

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ -
FACENE**

WÊNIA CARLA FERREIRA LIMA

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA SÍNDROMES
PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO ENTRE PUÉRPERAS ATENDIDAS NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

MOSSORÓ

2011

WÊNIA CARLA FERREIRA LIMA

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA SÍNDROMES
PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO ENTRE PUÉRPERAS ATENDIDAS NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Monografia apresentada à banca examinadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE-RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. M.Sc. Jussara Vilar Formiga

MOSSORÓ

2011

L534a

Lima, Wênia Carla Ferreira

Avaliação dos fatores de risco para síndromes psiquiátricas pós-parto entre puérperas atendidas na atenção básica de saúde / Wênia Carla Ferreira Lima. – Mossoró, 2011.

51f.;il.

Orientadora: Jussara Vilar Formiga

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

WÊNIA CARLA FERREIRA LIMA

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA SÍNDROMES
PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO ENTRE PUÉRPERAS ATENDIDAS NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Monografia apresentada pela aluna WÊNIA CARLA FERREIRA LIMA, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FACENE-RN, tendo obtido conceito, _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Jussara Vilar Formiga (FACENE-RN)
(Orientador)

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
(MEMBRO)

Prof. Esp. Leonardo Carlos Menezes (FACENE/RN)
(MEMBRO)

A Deus, nosso bom e melhor amigo, por ser a razão da nossa existência, e aos queridos pais, pelos sacrifícios que permitiram minha educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus**, que nós permitiu tudo isso, ao longo de toda a minha vida, e, não somente nestes anos como universitária, é a Ele que dirijo minha maior gratidão, por que sempre esteve ao meu lado, nas minhas quedas, nas minhas fraquezas, nas lutas, vitórias e derrotas. Obrigado por este presente que agora me ofereces. Obrigado por tudo que vi, ouvi e aprendi. Obrigado pela graça. Obrigado pela Vida!

Esta vitória dedico aos meus pais **Osmarina Cunha e José Damião** que me apoiaram, confiaram e amaram incondicionalmente. A vocês que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, não bastaria somente um obrigado, pois vocês são responsáveis por este momento tão marcante em nossas vidas. A eles, que se doaram inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, pudéssemos realizar os nossos. Ao poder concluir este curso superior, será graças a vocês que mesmo distantes, estavam presentes em meu coração. Esta vitória também é de vocês.

Não poderia deixar de agradecer de maneira especial a minha, admirável e extraordinária orientadora e amiga **Jussara Vilar Formiga** por dedicar seu tempo e sua sabedoria para que nossa formação fosse um aprendizado de vida. Pela paciência, dedicação, compreensão, por guiá meus passos e sobretudo pelas fabulosas orientações que possibilitaram o bom desenvolvimento desta pesquisa.

Ao meu irmão **Welligton** e meu **sobrinho Wendel** por fazer parte da minha vida.

Aos meus demais familiares que me deram forças, apoio e conselhos, em especial minha mãe **Osmarina** e meu pai **José Damião** por terem feito de me a pessoa que sou hoje.

As minhas tias por estar sempre por perto me aconselhando e mostrando as coisas boas da vida em especial **Oscivaldina** e tia-amiga **Tica**.

Ao meu querido namorado melhor amigo e companheiro de todas as horas, **Damião Alves**, pelo seu carinho, compreensão, afeto e paciência quando mais necessitei de sua inteira dedicação e preocupação e de sua disponibilidade durante esta caminhada.

A minhas amigas **Nilma Maia, Diana Kerley e Ana Paula**, pela amizade, e paciência com meu jeito de ser, obrigada pela cooperação, pelos dias de estudos e pelas forças que quando me deram quando eu mais precisei. Mesmo que a vida venha nos separar jamais estaremos longe para sermos esquecidos quero levar vocês por toda minha vida, sei que no coração de cada uma haverá saudade, recordação e companheirismo. O tempo vai passar mais eternas lembranças temos certezas que irão ficar.

Aos membros da banca **Patricia Helena e Leonardo Menezes**, pelo tempo disponibilizado e pela gentileza da aceitação em contribuir com seus conhecimentos;

A todos os professores pelos ensinamentos e conselhos em especial a professora **Jussara Vilar** que sempre fez a diferença, pois a base de todas as minhas conquistas são os professores;

A todos os profissionais dos campos de estágios por onde passei nesses últimos 4 anos que serão referências para minha carreira profissional;

Aos profissionais da Equipe Saúde da Família do Bom Jesus, Ilha de santa Luzia, Sumaré, Vigh Rosado, Belo Horizonte, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança (CAIC), Alto da Pelonha, Alameda e Liberdade I pela colaboração para a realização desse estudo;

Aos funcionários da Facene-RN, pela paciência e colaboração para realização deste trabalho;

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para realização deste trabalho.

"Quem quiser ter saúde no corpo, procure tê-la na alma."

RESUMO

A gravidez e o parto representam momentos marcantes para a mulher, sendo períodos de grandes transformações, tanto em seu organismo como em seu psiquismo e em seu papel sócio-familiar, a exemplo das síndromes psiquiátricas pós-parto. A tristeza pós-parto é caracterizada por episódios breves, onde a mulher encontra-se com humor instável e com propensão ao choro. A Depressão Pós-Parto é um quadro clínico mais severo e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, devido à gravidade dos sintomas. A psicose pós-parto (PPP) se caracteriza em grande parte por depressão, delírios e pensamentos que a puérpera tem de ferir o bebê ou a si mesma. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Rede Primária de Atenção em Saúde do Município de Mossoró/RN, envolvendo 12 (doze) Unidades Básicas de Saúde da Família onde se encontram em funcionamento 13 (treze) Estratégias Saúde da Família, utilizando-se o formulário como instrumento de pesquisa. Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro do corrente ano levando em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, também o que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução 311/2007, garantindo o sigilo das informações coletadas, bem como anonimato da identidade dos sujeitos da pesquisa e foram analisados por meio de procedimentos estatísticos. O estudo teve como objetivo geral identificar fatores de risco para as síndromes psiquiátricas características do puerpério nas puérperas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família já mencionadas, e como objetivos específicos caracterizar a situação sócio-demográfica das puérperas entrevistadas; investigar nas puérperas antecedentes pessoais e obstétricos que possam identificar fatores de risco relacionados às síndromes psiquiátricas; identificar dados referentes ao RN que possam estar relacionados à fatores de risco para o desenvolvimento de alterações psiquiátricas e averiguar o suporte familiar e social destas puérperas como fator de protetor para o surgimento de síndromes psiquiátricas. Os resultados encontrados permitiram considerar que a amostra era composta predominantemente por mulheres (90%) de faixa etária de 17 a 35 anos, (90%) casadas, (64%) com nível de escolaridade de 8 anos ou mais, (60%) autônomas e (50%) inseridas em famílias de baixa renda. Apresentaram história de depressão pessoal (73%) e tiveram ansiedade na gestação anterior (67%). Grande parte (40%) era primigesta e primípara, (43%) passou por dificuldades financeiras na gestação, recebeu auxílio nos afazeres de casa (73%) assim como (100%) apoio emocional. Um número significativo (47%) não planejou a última gestação, porém (57%) não indesejaram esta. A maioria das crianças (90%) nasceu a termo, (52%) do sexo feminino, (60%) estando em aleitamento materno exclusivo e (60%) apresentaram irritabilidade. Acreditamos, a partir das várias leituras realizadas durante este trabalho, que as dificuldades financeiras estão intimamente relacionadas a todos os outros fatores de risco aqui pesquisados. Assim, por termos conhecido anteriormente os domicílios nos quais adentramos para realizar a pesquisa, não consideramos nossa amostra LIVRE de transtornos psiquiátricos pós-parto, mesmo com a prevalência de fatores protetores encontrados na amostra.

Palavras-Chave: Período pós-parto; Depressão; Saúde da Família.

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth represents important moments for women, with periods of great changes, both in body and in psyche and their role in family and society, the example of postpartum psychiatric syndromes.

The postpartum sadness is characterized by brief episodes where the woman is with unstable humour and prone to tears. Postpartum Depression is a clinical roll more severe and acute that requires psychological and psychiatric accompanying, due to the severity of symptoms. The postpartum psychosis (PPP) is characterized largely by depression, delusions and thoughts that the woman, who has given birth, to hurt the baby or herself. It is a descriptive exploratory study with a quantitative approach. The research was conducted in Primary Health Care in the city of Mossoró/RN, involving 12 (twelve) Basic Units of Health Family which are in operation 13 (thirteen) of the Health Family Strategy, using the form as a research tool. Data were collected in October and November of this year, taking into account the Resolution 196/96 of National Health Council dealing with research involving humans, also what governs the Code of Ethics of Professional Nursing, in Resolution 311/2007, ensuring the confidentiality of information collected, as well as anonymity of the identity of research subjects and were analyzed using statistical procedures. The study aimed at identifying risk factors for postpartum psychiatric syndromes features on the a woman who has given birth served in the Basic Units of Health Family already mentioned, and specific aims to characterize the specific socio-demographic situation of the mothers interviewed; investigate in the postpartum women the personal and obstetric history that can identify risk factors related to psychiatric syndromes; identify data concerning the RN that may be related to risk factors for the development of psychiatric disorders and investigate the family and social support of postpartum women as a protective factor for the emergence of psychiatric syndromes. The results allowed to consider that the sample consisted predominantly of women (90%) of age 17 to 35 years, (90%) married, (64%) with level of education of 8 years or more, (60%) autonomic and (50%) inserted in low-income families. Had personal history of depression (73%) and had anxiety in a previous

pregnancy (67%). Most (40%) were primigravida and primipara, (43%) experienced financial difficulties during pregnancy, received assistance in the services home (73%) as well as (100%) emotional support. A significant number (47%) did not plan the last pregnancy, but (57%) did not want it stopped. Most children (90%) were born at term, (52%) female, (60%) being exclusively breastfed and (60%) had irritability. We believe, from the various readings made during this work, that financial difficulties are closely related to all other risk factors studied here. Thus, for having known internally households in which we enter to perform the research, do not consider our sample FREE of postpartum psychiatric disorders, even with the prevalence of protective factors found in the sample.

Keywords: Postpartum period; Depression; Family Health.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO IDADE.....	30
GRÁFICO 2: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO ESTADO CIVIL..	31
GRÁFICO 3: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO NÍVEL DE ESCOLARIDADE.....	32
GRÁFICO 4: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A OCUPAÇÃO....	32
GRÁFICO 5: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO RENDA PER CAPTA.....	33
GRÁFICO 6: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A HISTÓRIA FAMILIAR DE DEPRESSÃO E HISTÓRIA PESSOAL DE DEPRESSÃO	35
GRÁFICO 7: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO ANTERIOR	36
GRÁFICO 8: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AOS DADOS CARACTERÍSTICOS DAS GESTAÇÕES E PARTOS ANTERIORES	37
GRÁFICO 9: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A CONFLITOS CONJUGAIS E QUANTO A DIFICULDADES FINANCEIRAS.....	38
GRÁFICO 10: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A AUXÍLIO NOS AFAZERES DOMÉSTICOS E QUANTO AO APOIO EMOCIONAL FAMILIAR	39
GRÁFICO 11: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA A ÚLTIMA GESTAÇÃO.....	40
GRÁFICO 12: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA A ÚLTIMA GESTAÇÃO SE DESEJADA/INDESEJADA.....	41
GRÁFICO 13: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO TEMPO GESTACIONAL	42
GRÁFICO 14: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO SEXO.....	43
GRÁFICO 15: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO ALEITAMENTO MATERNO	44
GRÁFICO 16: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO IRRITABILIDADE.....	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E SUA RELAÇÃO COM A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	15
3.2 SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO.....	17
3.2.1 Informações Básicas do Puerpério	17
3.2.2 Tristeza Pós-Parto	17
3.2.3 Depressão Pós-Parto	19
3.2.4 Psicose Pós-Parto	20
3.3 INTEGRALIDADE ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO BÁSICA E A REDE DE SAÚDE MENTAL.....	21
3.3.1 A importância da atenção primária na assistência às síndromes psiquiátricas pós-parto	23
4 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	26
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	27
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
4.8 FINANCIAMENTO.....	29
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
5.1 DADOS REFERENTES ÀS CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E SÓCIOECONÔMICAS.....	30
5.2 DADOS REFERENTES AOS ANTECEDENTES PESSOAIS/OBSTÉTRICOS/FATORES DE RISCO.....	34
5.3 DADOS REFERENTES ÀS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	52
ANEXO	62

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto representam momentos marcantes para a mulher, sendo períodos de grandes transformações, tanto em seu organismo como em seu psiquismo e em seu papel sócio-familiar. Portanto, a gestação e o puerpério podem ser considerados períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental (OLIVEIRA, 2008 apud BARRETA et al., 2008).

