíquico no puerpério e nos primeiros anos de vida dos filhos (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2019). Assim, também no puerpério a ansiedade é esperada, diante das novas experiências suscitadas pela presença do bebê (CHEMELLO et al., 2021).

A ansiedade materna, portanto, pode ser entendida como um sentimento que faz parte da experiência da maternidade, assim como de outras experiências humanas. Entretanto, em algumas mulheres, a ansiedade pode manifestar-se de forma exacerbada, por meio de

preocupações excessivas e/ou de um estado de tensão, insatisfação, insegurança, incerteza e medo diante da maternidade (CHEMELLO et al., 2021).

Assim, deve-se considerar que a ansiedade materna é um fenômeno complexo e multifatorial, que repercute não apenas na saúde mental materna, mas também na relação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança (CHEMELLO et al., 2021).

2.2.4 Depressão Pós-Parto

No cenário mundial, a depressão configura-se como a quinta causa de morbimortalidade, sendo o sexo feminino o mais atingido. Nesse caso a atenção primária tem função essencial para prevenção, pois configura-se como porta de entrada para o SUS (SUSSMANN et al., 2020).

Estima-se que entre 10 a 15 % das mulheres sofrem com sintomas depressivos na gravidez e que esta patologia vem sendo desmerecida, dando maior valor aos momentos psicóticos por causa de necessidade de internação em consequência de urgência (SANTOS et al., 2020).

O bom relacionamento conjugal e familiar é considerado fator protetor, pois auxilia no aumento da autoestima, além da mulher ter apoio familiar e ser mais valorizada psicologicamente. Pelo contrário, mau relacionamento conjugal, baixa renda familiar e transtorno psiquiátrico no passado, tem grande influência no desencadeamento da depressão pós-parto (PEDROTTI et al., 2019).

Quando se fala em funções da enfermagem sobre a Depressão Pós-parto, espera-se minimamente, conhecimento do profissional quanto à patologia e gestão da unidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF), se bem organizada, consegue fazer a busca ativa dessas mulheres para prevenção e acompanhamento eficaz, uma vez que detectada precocemente e realizado o acompanhamento pela equipe multidisciplinar, pode-se evitar maiores complicações, como por exemplo, óbitos (GONÇALVES; ALMEIDA, 2019).

2.2.5 Psicose Puerperal

Uma grave emergência psiquiátrica é a Psicose Puerperal (PP) que afeta uma a duas mulheres a cada mil partos (JEFFERIES, 2016). Podendo levar até quatro semanas do período pós-parto para ocorrer. Os sintomas comuns são flutuações e instabilidade do humor e preocupações com a segurança do bebê, a intensidade pode variar de exagerada a delirante,

podendo representar um risco de danos significativo a ele. O infanticídio, com maior frequência, ocorre devido a episódios psicóticos no pós-parto associado a alucinações de ordens para matar o filho ou delírios de que ele é um demônio, mas também podem ocorrer episódios graves de humor sem esses sintomas. Entre os fatores de risco para psicose puerperal, está a primiparidade (primeiro parto) e história pessoal ou familiar de transtornos psiquiátricos como a bipolaridade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) conforme citado por Feitosa (2016, p. 81), “a puérpera deve ser atendida em sua totalidade por meio de uma visão integral [pode-se dizer que esse conceito nos remete a um estado de harmonia bio-psico-social]”.

Os profissionais de saúde devem ter uma escuta sensível em relação às demandas da mulher nesse período, sempre levando em consideração sua singularidade. Quando uma mulher se sente assegurada o suficiente para falar sobre seus sintomas, ela é capaz de trabalhar de forma ativa com seus familiares e equipe de saúde para gerar planos que mantenham ela e a criança em segurança (CARDOSO et al., 2019).

Vê-se nesse contexto, a assistência de enfermagem tem sua importância para o reconhecimento da PP em tempo hábil, tendo em vista que o enfermeiro permanece próximo da mãe durante um período bem maior em relação aos demais membros da equipe. O método mais eficaz da enfermagem em relação à psicose puerperal, considera-se o diagnóstico precoce indicado para a prevenção de agravos da doença e suas consequências (CARDOSO et al., 2019).

2.2.6 Outras alterações

Acredita-se que uma das questões importantes para as mulheres é a retomada da vida sexual após o parto, uma vez que são poucos os materiais científicos e espaços informativos disponíveis sobre esse reinício, resultando em uma preocupação das entrevistadas e de seus parceiros acerca das consequências dessa retomada (JUSTINO et al., 2019).

Entende-se que a sexualidade envolve dimensões físicas, psicoemocionais e socioculturais, por isso, é identificada como um aspecto inerente e fundamental na vida de mulheres, bem como de homens. Nota-se, no entanto, que, culturalmente, em especial nos serviços de saúde, a sexualidade é relacionada aos conceitos de reprodução e contracepção, principalmente com as mulheres que estão passando pelo puerpério. Destaca-se, desse modo, o olhar reduzido para esse campo da vida das mulheres, uma vez que o olhar ampliado para a sexualidade, para além das questões reprodutivas, é parte de uma atenção integral à saúde (CABRAL, 2017; PIERREPONT et al., 2016).

Detalha-se, entre os fatores que interferem na saúde da mulher durante o puerpério, que as crenças trazidas pela cultura impactam diretamente a liberdade de escolha e a efetivação do direito das mesmas. Revela-se que, ainda hoje, grande parte das mulheres exerce a maternidade de maneira compulsória, muitas vezes, sem condições para que ela seja segura, socialmente amparada e prazerosa, fato este que evidencia a desigualdade de gênero (SANTOS et al., 2016).

Em períodos da vida feminina, como o pós-parto, é comum o relato de Dificuldades Sexuais (DS). Diversos fatores interagem nesse momento que, ao lado da puberdade e da menopausa, é tido como um dos mais críticos do desenvolvimento feminino. No pós-parto ocorrem importantes transformações nos âmbitos fisiológico, psicológico e sociais. Essas mudanças podem interferir na sexualidade e demandam reorganização e redirecionamento do desejo sexual. Em comparação ao período anterior à gestação, o desejo sexual e a frequência das relações encontram-se diminuídos até o terceiro mês do pós-parto (SUSSMANN et al., 2020).

Aspecto pouco estudado na literatura é a relação entre DS e Violência por Parceiro Íntimo (VPI). A VPI constitui-se problema público, nos âmbitos social e de saúde, que afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento. É definida como qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica perpetrada por alguém que é, foi ou deseja ser envolvido intimamente com a vítima (SUSSMANN et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a prevalência de VPI nos países da América Latina e Caribe seja de 29,8%, sendo menor (23,2%) em regiões de alta renda. As violências sexual, física e psicológica expõem as mulheres a maior risco de sofrimentos físico e mental, enfermidades, gravidez indesejada e, muitas vezes, inibem-nas de utilizar os serviços de saúde. Outros desfechos associados à VPI são problemas físicos que incluem dores crônicas, sintomas psicossomáticos, perda ou ganho de peso e dor ou ardência ao urinar (SUSSMANN et al., 2020).

DS no pós-parto e VPI possuem fatores associados em comum, incluindo a DPP. Há carência de estudos que abordem a relação entre DS e VPI, que além de frequentes podem, em tese, ter relação de causalidade. DS pode ser tanto consequência como causa da VPI, e ambas são passíveis de medidas preventivas ou terapêuticas (SUSSMANN et al., 2020).

Além dos transtornos e alterações mentais citados acima, a puérpera se encontra suscetível a desenvolver ou intensificar, se já preexistentes, desordens psíquicas como: Fobia social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), Síndrome do Pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

2.3 A importância do autocuidado e das redes de apoio no período puerperal

O puerpério é popularmente conhecido como quarentena, dieta ou resguardo, de acordo com os aspectos socioculturais (CASTIGLIONI et al., 2016). É caracterizado por ser uma etapa marcante na vida da mulher, permeada por modificações locais e sistêmicas, provenientes da gravidez e do parto. Inicia-se com a dequitação placentária, mas seu fim ainda é pouco definido, apesar de, geralmente, estar estabelecido entre seis e oito semanas, quando o corpo começa a retornar ao seu estado pré-gravídico (SILVA et al., 2019).

Devido a essas modificações, a mulher no período pós-parto necessita de apoio emocional e auxílio nas suas atividades diárias, provenientes tanto da sua rede pessoal como dos profissionais de saúde. Todavia, a forma como esse auxílio será ofertado irá depender da cultura e do momento que está sendo vivenciado. Desse modo, os cuidados demandados no puerpério não dependem apenas dos profissionais, mas também daqueles oriundos da rede sociocultural da mulher (QUIRINO et al., 2016).

O puerpério é caracterizado como um dos momentos mais importantes da vida feminina, mas nem sempre as mulheres experienciam esse momento de forma semelhante, uma vez que o mesmo é influenciado por várias formas de cuidado e guiado pelo conhecimento empírico, repassado de geração em geração, a depender do contexto de cada mulher (SILVEIRA et al., 2015).

Para além do biológico/fisiológico, o período puerperal também é permeado por modificações psicológicas e emocionais. Corresponde a um momento de delicadeza, não apenas pela mudança de papéis da mulher-mãe, mas também pela oscilação de sentimentos, marcada pela euforia, medo, alívio e ansiedade, os quais são desencadeados e influenciados pelas alterações hormonais e pelas novas exigências geradas no tornar-se mãe (SIQUEIRA et al., 2019).

2.4 Saúde da mulher no Brasil

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a

certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004).

Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens (BRASIL, 2004).

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa (BRASIL, 2004).

2.4.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), promulgada em 1984, preconiza a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

2.4.2 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto (BRASIL, 2002).

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da

assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

2.4.3 Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo (BRASIL, 2004). Dessa forma, com o objetivo de enfrentar a problemática que é a morte materno e neonatal, e de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, o Ministério da Saúde propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal.

Mulheres e homens têm o direito de decidir livre e conscientemente se desejam ter filhos, o seu número, o espaçamento entre eles, devendo-lhes ser asseguradas as informações e os meios necessários para concretizar esta decisão. Têm, ainda, o direito de viver com plenitude e saúde a sua sexualidade. Assim como durante a gestação e o abortamento legal ou inseguro, as mulheres têm o pleno direito de ser atendidas com segurança e qualidade pelos serviços de saúde. Estas prerrogativas denominadas direitos sexuais e direitos reprodutivos, já reconhecidos como direitos humanos, têm sido objeto de compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em Conferências Internacionais, estando garantidos na Constituição Brasileira. Entretanto, no Brasil, há um longo caminho a ser percorrido para assegurá-los (BRASIL, 2004).

Apesar de muitas mortes maternas ocorrerem durante o pós-parto, o atendimento nesse período atinge apenas 28% das puérperas. Na maior parte das vezes restringindo-se à revisão

ginecológica do pós-parto, sem orientação sobre amamentação, nem encaminhamento para o planejamento familiar, este último tão importante para garantir o intervalo interpartal (BRASIL, 2004).

A ampliação da Estratégia Saúde da Família permite a reorganização do sistema a partir da atenção básica, promovendo a ampliação de cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância à saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura (BRASIL, 2004).

2.4.3.1. Rede Cegonha

Contribuindo significativamente para a redução da mortalidade materna e neonatal, a Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha oferece recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da sífilis e HIV, para a ampliação e qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e UTI neonatal, leitos de gestação de alto risco assim como para a adequação da ambiência das maternidades e a construção e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas (BRASIL, 2013).

Entre as diretrizes da Rede Cegonha, encontram-se o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013).

2.4.4 Política Nacional de Saúde Mental

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O

movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOS), os leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2013).

Elenca-se como Eixos Estratégicos para Implementação da Rede, a ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental, qualificação da rede de atenção integral à saúde

mental, ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação, ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2013).

2.4.4.1 A importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. Os Nasfs são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Nasf está vinculado (BRASIL, 2013).

Os Nasfs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (exemplos: Caps, Cerest, ambulatórios especializados etc.) além de outras redes como Suas, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2013).

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos Nasfs: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. As atividades podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de Saúde, nas academias da Saúde ou em outros pontos do território (BRASIL, 2013).

2.4.4.2 Matriciamento em saúde mental

O Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Concentrar esforços somente na rede substitutiva não é suficiente, é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, da atenção básica. Entretanto, sabe-se que as equipes de

atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves ou crônicos (GAZIGNATO; CASTRO e SILVA, 2014).

O matriciamento prima pela possibilidade de aprender a aprender, inclusive com as críticas, com as dúvidas, com os equívocos, com o processo, por uma relação mais transversalizada de saber/poder (IGLESIAS, 2015).

Ao ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa a assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial como técnico-pedagógico, pressupõe uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da ESF, que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas (GAZIGNATO; CASTRO e SILVA, 2014).

Contudo, a efetivação desta prática enfrenta desafios importantes: mudanças nas relações de trabalho – historicamente hierarquizadas; mudança no modo fragmentado de se operar o cuidado em saúde; mudança na formação em saúde – centrada na perspectiva biomédica; mudança no modo de praticar saúde – que transcende o setor saúde (IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Isto significa que a concretização do matriciamento em saúde mental em toda a sua potencialidade depende do empenho, disponibilidade e mudanças por parte de todos os envolvidos. Implica negociação entre os diversos saberes presentes, para a construção de diretrizes sanitárias e estratégias de cuidado pertinentes a um determinado contexto. Envolve parceria entre usuários, gestores dos serviços e demais instâncias, equipes responsáveis pelo cuidado longitudinal dos usuários em saúde (equipes de referência), equipes que se agregam às equipes de referência disponibilizando sua prática e conhecimento específico em uma determinada área (equipes matriciais), para a composição de um cuidado integral em saúde (HIRDES; SILVA, 2014).

