

CURSO DE ENFERMAGEM

Micheli Adriana Winder

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DOS FATORES
ASSOCIADOS**

Santa Cruz do Sul

2017

Micheli Adriana Winder

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DOS FATORES
ASSOCIADOS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de
Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Enf.^a Ms. Maitê Lima.

Santa Cruz do Sul

2017

Micheli Adriana Winder

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DOS FATORES
ASSOCIADOS**

Esta monografia foi submetida ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Foi aprovada em sua versão final em 07 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Ms. Enf^ª Maitê Lima
Prof^ª Orientadora – UNISC

Prof^ª Ms. Enf^ª Maria Salette Sartori
Prof^ª Examinadora - UNISC

Prof^ª Dr^ª Enf^ª Vera Costa Somavilla
Prof^ª Examinadora - UNISC

Santa Cruz do Sul

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter iluminado meu caminho, mostrando sempre a direção certa a seguir, por ter me dado coragem, saúde e força para que eu conseguisse chegar até aqui. Também agradeço pela aprendizagem, pelos dias de dificuldades que foram muitos, mas que, contribuíram imensamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço aos meus pais José e Rosangela por todas as palavras ditas de incentivo e conforto, obrigada por terem me ouvido quando eu precisei, eu amo vocês!

Aos meus avós Orlandina e José, obrigada por sempre estarem do meu lado durante toda minha trajetória acadêmica, sempre me dando o apoio essencial para que eu continuasse.

Ao meu namorado Douglas pelo convívio do dia-a-dia, por me escutar quando foi preciso e entender o motivo do meu nervosismo, ansiedade e mau humor. Por estar mesmo assim sempre do meu lado me incentivando e mostrando que eu era capaz. Eu te amo demais!

A todos meus amigos que contribuíram de certa forma nessa caminha e que entenderam minha ausência em muitos momentos.

Às minhas amigas e colegas da faculdade, levarei vocês para sempre em meu coração, obrigada pela amizade verdadeira que construímos.

Aos meus professores docentes, que me acompanharam durante todo o processo de aprendizado, obrigada pelos elogios e puxões de orelha quando precisei, foram muito importantes para o meu crescimento.

Por fim, minha eterna gratidão a minha orientadora Maitê Lima, obrigada por ter acreditado em mim e ter acompanhado todo meu desenvolvimento pessoal e profissional. Você com esse jeitinho calmo e acolhedor de ser, ajudou certamente para o meu bom estado emocional. Obrigada por me mostrar que sou capaz. Você é meu espelho, tanto pessoal como profissional. Obrigada por fazer com que eu me apaixonasse ainda mais pela profissão que escolhi. Tenho muito orgulho de ter sido tua aluna.

RESUMO

Assim como a gestação, o puerpério é uma fase marcada por transformações na vida da mulher, sendo a fase de maior incidência de transtornos psíquicos, afetando diretamente o equilíbrio psicológico das mulheres. Durante esse período, as mulheres tendem a se adaptar e a acostumar-se com a ideia de ser mãe, passando por enfrentamentos ocorridos pelas mudanças físicas, psicológicas, hormonais e sociais. Portanto, a equipe de saúde deve estar atenta para os sinais de sofrimento psicológico na gestação e no puerpério e entender o quanto esse período afeta o estado psicológico das mulheres. A depressão pós-parto (DPP) é caracterizada por um sofrimento intenso e profundo com graves e instáveis alterações de humor após o parto. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi identificar possíveis fatores de risco associados à DPP. No que se refere aos aspectos metodológicos, trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, tipo exploratória. Teve-se, com a análise dos resultados, a obtenção de seis categorias, sendo elas: “Procura por atendimento”, “Sentimentos ambíguos”, “História pregressa”, “Assistência recebida”, “Amamentação” e “Cuidados com o bebê”. Identificou-se que todas as participantes relataram os sintomas e procuraram espontaneamente o serviço. A presença de sentimentos ambíguos, foi bastante identificado nas entrevistas. Identificou-se história pregressa, onde três participantes trouxeram lembranças de violência doméstica na infância. A maioria das mulheres relataram ter tido uma boa assistência no parto e trabalho de parto. A realização do aleitamento materno foi identificada, porém, após alguns meses essa prática foi interrompida. A grande maioria teve ajuda satisfatória nos cuidados com os bebês. Pode-se perceber, com a realização do estudo que os fatores de risco associados a DPP são multifatoriais e são desconhecidos pelas participantes.