Szejer (1997 apud SILVA, 2009), também define que a gravidez é na vida de uma mulher, de um casal e de uma família um momento especial, de grande riqueza e de profunda complexidade. Esta ocasião representa um símbolo de fecundidade onde se vive um período de desabrochar.

Klaus, Kennell e Klaus (2000 apud MENDES, GALDEANO, 2006), descrevem uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais que ocorrem após o parto, sendo que muitos desses eventos contribuem para a proximidade entre a mãe e o bebê, favorecendo o estabelecimento do vínculo e do apego entre eles.

Considerado as alterações após o parto também um momento de grandes transformações inferidas ao próprio corpo, onde a primeira tarefa da mulher será de constatar que ela não é mais a mesma, esta se sente diferente e que deve preencher novas funções. Este é um estado de fragilidade psíquica, onde tudo é motivo para pequenos dramas, ricos em diversas emoções que podem ser desagradáveis ou não (SZEJER, 1997 apud SILVA, 2009).

Maldonato (2000 apud SILVA, 2009, p. 17) considera que:

o período do puerpério é carregado de emoções intensas e variadas, labilidade emocional é o padrão mais característico na primeira semana após o parto ocorrem alternância de estados de euforia e depressão. Existe uma forte relação que ocorre no pós-parto e a perda para a mãe do bebê da fantasia, para entrar em contato com o bebê real, ou seja, ou seja uma quebra muito grande de expectativa em relação ao bebê, a si mesma, e ao tipo de vida que irá se estabelecer com a presença do filho.

O período gravídico puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e prevenir dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações

psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante (MALDONATO, 1997 apud FALCONE et al., 2005).

Kaplan e Sadook (1999 apud SILVA, BOTII, 2005) descrevem transtornos psíquicos puerperais como doenças mentais que se iniciam no primeiro ano após o parto e que se manifestam por desequilíbrios de humor psicóticos e não psicóticos.

Esses mesmos autores discorrem ainda que distúrbios psiquiátricos puerperais se classificam em depressão puerperal, psicose puerperal e tristeza pós-parto que se diferem entre si em diversos aspectos.

Sobre esta classificação, Frizo (2005 et al., apud BARRETA 2008) descrevem que o nascimento de um filho pode reativar uma problemática antiga, que não tenha sido suficientemente trabalhada pela mãe, já que o puerpério é considerado uma fase propensa a crises emocionais. Dentre os eventuais transtornos emocionais do pós-parto, três tipos poderiam ser destacados: a melancolia da maternidade (*baby blues* – Tristeza Materna), a psicose puerperal e a depressão.

Por serem de formas tão diversas, as síndromes psiquiátricas pós-parto fazer jus a uma avaliação sintomatológica psicológico/psiquiátrica que possam identificar em suas variáveis, especialmente as relacionadas aos fatores protetivos, a exemplo dos suportes familiares e sociais, que funcionam como amortecedor do impacto de eventos estressantes na vida das gestantes e puérperas (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006).

Dois grandes grupos de estudiosos apresentaram diferenças quanto aos fatores de risco pesquisados para as alterações psiquiátricas no puerpério. O primeiro observou os fatores de risco para depressão na gravidez, como as dificuldades econômicas e a falta de parceiro ou de suporte familiar e social e um segundo grupo buscou associar a depressão como fator de risco para certos desfechos obstétricos, como prematuridade, o baixo peso ao nascer, a irritabilidade do bebê, ou mesmo a mortalidade neonatal (ZUCHII, 1999 apud FALCONE, 2005).

Devido a sua alta prevalência, a depressão, em todas as fases da vida, assim como no período pós-parto é considerada um problema sério de saúde pública, podendo ser diagnosticada e tratada no nível primário de atenção à saúde (RUSCHI, et al., 2007).

Buscando contemplar essa visão da assistência à gestante e puérperas na atenção primária, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações

preventivas na rede pública, e lancem um olhar para um pré-natal e atenção ao puerpério que tenha também como objetivo identificar precocemente as mulheres com mais chances de apresentar sintomatologias ou alterações psiquiátricas no decorrer destas fases de sua vida (BRASIL, 2006).

Durante a vida acadêmica, ao realizarmos trabalho de construção de artigo científico sobre o tema em questão, viemos nos interessar ainda mais por estes transtornos que tanto atingem as mulheres nesse período em que se encontram tão sensíveis.

Ao descrevermos nossa experiência em uma atividade educativa sobre depressão pós- parto numa Unidade Básica de Saúde da Família percebemos ainda mais a deficiência na integralidade das ações entre os diversos níveis de atenção, quando observamos que os profissionais da atenção básica, assim como as usuárias do grupo de gestantes, estavam alheios à importância do tema para a saúde pública.

Dessa forma, trazemos para este trabalho monográfico a hipótese de que as puérperas atendidas nas Estratégias Saúde da Família apresentam fatores de risco relacionados às síndromes psiquiátricas pós-parto e que a prevenção desses fatores não é abordada durante o pré-natal.

Partindo do suposto acima, fomos motivados pelo interesse na solução do seguinte problema de pesquisa: Será que as puérperas atendidas nas Estratégias Saúde da Família apresentam fatores de risco relacionados às alterações psiquiátricas pós-parto?

Diante do exposto, apresentamos a seguir os objetivos do nosso trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores de risco para as síndromes psiquiátricas pós-parto, em puérperas atendidas na atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação sócio-demográfica das puérperas entrevistadas;
- Investigar nas puérperas antecedentes pessoais e obstétricos que possam identificar fatores de risco relacionados às síndromes psiquiátricas pós-parto;
- Identificar dados referentes ao RN que possam estar relacionados à fatores de risco para o desenvolvimento de alterações psiquiátricas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E SUA RELAÇÃO COM A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Falar em políticas de Saúde Mental no Brasil é uma possibilidade recente, conquistada a partir do processo de Reforma Psiquiátrica (RESENDE, 2001 apud BORGES; BAPTISTA, 2008).

A Reforma Psiquiátrica, marca de diferencial nesta história, apresenta-se explícita em fatos que, fizeram surgir inflexões diferentes: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. A expressão reforma psiquiátrica significa um movimento com uma essencial: a restauração democrática (TENÓRIO, 2002).

Desta forma, este processo político e social, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, veio incidir em territórios diversos: nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Neste contexto de redemocratização e de desenvolvimento dos ideais da Reforma Sanitária, a Constituição Federal, de 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios – universalização, integralidade, descentralização e participação popular, e seu processo de implementação iniciando-se com as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, onde criaram-se condições de possibilidade para a instituição no Ministério da Saúde, em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, responsável pela formulação e implementação política na área. (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Percebemos assim, que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como período germinativo uma luta pela redemocratização do país, iniciada na segunda metade da década de 1970, paralelamente ao movimento da Movimento Sanitário Brasileiro, que culminou com a Reforma Sanitária na década de 80, firmada pela CF de 1988 e por documentos legais criados no início da década de 90 (TENÓRIO, 2002).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, tem uma história própria, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Dentre essas mudanças nos serviços de saúde no Brasil, deu-se a criação, em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), das ESFs embasadas pelos impactos positivos alcançados pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas áreas rurais, periféricas e urbanas das regiões Norte e Nordeste do país, que desapontaram como possibilidade de aproximação entre serviço/sistema e usuários/necessidades (SAITO, 2008).

Com o surgimento de uma nova política de saúde em todo o país, retomando também a assistência psiquiátrica, Silva, Barros e Oliveira (2002) pressupõem uma inversão, não somente pela humanização das relações entre os sujeitos nas instituições em geral, mas como também pela mudança na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos; pelo desenvolvimento de outras culturas e outros lugares sociais, onde se tolere com ética e solidariedade a diversidade dos transtornos mentais.

A década de 1990 viu amadurecer e consolidarem-se os processos que compõem hoje um novo cenário de atenção à saúde, onde se construiu uma nova hegemonia, destacando-se pontos como a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas (TENÓRIO, 2002).

Como parte integrante destes processos, o SUS, organizando as ações e serviços públicos do País instituiu uma rede de atenção à saúde mental brasileira, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracterizando-se por serem essencialmente públicos, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Esclarecendo a relação entre a rede de saúde mental e a rede básica de saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 25) definem:

Rede e território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e isso se aplica também à sua relação com a rede básica de saúde. A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.

Sanford e Farias (2002 apud CURY; GALERA, 2006) completando a idéia do MS para facilitar a reinserção do doente mental na família por meio do trabalho das ESFs, evidenciam que as dificuldades na convivência enfrentada pelas famílias devem encontrar possibilidades de atenção a partir do desenvolvimento de atividades de que oferecem suporte e apoio, destacando-se a importância de manter o doente mental por maior tempo no domicílio e conseqüentemente a redução dos conflitos familiares e dos problemas decorrentes da reinserção social.

Percebemos assim, que compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, a Reforma Psiquiátrica também é consolidada no cotidiano da vida de instituições de saúde que não fazem parte da rede de saúde mental, mas que, no entanto, constituem-se serviços que prestam relações interpessoais importantes para que o processo da Reforma Psiquiátrica avance, embora marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

3.2 SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO

3.2.1 Informações Básicas do Puerpério

Após dar à luz, as mulheres/puérperas identificam as modificações corporais a sua nova condição de vida e, frequentemente, expressam o sentimento de prejuízo à sua autoimagem. Elas se percebem diferentes como mulher e lesadas em uma sociedade que cultua a beleza e o corpo perfeito (magro e de formas bem delineadas, torneadas e definidas) como elementos essenciais e obrigatórios para que a mulher seja considerada bonita, sensual e atraente (BARROS, 2009).

Esse mesmo autor diz que para as mulheres, o puerpério é um período de profundas modificações e adaptações biopsicossociais, o que podem afetar a sua sexualidade. Nesse contexto, a interfase entre a sexualidade feminina e o puerpério é um fenômeno de constante negociação entre a construção da maternidade e da satisfação e intimidade desta na relação com o parceiro e consigo mesma.

O pós-parto é assim um período de tempo, onde se desenrolam todas as manifestações evolutivas e de recuperação da genitália materna que ocorre após o parto. Com o tempo há importantes modificações gerais, que perduram até o retorno do organismo às condições existentes antes do parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Acompanhando esta visão podemos ressaltar que a gestação é um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, sendo assim um período em que se observam os aumentos de sintomatologias ou mesmo o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Um dos transtornos que pode ser desencadeado durante o período gestacional e pós-gestacional é a depressão, que influencia negativamente a gestação e o puerpério, já que os sintomas interferem no desempenho das gestantes/puérperas quanto aos autocuidados e adesão ao tratamento (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006).

No puerpério, o nível socioeconômico e as complicações obstétricas podem apresentar associação com as síndromes psiquiátricas mais frequentes deste período. Outros fatores como história pessoal e familiar de depressão, falta de suporte social, conflitos conjugais, ansiedade e depressão na gravidez também são citados. O suporte familiar, em particular da mãe, é fator protetor (ZUCHIL, 1999 apud FALCONE, 2005).

3.2.2 Tristeza Pós-Parto

Segundo Studart e Laraia (2001), a tristeza pós-parto é caracterizada por episódios breves, onde a mulher encontra-se com humor instável e com propensão ao choro. O tratamento consiste na tranquilização verbal e tempo para resolução para a resposta normal. Ao observarmos uma puérpera, podemos notar frequentes variações do estado de humor, com tendência a depressão, choro lábil, falas, gestos e condutas que evidenciam todo o complexo da nova situação vivenciada.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 38) define a tristeza pós parto como:

estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade

3.2.3 Depressão Pós-Parto

Depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro clínico severo e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação. Todo ciclo gravídico-puerperal é considerado período de risco para o psiquismo devido à intensidade da experiência vivida pela mulher. Esta experiência pode incidir sobre psiquismos mais ou menos estruturados. Mesmo mulheres com boa organização psíquica podem se ver frente a situações em que a rede social falha (IACONELLE, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) completa o conceito, informando que a depressão pós-parto é menos frequente que a tristeza pós-parto, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas, e os sintomas incluem perturbação do apetite, do sono, sentimentos culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê.

Felice (2000 apud SILVA, 2009) também relatando sobre a depressão pós-parto nos refere que esta ocorre em 10% das mulheres cujos sintomas se apresentam através de irritabilidade, tristeza patológica, perda do prazer, desalento, sentimento de ambivalência em relação ao bebê. Quando prolongada, ocorrem sentimentos de fracasso como função maternal.

Segundo O'Hara (1997) citado em Frizzo e Piccinini (2005), mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto e mulheres que não podem contar com apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de desenvolver este tipo de depressão.

O conflito conjugal também pode predispor a mãe à depressão, pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento mais importante para a mãe no puerpério. O fator que mais parece influenciar o desenvolvimento da depressão

materna ao longo do primeiro ano do bebê é a história pessoal e familiar de transtornos do humor (COOPER; MURRAY, 1995 apud FRIZZO; PICCININI, 2005).