2.4.4.3 Projeto Terapêutico Singular como ferramenta para promoção do autocuidado

O exercício de uma clínica ampliada pressupõe a utilização de dispositivos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma ferramenta muito utilizada no matriciamento e nos demais acompanhamentos de cuidado à saúde mental, de maneira a deslocar-se do sintoma e

da doença para o sofrimento e o contexto em que estes aparecem. Um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (BRASIL, 2013).

A utilização do PTS como dispositivo de cuidado possibilita a reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde e favorece os encontros sistemáticos, o diálogo, a explicitação de conflitos e diferenças e a aprendizagem coletiva. Coordenar um PTS exige disponibilidade afetiva e de tempo para organizar e ativar diversas instâncias. Lidar com o medo, o desconhecimento e a incerteza fazem parte do trabalho em saúde, possibilitando a superação de desafios, o exercício da criatividade e a reconfiguração contínua dos territórios existenciais onde circula a subjetividade dos próprios trabalhadores (BRASIL, 2013).

2.4.4.5 Ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica

Toda intervenção para cuidado do sofrimento humano em uma interação emocional-racional é terapêutica. O paciente busca sempre, no profissional de saúde, escuta, acolhimento, suporte e esclarecimento. Considera-se como atividades realizadas regularmente por profissionais da APS que têm impacto ou potencial terapêutico, embora por vezes eles mesmos não se deem conta disso: a escuta que permite o desabafo; o acolhimento que permite o cuidado e estabelece o vínculo; o suporte para sentimentos que surgem; e o uso cuidadoso de um esclarecimento que desfaça fantasias, aumente informação, reestruture o pensamento e reduza a ansiedade e o desamparo (BRASIL, 2011).

Entre as ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica, encontram-se: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; reconhecer os modelos de entendimento do usuário (BRASIL, 2013).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de caráter descritivo, visto que consistiu em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação. Este tipo de estudo habitualmente utiliza amostras significativas, o que torna representativa a população, assim, os resultados são tomados como retrato real da população estudada. A análise dos dados é realizada através da linguagem matemática para descrever as causas do fenômeno e as relações entre as variáveis (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002, p. 20).

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

3.2 Local do Estudo

O local para realização da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Robson Cavalcante, situada no bairro do Benedito Bentes, em Maceió, Alagoas, estando localizada no Conjunto Freitas Neto, fazendo parte do VI Distrito Sanitário.

O Benedito Bentes é um bairro de Maceió, a capital do estado brasileiro de Alagoas, que foi construído em 1986, na época apenas um conjunto habitacional de outro, Tabuleiro dos Martins. Atualmente, constitui-se de vários outros conjuntos e loteamentos. O Benedito Bentes é o maior bairro em área, com 24,6 km² e com o perímetro urbano de 26.731,15 metros. É também o mais populoso, com uma população de 88.084 mil habitantes.

A Unidade possui Porte II (UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, duas Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a duas Equipes de Atenção Básica), e entre as especialidades ofertadas à população, encontram-se: Saúde da família, Clínico Geral,

Ginecologista, Pré-natal/Parto e Nascimento e Tratamento da Tuberculose, com atendimentos de segunda à sexta-feira (08:00 às 17:00 horas) de atenção básica e média complexidade. Entre as atividades secundárias, destacam-se: consulta ambulatorial, atenção domiciliar, entrega/dispensação de medicamentos, promoção da saúde, prevenção de doenças/agravos e imunização. A instalação da UBS é composta por: clínicas básicas (duas), sala de odontologia (uma), outros consultórios não médicos (dois), sala de curativo (uma), sala de serviços de enfermagem (seis), sala de imunização (uma) e sala de nebulização (uma).

A equipe da unidade é formada por 2 enfermeiros, 2 médicos, 4 técnicos de enfermagem, 2 agentes de combate às endemias (ACE), 2 dentistas, 11 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 farmacêutico, e 6 profissionais recepcionistas/ auxiliares administrativos.

A unidade conta com o suporte do Nasf, através apenas de visitas domiciliares, visto que quando há a necessidade de atendimento, faz o contato prévio com o Nasf e agenda a visita domiciliar, não havendo marcação de consultas com a equipe que o compõe. Na existência de pacientes com algum transtorno/doenças mentais, é realizado o matriciamento, com a visita domiciliar do psiquiatra, farmacêutico e enfermeiro em conjunto com a equipe multidisciplinar da unidade, realizando este acompanhamento mensalmente ou sempre que necessário.

3.3 Participantes do Estudo

Inserem-se como participantes desta pesquisa as puérperas acompanhadas na unidade de estudo, que encontravam-se em assistência ao pré-natal, sendo selecionadas através do Relatório Operacional da Gestante/Puérpera, através da avaliação da data provável de parto (DPP), todas as gestantes que estivessem no 3º trimestre ou puérperas com o máximo de 42 dias de pós-parto, que se colocassem disponíveis e aptas para a realização do estudo que ocorreu no período de outubro de 2020 a março de 2021.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo puérperas maiores de 18 anos residentes do Conjunto Freitas Neto, localizado no bairro Benedito Bentes, que aceitaram participar do estudo e que realizaram seu pré-natal integralmente na unidade do estudo. Foram excluídas do estudo as puérperas que apresentassem algum déficit comportamental ou cognitivo diagnosticado que as impossibilitasse de responder aos formulários da pesquisa, por meio do formulário semiestruturado, assim como de participar ativamente das ações propostas em grupo.

3.5 Coleta de dados

Para fins de coleta de dados a pesquisa respeitou as seguintes fases, a priori foi realizado um contato individual em local apropriado designado pelo unidade e acordado entre as pesquisadoras e as puérperas, visando à explicação sobre o objetivo do projeto e um levantamento das possíveis participantes da pesquisa, o convite e os esclarecimentos acerca da execução da pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

A todas as participantes foram solicitadas a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi obtido pela pesquisadora e uma via foi entregue à participante.

Após a aceitação das puérperas em participar da pesquisa, a segunda fase se deu com a efetivação da entrevista que aconteceu na sala disponibilidade pela unidade básica de saúde, visando a privacidade da puérpera e do conteúdo da pesquisa, para que ela não se sentisse constrangida. Em seguida, houve um momento para apresentação, leitura, explicação, assinatura/datiloscopia do TCLE e aplicação do formulário semiestruturado pela própria pesquisadora, tal instrumento continha questões fechadas que permitiu a caracterização dos sujeitos, bem como questões abertas relacionadas ao tema da pesquisa. Por meio da autorização das participantes da pesquisa, foi utilizado um gravador de áudio para o registro das informações presentes no formulário, permitindo sua transcrição na íntegra para posterior análise.

As puérperas foram asseguradas quanto à confidencialidade de sua entrevista e quanto ao direito à liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo e de recusar a responder questões que gerem desconforto ou insatisfação relacionados ao tema, bem como o constrangimento ocasionado pelo tema, a exemplo de questões mais íntimas e antecedentes que gerem desconforto de ordem social ou psicológica.

3.5.1 Instrumentos

Foi desenvolvido um formulário semiestruturado com questionamentos de múltipla escolha e adaptado do Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). O formulário foi dividido em 7 blocos, onde cada bloco continha perguntas específicas sobre o tema abordado. Foram eles: bloco 1: dados de identificação; bloco 2: antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos; bloco 3: pré-natal; bloco 4: maternidade e aleitamento materno;

bloco 5: fatores psicológicos; bloco 6: sinais de alteração psíquica (adaptado pelo M.I.N.I.); e bloco 7: avaliação do autocuidado.

3.6 Variáveis

Como instrumento foi utilizado um formulário semiestruturado construído com base nos dados relacionados às variáveis de identificação de cada participante (idade, grau de escolaridade, profissão, situação conjugal, renda familiar); aos antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos (etilismo/tabagismo, doença crônica, dados menstruais e reprodutivos, histórico gestacional, uso de medicação); ao pré-natal, maternidade e aleitamento materno (exames realizados, encaminhamentos, gestação de risco habitual ou alto risco, avaliação da assistência prestada, avaliação do parto e puerpério imediato, amamentação exclusiva); aos fatores psicológicos (sentimentos cotidianos, vínculo familiar e relação com o recém-nascido); e finalmente às variáveis de sinais de alteração psíquica, através de um bloco de perguntas orientadas pelo M.I.N.I. Brazilian version 5.0.0, baseados na DSM IV. Todas as entrevistas foram previamente agendadas, respeitando as regras e horários disponibilizados pela unidade de saúde, para a realização da presente pesquisa.

3.7 Análise dos dados

A análise foi realizada mediante a construção de um banco de dados, organizado e armazenado em uma planilha do software EXCEL (Microsoft Office) para a codificação das variáveis, com digitação dupla, por pesquisadores distintos para validação dessa planilha. Os resultados foram organizados em quadros, tabelas e gráficos, utilizando-se a estatística descritiva e apresentados com frequências absolutas e relativas.

3.8 Aspectos Éticos

Para que se iniciasse a pesquisa, foi encaminhada a solicitação de autorização para execução da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Anexo A), em seguida o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), através da Plataforma Brasil para apreciação, após sua aprovação a aproximação com os sujeitos e coleta de dados foi iniciada.

Assim, o estudo foi desenvolvido em cumprimento às resoluções 466/12 e 510/16, as

quais estabelecem normas para pesquisas envolvendo seres humanos, visando proteção e integridade dos sujeitos que participaram da pesquisa, respeitando os princípios éticos, dentre eles, a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade. Além disso, foi preservado o esclarecimento acerca do estudo, objetivo e finalidade do trabalho, forma de coleta dos dados e da apresentação do relatório, garantindo-se o anonimato das informações.

Também foi necessário que as participantes envolvidas na pesquisa aceitassem participar da pesquisa e para tanto assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) (Apêndice A) ou deixassem a impressão datiloscópica, assim receberam uma cópia do mesmo. Nesse continha os devidos esclarecimentos que garantam aos participantes o direito de desistir de participar da pesquisa sem que isto lhe traga algum prejuízo ou penalidade. Foi garantido também que os riscos oferecidos serão mínimos, tais como leve cansaço ou perda de tempo ao participar da entrevista, assim como não lhe trará benefícios financeiros, devendo o pesquisador prestar esclarecimento sempre que necessário.

4. RESULTADOS

A população deste estudo foi composta por 20 puérperas em situação de vulnerabilidade social, que estavam vivenciando os primeiros 42 dias de pós-parto, que realizaram todo o pré-natal na Unidade Básica de Saúde Robson Cavalcante, localizado no bairro Benedito Bentes, na cidade de Maceió, no Estado de Alagoas.

4.1 Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos, representados na Tabela 1, apresentam variáveis relacionadas à faixa-etária, raça, escolaridade, ocupação (se possui emprego), naturalidade, religião, situação conjugal, se recebe algum auxílio financeiro do governo e renda familiar.

De tal modo, torna-se possível evidenciar na Tabela 1, que as puérperas participantes do estudo, caracterizam-se por estar na faixa-etária de 18 a 39 anos de idade, sendo a maioria representada por 22 a 27 anos, o que equivale a 45,00% do estudo (n=9). São mulheres que se autodeclararam como brancas (20,00%), pretas (35,00%) e pardas (45,00%), e que possuem, em maior número, o ensino médio completo (40,00%).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N (20)	(%)
Faixa etária		
18-21 anos	6	30,00%
22-27 anos	9	45,00%
28-33 anos	3	15,00%
34-39 anos	2	10,00%
Raça		
Branca	4	20,00%
Preta	7	35,00%
Parda	9	45,00%
Escolaridade		
Analfabeta	0	0%
Ensino fundamental completo	0	0%
Ensino fundamental incompleto	7	35,00%
Ensino médio completo	8	40,00%
Ensino médio incompleto	5	25,00%
Ocupação		
Empregada	3	15,00%
Desempregada	17	85,00%
Naturalidade		
Maceió	16	80,00%

Uberlândia	1	5,00%
São Miguel dos Campos	1	5,00%
Cacimbinhas	1	5,00%
Matriz do Camaragibe	1	5,00%
Religião		
Católica	4	20,00%
Evangélica	9	45,00%
Não possui	7	35,00%
Situação conjugal		
Com companheiro(a)	18	90,00%
Sem companheiro(a)	2	10,00%
Recebe algum auxílio financeiro do Governo?		
Sim	12	60,00%
Se sim, qual?		
Auxílio emergencial	5	41,67%
Bolsa família	6	50,00%
Primeira infância	1	8,33%
Não	8	40,00%
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	10	50,00%
1 salário mínimo	9	45,00%
>1 salário mínimo	1	5,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

É possível evidenciar ainda na Tabela 1 que a maioria das mulheres convive com seus companheiros, seja em união estável ou civil, equivalente ao percentual de 90,00% (n=18).