Palavras-chave: Puerpério. Depressão. Fatores de risco.

ABSTRACT

As pregnancy, postpartum period is marked by a transformation in women's life, being the period of the most incidence of psychic disorders that directly affect women's psychological balance. During postpartum period, women tend to get used with the idea of being a mother, going through coping that occurs due to the physical, psychological, hormonal and social changes. Therefore, the health team have to be watchful to suffering psychological signs during pregnancy and postpartum and understand how much this period affects the psychological state of women. Postpartum depression is characterized as an intense and deeply suffering with severe and unstable humor changing after birth. So, the aim of this study was to identify possible risks factors associated with postpartum depression. About methodological aspects, It is an exploratory and qualitative research. Six categories were obtained from the analysis of the results: "treatment searching", "ambiguous feelings"; "medical history"; "received treatment", "breast-feeding" and "baby cares". It was identified that all the participants of the research have symptoms and spontaneously sought out the service. A great deal of ambiguous feelings were identified in the interviews. Three subjects have brought memories about domestic violence in their medical history. The most women have received good assistance during labor. Breast-feeding was identified, but interrupted in some months after birth. The most women said that received satisfactory help with baby cares. It was possible to realize that the risk factors related to postpartum period are multifactorial and unknown by the participants.

Keywords: Postpartum Period. Depression. Risk Factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMAI	Centro Materno Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CO	Centro Obstétrico
DPP	Depressão pós-parto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
MS	Ministério da Saúde
PNP	Pré-Natal Psicológico
SCS	Santa Cruz do Sul
SIS	Serviço Integrado em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	JUSTIFICATIVA	12
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
4.1	Ciclo gravídico-puerperal	13
4.2	Tristeza materna, depressão pós-parto e psicose puerperal	14
4.2.1	Tristeza materna	14
4.2.2	Depressão pós-parto	15
4.2.3	Psicose puerperal	20
5	METODOLOGIA	21
5.1	Tipo de pesquisa	21
5.2	Local da pesquisa	21
5.3	Sujeitos da pesquisa	21
5.4	Coleta de dados	22
5.5	Procedimentos técnicos	23
5.6	Aspectos éticos	23
5.7	Análise de dados	25
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
6.1	Perfil das participantes	26
6.2	Procura por atendimento	27
6.3	Sentimentos ambíguos	28
6.4	História pregressa	29
6.5	Assistência recebida	30
6.6	Amamentação	33
6.6	Cuidados com o bebê	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	38

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	43
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista	45
ANEXO A – Carta de aceite.....	49
ANEXO B – Termo de aceite institucional	50
ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP.....	51

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é caracterizado por diversas mudanças ocorridas na mulher, sendo a fase de maior incidência de transtornos psíquicos, afetando diretamente o equilíbrio psicológico das mulheres (ZUGAIB, 2008 citado por VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

Durante esse período, as mulheres tendem a se adaptar e a acostumar-se com a ideia de ser mãe, passando por enfrentamentos ocorridos pelas mudanças físicas, psicológicas, hormonais e sociais. As alterações hormonais, contribuem de forma significativa para as mudanças de humor durante a gestação. Esses enfrentamentos sofridos, auxiliam na maioria das vezes para resposta psicológica negativa, fazendo com que a mulher sinta, constrangimento em relação as modificações ocorridas no seu corpo. Além disso, a mulher passa a submeter-se por responsabilidades diferentes, como por exemplo, o acompanhamento do pré-natal, mudanças na alimentação, entre outros (LEIFER, 2013).