No entanto, as causas da DPP não estão bem esclarecidas e podem ainda se associar a alterações hormonais, ao metabolismo do triptofano ou alterações no transporte da membrana durante o período pós-parto inicial. A DPP pode ser muito provavelmente uma combinação de influências hormonais, metabólicas e psicossociais (TOWNSEND, 2002).

Hall; Lazarus (1993 apud FERRIS; BURROW, 1996, p. 169) relatam que “existem estudos que indicam que a depressão pós-parto é mais comum em mulheres com disfunção de tireóide”.

3.2.4 Psicose Pós-Parto

Segundo Sadock e Sadock (2007) a psicose pós-parto (PPP) é um exemplo de transtorno psicótico que ocorre em mulheres que tiveram filhos há pouco tempo. A síndrome se caracteriza em grande parte por depressão, delírios e pensamentos de ferir o bebê ou a si mesma. A PPP pode ter uma relação próxima entre os transtornos do humor, em especial transtornos bipolares e transtorno depressivo maior.

Os mesmos autores anteriormente citados, ao relatarem sobre a incidência, nos descrevem que é raro ocorrer a PPP, pois esta afeta as mulheres cerca de um por mil nascimentos e 50 a 60% das mulheres afetadas acabaram de ter seu primeiro filho. Uma porcentagem de 50% dos casos envolve partos associados a complicações perinatais e mulheres com história familiar de transtornos do humor.

Ainda quanto à prevalência, Barros (2009) nos confirma que na PPP está estimada entre 0,1 a 0,2%. O mesmo autor nos informa, quanto aos sintomas, que a depressão psicótica tem início abrupto, geralmente no primeiro mês pós-parto.

Ainda com relação à sintomatologia, Szejer (2007 apud SILVA, 2009, p. 29) descreve:

na psicose pós-parto a mãe sente total repúdio ao bebê, não quer vê-lo, aterroriza-se com ele, permanecendo triste afastada e ausente, torna-se apática, abandonada, e não aceita nem dedicar-se aos cuidados pessoais. Tais estados de alterações psicológicas da mãe se acentuam pela perda de proteção que

havia no hospital, e diminuição das comemorações, adquirindo agora as obrigações e as responsabilidades.

Para Iaconelli (2005), na Psicose Puerperal encontramos perda do senso de realidade, delírios, angústia e alucinações (por volta 0,2 % dos casos). Não é recomendável o aleitamento materno. Para a mulher seu bebê não existe e passa a ser um espaço vazio preenchido por elementos do psiquismo da mãe, cindidos do real. Por vezes, as fantasias são ocultadas pela paciente, pois ela se encontra em delírio paranóide que inclui todo staff que dela se ocupa. Os parentes precisam ser alertados, pois há risco de vida para mãe e filho.

Compreendida como uma emergência psiquiátrica, a PPP pode receber tratamento medicamentoso, considerando-se sempre o processo de amamentação. Após o período agudo, indica-se psicoterapia e técnicas que auxiliem as mulheres a sentirem-se à vontade no seu papel de mãe. O apoio dos familiares é relatado na maioria dos estudos como fator importante na recuperação (SADOCK; SADOCK, 2007).

De certa forma, pode-se dizer que a mulher, durante a gestação, está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social e esta propensa a sentimentos de culpa, com maior probabilidade de gerar uma depressão materna durante o puerpério. Esse momento depressivo, se não acolhido de forma humana e harmônica pelo companheiro, familiares e profissionais de saúde, pode interferir na manutenção da saúde mental materna (BARRETA et al, 2008).

3. 3 INTEGRALIDADE ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E A REDE DE SAÚDE MENTAL

TAKEDA (2004, p. 80) ao escrever sobre a integralidade relata:

a integralidade implica que os serviços de atenção primária sejam capazes de atender todos os tipos de necessidade de saúde, incluindo o encaminhamento para os demais pontos de atenção à saúde (cuidados secundários e terciários), bem como serviços de suporte essencial, tais como internação domiciliar ou serviços comunitários.

Originária ao mesmo tempo em que o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, a integralidade estimulou diferentes modos de luta por melhores condições de trabalho, de vida e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. Hoje, ela constitui-se um dos princípios norteadores da política do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva melhorar as ações direcionadas ao acesso da saúde como direito e como serviço (PINHEIRO, 2007).

A ESF, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial individual para o integralizado, também implantado para fazer consolidarem-se os princípios do SUS se propõe a desenvolver ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção da saúde nas UBSF (OHARA; SAITO, 2010).

Assim como todos os outros serviços de saúde do País, o serviço de Saúde Mental, constituindo-se em uma REDE, também deve funcionar como um sistema integrado, no qual, cada elemento está integrado para representar uma micro-organização e cada uma dessas estruturas teriam canais de comunicação, dentro da própria unidade quanto fora dela possibilitando a realização de ações integradas de caráter intra e interinstitucional assim como relações sociais e as relações com outros órgãos de saúde, como a ESF (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Saito (2008, p.149) a respeito da participação das ESF em Saúde Mental ressaltam:

Como já foi proposto pelo Ministério da Saúde a UBS/UBSF, deve-se propor estratégias/ações ligadas à atenção em Saúde Mental, em que o profissional de Saúde crie mecanismos que possibilitem o acesso e acessibilidade a pessoas acometidas por transtorno mental.

As ESF iniciam o seu trabalho mapeando a área, cadastrando as famílias e identificando os agravos mais frequentes. Na ficha A do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), instrumento básico de cadastro das famílias, existe um espaço específico para que o declarante informe os casos de TM nas famílias, o que permite a identificação do número de pessoas com este transtorno para subsidiar o planejamento destas, neste nível de atenção (OLIVEIRA, ATAÍDE, SILVA, 2004).

Os mesmos autores acima citados, baseados em experimentos que findaram por concretizar-se num relato de experiência do trabalho da enfermagem na ESF, ressaltam uma invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária, a partir da observação da subnotificação de transtornos mentais nas UBF e

da compreensão de que a ESF necessita se responsabilizar pela assistência integral à saúde das pessoas da sua área adscrita, incluindo a assistência à saúde mental.

Cury e Galera (2006) relatam que as ESFs deveriam ser compostas majoritariamente por profissionais generalistas, com o objetivo de facilitar uma visão e atenção mais abrangente possível, voltada para a saúde como um todo e não em especificidades. No entanto, diversos estudos salientam que os profissionais não estão preparados para o trabalho em saúde da família, indicando formação e capacitação deficientes. Dessa forma, a maioria dos profissionais trabalha esquecendo a necessidade da articulação entre as ESFs e as especialidades.

A atual política de recursos humanos apresenta um descompasso entre a teoria e a prática onde a implementação integral de um novo modelo assistencial baseia-se em todas as diretrizes do SUS. Em questão dos recursos humanos desempenha um papel central, onde as conferências e os planos de saúde do governo anunciam qual o perfil dos profissionais de saúde a serem formados para atender as necessidades do SUS (PUSTAI, 2004).

Costa et al. (2000 apud CURY; GALERA, 2006, p. 275) ainda esclarecem:

no PSF não é possível transferir os clientes, apesar de ser possível encaminhar pessoas para tratamentos mais complexos. Esses clientes moram no mesmo bairro. Assim, o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os profissionais nem sempre estão preparados.

Por fim, consideramos que as estratégias e mecanismos voltados para a integralidade na saúde mental, nos diferentes níveis de atenção devem estar voltadas para a otimização da estruturação dos sistemas de referência e contra-referência (FERNANDES et al., 2008)

3.3.1 A importância da atenção primária na assistência às síndromes psiquiátricas pós-parto

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 7) aborda uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada como:

fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um

novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção.

Este período, que merece a assistência preconizada como nos fornece acima o Ministério da Saúde, é também a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar e prevenir dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas vai depender de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais, assim como da personalidade da gestante (MALDONATO, 1997 apud FALCONE et al. 2005).

Cruz, Simões; Faisal-Cury (2005) também nos esclarecem que o período gravídico-puerperal compreende um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas que podem assim propiciar a um aumento de sintomatologias ou mesmo ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Um destes transtornos que pode ocorrer durante o período gestacional/puerperal é a depressão, influenciando negativamente a gestação e o puerpério, pois os sintomas interferem no desempenho das gestantes quanto aos autocuidados, adesão ao tratamento e nas puérperas especialmente quanto ao cuidado com seus filhos.

Entre as ações relacionadas às puérperas na atenção básica, avaliar as condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros) e as condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas) são itens importantíssimos para a detecção precoce de fatores de risco ou ainda de sintomatologia sugestiva de algum distúrbio emocional (BRASIL, 2006).

Também é importante esclarecer as gestantes e puérperas quanto aos sinais prodrômicos como insônia, inquietação, agitação, labilidade do humor e deficits cognitivos leves, que podem ser esclarecidos no pré-natal ou na consulta de puerpério (SADOCK; SADOCK, 2007).

A depressão pós-parto é considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência. Os aspectos semelhantes a um quadro depressivo

comum não devem ser ignorados pelos profissionais da atenção básica (VALENÇA; GERMANO, 2010).

No período pós-parto, a sintomatologia depressiva não difere qualitativamente da que ocorre em outras fases da vida, podendo ser diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção à saúde. Contudo, menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados na clínica diária (ELVISN, 2000, apud RUSCHI et al.,2007).

Nesse contexto, (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004) esclarecem que os médicos e enfermeiros, na atenção primária, desempenham papel fundamental na identificação e condução tanto dos fatores de risco como dos sintomas depressivos maternos no período pós-parto, minimizando os impactos destes na mãe, no recém-nascido e na família.

Numa óptica de saúde integral à mulher, as dificuldades quanto à atuação do enfermeiro no pré-natal para prevenir as síndromes psiquiátricas do pós-parto, não se relacionam à ESF em si, mas à forma como são conduzidas as consultas de pré-natal, dificultando uma abordagem integral da gestante (VALENÇA, GERMANO, 2010).

4 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi constituído pela abordagem de uma pesquisa de campo de carácter quantitativo e descritivo.

Para Rodrigues (2007) a pesquisa de campo constitui-se de uma observação dos fatos tal como ocorrem. Não permite isolar e controlar as variáveis, mas perceber e estudar as relações estabelecidas.

Sendo nossa pesquisa de campo descritiva, esclarecemos por meio das palavras de Polit, Beck e Hungler (2004, p. 438) que estes são:

estudos que possuem como principal objetivo o retrato preciso das características de indivíduos, situações ou grupos e da frequência com que ocorrem determinados fenômenos.

Para Richardson (2007) nos estudos descritivos frequentemente é aplicado o método quantitativo, especialmente naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como investigar a relação de causalidade entre fenômenos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas ESF's que realizam parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró e a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

Foram escolhidas doze Unidades Básicas de Saúde que se denominam Francisco Marques da Silva (Alameda); Mario Lúcio de Medeiros (Alto da Pelonha); Maria Soares da Costa (Alto de São Manoel); Dr. Antônio S. Júnior (Bom Jesus); Antônio Camilo (Ilha de Santa Luzia); Francisco Pereira de Azevedo (Liberdade I); Maria Neide da Silva Sousa (Nova Vida); Alcides M. Veras (Passagem de Pedra); Eptácio da C. Carvalho (Pintos); Vereador Lahyre Rosado (Sumaré); Duclécio Antônio de Medeiros (Teimosos) e Aguinaldo Pereira (Vigh Rosado), onde são desenvolvidos os trabalhos de treze Estratégias Saúde da Família com o número mínimo de profissionais completo e atendendo cerca de 4.500 famílias cadastradas.

O motivo para a escolha do local foi influenciado pelo fato de ser acessível para os pesquisadores, em virtude do convênio firmado pelas partes já anteriormente citadas, a escolha pelo local também foi influenciada por estas provavelmente apresentarem-se dentro de um mesmo perfil sócio-econômico-cultural.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para efetivarmos essa pesquisa utilizamos como população as puérperas acompanhadas pelas ESFs que farão parte dos locais de pesquisa elegidos. Dessa população procuramos selecionar, uma amostra de 30 (trinta) puérperas, a partir dos critérios abaixo descritos:

- Terem idade maior que 18 anos;
- Residirem nas áreas de abrangência delimitadas como local de estudo;
- Estarem com até 42 dias de pós-parto;
- Estarem cientes e de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), comprovando sua aceitação na participação da pesquisa como sujeito, por meio de assinatura.

Foram excluídas as puérperas cujos recém nascidos que tenham alguma má formação congênita, vieram a falecer ou àquelas que realizaram a doação de seus filhos.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento para coleta de dados utilizamos um formulário estruturado em três partes, a primeira contendo dados de caracterização da situação sócio-demográficas e sócio-econômicas das puérperas entrevistadas a segunda e a terceira dados concernente com temática do trabalho.