4.2 Antecedentes pessoais

Durante a aplicação do formulário semiestruturado, quando questionadas sobre os principais antecedentes de saúde, todas as 20 mulheres (100%) afirmaram não possuir o hábito de tabagismo, e apenas 10,00% (n=2) consentiu sobre a prática de consumir bebidas alcoólicas eventualmente antes da gestação, como é demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Antecedentes pessoais das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

ANTECEDENTES		
PESSOAIS	N (20)	(%)
Tabagista		
Sim	0	0%
Não	20	100%

Estilista		
Sim	2	10,00%
Não	18	90,00%
Doença crônica		
Sim	3	15,00%
Não	17	85,00%
Deficiência física ou psíquica		
Sim	0	0%
Não	20	100%
Uso controlado de medicação		
Sim	5	25,00%
Não	15	75,00%
Já foi hospitalizada?		
Sim	6	30,00%
Não	14	70,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

Com relação aos dados sobre saúde, ao serem questionadas sobre possuir alguma doença crônica, apenas 15,00% afirmou possuir doença crônica diagnosticada, sendo as principais citadas asma, hipertensão arterial e diabetes. No que se refere aos dados sobre internação hospitalar, obteve-se que em determinada fase da vida das entrevistadas houve necessidade de hospitalização para 30,00% (n=6) por condições não somente relacionadas às especificidades de saúde e/ou doenças crônicas presentes. Considera-se também, que 25,00% (n=5) afirmou fazer uso controlado de medicamentos. Além disso, como mostra a Tabela 2, todas as puérperas entrevistadas negaram possuir algum tipo de deficiência física e/ou psíquica diagnosticada.

4.3 Antecedentes ginecológicos e obstétricos

Durante a pesquisa, tornou-se possível caracterizar alguns dados referentes à saúde reprodutiva, e antecedentes ginecológicos e obstétricos das puérperas entrevistadas, como é visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 – Antecedentes ginecológicos e obstétricos das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS		
	N (20)	(%)
Idade da menarca		

10-12 anos	12	60,00%
13-14 anos	1	5,00%
15-17 anos	4	20,00%
Não lembra	3	15,00%
Idade da sexarca		
12-13 anos	2	10,00%
14-15 anos	11	55,00%
16-17 anos	4	20,00%
18-21 anos	3	15,00%
Idade da primeira gestação		
13-16 anos	5	25,00%
17-20 anos	6	30,00%
21-25 anos	9	45,00%
Gestações		
1	8	40,00%
2-3	8	40,00%
4-5	4	20,00%
Paridade		
1	8	40,00%
2	4	20,00%
3-4	8	40,00%
Aborto		
0	14	70,00%
1	5	25,00%
2	1	5,00%
Fez uso de anticoncepcional?		
Sim	5	25,00%
Anticoncepcional oral*	4	80%
Anticoncepcional injetável*	1	20%
Não	15	75,00%
Problema na gestação?		
Sim	7	35,00%
Pré-eclâmpsia	5	71,44%
Infecção urinária	1	14,28%
Sangramento	1	14,28%
Não	13	65,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

* Percentuais referentes à condição analisada (afirmativas sobre o uso de anticoncepcional) e não ao total.

Dessa forma, as participantes do presente estudo caracterizam-se por mulheres em idade reprodutiva (18 a 39 anos), onde a maioria afirmou ter tido a primeira menstruação na faixa-etária de 10 a 12 anos de idade, o que equivale a 60,00% (n=12); são mulheres que em geral tiveram sua primeira relação sexual na faixa-etária dos 14 a 15 anos de idade, 55,00% (n=11); e a primeira gestação aos 21-25 anos de idade, o que corresponde a 45,00% (n=9) das entrevistadas.

4.4 Pré-natal: assistência prestada e sentimentos vivenciados

Tendo em consideração de que a assistência prestada e informações importantes coletadas durante todo o pré-natal, interferem na qualidade e saúde no período pós-parto, observou-se na Tabela 4 que apenas 25,00% (n=5) das gestações foram planejadas e que 19 puérperas (95,00%) conseguiram realizar 6 ou mais consultas de pré-natal, como é recomendado pelo Ministério da Saúde. Além disso, é importante considerar que apenas uma (5,00%) puérpera afirmou não ter conseguido realizar todos os exames solicitados durante o pré-natal.

Tabela 4 – Assistência pré-natal das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

DADOS REFERENTES AO PRÉ-NATAL	N(20)	(%)
Gravidez planejada		
Sim	5	25,00%
Não	15	75,00%
Gravidez de alto risco		
Sim	6	30,00%
Não	14	70,00%
Quantidade de consultas		
1-2	0	0%
3-4	1	5,00%
6	7	35,00%
>6	12	60,00%
Realizou todos os exames solicitados?		
Sim	19	95,00%
Não	1	5,00%
Pré-natal do parceiro?		
Sim	1	5,00%
Não	19	95,00%
Encaminhamento à Psicologia e/ou Psiquiatria?		
Sim	1	5,00%
Não	19	95,00%

Participou de palestras sobre o autocuidado?		
Sim	3	15,00%
Não	17	85,00%
Participou de palestras sobre saúde mental?		
Sim	0	0%
Não	20	100%
Já teve vontade de não ir à consulta por desânimo ou falta de autoestima?		
Sim	10	50,00%
Não	10	50,00%
Com a aproximação do parto, recebeu apoio da equipe de saúde?		
Sim	15	75,00%
Não	5	25,00%
Avaliação da assistência recebida no pré-natal		
Satisfatória	9	45,00%
Regular	0	0%
Ótima	11	55,00%
Não satisfatória	0	0%
Acompanhante durante as consultas?		
Sim	17	85,00%
1 vez apenas	1	5,88%
2 a 6 vezes	8	47,06%
Todas as vezes	8	47,06%
Não	3	15,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

4.5 Maternidade, Puerpério e Aleitamento Materno

No que corresponde à assistência ao parto, visualiza-se na Tabela 5 que as participantes do estudo se caracterizam em sua maioria por mulheres que tiveram parto normal (60,00%) em maternidades públicas e referência em Maceió.

Quando questionadas sobre a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, 2 puérperas (10,00%) afirmaram não terem tido esse direito garantido, enquanto 2 puérperas (10,00%) afirmaram sentir que a privacidade foi invadida por profissionais presentes durante o momento, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Assistência ao parto das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

PARTO	N(20)	(%)
Tipo de parto		
Normal	12	60,00%
Cesáreo	8	40,00%
Maternidade		
Nossa Senhora da Guia	16	80,00%
Hospital Universitário	3	15,00%
Maternidade Santo Antônio	1	5,00%
Plano de parto		
Sim	0	0%
Não	20	100%
Acompanhante		
Sim	18	90,00%
Não	2	10,00%
Sentiu que sua privacidade foi invadida durante o trabalho de parto?		
Sim. Se sim, em qual momento?	2	10,00%
Em todo trabalho de parto	2	100,00%
Não	18	90,00%
Contato pele a pele na primeira hora de vida?		
Sim	16	80,00%
Não	4	20,00%
Sentimentos vivenciados durante o trabalho de parto		
Ansiedade	17	85,00%
Angústia	5	25,00%
Felicidade	10	50,00%
Insegurança	4	20,00%
Segurança	6	30,00%
Amor	10	50,00%
Culpa	1	5,00%
Frustração	0	0%
Gratidão	8	40,00%
Medo	11	55,00%
Tristeza	0	0%
Como você avalia seu parto?		
Satisfatório	12	60,00%
Pouco satisfatório	3	15,00%
Não satisfatório	1	5,00%
Muito satisfatório	4	20,00%
Como você avalia seu puerpério imediato?		
Satisfatório	7	35,00%
Pouco satisfatório	5	25,00%

Não satisfatório	4	20,00%
Muito satisfatório	4	20,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

*A puérpera teve a opção de responder com mais de uma alternativa.

Com relação ao aleitamento materno, levando-se em consideração sua interferência na autoestima das puérperas entrevistadas, concluiu-se que 15 mulheres se encontravam em aleitamento materno exclusivo (75,00%); que 10 das entrevistadas consideram a prática como essencial e que esta interfere na autoestima (50,00%), como mostra a Tabela 6.

Tabela 6 – Perspectiva sobre aleitamento materno das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

ALEITAMENTO MATERNO	N(20)	(%)
Está em aleitamento materno exclusivo?		
Sim	15	75,00%
Não. Se não, o que a fez cessar essa prática?	5	25,00%
Leite insuficiente	3	60%
Qual sua visão sobre aleitamento materno e sua autoestima?		
Essencial	10	50,00%
Muito importante	3	15,00%
Indiferente	5	25,00%
Ruim	2	10%
A maternidade interfere positivamente em sua saúde mental?		
Sim	8	40,00%
Não	12	60,00%
A maternidade interfere negativamente em sua saúde mental?		
Sim	10	50,00%
Não	10	50,00%
A maternidade interfere positivamente em seu autocuidado?		
Sim. Se sim, como?	7	35,00%
Aumentou o autocuidado.	3	15,00%
Melhorou a relação com a autoimagem.	2	10%
Satisfação de ver os filhos bem.	2	10,00%
Não	7	35,00%
Indiferente	6	30,00%
A maternidade interfere negativamente em seu autocuidado?		
Sim. Se sim, como?	8	40,00%
Impossibilita devido a falta de tempo.	5	62,50%
Impossibilita devido à falta de condições financeiras.	1	12,50%

Cuida mais dos filhos e esquece de si mesmo.	1	12,50%
Não consegue cuidar de si.	1	12,50%
Não	10	50,00%
Indiferente	2	10,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

Sobre a relação do aleitamento materno, saúde mental e autocuidado, 12 puérperas entrevistadas afirmaram que a maternidade não interferiu positivamente em sua saúde mental e 7 afirmaram que não interferiu positivamente em seu autocuidado, correspondendo a 60,00% e 35,00%, respectivamente, como mostra a Tabela 6.

Ainda na Tabela 6, quando questionadas sobre a influência da maternidade na prática diária do autocuidado, 5 puérperas (62,50%) afirmaram que impossibilita devido à falta de tempo.

4.6 Fatores psicológicos e rede de apoio

Com o objetivo de investigar indícios de transtornos ainda durante a gestação, foi questionado no bloco de fatores psicológicos alguns aspectos ocorridos na gravidez, tais como os principais sentimentos vivenciados do dia-a-dia, e se essas mulheres enquanto gestantes tiveram alguma rede de apoio a qual recorriam em momentos difíceis, como é apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 – Fatores psicológicos ocorridos durante a gestação das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

FATORES PSICOLÓGICOS		
DURANTE A GESTAÇÃO	N(20)	(%)
Quais sentimentos experimentou em maior intensidade durante a gestação?		
Ansiedade	18	90,00%
Angústia	6	30,00%
Felicidade	12	60,00%
Insegurança	9	45,00%
Segurança	6	30,00%
Amor	9	45,00%
Culpa	3	15,00%
Frustração	1	5,00%
Gratidão	9	45,00%
Medo	14	70,00%
Tristeza	8	40,00%
Você conseguiu lidar com esses sentimentos?		
Sim, quase sempre	14	70,00%

Às vezes	5	25,00%
Não	1	5,00%
A quem recorria durante esses momentos?		
Amigos	1	5,00%
Familiares	12	60,00%
Somente companheiro(a)	2	10,00%
Deus	1	5,00%
Ninguém	4	20,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

Sobre os sentimentos mais frequentes vivenciados durante a semana por cada puérpera, classificaram-se como principais: alegres (56,52%), estressantes (39,13%) e ansiosos (26,09%). Assim, 15,00% (n=3) afirmou que os sentimentos citados interferem de forma negativa no cotidiano, como é visualizado na Tabela 8.

Tabela 8 – Fatores psicológicos das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021

FATORES PSICOLÓGICOS	N(20)	(%)
Como você está se sentindo hoje?		
Feliz	15	75,00%
Triste	0	0%
Depressiva	0	0%
Indiferente	5	25,00%
Durante a semana experimenta momentos mais:		
Alegres	13	56,52%
Estressantes	9	39,13%
Ansiosos	6	26,09%
Calmos	3	13,04%
Tristes	1	4,35%
Indiferente	1	4,35%
Como esse sentimento interfere em seu cotidiano?		
Positivamente	7	35,00%
Negativamente	3	15,00%
Não interfere	10	50,00%
Já possuiu ou possui algum desequilíbrio emocional diagnosticado?		
Sim. Se sim, qual?	0	0%
Ansiedade	0	0%
Depressão	0	0%
Transtorno bipolar	0	0%
Não	20	100,00%

Sente que possui algum desequilíbrio emocional?		
Sim. Se sim, qual?	4	20,00%
Ansiedade	3	75,00%
Depressão	0	0%
Estresse frequente	1	25%
Não	16	80,00%
Como é sua relação com a família?		
Satisfatória	13	65,00%
Muito satisfatória	3	15,00%
Pouco satisfatória	1	5,00%
Não satisfatória	3	15,00%
Como está o seu padrão e qualidade do sono?		
Satisfatório	4	20,00%
Muito satisfatório	0	0%
Pouco satisfatório	8	40,00%
Não satisfatório	8	40,00%
Como está sua relação com o RN?		
Satisfatória	6	30,00%
Muito satisfatória	14	70,00%
Pouco satisfatória	0	0%
Não satisfatória	0	0%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

*A puérpera teve a opção de responder com mais de uma alternativa.

Ainda na Tabela 8, torna-se visível que das 20 mulheres entrevistadas, 8 (40,00%) classificaram o padrão e qualidade do sono no puerpério como pouco satisfatórios, e o mesmo número considerou como não satisfatório (40,00%).

Sabendo-se da importância e de como fatores como a relação e vínculo com a família, interfere totalmente na saúde mental durante o puerpério, 13 puérperas (65,00%) avaliam como satisfatória a relação com a família, enquanto 14 (70,00%) avaliam como muito satisfatória a relação com o recém-nascido.

4.7 Sinais de alteração psíquica

Durante o estudo, as entrevistadas foram questionadas sobre alguns episódios que ocorreram durante as duas primeiras semanas após o parto. Dessa forma, quando questionadas se ficaram deprimidas a maior parte do dia ou quase todos os dias, das 20 puérperas, 8 responderam que sim (40,00%), como mostra a Tabela 9.