A depressão pós-parto (DPP) é caracterizada por um sofrimento intenso e profundo com graves e instáveis alterações de humor após o parto (LOWDERMILK, 2012). Os fatores de risco associados a DPP no geral são vários, porém, alguns deles são principais e aparecem frequentemente na literatura, sendo eles: pouca idade materna, baixo nível socioeconômico, relacionamento conjugal prejudicado, desemprego, baixa escolaridade, história de doença psiquiátrica, gravidez não planejada, tristeza pós parto, ser mãe solteira, complicações na gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo a falta de apoio social o mais importante fator de risco no puerpério. Vale salientar também, que de acordo com os estudos, qualquer história prévia de depressão é o maior fator de risco para desenvolver uma DPP (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014; GUEDES et al., 2011; MORAIS et al., 2015; MORAES et al., 2006; CAMACHO et al., 2006; ALVARENGA et al., 2013; SANTOS; SERRALHA, 2015; FALCONE et al., 2005).

Na presença de uma DPP, ressalta-se a importância de uma assistência multiprofissional de qualidade a essas mulheres, pois, segundo Ibiapina et al. (2010) citado por Sobreira e Pessôa (2012), para a confirmação do diagnóstico e tratamento adequado da DPP, torna-se indispensável uma avaliação oportuna e integrada. A disponibilização de serviços especializados para a realização de acompanhamentos, são vistos como uma forma positiva no tratamento e recuperação dessas mulheres, pelo fato de que, uma DPP não tratada adequadamente, pode se transformar e desenvolver-se espontaneamente em um distúrbio crônico, causando prejuízos psicológicos,

morbidade e mortalidade (BRASIL, 2012a). Além disso, o acompanhamento especializado possibilitará na maioria das vezes, uma assistência humanizada e qualificada a essas puérperas, sendo essencial para a saúde materna e neonatal (ANDRADE et al., 2015).

Observou-se durante as práticas acadêmicas a necessidade de mais estudos sobre o tema “Depressão pós-parto”, trazendo mais informações e esclarecimentos de um modo geral sobre a doença e identificando os principais fatores de risco associados de acordo com a literatura e entrevistas a serem realizadas durante o desenvolvimento do projeto.

Com o desenvolvimento e conclusão desse estudo, estima-se ampliar o conhecimento sobre os fatores predisponentes associados à DPP. Propõem-se assim, como problema de pesquisa, a seguinte questão: Quais os fatores de risco para adquirir uma depressão pós parto?

Frente a essa questão de pesquisa, sugere-se como hipóteses:

1ª Hipótese: Acredita-se que as mulheres que sofrem situações de estresse ou intercorrências durante o período do ciclo gravídico-puerperal, podem apresentar dificuldades nos cuidados com o bebê, durante o exercício da maternidade;

2ª Hipótese: Acredita-se que a presença de sinais/sintomas e desconfortos presentes nesse período após o parto, sejam motivos importantes para a busca de atendimento em um serviço de saúde especializado, onde esse irá auxiliá-las nesse momento de mudança.

3ª Hipótese: Espera-se reconhecer e entender os sentimentos relatados por mulheres/puérperas sobre as vivências do seu trabalho de parto e parto, acreditando que, atos de violência obstétrica contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de DPP.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar possíveis fatores de risco associados à depressão pós-parto.

2.2 Objetivos específicos

- Apontar situações de estresse ou intercorrências presentes antes e durante a gestação, no parto, no puerpério e nos cuidados com os bebês/exercício da maternidade;
- Identificar os sinais e/ou sintomas que levaram a mulher a procurar/ser encaminhada para assistência especializada;
- Identificar os sentimentos relatados por puérperas sobre a vivência do seu trabalho de parto e parto.