O formulário é um instrumento essencial num sistema de coleta de dados por consistir de um contato face a face entre o pesquisador e informante, e o roteiro de perguntas, preenchido pelo entrevistador, no próprio momento da entrevista enriquece a realização deste procedimento (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Após a avaliação e aprovação do Projeto de Pesquisa pela Banca Examinadora de Projeto da Escola de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, a pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.

Após a aprovação, os pesquisadores visitaram inicialmente, as UBSF's que são conveniadas com a FACENE/RN juntamente com a Coordenadora dos Estágios para um primeiro contato, pra um melhor esclarecimento dos profissionais atuantes nas equipes dos objetivos da pesquisa, bem como pedir-lhes colaboração para a efetivação do mesmo.

Num segundo momento, realizamos um processo de seleção das puérperas, feito com a contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde das unidades escolhidas, onde estes forneceram as listas com os dados das possíveis puérperas a serem visitadas, facilitando o processo de coleta de dados.

A coleta de dados propriamente dita foi realizada em outros momentos, previamente estabelecidos por agendamento, por meio de visitas domiciliares às puérperas para o preenchimento do formulário, que se realizou na companhia do A.C.S o que transmitiu maior confiança às mesmas nessa etapa da nossa metodologia.

Outra opção para a captação da nossa amostra foi aproveitar a oportunidade em que às puérperas comparecessem às UBSs para administração da BCG ou ainda para realização do Teste do Pezinho em seus RNs, tendo em vista que estes terão que comparecer no período compreendido entre os primeiros 15 dias de nascimento.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Polit, Beck e Hungler (2004), definem a análise de dados como a manipulação de dados numéricos por meios de procedimentos estatísticos, com o propósito de descrever fenômenos ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles.

Manipulados por meio desta análise estatística nossos dados deverão possibilitar a realização de tabelas através do Programa Microsoft Office Word

2007 que tornarão possível a ilustração de gráficos mediante o Programa Microsoft Office Excel 2007.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente trabalho de pesquisa norteou-se pela resolução 196/96 que foi fundamentada em documentos internacionais que procederam de declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Também visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

A resolução do COFEN 311/07 também guiará os nossos passos, tendo ela como um dos seus princípios fundamentais o respeito pela vida, pela dignidade e os direitos humanos em todas as dimensões (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

4.8 FINANCIAMENTO

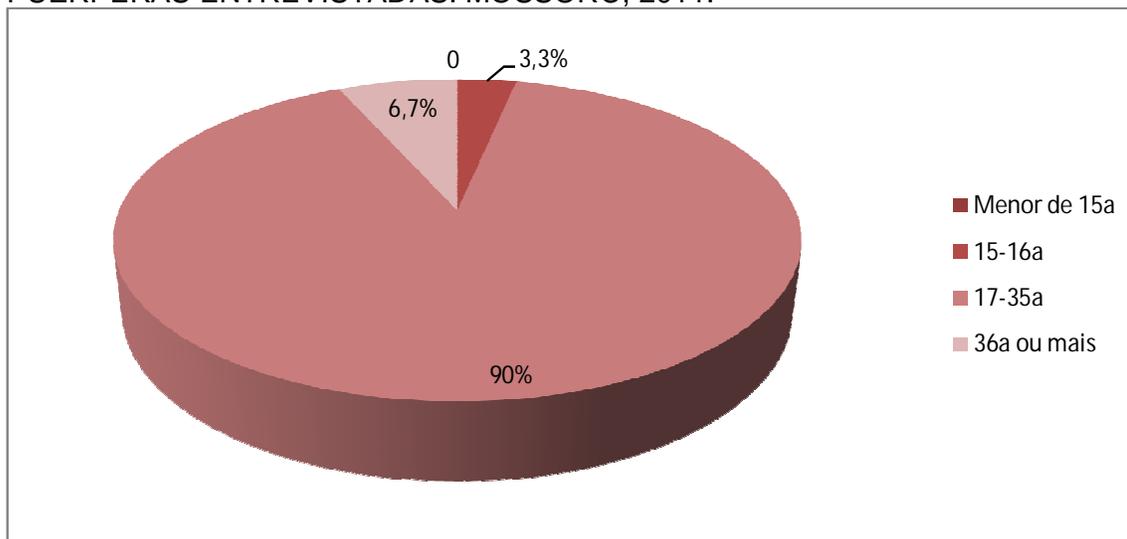
A pesquisadora participante se responsabilizará por todos os gastos previstos no orçamento e a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN contribuirá com a disponibilização do acervo bibliográfico, orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentaremos os dados coletados juntamente com as respectivas análises.

5.1 DADOS REFERENTES ÀS CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E SÓCIOECONÔMICAS

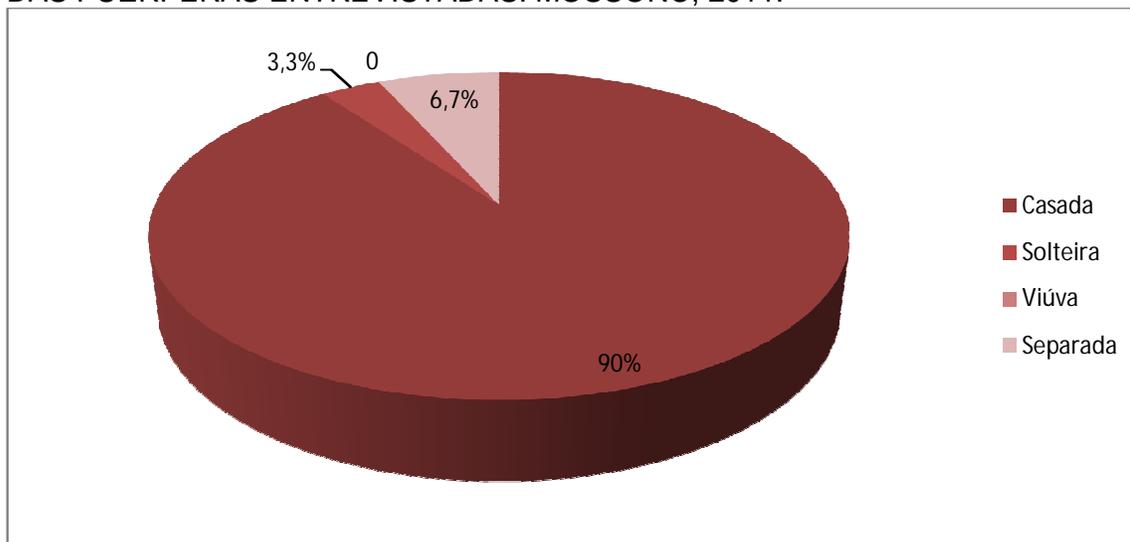
GRÁFICO 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À IDADE DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



Fonte: Pesquisa de Campo

Segundo o gráfico 1, a maior parte da nossa amostra, constituída de 90% (27) é composta por mulheres predominantemente de faixa etária entre 17 e 35 anos, seguido de 6,7% (02) das mulheres de faixa etária acima de 36 anos e de 3,3% (01) de faixa etária entre 15 e 16 anos. Não encontramos na nossa amostra mulheres com idade inferior a 15 anos.

GRÁFICO 2: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO ESTADO CIVIL DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.

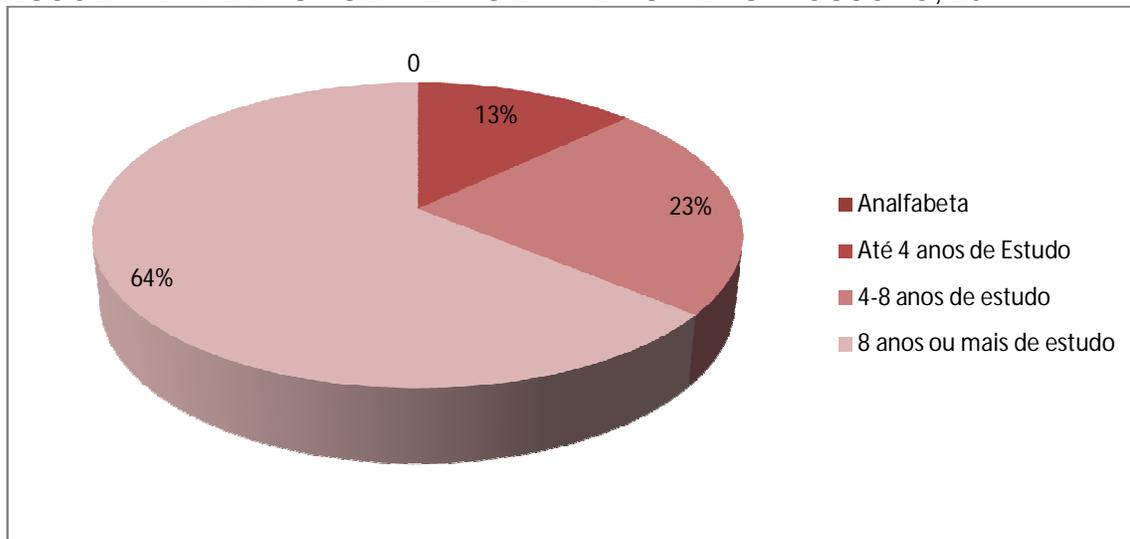


Fonte: Pesquisa de Campo

De acordo com os valores obtidos e ilustrados no gráfico 2, pudemos concluir que 90% (27) das mulheres são casadas, seguindo-se de uma porcentagem menor de 6,7% (02) separadas e 3,3% (01) solteiras.

A partir destas informações, iniciamos novas observações quanto às características dos cônjuges. Assim, obtivemos dados que nos informaram que a idade dos maridos ou companheiros das puérperas, variou de 17 a 57 anos (média = 33,3 anos), 74% (27) estudaram por 8 anos ou mais e percebemos ainda que 100% não se encontravam em situação de desemprego.

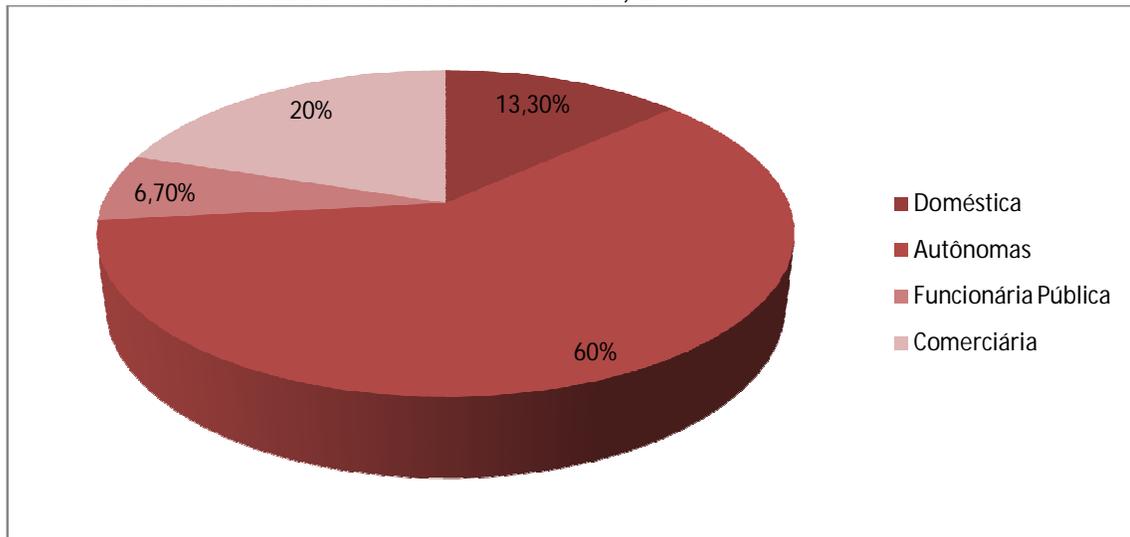
GRÁFICO 3: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO NÍVEL ESCOLARIDADE DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



Fonte: Pesquisa de Campo

Por meio do gráfico 3, foi possível caracterizar as puérperas quanto ao nível de escolaridade. Um percentual de 64% (20) destas teve 8 anos ou mais de estudo. Observamos ainda que 23% (07) da amostra estudou entre 4 e 8 anos e 13% (04) alcançou até 4 anos de estudo.