Tabela 9 – Sinais de alteração psíquica referentes às duas semanas pós-parto das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

SINAIS DE ALTERAÇÃO PSÍQUICA REFERENTES ÀS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS PÓS-PARTO	N(20)	(%)
Sentiu-se triste, desanimada, deprimida, durante a maior parte do dia, quase todos os dias?		
Sim	8	40,00%
Não	12	60%
Quase todo o tempo teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que antes lhe agradavam?		
Sim	7	35,00%
Não	13	65,00%
Seu apetite mudou de forma significativa, passando a comer mais ou menos do que o habitual?		
Sim	15	75,00%
Não	5	25,00%
Teve problemas de sono quase todas as noites (insônia ou dormir em excesso)?		
Sim	8	40,00%
Não	12	60,00%
Ficou mais agitada ou mais desanimada, quase todos os dias?		
Sim	9	45,00%
Não	11	55,00%
Sentiu-se na maior parte do tempo cansada, sem energia, quase todos os dias?		
Sim	12	60,00%
Não	8	40,00%
Sentiu-se sem valor ou culpada quase todos os dias?		
Sim	3	15,00%
Não	17	85,00%
Teve, por várias vezes, sentimentos ruins, como, por exemplo, pensar em fazer mal a si mesmo?		
Sim	4	20,00%
Não	16	80,00%
Sentiu-se excessivamente culpada em relação à nova situação que vive?		
Sim	5	25,00%
Não	15	75,00%
Quase todos os dias, sentiu-se, em geral, pior pela manhã?		
Sim	7	35,00%
Não	13	65,00%

Acordou pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?

Sim	15	75,00%
Não	5	25,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

É possível visualizar na Tabela 9, que quando questionadas sobre a presença de pensamentos ruins e vontade de fazer algum mal a si mesmo, 4 puérperas afirmaram que sim, equivalente a 20,00% das entrevistadas. Sobre sentir-se excessivamente culpada em relação à nova situação vivida, 5 das 20 mulheres entrevistadas afirmaram que sim, equivalente ao percentual de 25,00%.

4.8 Avaliação do autocuidado

Com relação ao autocuidado das puérperas entrevistadas, foi possível elencar as seguintes definições ligadas ao autocuidado: autocuidado é ter amor próprio (85,00%), é cuidado com a estética (45,00%), é cuidar da saúde (50,00%), é cuidar de si mesmo para poder cuidar bem do recém-nascido (50,00%), como demonstra a Tabela 10.

Tabela 10 – Relação de autocuidado das puérperas participantes do estudo sobre Identificação de sinais precoces de alteração/transtornos mentais, Maceió, 2021.

AUTOCUIDADO	N(20)	(%)
Relacionamento com o(a) parceiro(a)?		
Excelente	5	25,00%
Bom	9	45,00%
Razoável	5	25,00%
Ruim	1	5,00%
Relacionamento com a equipe da ESF que é acompanhada?		
Excelente	3	15,00%
Bom	15	75,00%
Razoável	2	10,00%
Ruim	0	0%
Cuidar de si está relacionado à:		
Amor próprio	17	85,00%
Estética	9	45,00%
Cuidar da saúde	10	50,00%
Poder cuidar do recém-nascido	10	50,00%
Alimentação		

Cotidianamente, você se alimenta de:

Arroz e/ou carboidratos	20	100,00%
Feijão e/ou grãos	20	100,00%
Frutas	18	90,00%
Legumes	18	90,00%
Carne e/ou proteínas	20	100,00%
Frango e/ou peixe	20	100,00%

Realiza atividades de lazer?

Sim	4	20,00%
Uma vez por semana	1	25,00%
> de duas vezes por semana	2	50,00%
Uma vez por mês	1	25,00%
Não	16	80,00%

Pratica exercícios físicos?

Sim	3	15,00%
Não	17	85

Higiene**Higiene das mamas**

Uma vez ao dia	1	5,00%
Duas vezes ao dia	6	30,00%
Três vezes ao dia	13	65,00%

Higiene do períneo

Não faz/parto cesáreo	10	50,00%
Duas vezes ao dia	3	15,00%
Três vezes ao dia	7	35,00%

Higiene da incisão da cesariana

Não faz/parto vaginal	10	50,00%
Duas vezes ao dia	2	10,00%
Três vezes ao dia	8	40,00%

Dificuldades fisiológicas**Dificuldade para evacuar**

Sim	8	40,00%
Não	12	60,00%

Dificuldade para urinar

Sim	0	0%
Não	20	100,00%

Adaptação à rotina diária

Fácil	5	25,00%
Razoável	7	35,00%

Difícil	8	40,00%
Sentimentos de incompetência aos cuidados com o recém-nascido?		
Sim	5	25,00%
Não	15	75,00%
Autoestima		
Relação com o peso:		
Excelente	2	10,00%
Boa	7	35,00%
Razoável	7	35,00%
Ruim	4	20,00%
Relação com o corpo e aparência		
Excelente	2	10,00%
Boa	8	40,00%
Razoável	6	30,00%
Ruim	4	20,00%
Qual foi a última vez que dedicou tempo a cuidar de si mesma?		
Durante a gestação	7	35,00%
Atualmente, sempre que possível	4	20,00%
Não lembra	9	45,00%
A maternidade aumentou sua autoestima e cuidados com si mesma?		
Sim	10	50,00%
Não	10	50,00%
A maternidade proporcionou um novo olhar mais positivo em relação à sua autoimagem?		
Sim	9	45
Não	11	55,00%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Maceió, 2021.

*A puérpera teve a opção de responder com mais de uma alternativa.

Ainda na Tabela 10, sobre a relação de autocuidado e maternidade, das 20 puérperas entrevistadas, 10 consentiram que a maternidade aumentou a autoestima e a prática de autocuidado (50,00%); enquanto que 11 das puérperas entrevistadas afirmaram que a maternidade não proporcionou um olhar mais positivo à autoimagem (55,00%).

Quando questionadas sobre o relacionamento com o parceiro, após o parto, 45,00% consideraram como um bom relacionamento. Já em relação ao relacionamento com a equipe de saúde, 75,00% consideraram a relação como boa e 10,00% como razoável.

Sobre a adaptação à rotina, e relações de cuidado com o recém-nascido, das 20 mulheres entrevistadas, 8 puérperas (40,00%) consideraram a adaptação difícil; enquanto 5 (25,00%) puérperas afirmaram sentir-se incapazes de cuidar do recém-nascido sozinhas.

5. DISCUSSÃO

O período pós-parto é marcado como uma fase de grandes modificações biopsicossociais na vida da mulher que experimenta a maternidade. Caracteriza-se pela maior necessidade de cuidado e proteção, tendo em vista que muitas das mudanças envolvem questões de saúde tanto da mãe quanto do bebê. Aspectos relacionados ao autocuidado, cuidados com o recém-nascido, acesso aos serviços de saúde e a satisfação da mulher com a assistência recebida, são importantes premissas a serem atendidas para prover o transcorrer satisfatório desta fase (ACEVEDO et al., 2016; ANDRADE et al., 2015).

Diante do exposto acima, torna-se necessário primeiramente caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas participantes do presente estudo, em vista que tais informações são imprescindíveis para a associação com os diversos fatores que serão posteriormente abordados e discutidos.

Desse modo, as puérperas participantes do estudo são advindas de região periférica na cidade de Maceió, sendo a maioria pardas, com nível de escolaridade médio completo, que possuem em sua maioria a faixa-etária de 22 a 27 anos de idade, enquadrando-se como mulheres em idade reprodutiva, classificadas como mães adolescentes e mães adultas jovens.

Além disso, são mulheres que vivem em situação socioeconômica vulnerável, visto que das entrevistadas, a maioria se encontra desempregada, possuindo uma renda mensal inferior a um salário mínimo, além do auxílio financeiro do governo através das políticas compensatórias citadas, destacando-se o Programa Bolsa Família. Como citado no estudo de Pacheco (2011), tais políticas sociais surgem como tentativa de compensar a população de baixa renda que foi constituída através dos efeitos sócio históricos e econômicos, e excluída, nas últimas décadas, do espaço público e do mercado.

Corroborando com os dados coletados na presente pesquisa, Camacho et al., (2006), afirma que a menoridade da mãe, ser solteira ou divorciada, condições socioeconômicas, eventos estressantes nos últimos 12 meses, história de transtorno psiquiátrico prévio e gravidez indesejada, são as principais vulnerabilidades que culmina para as doenças/alterações mentais.

Além disso, segundo o estudo de Tolentino et al., (2016), aspectos como os citados acima, como o menor nível de escolaridade e o baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados a problemas de ansiedade e depressão pós-parto. Já os fatores psicossociais que mais apresentam associação a DPP, aparecem o baixo suporte social vivida pelas mães, passado com doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa

autoestima, ansiedade pré-natal, estresse na vida, gravidez não planejada. Tais fatores citados acima aparecem como os principais sinais para o desenvolvimento de uma DPP. Além de que alguns autores relatam a relação da DPP com fatores genéticos.

Em seu estudo, Filha et al. (2016), traz em seus dados epidemiológicos que a prevalência apontou um caso de depressão pós-parto para cada quatro nascimentos. Com isso, na amostra foram destacados os sintomas presentes entre as mulheres das classes média e baixa, cor parda, com histórico de uso de álcool e com transtornos mentais. Assim como o autor identifica tais estatísticas, ressalta-se a importância da investigação durante a pesquisa, de todos os dados relevantes referentes às questões sociodemográficas, visto que é preciso analisar todo o contexto em que esta mulher está inserida para uma identificação precisa de sinais de risco para os transtornos mentais, e dessa forma realizar uma assistência integrada e efetiva, que vise a promoção do autocuidado e conseqüentemente previne esta mulher de agravos à sua saúde mental.

Referente aos antecedentes ginecológicos e obstétricos, das 20 puérperas entrevistadas, a maioria teve apenas uma gestação; enquanto que uma quantidade considerável afirmou ter tido ao menos um aborto. Observou-se nos resultados que quando questionadas sobre o uso de algum método contraceptivo antes da última gestação, algumas mulheres afirmaram o uso de anticoncepcionais oral e injetável, e a maioria das entrevistadas negaram o uso de qualquer método contraceptivo, incluindo preservativos, corroborando com a literatura de Bloch et al. (2005), em que a mesma afirma que mulheres mais suscetíveis aos transtornos do humor no puerpério também teriam diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual ou apresentaram sintomas depressivos no segundo ou quarto dia do pós-parto. Pacientes que tiverem história de sensibilidade aumentada ao uso de anticoncepcionais orais, com aumento dos efeitos colaterais, também serão mais vulneráveis.

As puérperas do presente estudo, são caracterizadas em sua maioria por mulheres vivenciando a primeira gestação, ou seja, mulheres primíparas. Tal dado é importante, visto que a primeira gestação é um momento novo na vida dessa mulher, ou seja, onde esta vivenciará as primeiras experiências da maternidade, e conseqüentemente tais modificações gravídicas-puerperais e de cunho social, biológico, psíquico e econômico, tornando-a alvo de alterações psíquicas, desde uma leve tristeza transitória (disforia puerperal, também conhecida como baby blues), a casos mais graves como a DPP e a psicose puerperal.

Em seu estudo, Félix et al. (2013), contribui com a afirmação anterior, ao esclarecer que tais transtornos psíquicos e/ou alterações, iniciam-se geralmente em primíparas que

internalizam o sentimento de incapacidade de cuidar do filho, especialmente aquelas que não estão inseridas em um núcleo familiar estável ou que tiveram uma gravidez complicada. Pode ocorrer com frequência após um aborto ou em casos de natimortos principalmente.

Com relação à importância de uma boa assistência pré-natal para prevenção de alterações/transtornos mentais durante o puerpério, evidenciou-se no estudo que a assistência recebida pelas mulheres entrevistadas, foi considerada em sua maioria como ótima, e que além disso, houve o encaminhamento oportuno à psicologia e psiquiatria, evidenciando que a prevenção de tais doenças é efetiva na unidade de ESF (Estratégia Saúde da Família), em que estas são acompanhadas, o que corrobora com o estudo de Beretta et al. (2008), onde o mesmo expressa que cabe aos serviços de saúde a aquisição de instrumentos para identificar precocemente, tratar e/ou encaminhar essas gestantes e puérperas com alguma predisposição depressiva, sempre considerando a gravidade do caso.

Assim como o PTS, instrumento proposto pelo Ministério da Saúde, diante dos resultados adquiridos no presente estudo, constatou-se que outras ferramentas podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde da atenção básica, a exemplo de rodas de conversa, grupos operativos específicos à saúde mental no puerpério, a contribuição das redes sociais e suporte tecnológico (blogs, aplicativos (PsiApps), dançaterapia através de vídeos disponíveis gratuitamente na Internet, compartilhamento de sentimentos e vivências através do uso de diário, entre outros possíveis de serem utilizados na comunidade atendida em questão (BRUNO et al., 2021).

Em seu estudo publicado em meio à grande pandemia de Covid-19, Bruno et al. (2021), contribui com a presente pesquisa ao apresentar como recurso tecnológico à saúde mental e ao autocuidado os PsiApps, aplicativos que abrangem um escopo amplo e heterogêneo de serviços e funcionalidades relacionadas à saúde mental: desde técnicas de meditação, passando por controle do sono ou de outras funções emocionais e fisiológicas, até a realização de testes psicológicos e terapia guiada.