3 JUSTIFICATIVA

O tema foi escolhido devido a gestação e o puerpério serem um período de grande importância para as mulheres, pois nele ocorre muitas mudanças que podem refletir diretamente na saúde da mãe e no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (GUEDES et al., 2011).

Percebe-se, no cotidiano, que as mulheres levam durante toda a sua vida a experiência e memórias de como foi esse período, desde a gestação até o puerpério. Por esse fato, observa-se uma grande necessidade de um cuidado especial por parte dos profissionais de saúde, estabelecendo um cuidado de forma individual, de acordo com as necessidades de cada mulher. Além disso a DPP é vista como um grande problema de saúde pública mundialmente (MEIRA et al., 2015).

Nota-se, no dia-a-dia da prática uma grande precariedade de informações adequadas e a permanência de preconceitos refletidos na sociedade sobre a DPP, sendo necessário a disponibilização de maiores esclarecimentos sobre a doença. De acordo com isso, percebe-se também que a maioria das mulheres acometidas pela doença, não procuram o serviço de saúde, muitas vezes pela falta de conhecimento dos sintomas e o medo do preconceito.

A presença da DPP pode trazer aspectos negativos para o desenvolvimento da criança, pois a criação de vínculo entre mãe e bebê poderá ser rompida pelos sentimentos da mãe, tornando o desenvolvimento da criança preocupante (MORAES et al., 2006). Essa doença também poderá afetar o pai, tendo em vista a influência desse quadro no contexto familiar (GUEDES, 2011).

A vivência durante o desenvolvimento das práticas enquanto acadêmica de enfermagem foi a principal motivação para a justificativa do tema pois, nesse período, observou-se a necessidade de estudos referentes às possíveis consequências do trabalho de parto e parto, principalmente quando foram procedidos com atos de violência obstétrica, no desenvolvimento da DPP.

De acordo com as informações expostas anteriormente, justifica-se a realização de estudos, tal como esse, que pretende a ampliar as reflexões sobre a DPP.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Ciclo gravídico-puerperal

A gestação é um período passageiro que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano. Há grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, alterando seu psicológico e o seu papel sócio-familiar (FALCONE et al., 2005).

O ciclo gravídico-puerperal é caracterizado por diversas mudanças ocorridas na mulher, sendo a fase de maior incidência de transtornos psíquicos, afetando diretamente o equilíbrio psicológico das mulheres (ZUGAIB, 2008 citado por VIEIRA; PARIZOTTO, 2013). Durante esse período, as mulheres tendem a se adaptar e a acostumar-se com a ideia de ser mãe, passando por enfrentamentos ocorridos pelas mudanças físicas, psicológicas, hormonais e sociais (LEIFER, 2013).

As alterações hormonais, conforme já dito anteriormente, contribuem de forma significativa para as mudanças de humor durante a gestação (LEIFER, 2013). Esses hormônios sofrem um aumento em sua concentração, modificando o corpo da mulher para proporcionar o crescimento adequado do bebê, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas, inclusive o aparecimento da sintomatologia depressiva (MIRANDA; DIAS; BRENES, 2007 citado por VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

Essas mudanças podem auxiliar em uma resposta psicológica negativa, fazendo com que a mulher sinta constrangimento em relação às modificações físicas ocorridas no seu corpo, que são por exemplo, seios inchados, náuseas, desejos, mal-estar e formas diferentes do corpo (LEIFER, 2013).

A gestante passa a enfrentar no seu dia-a-dia, responsabilidades diferentes expostas pela presença da gravidez, sendo algumas delas, o acompanhamento do pré-natal de maneira correta, exames frequentemente realizados, mudanças na alimentação entre outros. Acredita-se, que para algumas mulheres a presença destas novas tarefas facilita episódios de ansiedade, estresse, incômodos, medo e irritabilidade, podendo também auxiliar no aparecimento de sintomas depressivos (LEIFER, 2013).