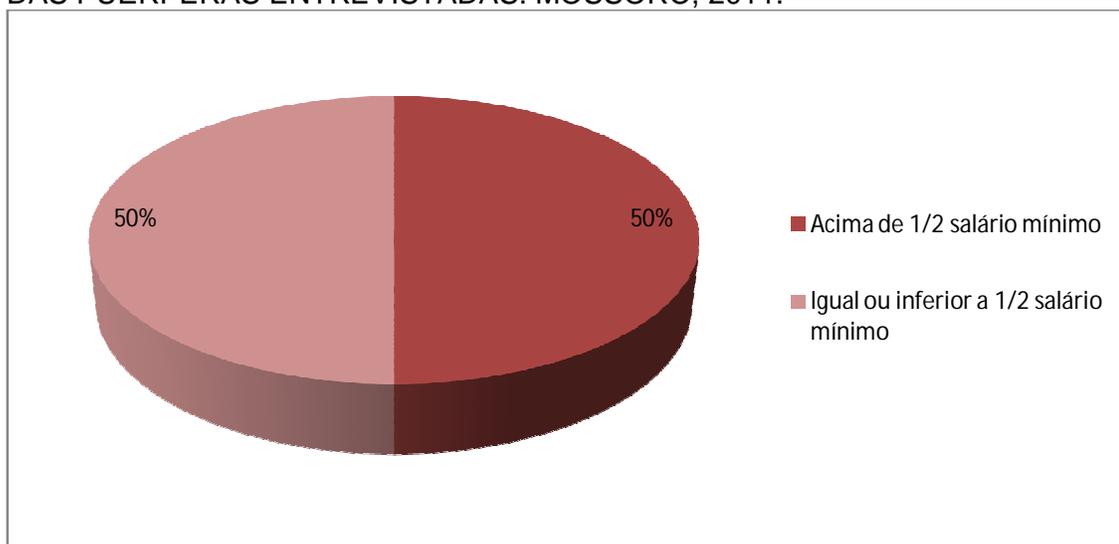
GRÁFICO 4: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A OCUPAÇÃO DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



Fonte: Pesquisa de Campo

Com a finalidade de caracterizar a amostra segundo a ocupação, observamos no gráfico 4, que 60% (18) são mulheres autônomas, 20% (06) são comerciárias, tendo ainda 13,3% (04) como domésticas e 6,7% (02) funcionárias públicas.

GRÁFICO 5: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A RENDA FAMILIAR DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



Fonte: Pesquisa de Campo

Podemos observar no gráfico 5, que 50% (15) da amostra encontrava-se inserida em famílias com renda acima de $\frac{1}{2}$ salário mínimo e os outros 50% (15) apresentam renda familiar igual ou inferior a de $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

Analisada a amostra quanto as suas características sociodemográficas, concluímos inicialmente que o grupo de puérperas participantes da pesquisa em questão não se encontrava predominantemente associado a fatores de risco reprodutivos. Em grande parte estas não se enquadram em faixa etária seja inferior a 15 ou maior que 35 anos, não têm situação conjugal insegura nem baixo nível de escolaridade ou ocupação que as exponham a esforços físicos excessivos, carga horária extensa ou até mesmo exposição a agentes externos nocivos à saúde humana (BRASIL, 2006).

Cantinelli et. al (2006 apud GOMES et al, 2010), são esclarecedores ao nos informarem que a idade inferior a 16 anos é considerado um fator de risco para

alterações nos períodos de DPP. Consideramos esse fator insignificante para nosso estudo, tendo em vista que apenas 33,3% (01) das puérperas apresentaram-se dentro desta faixa etária.

Alvarado et al (1993 apud BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006) ao afirmarem que mulheres solteiras apresentam esta característica como fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva durante o período pós-parto, coloca a nossa amostra em vantagem, já que 90% (27) destas são casadas.

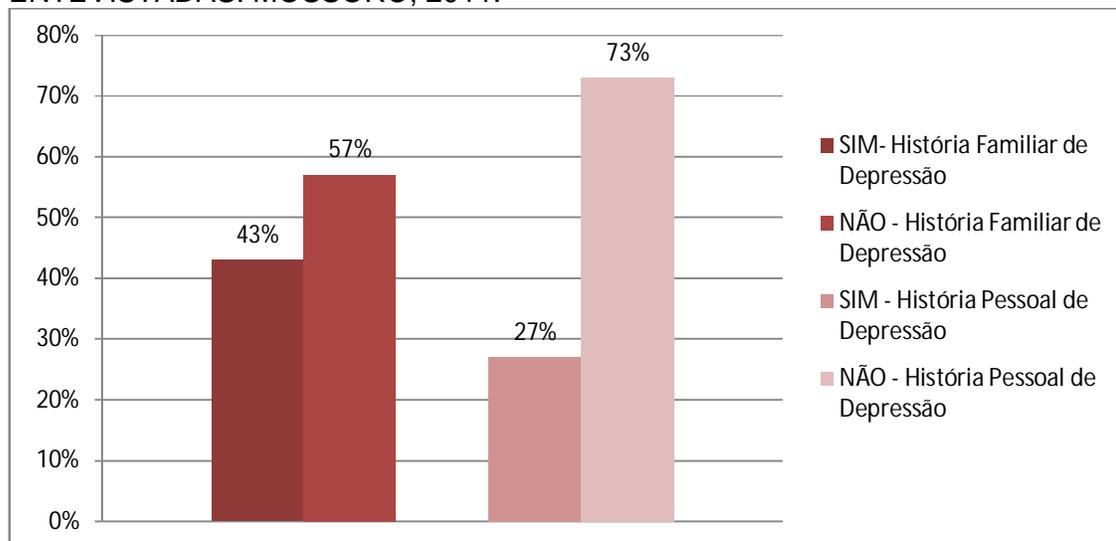
Os mesmo autores anteriormente citados, por entenderem que a educação reduz significativamente o risco de depressão adulta, já que mulheres com escolaridade mais alta apresentam menor risco para depressão, oferecem subsídios para considerarmos que a maior parte das nossas puérperas (64% com 8 anos ou mais de estudos) estão resguardadas neste sentido de exposição à problemas psiquiátricos na gravidez.

O desemprego não observado na grande maioria das nossas puérperas ou cônjuges, também se apresenta aqui como fator protetor, já que segundo Cantinelli, et al (2006 apud GOMES et al, 2010), este é também um fator de risco para DPP. No entanto, ao consideramos que a metade das nossas puérperas se encontra inserida em famílias de baixa renda, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2010) encontramos aqui o perfil econômico baixo como fator que pode repercutir negativamente na saúde da mulher durante o período puerperal.

Em contrapartida, Cruz, Simões e Cury (2005) ao rastrear DPP em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família não observaram associações estatisticamente significativas entre risco de depressão e fatores sócio-demográficos como idade, escolaridade e renda.

5.2 DADOS REFERENTES AOS ANTECEDENTES PESSOAIS/OBSTÉTRICOS/FATORES DE RISCO

GRÁFICO 6: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A HISTÓRIA FAMILIAR DE DEPRESSÃO E HISTÓRIA PESSOAL DE DEPRESSÃO DAS PUÉRPERAS ENTEVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



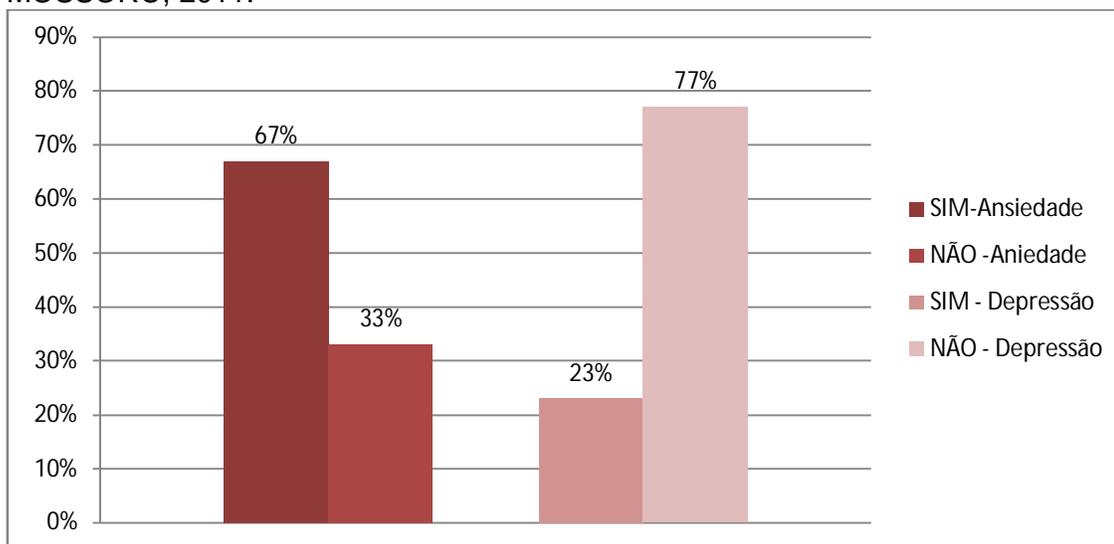
Fonte: Pesquisa de Campo

O gráfico 6, nos aponta para um grupo onde 57% (17) das mulheres NÃO apresentam história familiar de depressão e 43% (13) SIM.

Aponta, ainda, para um grupo sem história pessoal de depressão, pois 73% (22) não a referiram e apenas 27% (08) citou já ter sofrido desta patologia.

Os aspectos abordados tornam-se importantes por consideramos que histórias pessoais e familiares de transtorno do humor e o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gravidez devem ser analisados como fatores relacionados ao surgimento da DPP (FRIZZO; PICCININI, 2005 apud VALENÇA; GERMANO, 2010).

GRÁFICO 7: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO ANTERIOR DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



Fonte: Pesquisa de Campo

O gráfico 7, nos mostra que 67% (20) das mulheres tiveram ansiedade na última gestação, e 33% (10) não. O mesmo gráfico refere que 77% (23) destas mesmas mulheres não sofreram depressão na gestação anterior e 23% (07) sim.

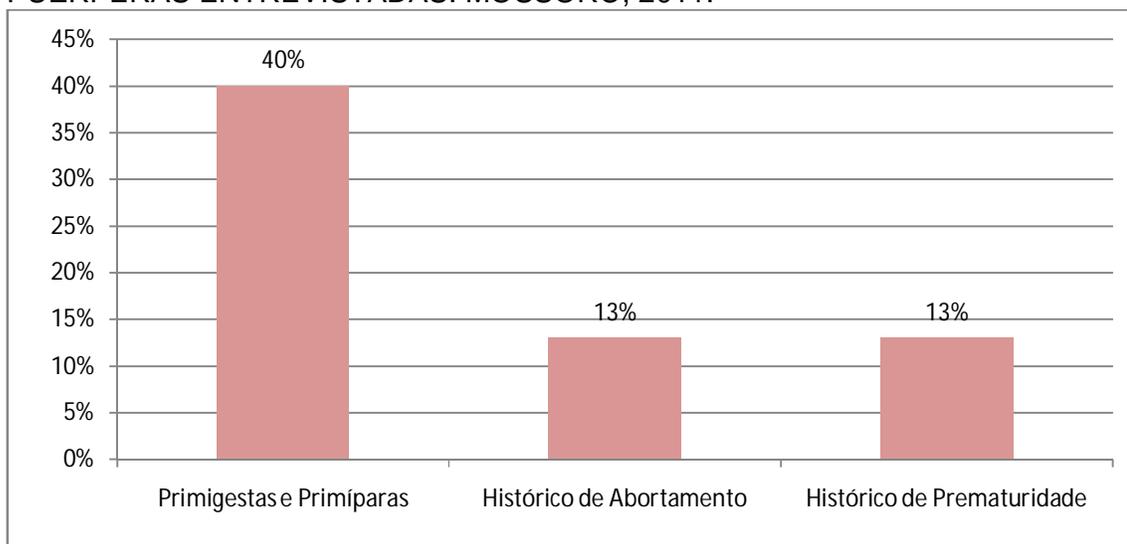
A frequência de ansiedade na nossa amostra foi de alta incidência. Quanto a depressão podemos considerá-la de menor importância.

A presença de sintomatologia ansiosa é frequente na gravidez, já que esta é entendida como um componente emocional que acompanha todo o período gestacional até o período do parto, especialmente atingindo as gestantes primigestas (FRIZZO; PICCININI, 2005 apud VALENÇA; GERMANO, 2010).

O número de gestações nas mulheres que participaram da amostra pesquisada variou de uma (01) a seis (06) gestações (mediana = duas gestações).

Esses dados ainda foram melhor analisados, onde buscamos características obstétricas que pudessem descrever melhor nosso grupo no que se refere aos fatores de risco para as patologias aqui estudadas, conforme descritos abaixo.

GRÁFICO 8: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AOS DADOS CARACTERÍSTICOS DAS GESTAÇÕES E PARTOS ANTERIORES DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.