Reconheceu-se durante a pesquisa que a quantidade mínima de consultas (6 consultas de pré-natal) foi alcançada com êxito, e a maioria das mulheres foram com seus acompanhantes durante a consulta de pré-natal. Sobreira et al. (2012), reafirma a importância dos dados coletados do presente estudo, ao esclarecer a importância da gestante expressar seus temores, queixas e ansiedades, durante o pré-natal, podendo o enfermeiro dar assistência e orientação

durante o acompanhamento do pré-natal, pois o atendimento precoce representa prevenção, ao qual traz grandes repercussões futuras.

A respeito da assistência psicológica e ações de saúde mental recebidas durante o pré-natal, concluiu-se que apenas uma puérpera relatou necessidade de encaminhamento à Psicologia e/ou Psiquiatria; no entanto algumas das entrevistadas afirmaram deixar de ir para alguma consulta de pré-natal por falta de autoestima ou desânimo, citando fatores pessoais como a ausência de acompanhante, lidar com a nova realidade, presença de outros filhos para cuidar e o excesso de tarefas e responsabilidades no lar, aliadas aos sentimentos de estresse, ansiedade e tristeza devido a outras situações presentes em seu cotidiano; enquanto outras puérperas afirmaram ter sido acompanhadas durante as consultas. De tal modo, a maioria das puérperas entrevistadas consideraram a assistência recebida no pré-natal como satisfatória, visto que foram sanadas as dúvidas e acolhidos todos os anseios presentes, além de todo o suporte e possibilidade de encaminhamento à exames, consultas com psicólogo, psiquiatra, mesmo no contexto de pandemia, aliviando a ansiedade já intensificada pela própria gestação.

Em se tratando do vínculo e relação de apoio criada com os profissionais da ESF, em que estas mulheres foram atendidas, notou-se que com a aproximação do parto, a maioria das mulheres afirmou ter recebido atenção adequada, resolução de dúvidas e anseios e com isso se sentiram mais preparadas para encarar o trabalho de parto. Em seu estudo, Camacho (2006) traz que as mulheres no puerpério são assistidas por diversos profissionais de saúde. Porém, estes profissionais focam seus atendimentos na saúde física, da mãe e do bebê e aspectos da saúde mental muitas vezes não são reconhecidos e quando são não são tratados de maneira adequada.

O rastreamento precoce dessas alterações/ transtornos mentais é vital para o tratamento e para um bom prognóstico (RENNÒ JUNIOR, 2012). Os enfermeiros devem estar atentos, e quando necessário, devem informar à família que algo não está bem com a cliente. Ressaltam ainda que, a união dos profissionais de saúde pode transformar esse momento em uma fase em que a cliente se sentirá mais confiante e firme para expressar seus sentimentos, sentindo-se ajudada e acolhida (SOBREIRA et al., 2012).

Levando-se em consideração o momento de pandemia em que estamos vivendo, vale ressaltar que as puérperas entrevistadas tiveram em sua assistência a interrupção de algumas ações de saúde, como rodas de conversa e atividades de educação em saúde. Observou-se durante a pesquisa que uma minoria teve a oportunidade de participar de palestras relacionadas ao autocuidado, enquanto que as sobre saúde mental não aconteceram, o que vai de encontro

aos estudos recentes sobre saúde mental, relacionados ao parto, como citado por Austin (2004), em que o mesmo considera a DPP a um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período perinatal. Esta mudança está associada ao crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce nesse período.

De efeito, o transtorno do sono produzido pelas circunstâncias impostas como prevenção ao contágio da covid-19 pode ensejar outro questionamento sobre até que ponto o isolamento possa estar causando outros problemas de saúde, como é apresentado no estudo de BJOROY(2020), haja vista o fato de as relações entre insônia e ansiedade e insônia e depressão serem consideradas bidirecionais.

Dessa forma, sabendo que as mulheres do presente estudo, encontravam-se em um momento de grandes transformações fisiológicas, sociais, enquanto lidavam com o isolamento social, identifica-se a necessidade e importância de alternativas na assistência da AB, visto a impossibilidade de uma rotina sem pandemia (com palestras, salas de espera, grupos de gestantes), alternativas estas que possibilitem um vínculo social de forma segura, através da utilização de instrumentos como aplicativos, redes sociais, consultas on-lines, visitas dos agentes de saúde, terapias possíveis (musicoterapia, arteterapia, dançaterapia, entre outras), e a busca por alternativas possíveis para cada população, baseando-se no nível de acessibilidade e vulnerabilidade. Muitas vezes, os profissionais temem agir terapêticamente nas relações com seus pacientes. Em geral, justificam esse temor por três principais razões: não sabem o que dizer; têm medo de causar mal; entendem que a esfera “psíquica” está fora do seu espectro de atuação (BRASIL, 2011).

Tornou-se possível caracterizar que em relação à amamentação, muitas mulheres afirmaram a dificuldade em manter um aleitamento exclusivo devido ao excesso de atividades domésticas, falta de tempo, e a própria falta de manejo adequado. O Ministério da Saúde (2015) destaca a relevância do aleitamento materno exclusivo, uma vez que é promovido o desenvolvimento saudável da criança, minimizando o número de internações hospitalares por infecções gastrointestinais, respiratórias e problemas nutricionais, além de saber que previne disfunções futuras, reduzindo a mortalidade infantil. Do mesmo modo, beneficia a saúde da mulher, ao prevenir o câncer de mama, contribui-se na perda de peso, auxilia a involução uterina, atua como método contraceptivo, entre outros. Além disso, percebe-se maior aproximação entre mãe e filho concretizando o vínculo afetivo entre eles.

Durante a realização da presente pesquisa, tornou-se possível elencar alguns dos principais sentimentos vivenciados pelas puérperas, tanto durante a gestação, quanto no trabalho e parto e puerpério mediato, sendo apresentados alguns sinais de alteração, tais como sentimento de culpa, medo, insegurança, alterações no apetite e padrão/qualidade do sono, da mesma forma que é elucidado no estudo de Tolentino et al. (2016), no qual o autor apresenta como os sintomas de DPP: irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. A pesquisa apresentou que em muitos momentos, durante a gestação, trabalho de parto e puerpério, as entrevistadas relataram a vivência frequente de um misto de emoções que acabam caracterizando o momento vivido por cada uma delas. Por consequência, muitas das mulheres entrevistadas afirmaram que tais sentimentos permaneceram no momento de pós-parto, e que em situações como essas, a maioria recorria ao acolhimento da família.

Como citado no estudo de Santos et al. (2009), onde o mesmo afirma que após o parto, ocorre uma acentuada queda nos hormônios estradiol e progesterona, além da redução do cortisol sérico, relacionada a uma diminuição das atividades secretoras da glândula pituitária, o que corrobora com a presente pesquisa, visto que este fato pode estar envolvido nas alterações do humor que ocorrem durante esta fase.

Além disso, a rápida queda dos níveis de hormônio reprodutivo feminino após o nascimento do bebê pode desregular a integração entre neurotransmissores, hormônios estressores e hormônios reprodutivos, levando a um episódio de transtorno psiquiátrico ou à exacerbação de uma desordem de humor preexistente (SANTOS et al., 2009).

Gomes et al. (2010), contribui com a presente pesquisa, ao afirmar que durante o puerpério surgem exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadamente. Assim, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe ainda à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê.

Quanto aos fatores psicológicos, rede de apoio e sinais de alteração psíquica, apesar de nenhuma das puérperas entrevistadas, terem consentido diagnóstico médico de transtornos mentais, tais como ansiedade e depressão, algumas mulheres quando questionadas afirmaram sentir que possuem algum desequilíbrio emocional, sendo citadas ansiedade e estresse frequente.

Durante a pesquisa identificou-se alguns fatores psicológicos ocorridos durante a gestação. Sendo assim, dentre os principais sentimentos vivenciados durante a gestação,

encontram-se: ansiedade, felicidade, medo, amor, gratidão e insegurança. E quando questionadas sobre a rede de apoio a quem recorriam durante a vivência desses sentimentos, foram citados: família, mãe, esposo, Deus e amigos. Enquanto um percentual bem inferior das puérperas entrevistadas afirmou não receber apoio de ninguém. Reconhece-se que toda ação que promove enfrentamento, acolhimento, desabafo, suporte, resiliência e autoestima é terapêutica para o paciente, do ponto de vista emocional (BRASIL, 2011).

Sobre possíveis fatores de risco para os transtornos mentais, identificou-se no estudo que o histórico de internação hospitalar, uso controlado de medicação; e menarca precoce, sexarca precoce, histórico de aborto, multigestações, são condições de risco para os transtornos mentais.

Iaconelli (2011), explica que entre os fatores de risco associados à etiologia da depressão pós- parto (DPP), encontram -se o histórico familiar de depressão; mulheres que sofrem de Tensão Pré-Menstrual (TPM); problemas de infertilidade; dificuldades na gestação; gestantes submetidas à cesariana, cujo parto, não é considerado o mais adequado para enfrentar a demanda emocional do puerpério, pois, como toda cirurgia, tende a debilitar a paciente no pós-operatório, baixando suas resistências e interferindo na qualidade do seu humor; as primigestas; as mulheres em situação econômica precária; as mães solteiras; as mulheres que perderam pessoas importantes no período gestacional; aquelas que vivem em desarmonia conjugal ou que se casaram em função da gravidez; a ansiedade materna; um suporte pós- natal frágil.

Assim como evidenciado no estudo de Iaconelly (2011), nesse estudo identificou-se que antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, tornam-se fatores de risco para adquirir melancolia puerperal, DPP e psicoce puerperal, sendo esta primeira comum entre as puérperas nas primeiras semanas, visto que é um momento onde estão ocorrendo as primeiras adaptações e reconhecimento de uma nova vida.

Como principais sinais de alteração psíquica, levando em consideração as duas semanas após o parto, algumas mulheres afirmaram sentir-se tristes, desanimadas e deprimidas durante a maior parte do dia. Assim como relataram problemas de insônia, de cansaço e falta de energia, sentimento de culpa, pensamentos ruins (de fazer mal a si mesma), como mostra a Tabela 9.

O estudo de Félix et al. (2013), traz que de modo geral, o transtorno depressivo puerperal acrescido de particularidades relativas à maternidade em si afeta o desempenho do papel de mãe. Sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele são frequentes e podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe

bebê. Durante o estudo, uma minoria das entrevistadas, afirmou a sensação de incapacidade de cuidar do filho. Além disso, foram identificados distúrbios do sono e alterações no apetite, desinteresse por práticas antes prazerosas.

Além disso, algumas alterações foram percebidas durante a realização do estudo, tais como alteração no padrão no sono, no apetite, cansaço e falta de energia, e em vista disso, como citado na literatura de Menezes et al. (2012), em que o mesmo afirma que as puérperas, muitas vezes, negligenciam os sinais que se manifestam e a família, na maioria das vezes, acaba atribuindo o “cansaço e a tristeza” às mudanças da rotina doméstica e aos afazeres com o bebê. Ibiapina et al. (2010), inclui ainda como outros sintomas: alterações do sono, adinamia, sentimento de culpa ou desânimo, perda de concentração ou pensamentos suicidas (IBIAPINA et al., 2010).

No presente estudo, as puérperas foram questionadas sobre a prática de atividades de lazer, atividades físicas, o cuidado com a alimentação, relação com o parceiro e com o recém-nascido, além da forma que estas enxergam e a relação de autocuidado na prática, ou seja, se estas lembravam quando haviam cuidado de si mesmas e se esta prática acontecia com frequência.

Justino et al. (2019), explora em seu estudo o descontentamento das mulheres em relação aos seus corpos no período de puerpério. O autor explica que tal descontentamento e baixa autoestima, reflete-se pela opinião do parceiro, diretamente na forma como as mulheres lidam e veem os seus corpos. Além disso, o autor relata que o cansaço decorrente da amamentação, cuidados com o bebê e tarefas domésticas, exigidos da mulher nesse período, impedem as mesmas de viverem sua sexualidade da maneira desejada. Os dados coletados durante a pesquisa, corroboram com tal afirmação, visto que a maioria das entrevistadas reconheceram desânimo com sua autoimagem, e descontentamento com o peso e aparência após o nascimento de seus filhos, o que interfere totalmente na saúde sexual dessas mulheres.

Deste modo, levando-se em consideração que como referenciado no estudo de Schmalfluss et al. (2014), onde o mesmo explica que o autocuidado é uma técnica utilizada para empoderar o sujeito para se cuidar, e neste sentido, atua como agente de transformação para manter a saúde e prevenir complicações, observou-se que a maioria das puérperas do presente estudo, apesar de possuírem uma rede de apoio, não têm conseguido realizar a prática do autocuidado, através de atividades como exercício físico, atividades de lazer, e as demais citadas, assim como através de recursos promotores de autoestima, como o simples ato de ajeitar

o cabelo e modificar um pouco o visual, visto que as mesmas afirmam entre os causadores a falta de tempo, falta de recursos financeiros e principalmente, a falta de vontade.

Assim, levando em consideração a importância de práticas que incentivem o autocuidado, além de oferecer suporte básico à atenção em saúde mental destes, o Ministério da Saúde (2011) reconhece algumas ações comuns a profissionais da atenção primária à saúde que são terapêuticas: proporcionar ao usuário um momento para pensar; exercer boa comunicação, sem jargões; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que ele precisa dizer; acolher o paciente e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa (uma medida que não torne o paciente dependente e nem gera no profissional uma sobrecarga); e reconhecer os modelos de entendimento do paciente.

6. CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados durante este estudo e, sabendo que o período puerperal é uma fase na vida de todas as mulheres marcada por mudanças em toda a estrutura que a cerca, seja de cunho biológico, com todas as mudanças fisiológicas e/ou patológicas que a mulher fica suscetível; sejam as mudanças sociais, visto que esta mulher tem que se adaptar a uma nova realidade, com um cotidiano no qual desempenha mais funções, e conseqüentemente terá mais responsabilidades, com a chegada do novo ser.