Importante salientar que, dependendo do grau psicológico, as alterações podem causar sérios prejuízos na interação social da mulher, iniciando com problemas graves de relacionamento, dificultando e, em determinados casos, até excluindo a gestante de relações sociais (VIEIRA;

PARIZOTTO, 2013).

Frente à essa colocação, percebe-se a necessidade de um acompanhamento correto e qualificado, sendo ele multiprofissional em todo o período do ciclo gravídico-puerperal. Esses profissionais de saúde devem estarem preparados para identificar as alterações psicológicas decorrentes nesse período, tendo um conhecimento amplo e científico para o reconhecimento dos sintomas depressivos, desde os transtornos transitórios até os mais graves.

4.2 Tristeza materna, depressão pós-parto e psicose puerperal

Conforme dito anteriormente, o ciclo gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos, os quais afetam diretamente o equilíbrio psicológico das mulheres (ZUGAIB, 2008 citado por VIEIRA; PARIZOTTO, 2013). Dentre as alterações e os transtornos mais frequentes podemos citar a “tristeza materna”, a “depressão pós parto” e a “psicose puerperal”.

4.2.1 Tristeza materna

O que diferencia a DPP da “tristeza materna” (*baby blues*) é a gravidade do quadro e o que ele tem de incapacidade, no caso da DPP, afetando a funcionalidade da mãe e colocando em perigo seu bem-estar e o do bebê. O quadro da “tristeza materna” é passageiro e é caracterizado por hiperemotividade, estado de fragilidade, sentimentos de falta de confiança e de incapacidade para cuidar do bebê. Atinge em torno de 60% e 80% das puérperas entre o terceiro e o quinto dia após o parto, podendo a mulher voltar ao seu estado normal, por volta do primeiro mês. Porém, considera-se que possa haver um índice até maior de acometimento pois, percebe-se que devido o grande preconceito exposto pela sociedade, muitas vezes não há procura por ajuda/acompanhamento por parte das mulheres (IACONELLI, 2005, SCHWENGBER; PICCININI, 2003 citados por SANTOS; SERRALHA, 2015).

Os sintomas presentes na “tristeza materna”, segundo Zinga, Phillips e Born (2005) incluem:

[...] mudanças de humor, momentos de choro, irritabilidade e transtorno do sono, que perdura cerca de duas semanas após o parto. Em algumas mulheres, os sintomas depressivos não se resolvem e persistem, levando à depressão pós-parto. (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005. p. 57).

É importante destacar que o tratamento constitui principalmente pelo apoio familiar, das maternidades e dos puericultores (BRASIL, 2011).

4.2.2 Depressão pós-parto

A DPP é caracterizada por um sofrimento intenso e profundo com graves e instáveis alterações de humor, sendo mais preocupante e persistente do que o *Blues* (tristeza) pós-parto (LOWDERMILK, 2012).

Segundo Morais (2015), ainda não há um consenso entre os autores, sobre a duração do período que se considera como DPP: alguns afirmam que seu início ocorre logo após o nascimento do bebê e; outros definem como DPP os episódios depressivos que se iniciam a partir de duas semanas até três meses após o parto. Sua prevalência varia de 10% e 20% das mulheres na maioria dos estudos (IACONELLI, 2005; MORAES et al., 2006).

De acordo com essas observações, percebe-se que, atualmente, há uma grande dificuldade para os pesquisadores quando se trata de definições, prevalências em relação à DPP; em consequência disso, a população e os profissionais de saúde nem sempre possuem um entendimento mais amplo e correto sobre o tema.

Vale salientar também que, as doenças psiquiátricas do pós-parto foram reconhecidas como transtorno específico há pouco tempo. São, por isso, pouco pesquisadas e de pouco conhecimento. Essa grave doença que acomete as puérperas, vem se mostrando importante pela morbidade e frequência entre essas mulheres, sendo considerado um importante problema de saúde pública mundialmente (GUEDES et al., 2011; MORAES et al., 2006).