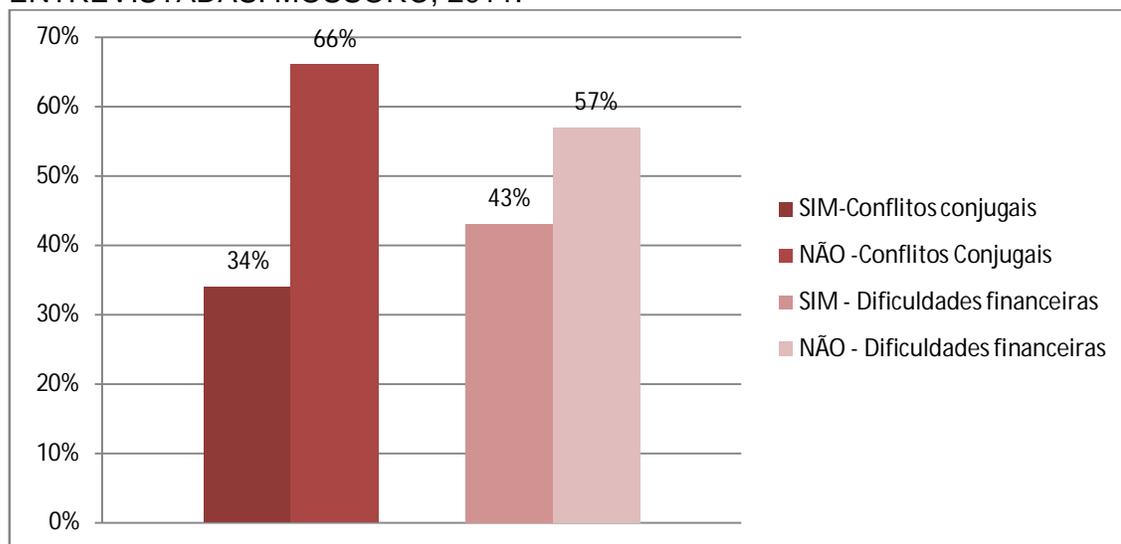


Fonte: Pesquisa de Campo

Dessa forma, constatamos no gráfico 8, que 40% (12) das mulheres entrevistadas eram primigestas e primíparas e ainda que 13% (04) não tinha histórico de abortamento, o que se iguala aos 13% que não tinham histórico de prematuridade.

Abortamentos espontâneos ou de repetição são considerados importantes no diagnóstico precoce da DPP por serem também considerados fatores de risco desta patologia (CANTINELLI et al, 2006 apud GOMES et al, 2010).

GRÁFICO 9: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A CONFLITOS CONJUGAIS E QUANTO A DIFICULDADES FINANCEIRAS DAS PUÉPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



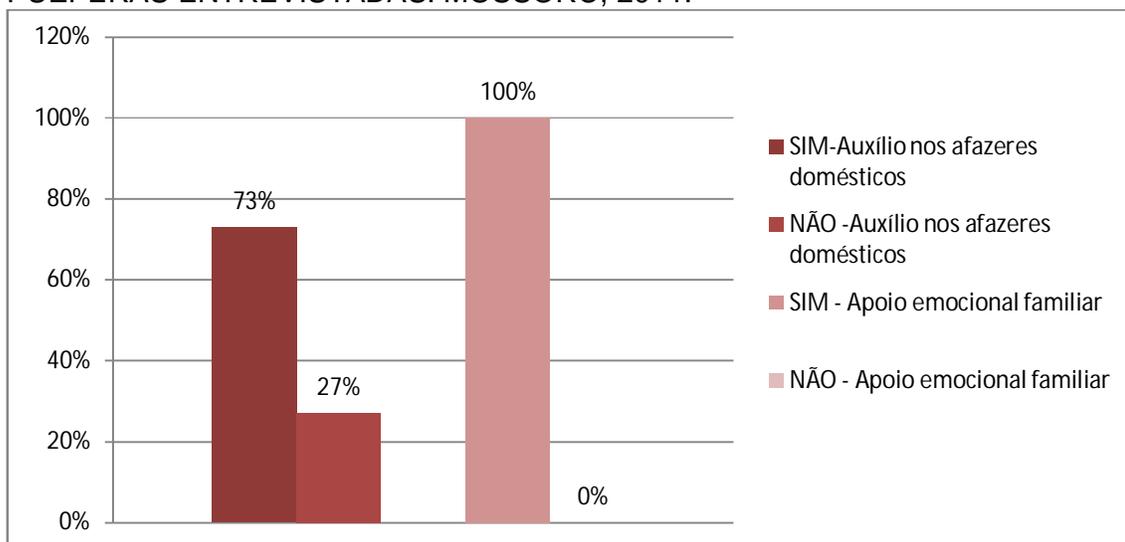
Fonte: Pesquisa de Campo

De acordo com o gráfico 9, podemos observar que 66% (20) da amostra não passou por conflitos conjugais na gestação, enquanto 34% (10) enfrentaram este problema.

O mesmo gráfico nos mostra que 57% (17) das mulheres não passaram por dificuldades financeiras na última gestação, enquanto 43% (13) enfrentaram este outro problema social.

Segundo Valença e Germano (2010) os conflitos conjugais e as dificuldades financeiras podem predispor a mãe à depressão, pois a convivência do casal tende a ser o relacionamento mais importante para esta no puerpério e muito estresse e ausência de apoio social (especialmente do cônjuge) constitui-se um grande fator de risco para depressão materna ao longo do primeiro ano do bebê.

GRÁFICO 10: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A AUXÍLIO NOS AFAZERES DOMÉSTICOS E QUANTO AO APOIO EMOCIONAL FAMILIAR DAS PUÉPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.

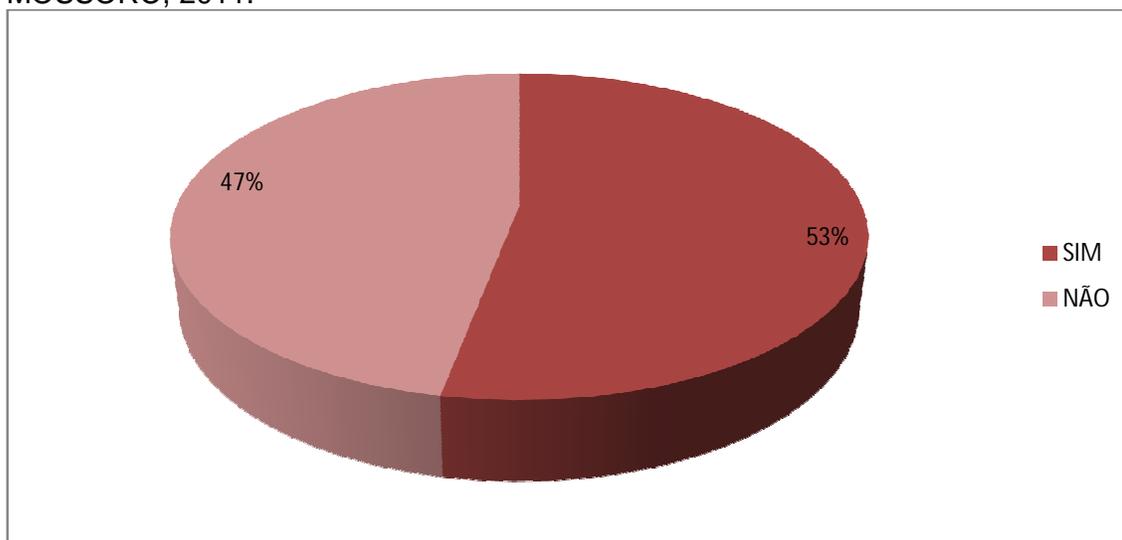


Fonte: Pesquisa de Campo

O gráfico 10 nos esclarece que 73% (22) das mulheres recebem auxílio nos afazeres domésticos e 27% (08) não recebem. Dando continuidade a descrição do gráfico acima observamos que 100% das mulheres recebem apoio emocional dos seus familiares.

Considerando que nossa amostra apresentou um significativo suporte social e familiar presente, características que segundo Dessen e Braz (2000) citados em Baptista, Baptista e Torres (2006) são importantes para a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes, além da adequação de comportamentos maternos em relação aos filhos, observamos que estes fatores protegem nosso grupo no surgimento de síndromes psiquiátricas pós-parto.

GRÁFICO 11: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA A ÚLTIMA GESTAÇÃO DAS PUÉPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.

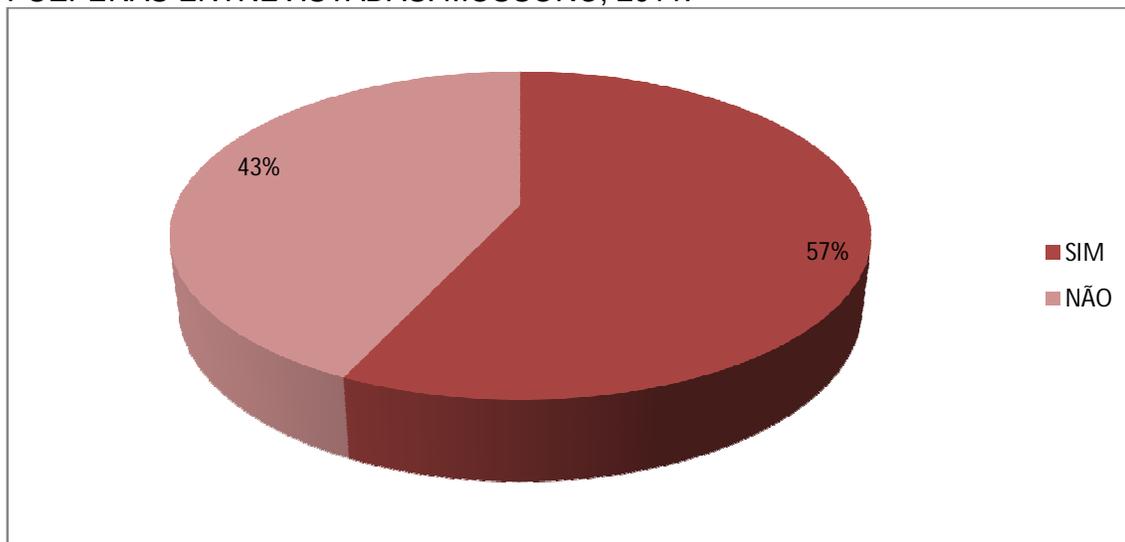


Fonte: Pesquisa de Campo

No gráfico 11, verificamos que 53% (16) das mulheres planejaram a última gestação e 47% (14) não a planejou.

A gravidez planejada pode ser bem mais saudável do que uma gravidez não planejada, tendo em vista que a preparação psicológica, social e financeira pode dar um maior suporte à gestante se assim for necessário, no entanto não assegura efetivamente a prevenção de certas complicações obstétricas e puerperais, entre elas a DPP (DE AZEVEDO; NAVARAS FILHO, 2003).

GRÁFICO 12: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA A ÚLTIMA GESTAÇÃO SE DESEJADA/INDESEJADA DAS PUÉPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



Fonte: Pesquisa de Campo

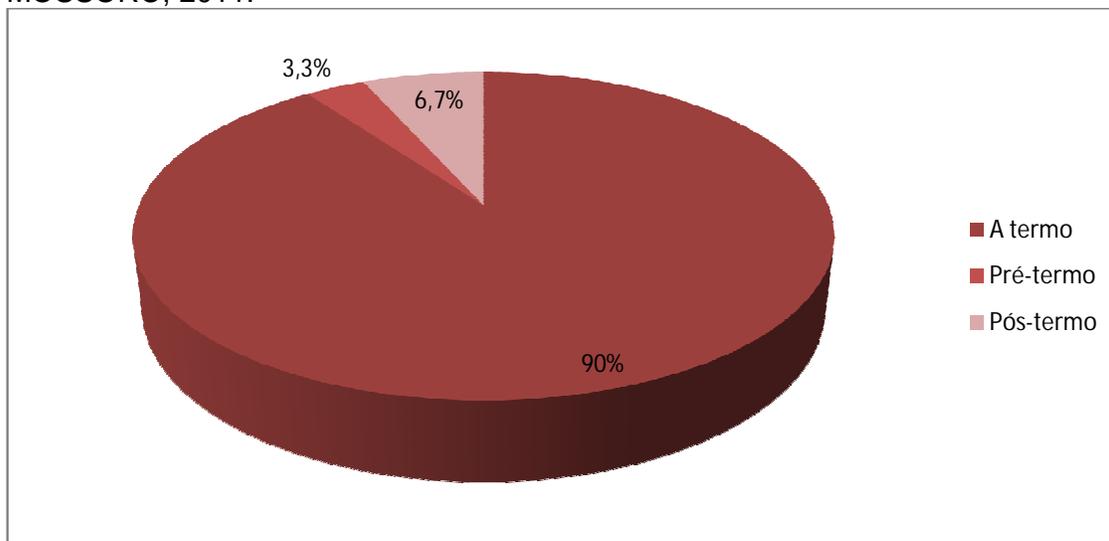
O gráfico 12 nos permite analisar na amostra pesquisada apenas os 47% (14) das mães que não planejaram a gravidez, assim percebemos que destas, 57% (08), mesmo não tendo planejado, não indesejaram a gravidez.

Ao realizarem um rastreamento de DPP em mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, Cruz, Simões e Cury (2005) encontraram dados que revelaram percentuais de 50% para aparecimento de DPP quando consideradas as puérperas com gravidez indesejada.

5.3 DADOS REFERENTES ÀS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO

É importante considerarmos que os recém-nascidos filhos das mães componentes da amostra deste estudo totalizam trinta e uma (31) crianças, tendo em vista que uma das nossas puérperas teve parto gemelar.