Reconhece-se que neste modo de vida a mesma terá que lidar com todas as críticas de seu vínculo familiar, com toda pressão gerada pela sociedade, e conseguir equilibrar o desempenho das funções como mulher e agora como mãe; mudanças econômicas, ainda mais potencializada quando essa mulher vive sob a margem da sociedade, em vulnerabilidade social e econômica, somada ao momento de crise financeira proporcionadas pelo contexto político e de pandemia da atualidade; e por último, e embora tão importante, esquecido por muitos, mudanças psicológicas, provenientes das alterações naturais do puerpério, e reforçadas por sinais já presentes na vida dessa mulher, fatores hereditários e/ou provocados devido a própria gestação.

Dito isto, por meio do presente estudo, foi possível identificar nas entrevistadas alguns sinais precoces de alteração que se caracterizam como fatores de risco para transtornos mentais, tais como: baixa escolaridade, gravidez ainda na adolescência, casos de aborto, uso de anticoncepcional, sentimentos de vulnerabilidade vivenciados na gestação e durante o pós-parto (tristeza, angústia, medo, culpa e ansiedade), adaptação difícil à rotina diária após o parto, mudança no padrão e qualidade do sono, baixa autoestima, ausência de atividades físicas e de lazer, rede de apoio fragilizada e falta de tempo para exercer o autocuidado.

Tendo em vista que o primeiro passo para a prevenção de transtornos mentais é a busca pelo comportamento de saúde consigo mesma, reconhece-se nestas mulheres a necessidade de uma maior promoção e conhecimento sobre as formas de se autocuidar, e deste modo prevení-las dos principais transtornos mentais aqui mencionados, principalmente a depressão pós-parto, causa mais comum e base para agravos mais severos na saúde mental da puérpera.

Diante do exposto, a efetivação da assistência integral à saúde das mulheres, ocorridas durante o pré-natal, parto e nascimento, são condições essenciais para a prevenção de transtornos e doenças mentais ocorridos numa fase tão ímpar que é o período puerperal.

Com isso, reconhece-se também a necessidade do estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde e à puérpera atendida, a fim de promover

informações imprescindíveis sobre as alterações fisiológicas que ocorrem, assim como incentivar o autocuidado dessas mulheres, tornando o período pós-parto melhor tanto para a puérpera, como para o recém-nascido e todo círculo familiar.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO-HERNÁNDEZ, B.A.; PIZARRO, N.; MORIEL-CORRAL, B.L.; GONZÁLEZ-CARRILLO, E.; BERUMEN-BURCIAGA, L.V. Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerpério. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, México, v. 24, n. 3, p. 197-204, 2016.
- ADAMCHESKI, J.K.; WIECZORKIEWICZ, A.M. Women's knowledge related to puerperium period. **Saúde Meio Ambiente**, Manaus, v. 2, n. 1, p. 69-83, jan./june. 2013.
- ALVES, M.S.; ARAÚJO, M.C.F.; NASCIMENTO, M.P. et al. Therapeutic group with seniors about self-care in chronic diseases. **Journal of Health Sciences**, Sarajevo, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR-TM** - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.
- ANDRADE, R.D.; SANTOS, J.S.; MAIA, M.A.C.; MELLO, D.F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-6, 2015.
- ARBUÉS, R.E.; LEON, M.R. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. **Enfermería global**, Murcia, v. 12, n. 32, p. 362-370, 2013.
- ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019.
- AUSTIN, M.P. Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here? **Archive of Women's Mental Health**, Brentwood, v. 7, n. 1, p. 1-6, 2004.
- BARBOSA, E.M.G. et al. Necessidade de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. jan/jul 2018; 7(1):166-179.
- BARRETO, B.C.R.; MOREIRA, M.A. Motherhood experience on puerperium and its interference in self-care practice. **Arquivo de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 1, p. 29-35, jan/mar., 2014.
- BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; ABRAO, A.C.F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. São Paulo: ROCA; 2002.
- BARROS, M.B.A.; LIMA, M.G.; MALTA, D.C. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, 2020.

BERETTA, M. I. R.; ZANETI, D. J.; FABBRO, M. R. C.; FREITAS, M. A.; RUGGIERO, E. M. E.; DUPAS, G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n. 4, p.966-78, dez., 2008.

BEZERRA, C.B.; SAINTRAIN, M.V.L.; BRAGA, D.R.S. et al. Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 4, 2020.

BJORØY, I. et al. The prevalence of insomnia subtypes in relation to demographic characteristics, anxiety, depression, alcohol consumption and use of hypnotics. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 24, n. 11 p. 527, 2020.

BLOCH, M. *et al.* Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. **Journal of Affective Disorders**, London, v. 88, n. 1, p. 9-18, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. In: Brasil. MS. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS; 2003. p. 77-84

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília - DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília - DF, 2013.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) et al. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I** Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Ministério da Saúde, Brasília: 2006.

BRUMMELTE, S.; GALEA, L.A. Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive like behavior in the dam. **Hormones and Behavior**, Springfield, v. 58, n. 5, p; 769-79, 2010.

BRUNO, F.G.; PEREIRA, P.C.; BENTES, A.C.F.; FALTAY, P. et al. “Tudo por conta própria”: autonomia individual e mediação técnica em aplicativos de autocuidado psicológico. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-54, jan./mar. 2021.

BARBOSA, E.M.G.; RODRIGUES, D.P.; SOUSA, A.A.S. et al. Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 7, n. 1, jan./jul., 2018.

CABRAL, C.S. Interconnections between contraception, sexuality, and gender relations. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1093-1104, oct./dec., 2017.

CARDOSO, B.V.; SILVA, S.J.; CAVALCANTI, M.G.S.; AMARAL, V.F. A assistência de enfermagem no diagnóstico precoce da psicose puerperal. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 6, p.6050-6056 nov./dec. 2019.

CASTIGLIONI, C.M.; WILHELM, L.A.; PRATES, L.A. et al. Self-care practices: women in the puerperal period. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, 2016.

CAMACHO, R.S. et al Transtornos Psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 1-16, 2006.

CHEMELLO, L.; DONELLI. Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 39-53, 2021.

COOPER, P.; MURRAY, M.L. The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. **British Journal of Psychiatry**. 1995;166:191-5.

DEJUDICIBUS, M.A.; MCCABE, M.P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. **Journal of Sex Research**, New York, v. 39, n. 2, p. 94-103, 2002.

DIANA JEFFERIES, D. H.V. S. Desfocando a realidade com a ficção: explorando as histórias de mulheres, loucura e infanticídio. **Mulheres e Nascimento**, Austrália, v. 30, n.1, 2016.

DSM IV. American Psychiatry Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª. ed, Porto Alegre: Artes Medicas; 2002.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.; ARAYAR, R.; ZAGAIB, M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. **Arch Womens Ment Health**, 2009;12(5):335-43.

FALCONE, V.M.; MADER, C.V.N.; NASCIMENTO, C.F.L. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-8, ago., 2005.

FEITOSA, L.O. **Puerpério e suas vivências como um processo de transição à luz da teoria de Afaf Meleis**. 2016. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

FÉLIX, T. A; NOGUEIRA, A. G. F; SIQUEIRA, D. A; NASCIMENTO, K. V; XIMENES, N. F. R. G; QUITERIA, L. M. M. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. **Revista eletrônica trimestral de Enfermagem**, Janeiro, 2013.

FERNANDES, F. C; COTRIN, J. T. D. Depressão Pós-Parto e suas Implicações no Desenvolvimento Infantil. **Revista Panorâmica On-Line**. Barra do Garças– MT, vol 14, p. 15–34, jul. 2013.

FERREIRA, B.L.R.; LIMA, J.Y.S.; CAVALCANTE, K.O. Transtornos mentais: assistência de enfermagem na psicose puerperal. **INTERAÇÃO**, Curitiba, jan./mar. 2021, v. 21, n. 1, p. 129-141.

FILHA, M. M. T.; AYERS, S.; DA GAMA, S. G. N.; DO CARMO LEAL, M. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The birth in Brazil national research study,2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, 194, 159-167, 2016.

FLORENCIO, A.; VAN DER SAND, I.C.P.; CABRAL, F.B. et al. Sexualidade e amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1320-6, 2012.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREITAS MES, SILVA FP, BARBOSA LR. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, 2016 abr./jun.

FURUTA, M.; SPAIN, D.; BICK, D.; NGESW, S.I.N.J. Effectiveness of trauma-focused psychological therapies compared to usual postnatal care for treating post-traumatic stress symptoms in women following traumatic birth: a systematic review protocol. **BMJ Open**, v. 6, n. 11, 2016.

GAO, L.L.; CHAN, S.W.; MAO, Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. **Res Nurs Health**., v. 32, n. 1, p. 50-8, 2009.

GAZIGNATO, E.C.S.; CASTRO-SILVA, C.R. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família*. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr-jun 2014.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa** / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira ; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: **Atlas**, 1999.

GOMES; L. A; TORQUATO, V. S; FEITOZA, A. R; SOUZA, A. R; SILVA, M. A. M; PONTES, R.J.S. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123.

GONÇALES, C.A.V.; MACHADO, A.L. Vivendo com a depressão: história de vida de mulheres. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 461-6, 2008.

GONÇALVES, F.B.A.C.; ALMEIDA, M.C. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto. **Ensaios e Ciênc.** 2019; 23(2):140-147. Doi:<https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p140-147>.

HARTMANN, J.M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; CESAR, J.A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(9):e00094016. Doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>.

HIRDES, A.; SILVA, M.K.R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 582-592, 2014.

HOLMES, E. A. et al. Multidisciplinary research priorities for the covid-19 pandemic: a call for action for mental health science. **The Lancet Psychiatry**, Londres, v. 7, n. 6, p. 547-560, 2020.

HUANG, Y.C.; MATHERS, N.J. A comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. **Int Nurs Rev**, v. 53, n. 3, p. 197-204, 2006. Doi:<https://doi.org/10.1111/j.14667657.2006.00459.x>

HUANG, Y.; ZHAO, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during covid-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research**, Amsterdã, v. 288, p. 112954, 2020.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Rev Pediatr Mod**, v. 41, n. 4, jul./ago., 2005.

IBIAPINA, FLP, ALVES, J. A. G; BUSGAIB, R. P. S; COSTA, F. S. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **FEMINA**, março, vol 38, nº 3, 2010.

IGLESIAS, A. **O Matriciamento em Saúde Mental sob vários olhares**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2015.

- JOHANNES, C.B.; CLAYTON, A.H.; ODOM, D.M. et al. Distressing Sexual Problems in United States Women Revisited: Prevalence After Accounting for Depression. **J Clin Psychiatry**, v. 70, n. 12, p. 1698-706, 2009. Doi: <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05390gry>
- JORDÃO, R.R.R.; CAVALCANTI, B.M.C.; MARQUES, D.C.R.; PERRELLI, J.G.A.; MANGUEIRA, S.O.; GUIMARÃES, F.J.; FRAZÃO, I.S. Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desempenho do Papel Ineficaz. **Rev Eletr Enferm**. 2017 maio;28:818-23.
- JUSTINO, G.B.S.; SOARES, G.C.F.; BARALDI, N.G. Saúde sexual e reprodutiva no puerpério: vivências de mulheres. **Rev enferm UFPE on line**. 2019;13:e240054
- LARA, M.A.; NAVARRO, C.; ACEVEDO, M. et al. A intervenção psicoeducativo para mulheres com depressão: uma análise qualitativa do processo. **Rev. Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 818-28, 2004.
- LEITÃO, M.A.C.; CALADO, M.E.C.; GONÇALVES, M.R. Fatores de risco para blues puerperal: uma revisão integrativa. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**; Alagoas; v. 6 n. 2 p. 123-134; Outubro, 2020.
- LIMA, G.K.S. de; SANTOS, A.A.P. dos; OLIVEIRA E SILVA, J.M. et al. Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da teoria de Orem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 4217-25, out., 2017.
- LIMA, M.O.P.; TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C.; MURATA, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta paul. enferm.**, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017.
- LUCEN, T.S.; COSTA, L.J.S.F.; SANTOS, A.A.P.; SILVA, J.M.O. Comunidade de remanescentes de quilombolas: práticas culturais de cuidado utilizadas no puerpério. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2020.
- MACIEL, L.P. et al. Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 11, n. 4, p. 1096-1102, jul./set., 2019.
- MAHASE, E. China coronavirus: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200. **British Medical Journal**, Londres, v. 368, m408, 2020.
- MANENTE, M.V.; RODRIGUES, O.M.P.R. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando Famílias**, v. 20, n. 1, p. 99-111, jul., 2016.
- MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A.F.; SILVEIRA, R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.**, v. 25, n. 11, p. 65-74, 2003.
- MAZZO, M.H.S.N; BRITO, R.S. Validação de instrumento para consulta de enfermagem à puérpera no âmbito da atenção básica. **J Nurs UFPE on line**, 2013.
- MENEZES, F.L.; PELLEZ, N.L.K.; LIMA, S.S.; SARTURI, F. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. **Saúde**, Santa Maria, v.38, n.1, p. 21-30, 2012.