GRÁFICO 13: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO TEMPO GESTACIONAL DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.

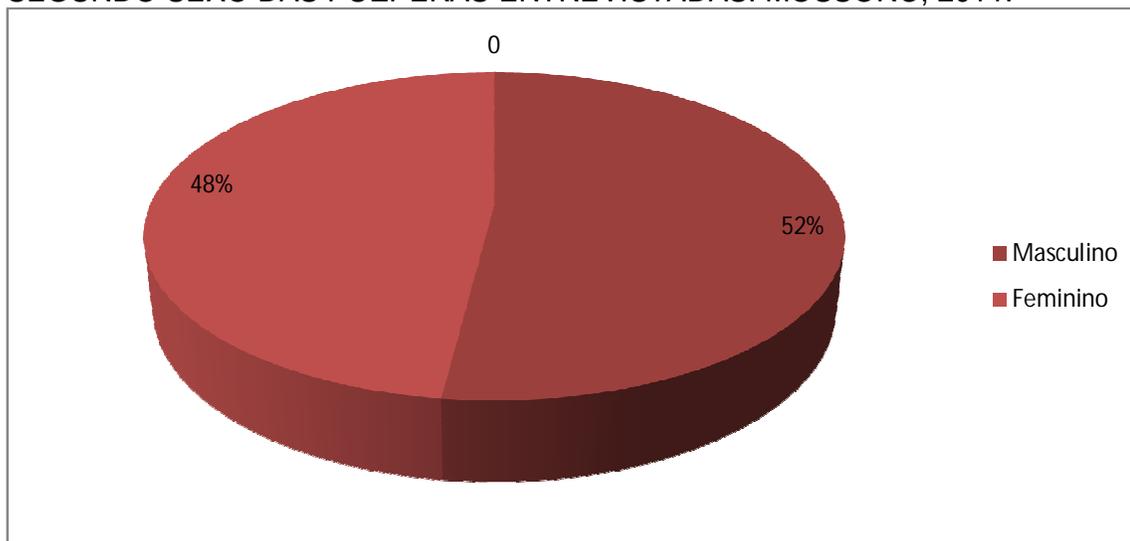


Fonte: Pesquisa de Campo

O gráfico 13 ilustra que 90% (28) dos partos das puérperas entrevistadas foi a termo, 6,7% (02) pós-termo e 3,3 (01) pré-termo.

Tendo nossa amostra um importante número de mulheres cujos partos foram à termo (90%) e considerando que, segundo Cruz, Simões e Cury (2005) a maior proporção de puérperas com depressão está entre aquelas que tiveram seu parto pós-termo, concluímos que as puérperas aqui pesquisadas estão excluídas em grande maioria desta característica como fator de risco.

GRÁFICO 14: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO SEXO DAS PUÉPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.

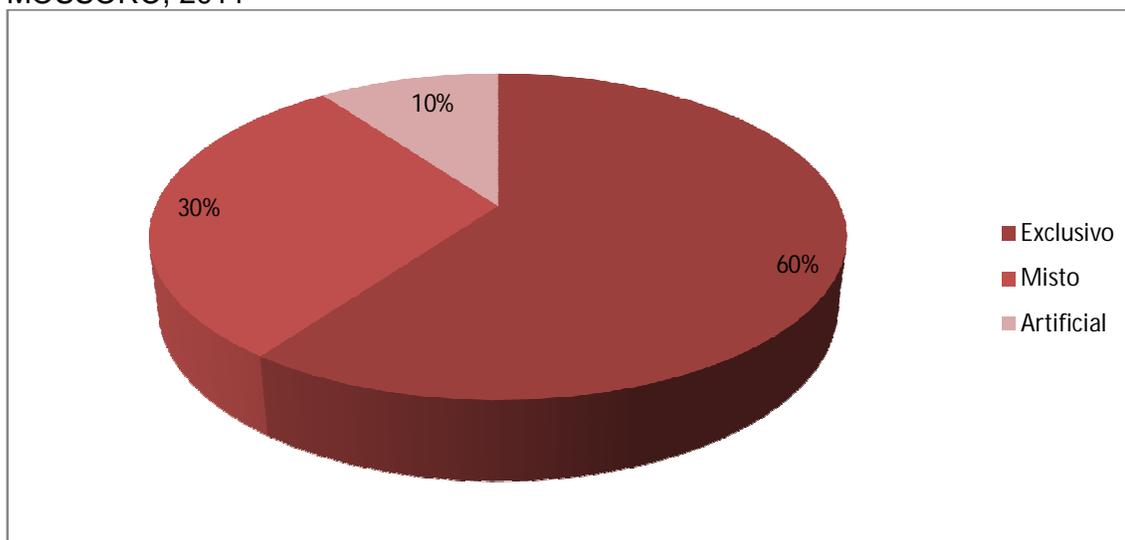


Fonte: Pesquisa de Campo

Podemos analisar por meio do gráfico 14, uma mínima diferença entre as percentualidades entre os tipos sexos, onde 52% (16) da amostra correspondem ao sexo masculino e 48 % (14) ao sexo feminino.

Um estudo baseado nos aspectos epidemiológicos de depressão pós-parto em uma amostra brasileira, descrito por Ruchi et. al, (2007), assemelha-se ao nosso, ao aponta para um número de mulheres que pariram RN's de ambos os sexo encontraram-se deprimidas, num percentual de 56,43% (58) para o sexo feminino e 49,57% (57), para o sexo masculino.

GRÁFICO 15: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO ALEITAMENTO MATERNO DAS PUÉPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011



Fonte: Pesquisa de Campo

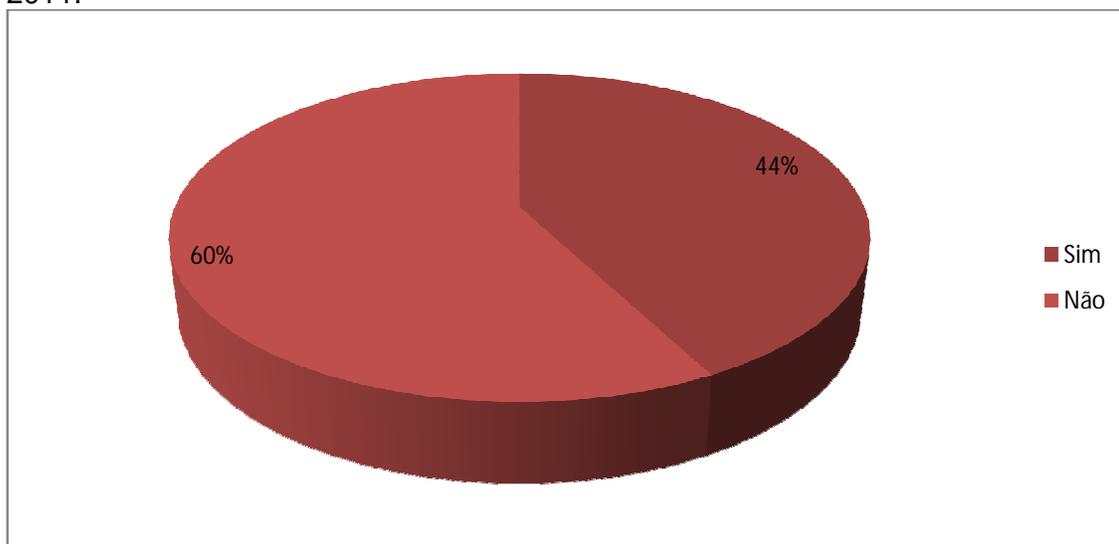
Por meio da construção do gráfico 15, pudemos analisar que 60% (19) dos RN's recebiam aleitamento exclusivo de suas mães, 30% (09) aleitamento misto, seguido de 10% (03) com aleitamento artificial.

As vantagens do aleitamento materno para o recém-nascido estão vinculadas ao fato de este suprir as necessidades nutricionais da criança por aproximadamente os seis primeiros meses de vida (ARAÚJO et al., 2008).

De acordo com Cruz, Simões e Cury (2005), O aleitamento materno não apresentou associação com a DP, o efeito da DP sobre o aleitamento materno é controverso, já que puérperas deprimidas podem amamentar.

Araújo et al. (2008) embasado por uma pesquisa sobre o aleitamento materno, descreve que ainda que o mesmo signifique grande importância e apresente uma enormidade de vantagens, existem situações que exigem a necessidade de inibir ou suprimir a produção do leite materno. Apontam, ainda, como relevantes para a realização do desmame precoce os problemas relacionados à "falta de leite", "leite fraco", problemas mamários e a recusa do bebê em pegar o peito.

GRÁFICO 16: DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO IRRITABILIDADE DAS PUÉPERAS ENTREVISTADAS. MOSSORÓ, 2011.



Fonte: Pesquisa de Campo

O gráfico 12 aponta para um total de 60% (18) dos RN's apresentando irritabilidade e 44% (13) não exibindo esta característica.

Falcone et al (2005), avaliando a atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes buscaram associar a irritabilidade do bebê com a depressão como fator de risco para certos desfechos obstétricos, por considerarem que a gravidez provoca na mulher alterações do humor, desequilibrando seu estado emocional e dificultando o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento desta pesquisa que se constitui objeto de conclusão de curso pudemos constatar por meio da revisão bibliográfica que nos permitiu discutir os objetivos pesquisados, que as síndromes psiquiátricas pós-parto são extremamente complexas, pois envolvem tanto os aspectos físicos relacionados especialmente à autoimagem da mulher quanto os psicológicos da puérpera, característicos do seu modo de vida e sua percepção quanto às perspectivas futuras.

Durante a análise dos dados coletados, percebemos que as condições sócio demográficas, na maioria não tendem a agravar as mulheres quanto a certas doenças características do puerpério, especialmente as referentes a idade (90% entre 17 e 35anos) e estado civil (90% casadas).

O fato da metade desta amostra (50%) estar inserida em famílias de baixa renda apresenta-se como o fator que mais nos chamou a atenção, especialmente pelas características relacionadas à ocupação, onde constatamos que 60% das mulheres eram autônomas e 100% dos cônjuges estavam trabalhando.

Ainda quanto aos fatores socioeconômicos, a maioria dos atores sociais envolvidos num cenário de provável surgimento de tristeza, depressão ou psicose puerperal estão inseridos no mercado de trabalho, no entanto a metade de toda a amostra não atinge um salário considerado suficiente para a sobrevivência de uma família, fator de risco importante para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos neste período.

Pesquisados os antecedentes pessoais e obstétricos do número de mulheres, percebemos um apontamento de fatores de risco para as patologias em questão, onde 73% NÃO relatou história pessoal de depressão e 57% NÃO relatou história familiar da mesma patologia.

Um percentual de 67% de mulheres apresentarem ansiedade na última gestação nos parece ser significativo, porém quando analisamos que 40% destas eram primigestas e não tinham passado pela experiência da maternidade, tendo esta um conhecimento envolto pelo “novo” e “inserto”, acreditamos que esta ansiedade seja natural em nossa amostra, um componente normal da gravidez, especialmente por não estar relacionado a importantes fatores de risco para DPP, a

exemplo dos 73% que recebe auxílio nos seus afazeres domésticos, associados aos 100% que recebem apoio familiar no puerpério.

Os dados referentes aos RN's também nos fornecem resultados tranquilizadores quanto a estes influenciarem no surgimento de sofrimentos psíquicos no puerpério, tendo em vista que 90% das puérperas tiveram parto à termo e 60% recebe aleitamento exclusivo, o que torna explícito um bom vínculo afetivo entre mãe e filho.

Ao término de todas estas considerações, nos inquietamos com um parâmetro que, de impulso, fazemos ao tentarmos compreender o porquê de 57% das mulheres referirem não ter passado por dificuldades financeiras durante a gestação e, no entanto 50% fazer parte de famílias de baixa renda.

Por acreditarmos, a partir das várias leituras realizadas durante este trabalho, que as dificuldades financeiras estão intimamente relacionadas a todos os outros fatores de risco aqui pesquisados, e por termos conhecido interiormente os domicílios nos quais adentramos para realizar a pesquisa, não consideramos nossa amostra LIVRE de transtornos psiquiátricos pós-parto, mesmo com todos os dados protetores que encontramos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes para pesquisa com seres humanos**.1996. Disponível em: <<http://www.portweb.com.br/especiaisspw>> Acesso em: 19 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. **Guia do Gestor Municipal: Cadastro Único para programas Sociais**. Brasília, 2010.

BARRETA, M. I. R. et al. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional/ou puerperal. **Rev. eletr. Enfer**, v. 10, n. 4 p. 966-78, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a09.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2011.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D. TORRES, E. C. R. Associação entre Suporte Social, Depressão e Ansiedade em Gestantes. **Rev. Psicol. da Vet. Edit.** v. 7, n. 1, p. 39-48, jan/jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>> Acesso em: 10 maio 2011.