- MIGUEL, P.S. et al. Transtorno depressivo em puérperas: avaliação da prevalência e fatores de risco. **Colloquium Vitae**, vol. 9, n. Especial, Jul–Dez, 2017, p.96 -100.
- MIRKOVIC, K.R.; LATHROP, E.; HULLAND, E.N. et al. Quality and uptake of antenatal and postnatal care in Haiti. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 1, 2017.
- MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T; SILVA, R.A. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 1, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S003489102006000100011>
- MORAIS, M.L.S.; FONSECA, L.A.M.; DAVID, V.F.; et al. Fatores psicossociais e sócio demográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 40-9, 2015. Doi:<https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150006>.
- NADER, J.M.; MOREIRA, N.C.; CARVALHO, L.O.O. et al. Correlação entre autoeficácia em amamentação e depressão pós-parto. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 2, p. 3875-3888, 2020. Doi:<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-210>.
- OLIVEIRA, J.F.B.; QUIRINO, G.S.; RODRIGUES, D.P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev RENE.**, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança: Geneva (CH): MS; 2001.**
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde — CID-10. 10a Revisão. Versão 2008. Vol. 1. Genebra: OMS; 2008.**
- OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice (6th ed.)**. St. Louis, MO: Mosby, 2001.
- PEDROTTI, B.G.; FRIZZO, G.B. Influência da chegada do bebê na relação conjugal no contexto de depressão pós-parto: perspectiva materna. **Pensando famílias**, v. 23, n. 1, p. 73-88, 2019.
- PEREIRA, P.K.; LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev Psiquiatr Clín.** 2008;35(4):144-53.
- PEREIRA, M.C.; GRADIM, C.V.C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Cienc Cuid Saude**. 2014 Jan/Mar; 13(1):35-42. Doi:10.4025/cienccuidsaude.v13i1.19572
- PESSOA, L.G.; NASCIMENTO, L.P. Assistência de enfermagem a puérpera com depressão pós-parto no ambiente hospitalar. **Riuea**, Amazonas, Jul, 2017.
- PIERREPONT, C.; POLOMENO, V.; BOUCHARD, L.; REISSING, E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité—partie 1. **J Gynécol Obstét Biol Reprod.**, v. 45, n. 8, p. 796-808, oct., 2016.
- POLES, M.M.; CARVALHEIRA, A.P.P.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. Maternal depressive symptoms during immediate postpartum: associated factors. **Acta Paul. Enferm.**, v. 31, n. 4, p. 351-8, 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

PONTES, R. J. S. Identificação dos Fatores de Risco para Depressão Pós-Parto: Importância do Diagnóstico Precoce. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2004.

QUIRINO, A.F.A.; FERRARI, R.A.P.; MACIEL, S.M. et al. Self-care practices in the first year postpartum. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 15, n. 3, p. 436-44, 2016. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i3.31787>

RENNÒ, J.R.; RIBEIRO, H.L. Tratado de saúde mental da mulher. 1.ed. São Paulo: **Atheneu**, 2012. p. 89-98.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 82-7, 2003.

RIBEIRO, W. G; ANDRADE, M. O Papel do Enfermeiro na Prevenção da Depressão Pós-Parto (DPP). **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.1.p.07-09, 2009.

RICO, D.A.P. Adopción de prácticas saludables en puerperas adolescentes. **Rev Cuidarte**, v. 4, n. 1, p. 450-8, 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v4i1.4>

ROCHA, F.L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Belo Horizonte, v. 48, n.3, p. 105-114, mar 1999.

RODRIGUES, D.P.; ALVES, V.H.; VIEIRA, R.S.; LEÃO, D.C.M.R.; PAULA, E.; PIMENTEL, M.M. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 1, p. 236-46, jan., 2018.

ROEMER, L.; ORSILLO, S. M. **Uma terapia comportamental baseada em aceitação para o transtorno de ansiedade generalizada**. In:BARLOW, D. H. Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 206-236.4

SALIM, N.R.; ARAÚJO, N.M.; GUALDA, D.M.R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev latinoam enferm.**, v. 18, n. 4, p. 732-9, 2010.

SANTOS, C. M. T; ALMEIDA, G. O; SOUZA, T. S. Depressão Pós-Parto: Revisão da Literatura. **Psicologia em foco**, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 3, n. 2, jul./dez. 2009.

SANTOS, F.A.P.S.; MAZZO, M.H.S.N.; BRITO, R.S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 2, p. 858-63, fev., 2015.

SANTOS, F.K.; CRISTIANA DA SILVA, S.; ARIANA SILVA, M. et al. Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto. **Revista Nursing**, vol. 23, n. 271, p. 4999-5005, 2020.

SANTOS, R.B.; BARRETO, R.M.; BEZERRA, A.C.L.; VASCONCELOS, M.I.O. Process of restructuring of a family planning: construction of female autonomy at a Healthcare center in Ceará. **RECIIS**, 2016.

SCHMALFUSS, J.M.; PRATES, L.A.; AZEVEDO, M.; SCHNEIDER, V. Diabetes melito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 815-22, 2014.

SHEEHAN, D.; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K.H.; AMORIM, P.; JANAVS, J.; WEILLER, E. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, v. 59, n. 20, p. 22-33, 1998.

SILVA, E.C.; PEREIRA, E.S.; SANTOS, W.N. et al. Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 7, p. 2826-33, jul., 2017.

SILVA, E.T.; BOTTI, N.C.L. Depressão Puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 231-238, 2005.

SILVA, F. C. S; ARAÚJO, T. M; ARAÚJO, M. F. M; CARVALHO, C. M. L; CAETANO, J. A. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-6, 2010.

SILVA, S.G.F.; CONDELES, P.C.; PARREIRA, B.M. et al. Influence of sociodemographic, clinical, obstetric and neonatal variables on postpartum quality of life. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, n. e44636, 2019.

SILVEIRA, D.B.; CHAGAS, M.D.F.; HORA, T.S. et al. Implications of culture for care by a family health team in a quilombola community. **Rev. enferm. UERJ**. 2015; 23(5): 622-6. DOI: <https://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.17734>

SIQUEIRA, L.K.R.; MELO, M.C.P.; MORAIS, R.J.L. Postpartum and sexuality: maternal perspectives and adjustments. **Rev. Enferm. UFMS – REUFMS**. 2019; 9:e58,1-18. DOI: https://periodicos.ufms.br/reufsm/article/view/33495/html_1

SOBREIRA, N. A. S; PESSOA, C. G. O. Assistência de Enfermagem na Detecção da Depressão Pós-parto. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.5 - N.1 - Jul./Ago. 2012.**

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.

STRAPASSON, M.R.; NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol. 31, n. 3, p. 521-28, 2010.

SUSSMANN, L.G.P.R.; FAISAL-CURY, A.; PEARSON, R. Depressão como mediadora da relação entre violência por parceiro íntimo e dificuldades sexuais após o parto: uma análise estrutural. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol. 23, n. e200048, 2020.

TEIXEIRA, E.B. A Análise de Dados na Pesquisa Científica: importância e desafios em estudos organizacionais. **Editora Unijuí**, Ijuí, ano 1, n. 2, jul./dez., p. 177-201, 2003.

TEIXEIRA, R.C.; MANDU, E.N.T.; CORREA, A.C.P.; MARCON, S.S. Health needs of women in the postpartum. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 621-8, 2015.

TOLENTINO, E.C.; MAXIMINO, D;A;F;M; SOUTO, C.G.V. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 14, n. 1, p. 56-66, abr., 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G. The covid-19 epidemic. **Tropical Medicine & International Health**, Oxford, v. 25, n. 3, p. 278-280, 2020.

WANG, D. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus: infected pneumonia in Wuhan, China. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 323, n. 11, p. 1061-1069, 2020.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA

Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970

Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Você, _____, está sendo convidada a participar como voluntário (a) do estudo **AUTOCUIDADO EM PUÉRPERAS QUE APRESENTAM TRANSTORNOS PSÍQUICOS**, da pesquisadora Jéssica Kelly Alves Machado da Silva, acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), orientada pela professora Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos e responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) O estudo se destina a identificar sinais precoce de alterações e/ou transtornos mentais em puérperas visando a promoção do autocuidado;
- 2) Esse estudo beneficiará não somente as puérperas que se encontrarem em situação de alteração ou transtorno psíquico, mas também toda a comunidade que perceberá a importância de se discutir tais problemas que podem acarretar graves situações na saúde da mulher. Além de proporcionar mais informações sobre o assunto para outros pesquisadores;
- 3) O resultado que se deseja alcançar: espera-se que com o estudo os profissionais da Atenção básica estejam mais atentos em todas as vertentes da nova mãe, ao sinal de mudanças no comportamento, sabendo detectar e encaminhar para os serviços mais adequados a fim de um tratamento em tempo hábil;

- 4) A coleta de informações do estudo se inicia após aprovação do Comitê de Ética e está prevista para iniciar em outubro de 2020 e finalizar até janeiro de 2021. No entanto, você só participará o tempo suficiente para responder a entrevista que será feita na Unidade Básica de Saúde Dr. Robson Cavalcante;
- 5) O estudo será feito da seguinte maneira: o contato inicial será feito individualmente com a puérpera, visando à explicação sobre o objetivo do projeto e um levantamento das possíveis participantes da pesquisa, o convite e os esclarecimentos acerca da execução da pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Após a aceitação das puérperas em participar da pesquisa, a segunda fase se dará com a efetivação da entrevista que poderá acontecer na sala de disponibilidade pela unidade básica de saúde. Em seguida, haverá um momento para apresentação, leitura, explicação, assinatura/datiloscopia do TCLE e aplicação do formulário semiestruturado pela própria pesquisadora, tal instrumento irá conter questões fechadas que permitirá a caracterização dos sujeitos, bem como questões abertas relacionadas ao tema da pesquisa. Por meio da autorização das participantes da pesquisa, será utilizado um gravador de áudio para o registro das informações presentes no formulário, permitindo sua transcrição na íntegra para posterior análise;
- 6) A sua participação será nas seguintes etapas: leitura e assinatura do T.C.L.E., Termo De Autorização de Uso da Imagem, resposta à entrevista realizada pelo pesquisador, que será gravada e preencherá as perguntas semiestruturadas com as informações que você fornecer;
- 7) Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: sentir-se desconfortável ou insatisfeita ao responder a entrevista, bem como o constrangimento ocasionado pelo tema. Caso essa situação se concretize, a entrevista será interrompida definitivamente ou parcialmente a depender da escolha do participante da pesquisa, e as pesquisadoras aceitarão a decisão;
- 8) Os benefícios esperados com sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: as oportunidades para falar sobre a temática, estabelecer relação de confiança entre o profissional e a puérpera, além de servir de base para compreender e solucionar os problemas referentes aos transtornos/alterações psíquicas que podem acarretar grandes problemas para saúde mental das mulheres;
- 9) Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

10) A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo;

11) As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização;

12) O estudo não acarretará nenhuma despesa para você;

13) Você será indenizada por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa;

14) Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço d(a/o) participante-voluntári(a/o):

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: CEP/Cidade/Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Srta. Jéssica Kelly Alves Machado da Silva

Domicílio: Rua A-48

Complemento: Qd A-48; N° 367.

Bairro: Benedito Bentes I/ Cidade: Maceió-AL/ Telefone: (82) 98811-9005

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota

Bloco: Campus A.C. Simões - BR 104 - Norte Km 97
 Bairro: Benedito Bentes I CEP:57084-048
 Cidade: Maceió UF: AL
 Telefone p/ contato: (82)98811-9005
 E-mail: jessicaalvesmachado@hotmail.com e amuzza.pereira@esenfar.ufal.br

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A.C. Simões, Cidade Universitária.
Telefone: 3214-1041

Maceió,

<p>_____</p> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p>_____</p> <p>Nome e assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>
--	---

APÊNDICE B - Formulário Semiestruturado**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS****ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970

Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214-1153

Formulário semiestruturado da pesquisa sobre Promoção do autocuidado em puérperas que apresentam transtornos psíquicos

Esta entrevista faz parte de uma pesquisa que fundamentará o trabalho de conclusão de curso de uma Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas que tem como objetivo identificar sinais precoce de alterações e/ou transtornos psíquicos em puérperas para promoção do autocuidado. Agradecemos desde já sua colaboração e garantimos sigilo em relação às suas respostas. Muito obrigada por sua participação!

Data da entrevista: ___/___/___

Hora de início da entrevista: ___:___.

BLOCO 1: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:	Data de nascimento: Idade:
Raça:	Grau de escolaridade:
Ocupação/Profissão: () Remunerada. () Não remunerada.	Naturalidade:
Religião:	Situação conjugal: () Com companheiro(a). () Sem companheiro(a).
Participa de algum programa de apoio do governo? () Sim. Se sim, qual? () Não.	Renda familiar: () < 1 Salário mínimo () 2 () 1 Salário mínimo () 3 a mais
Endereço:	Contato:

BLOCO 2: ANTECEDENTES PESSOAIS, GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

1. Tabagismo? () Sim. () Não. () Abandono. Quanto tempo? _____. Etilismo? () Sim. () Não. () Abandono. Quanto tempo? _____.
2. Doença crônica? () Sim. Se sim, qual(is)? _____. () Não.
3. Deficiência física ou psíquica? () Sim. Se sim, qual(is)? _____. () Não.
4. Toma regularmente algum medicamento? () Sim. Se sim, qual? () Não.
5. Já precisou ser hospitalizada alguma vez? () Sim. Se sim, por qual motivo? () Não.
6. Idade da primeira menstruação: _____. Idade da primeira experiência sexual: _____. Idade da primeira gestação: _____.
7. Gesta: _____. Para: _____. Aborto: _____.
8. Quando engravidou estava fazendo uso de alguma medicação? () Sim. Se sim, qual(is)? () Não.
9. Teve algum problema em suas gestações? () Sim. Se sim, qual(is)? () Não.
10. Além desses questionamentos, existe alguma informação importante acerca de seus antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricas que queira compartilhar?