BURROW, G. N.; FERRIS, T.F. **Complicações clínicas durante a Gravidez**. 4. ed. São Paulo: ROCAS, 1996

BARROS, S. M. O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a Prática Assistencial**. 2. ed. São Paulo: Roca; 2009.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo Assistencial em Saúde Mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2 p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n2/24.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311/2007 **Revoga a resolução COFEN nº 240/2000 e apóia o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005/legislações/anexos/resolução-COFEN-311-2007-código-ética.pdf>> Acesso em: 19 maio 2011.

CURY, C. F. M. R.; GALERA, S. A. F. O PSF Como Ideal para a Atenção às Famílias de Doentes Mentais. **Fam. Saúde Desen.** Curitiba, v. 8, n. 3 p. 273-278, set/dez. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7983/5628>>. Acesso em: 14 mar 2011.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**; v. 27, n. 4. p. 181-8, 2005 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n4/a04v27n4.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011.

DE AZEVEDO, A. R.; NAVARAS FILHO, E. Aspectos Comportamentais e emocionais na Puerperalidade. In: Camano L. **Guia de obstetrícia:** ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Manole, 2003.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**; v. 39 n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011.

FERNANDES, A. L. M. et al. Integralidade na Saúde Mental: Estratégias e Mecanismos de Integração dos diferentes níveis de atenção. In: SAITO, R. X. S. **Integralidade da Atenção:** organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C.A. Interação Mãe Bebê em Contexto de Depressão Materna: Aspectos teóricos e Impíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.1 jan/abr.2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>. Acesso em: 05 set. 2010.

GOMES, A. L. et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a13v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 15 ago. de 2011.

IACONELLI, V. Depressão Pós-parto, Psicose Pós-parto e Tristeza. Materna. **Rev. Pediat. Mod.** v. 41, n.1 jul./ago. 2005.

Disponível em:<
http://www.institutogerar.com.br/artigos/24_ARTIGO_%20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf>. Acesso em: 10 maio 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7. ed. São Paulo: ATLAS, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende:** Obstetrícia Fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

OLIVEIRA, A. G. B.; ATAÍDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A Invisibilidade dos Problemas de saúde Mental na Atenção Primária: O Trabalho da Enfermeira Construindo Caminhos Junto às Equipes de Saúde da Família. **Texto contexto Enferm.**, out-dez;

v. 13, n. 4: p. 618-24, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a15.pdf>>. Acesso em 16 de fev. 2011.

OSÓRIO, et al. Psicoses. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: Considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

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

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/integralidade.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2011.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia científica**. Paracambi, 2007. Disponível em: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 13 maio 2011.

RUCHI, G. E. C., et al. Aspectos Epidemiológicos da Depressão Pós-parto em Amostra Brasileira. **Rev. Psiquiatria**, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.

SADOOK, B. J.; SADOOK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

SAITO, R. X. S. **Integralidade da Atenção: organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA, A. I. **Gestação e Puerpério no Programa Saúde da Família da Cidade de Antônio Carlos - SC**. 65f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2009. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Alexandra%20Invitti%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.

SILVA, E. T.; BOTTI, N.C.L. Depressão Puerperal - Uma Revisão de Literatura. **Rev. Eletrôn. Enf.**, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf>. Acesso em: 10 maio 2011.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de Saúde e de Saúde Mental no Brasil: A exclusão/inclusão Social Como Intenção e Gesto. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf> >. Acesso em: 13 maio 2011.

STUDART, G. W. ; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2001.

TAKEDA, S. A Organização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, v.9, n.1, p. 25-59, 2002.

TOWNSENDE, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a Depressão Puerperal na Estratégia Saúde da Família: Ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 129-139, abr./jun.2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a15v11n2.pdf>. Acesso em: 08 maio 2011.

VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de psicologia**, v. 9 n. 2 p.373-379, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informada de forma clara, detalhada e por escrito, da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa: **“FATORES DE RISCO PARA SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** sob a responsabilidade da pesquisadora Jussara Vilar Formiga, com a participação da pesquisadora Wênia Carla Ferreira Lima.

Fui assim informada:

- a) Da justificativa deste estudo pelo entendimento por parte da pesquisadora participante, a partir da sua experiência acadêmica onde percebeu a deficiência na integralidade das ações entre os diversos níveis de atenção e observou que os profissionais da atenção básica, estavam alheios à importância do tema para a saúde pública.
- b) Do objetivo da pesquisa em identificar fatores de risco para as síndromes psiquiátricas características do puerpério, nas puérperas atendidas em doze Unidade Básicas de Saúde da Família no Município de Mossoró-RN.
- c) De que para alcançar tal objetivo, será utilizado como procedimento para a coleta de dados, a aplicação de um formulário, que será preenchido na oportunidade de visitas domiciliares às puérperas.
- d) Da liberdade que tenho em participar ou não da pesquisa, sendo-me assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- e) Da segurança de que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade e a proteção da minha imagem;
- f) Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- g) Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.
- h) Dos benefícios que os resultados deste estudo podem trazer para melhoria no atendimento do SUS.

i) Dos riscos mínimos que a pesquisa pode me trazer, caracterizados por desconforto ou ainda qualquer outro constrangimento no momento em que fornecerei as informações.

j) De que a pesquisa é pautada em princípios de resoluções que protegem os direitos humanos.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecida, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Wênia Carla Ferreira Lima – Pesquisadora Participante - Telefone: (84) 9990-3377

Jussara Vilar Formiga - Pesquisadora Responsável– Telefone: (84) 9627-3276.

Mossoró-RN, _____ de _____ de 2011.

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Participante

Participante da Pesquisa/Testemunha

Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora Responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143
e-mail: sarah_vilar@hotmail.com; jussaravilar@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792
e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - Formulário

**FATORES DE RISCO PARA SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO EM
PUÉRPERAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

1) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

1.1 Idade:

1.2 Estado Civil: () Casada () Solteira () Viúva () Separada

Se casada pesquisar os seguintes dados:

- Idade do Cônjuge: _____
- Nível de Escolaridade:
() Analfabeto () até 4 anos () 4-8 anos () 8 anos ou+
- Ocupação: _____

1.3 Nível de Escolaridade da puérpera:

() Analfabeto () até 4 anos () 4-8 anos () 8 anos ou+

1.4 Raça: () Branca () Negra () Parda () Amarelo

1.5 Ocupação:

1.6 Nº de pessoas na residência: _____ Renda familiar: _____

Renda per capita: _____

2 ANTECEDENTES PESSOAIS/OBSTÉTRICOS/FATORES DE RISCO

2.1 História familiar de depressão: () sim () não

2.2 História pessoal de depressão: () sim () não

2.3 Nº de gestações: _____ Paridade: _____

2.4 Partos Prematuros: _____ Abortamentos: _____

2.5 Ansiedade na gestação anterior: () sim () não

2.6 Depressão na gestação anterior: () sim () não

2.7 Conflitos conjugais na última gestação: () sim () não

2.8 Planejamento familiar para a última gestação

() sim – planejada () não - não planejada

Se não: indesejada () sim () não

2.9 Dificuldades financeiras na última gestação? () sim () não

2.10 Recebe auxílio em seus afazeres domésticos e nos cuidados consigo e com o bebê? () sim () não

2.11 Recebe apoio emocional de seus familiares? ()sim ()não

3 DADOS DO RN

3.1 Gestação: () A termo () Pré-termo () Pós-termo

3.2 Sexo:_____

3.3 Peso ao nascer:_____

3.4 Aleitamento Materno: () exclusivo () misto () artificial

3.5 Irritabilidade? ()sim ()não

APÊNDICE C- Tabelas

DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO IDADE**

IDADE	Nº ABSOLUTO	100%
Menor de 15a	00	00
Entre 15 e 16a	01	3,3%
Entre 17 e 35a	27	90%
36 anos ou mais	02	6,7%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

TABELA 2: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	Nº ABSOLUTO	%
Casada	27	90%
Solteira	01	3,3%
Viúva	00	00
Separada	02	6,7%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

TABELA 3: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO NÍVEL DE ESCOLARIDADE

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Nº ABSOLUTO	%
Analfabeto	00	00
Até 4 anos	04	13%
4-8 anos	07	23%
8 anos ou +	20	64%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO OCUPAÇÃO

OCUPAÇÃO	Nº ABSOLUTO	%
Doméstica	04	13,3%
Autônomas	18	60%
Funcionária Pública	02	6,7%
Comerciária	06	20%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO RENDA PER CAPITA.

RENDA PER CAPITA	Nº ABSOLUTO	%
Acima de ½ salário mínimo	15	50%
Igual ou inferior a ½	15	50%

salário mínimo		
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO HISTÓRIA FAMILIAR DE DEPRESSÃO

HISTORIA FAMILIAR DE DEPRESSÃO	Nº ABSOLUTO	%
SIM	13	43%
NÃO	17	57%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO HISTÓRIA PESSOAL DE DEPRESSÃO

HISTORIA PESSOAL DE DEPRESSÃO	Nº ABSOLUTO	%
SIM	08	27%
NÃO	22	73%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 9: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO HISTÓRIA ANSIEDADE NA GESTAÇÃO ANTERIOR

ANSIEDADE NA GESTAÇÃO ANTERIOR	Nº ABSOLUTO	%
SIM	20	67%
NÃO	10	33%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO ANTERIOR

DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO ANTERIOR	Nº ABSOLUTO	%
SIM	07	23%
NÃO	23	77%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO CONFLITOS CONJUGAIS NA ÚLTIMA GESTAÇÃO

CONFLITOS CONJUGAIS	Nº ABSOLUTO	%
SIM	10	34%
NÃO	20	66%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA ÚLTIMA GESTAÇÃO

PLANEJAMENTO PARA ÚLTIMA GESTAÇÃO	Nº ABSOLUTO	%
SIM	16	53%
NÃO	14	47%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 13: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO SE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA, TAMBÉM INDESEJADA

GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA/ INDESEJADA	Nº ABSOLUTO	%
SIM	08	57%
NÃO	06	43%
TOTAL	14	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 14: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO DIFICULDADE FINANCEIRA NA ÚLTIMA GESTAÇÃO

DIFICULDADE FINANCEIRA	Nº ABSOLUTO	%
SIM	13	43%
NÃO	17	57%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 15: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO RECEBIMENTO DE AUXÍLIO PARA OS AFAZERES DOMÉSTICOS

RECEBE AUXÍLIO PARA OS AFAZERES DOMÉSTICOS	Nº ABSOLUTO	%
SIM	22	73%
NÃO	08	27%
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 16: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO APOIO EMOCIONAL FAMILIAR

APOIO EMOCIONAL FAMILIAR	Nº ABSOLUTO	%
SIM	30	100%
NÃO	00	00
TOTAL	30	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

.....

DADOS DO RN

TABELA 17: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO GESTAÇÃO

GESTAÇÃO	Nº ABSOLUTO	%
A termo	28	90%
Pré-termo	01	3,3%
Pós-termo	02	6,7%
TOTAL	31	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

TABELA 18: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO SEXO

SEXO	Nº ABSOLUTO	%
MASCULINO	16	52%
FEMININO	15	48%
TOTAL	31	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 19: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO PESO AO NASCER

PESO AO NASCER	Nº ABSOLUTO	%
> 2.500g	00	00
< 2.500g	30	100%
TOTAL	31	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 20: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO ALEITAMENTO MATERNO

ALEITAMENTO MATERNO	Nº ABSOLUTO	%
Exclusivo	19	60%
Misto	09	30%
Artificial	03	10%
TOTAL	31	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

TABELA 21: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO IRRITABILIDADE

IRRITABILIDADE	Nº ABSOLUTO	%
SIM	13	44%
NÃO	18	60%
TOTAL	31	100%

Fonte: pesquisa de campo (2011)

ANEXO

ANEXO A CERTIDÃO



Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

Credenciada pelo MEC: Portaria nº 1.374, de 04 de julho de 2001, publicada no DOU de 09 de julho de 2001, Seção 01, Página 46.
Curso de Bacharelado em Enfermagem reconhecido pelo MEC: Portaria nº 3.258, de 21 de setembro de 2005, publicada no DOU de 23 de setembro de 2005, Seção 01, Página 184.

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 11 de agosto 2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Fatores de risco para síndromes psiquiátricas pós-parto em puérperas atendidas na atenção básica à saúde", protocolo número: 150/11 e CAAE: 0104.0.351.351-11 da orientadora: Jussara Vilar Formiga e da aluna: Wênia Carla Ferreira Lima.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/12/2011, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 14 de Outubro de 2011

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.

Rosa Rita da Conceição Marques

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Lígia Kelly de Sousa Lima

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777
Rua Artífice Pedro Marcos de Souza, 12 - Valentina de Figueiredo - João Pessoa - PB CEP: 58.064-000
Fones: (83) 3237-9999 / 3237-6666 E-mail: facene@facene.com.br - Home Page: www.facene.com.br