BLOCO 3: PRÉ-NATAL

Gravidez planejada? () Sim. () Não.	Gravidez de risco? () Sim. () Não.
Quantidade de consultas: () 1-3 () 3-4 () 6 () > 6	Realizou todos os exames solicitados? () Sim. () Não.
Pré-Natal do parceiro? () Sim. () Não.	Encaminhamento a Psicologia e/ou Psiquiatria? () Sim. () Não.
Participou de palestras acerca do autocuidado? () Sim. () Não.	Participou de palestras acerca da saúde mental? () Sim. () Não.

Já teve vontade de não ir a consulta por desânimo ou falta de autoestima? Se houver outro motivo, citar. () Sim. () Não.	Com a aproximação do parto, sentiu que recebeu apoio emocional da equipe de saúde? () Sim. () Não.
Como você avalia a assistência prestada em seu pré-natal? () Satisfatória. () Regular. () Ótima. () Não satisfatória. O que incluiria ou excluiria da assistência prestada em seu pré-natal?	Foi acompanhada às consultas? () Sim. Se sim, com qual frequência? () 1 vez apenas. () 2 a 6. () Todas as vezes. () Não.

BLOCO 4: MATERNIDADE E ALEITAMENTO MATERNO

<p>Tipo de parto: () Normal. () Cesáreo.</p> <p>Maternidade:</p> <p>Plano de parto: () Sim. () Não.</p> <p>Contato pele a pele na primeira hora de vida? () Sim. () Não.</p> <p>Acompanhante: () Sim. Se sim, quem? _____. () Não.</p>	<p>Sentiu em algum momento que sua privacidade foi invadida? () Sim. Se sim, em qual momento? () Não.</p> <p>Durante o trabalho de parto, qual(is) sentimento(s) sentiu em maior intensidade? () Ansiedade leve. () Ansiedade moderada. () Ansiedade elevada. () Angústia. () Felicidade. () Insegurança. () Segurança. () Amor. () Culpa. () Frustração. () Gratidão. () Medo. () Tristeza.</p>
Como você avalia seu parto?	Como você avalia seu puerpério imediato?
<p>Aleitamento materno exclusivo? () Sim. () Não.</p> <p>Se não amamenta exclusivamente, o que a fez cessar a prática?</p>	Qual sua visão sobre o aleitamento materno e sua autoestima?
Com relação à maternidade, hoje, o que você acha que tem interferido positivamente em sua saúde mental?	Com relação à maternidade, hoje, o que você acha que tem interferido negativamente em sua saúde mental?
Com relação à maternidade, hoje, o que você acha que tem interferido negativamente em seu autocuidado?	Com relação à maternidade, hoje, o que você acha que tem interferido positivamente em seu autocuidado?

BLOCO 5: FATORES PSICOLÓGICOS

1. Como você está se sentindo hoje? () Feliz. () Triste. () Depressiva. () Indiferente.
2. Durante a semana você considera viver momentos mais: () Alegres. () Estressantes. () Ansiosos. () Calmos. () Tristes.
3. Como este sentimento citado interfere no seu cotidiano?
4. Quais sentimentos experimentou em maior intensidade durante sua gestação? () Ansiedade leve. () Ansiedade moderada. () Ansiedade elevada. () Angústia. () Felicidade. () Insegurança. () Segurança. () Amor. () Culpa. () Frustração. () Gratidão. () Medo. () Tristeza. () Outros. Quais? _____.
5. Você conseguiu lidar com esses sentimentos? () Sim. () Às vezes. () Quase sempre. Exceto em _____. () Não. () Quase nunca.
6. A quem recorria durante esses momentos? Como funcionava essa relação de apoio?
7. Já possuiu ou possui algum desequilíbrio emocional diagnosticado? () Sim. Se sim, qual? () Não. () Não sei.
8. Sente que possui algum desequilíbrio emocional? () Sim. Se sim, qual? () Não.
9. Como é sua relação com a família? Existe um vínculo?
10. Em situações de incerteza, dúvidas e/ou anseios, qual atividade tranquilizadora você recorre?
11. Como está o seu padrão e qualidade de sono? () Satisfatório. () Muito satisfatório. () Pouco satisfatório. () Não satisfatório.
11. Como está sua relação com o RN? () Satisfatória. () Muito satisfatória. () Pouco satisfatória. () Não satisfatória.

BLOCO 6: SINAIS DE ALTERAÇÃO PSÍQUICA

Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias? () Sim. () Não. () Quase sempre. () Raramente.	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?
--	---

	<input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.
<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</p> <p>O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.</p>	<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</p> <p>Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.</p>
<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</p> <p>Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.</p>	<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</p> <p>Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.</p>
<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</p> <p>Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.</p>	<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</p> <p>Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.</p>
<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:</p> <p>Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.</p>	<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:</p> <p>Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Quase sempre. <input type="checkbox"/> Raramente.</p>
<p>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:</p>	<p>Durante os últimos 2 meses, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?</p>

Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? () Sim. () Não. () Quase sempre. () Raramente.	() Sim. () Não. () Quase sempre. () Raramente.
Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 semanas ou mais ? () Sim. () Não. () Quase sempre. () Raramente.	Tem problemas de sono ou dorme demais ? () Sim. () Não. () Quase sempre. () Raramente.

BLOCO 7: AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO

Hoje, como você se enxerga?	O que gostaria de modificar ou melhorar em si mesma?
Relacionamento com o parceiro: () Excelente. () Bom. () Ruim. () Razoável.	Relacionamento com a equipe de saúde: () Excelente. () Bom. () Ruim. () Razoável.
Opinião sobre o cuidar de si: () Amor próprio. () Estética. () Cuidar da saúde. () Para poder cuidar do RN.	Alimentação: Cotidianamente, você se alimenta de: () Arroz e/ou carboidratos. () Feijão e/ou grãos. () Frutas. () Legumes e verduras. () Carne e/ou proteínas. () Frango e/ou peixe.
Prática de atividades de lazer: () Sim. Se sim, qual(is)? _____ () Não.	Prática de exercícios físicos: () Sim. () Não. Por quê? _____
Frequência das atividades de lazer: () 1x por semana. () 2x por semana. () 1x por mês. () Nenhuma.	Higiene das mamas: () 1x por dia. () 2x por dia. () 3x por dia. () < 3x por dia.
Higiene íntima do períneo: () 1x por dia. () 2x por dia. () 3x por dia. () < 3x por dia.	Higiene da incisão cirúrgica: () 1x por dia. () 2x por dia. () 3x por dia. () < 3x por dia.
Dificuldade para evacuar: () Sim. () Não. () Às vezes.	Dificuldade para urinar: () Sim. () Não. () Às vezes.
Adaptação às rotinas diárias: () Fácil. () Razoável. () Difícil.	Sentimentos de incompetência aos cuidados com o RN:

	() Sim. () Não. () Raramente. Em quais situações? _____.
Relação com seu peso: () Excelente. () Boa. () Ruim. () Razoável.	Relação com seu corpo: () Excelente. () Boa. () Ruim. () Razoável.
Qual foi a última vez que dedicou tempo a cuidados para si mesma?	O que mais você admira fisicamente em si mesma?
A maternidade aumentou sua autoestima e cuidados com si mesma? () Sim. () Não. () Pouco. () Muito.	A maternidade proporcionou um novo olhar mais positivo em relação à sua autoimagem? () Sim. () Não. () Pouco. () Muito.

Hora do fim da entrevista: ____:____.

Duração total: ____:____.

Assinatura da entrevistadora: _____

ANEXO A - Autorização da Secretaria de Saúde de Maceió (SMS) para realização da pesquisa.



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

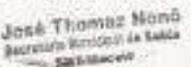
PROCESSO Nº	5800 029454 2020 MINUTA 18
INTERESSADO	Jéssica Kelly Alves Machado da Silva
ASSUNTO	Solicita autorização para projeto de pesquisa, conforme documentação anexo

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 24/04/2020

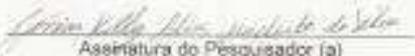
- Autoriza-se Jéssica Kelly Alves Machado da Silva, a realizar a pesquisa intitulada: "Promoção do autocuidado em puérperas que apresentam transtornos psíquicos", da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.
- A pesquisa será realizada com puérperas acompanhadas na Unidade Básica de Saúde Dr. Robson Cavalcante, na cidade de Maceió – AL.
- A Coordenação Geral de Atenção Primária se posiciona favorável a realização da referida pesquisa, considerando a contribuição na área de Saúde Pública, conforme consta em Despacho de fls. 36.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo as pesquisadoras que apresentarem os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.



José Thomaz Nonô
Secretário Municipal de Saúde em Exercício



Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho



Assinatura do Pesquisador (a)

Realizado em 24/04/2020
R6 4660532-0

ANEXO B - Autorização Institucional para realização da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PUÉRPERAS PARA O RECONHECIMENTO DOS TRANSTORNOS PSÍQUICOS
Pesquisador: Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 34056220.6.0000.5013
Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 4.171.177
Apresentação do Projeto:
Objetiva-se identificar sinais precoce de alterações e/ou transtornos mentais em puérperas para promoção do autocuidado. Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, a ser realizado após aprovação do comitê de ética em pesquisa e tomando como base as Resoluções 466/12 e 510/16 que rege as pesquisas com seres humanos. A população a ser estudada serão puérperas atendidas na Unidade Básica de Saúde Dr. Robson Cavalcante.
Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de caráter descritivo, visto que consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação (POLIT, BECK, 2011).
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
OBJETIVO GERAL
Identificar como o autocuidado poderá ajudar no reconhecimento das alterações e/ou transtornos mentais em puérperas
Objetivo Secundário:
Associar como o autocuidado pode ajudar na identificação precoce;
Descrever o papel do profissional na promoção destes transtornos/alterações; Implementar um Procedimento Operacional Padrão (POP) de detecção precoce de sinais de alteração psíquica decorrentes das modificações do ciclo gravídico-puerperal na Unidade Básica de Saúde, a fim de
Endereço: Av. Lourival Melo Mattos, s/n - Campus A. C. Simões.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeticasub@ufal.br

Continuação do Protocolo A-171-177

contribuir na redução de casos em puérperas com transtornos psíquicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos relativos à pesquisa serão mínimos como por exemplo o incômodo ou insatisfação dos participantes de responder a entrevista, bem como o constrangimento ocasionado pelo tema. Caso essa situação se concretize, a entrevista será interrompida definitivamente ou parcialmente a depender da escolha do participante da pesquisa, e as pesquisadoras aceitarão a decisão.

Como benefícios que podem ser oferecidos são as oportunidades para falar sobre a temática, estabelecer relação de confiança entre o profissional e a puérpera, além de servir de base para compreender e solucionar os problemas referentes aos transtornos/alterações psíquicas que podem acarretar grandes problemas para saúde mental das mulheres.

Além disso, a pesquisa beneficiará não somente as puérperas que se encontrarem na mesma situação, mas também toda a comunidade que perceberá a importância de se discutir tais problemas que podem acarretar graves situações na saúde da mulher.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, a ser realizado após aprovação do comitê de ética em pesquisa e tomando como base as Resoluções 466/12 e 510/16 que rege as pesquisas com seres humanos. A população a ser estudada serão puérperas atendidas na Unidade Básica de Saúde Dr. Robson Cavalcante. Para fins de coleta de dados, será realizado um contato individual com as puérperas, visando à explicação sobre o objetivo do projeto e um levantamento das possíveis participantes da pesquisa, o convite e os esclarecimentos acerca da execução da pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Amostra - 47 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto rosto.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto.pdf

Declaração de Pesquisadores publicação.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

tcle.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Endereço: Av. Lourival Melo Neto, s/n - Campus A. C. Sinesel

Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900

UF: AL Município: MACEIÓ

Telefone: (32)3214-1041

E-mail: comitetedeticas@ufal.br

Continuação do Formulário 4.171.171

Ausência

tele.pdf

Declaração de Pesquisadores publicizacao.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura autorizacao.pdf

Folha de Rosto rosto.pdf

Folha de Rosto rosto.pdf

Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1572187.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura autorizacao.pdf

Outros resposta.pdf

Comprovante de Recepção PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1572187.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

tele.pdf

Declaração de Pesquisadores publicizacao.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

tele.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura autorizacao.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

tele.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto.pdf

Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1572187.pdf

Recomendações:

Sem recomendações. As pesquisadoras responderam a todas as demandas requeridas pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar

Endereço: Av. Lourival Melo Neto, s/n - Campus A - C. Símbios

Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900

UF: AL Município: MACEIO

Telefone: (52)3214-1041

E-mail: comitedeticasufal@gmail.com

Continuação de Parecer: 4.171.177

5/10/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a, deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que afetem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/IGB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1572187.pdf	16/07/2020 20:09:30		Aceito
Outros	resposta.pdf	16/07/2020 20:08:33	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.pdf	16/07/2020 20:04:27	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Moura, s/n - Campus A - C. Síndes.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO E-mail: com.tadest@ufal.br
Telefone: (82)3214-1041

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.171.171

Investigador	projeto.pdf	16/07/2020 20:04:27	Amuzza Aylia Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	16/07/2020 19:59:20	Amuzza Aylia Pereira dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	rostro.pdf	11/06/2020 14:39:21	Amuzza Aylia Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	06/06/2020 16:30:55	Amuzza Aylia Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	publicacao.pdf	06/06/2020 16:23:33	Amuzza Aylia Pereira dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 23 de Julho de 2020

Assinado por:

CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Luizbel Melo Neto, s/n - Campus A - C. Sines.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)214-1041 E-mail: comiteetica@ufal.br