De acordo com Guedes e colaboradores (2011), em torno de 30% das mulheres têm dificuldades de adaptação no pós-parto e aproximadamente uma, em cada 10 mulheres, apresenta sintomas depressivos na gestação ou no pós-parto.

De acordo com Zinga e colaboradores (2005, p. 57):

Sugere-se que algumas mulheres possuem uma sensibilidade particular a alterações hormonais, começando no início da menarca, o que aumenta sua vulnerabilidade aos estressores psicológicos, ambientais e fisiológicos durante a menacme. Em mulheres suscetíveis, esses estressores desencadeiam a alteração de um estado já vulnerável para a manifestação de um transtorno do humor especificamente feminino em momentos de altas flutuações hormonais, tais como no parto.

Além disso, mulheres que tiverem história de sensibilidade aumentada ao uso de anticoncepcionais orais também seriam mais vulneráveis (BLOCH et al., 2005 citado por CAMACHO et al., 2006).

De acordo com os autores, os fatores de riscos associados à DPP antes da gravidez e de um modo geral são: pouca idade materna, doenças psiquiátricas anteriores, baixo nível socioeconômico, relacionamento conjugal prejudicado, desemprego, baixa escolaridade, baixo prestígio ocupacional, tristeza pós-parto anterior, baixa autoestima, stress na vida, transtorno disfórico pré-menstrual, ser solteira, falta de apoio do parceiro, familiares e amigos, abandono do parceiro, histórico familiar de transtornos de humor e fatores hormonais. Vale salientar também, que de acordo com os estudos, qualquer história prévia de depressão constitui-se como o principal fator de risco para desenvolver uma DPP (GUEDES et al., 2011; MORAIS et al., 2015; MORAES et al., 2006; SANTOS; SERRALHA, 2015; CAMACHO et al., 2006).

Os fatores de riscos associados, presentes durante a gravidez incluem: gestação não planejada, grande número de filhos, ser mãe solteira, doenças psíquicas durante a gestação, depressão pré-natal, ansiedade pré-natal, tentativa de interromper a gravidez (GUEDES et al., 2011; MORAES et al., 2006).

Em relação ao trabalho de parto e parto, os autores afirmam que o contato pele a pele, por pelo menos uma hora, e a iniciação precoce da amamentação estão associados com uma ausência de sintomas depressivos no período pós parto devido a uma melhor percepção do parto, aumentando níveis de satisfação materna sobre a experiência do nascimento; além disso, essa prática favorece a regulação de processos adaptativos extrauterinos, a instalação de uma amamentação bem sucedida, a formação do vínculo emocional, a redução da ansiedade materna e uma maior percepção de auto eficácia (DÁVILA et al., 2007).

A violência obstétrica, também é um fator de risco importante para o início da DPP, pois o desrespeito e abuso na atenção obstétrica nas instituições de saúde podem repercutir de forma negativa nas condições de saúde mental das mulheres, tornando esse período mais vulnerável para presença transtornos psicológicos (MOLEMAN et al., 1992, ARRAIS, 2005, OLDE et al., 2006, MARS et al., 2009, ZAMBALDI et al., 2009, GARTHUS-NIEGEL et al., 2013 citados por SOUZA, 2014).

Os fatores de risco no puerpério incluem: ajuda insatisfatória nos cuidados com o bebê, baixo peso ao nascer, ausência/interrupção de aleitamento materno, sentimentos negativos em relação a

criança, curto tempo de encontro com o bebê após o parto, irritabilidade do bebê ou mesmo a mortalidade neonatal, sendo a falta de apoio social o mais importante fator de risco no puerpério (GUEDES et al., 2011; MORAES et al., 2006; ALVARENGA et al., 2013; SANTOS; SERRALHA, 2015; FALCONE et al., 2005).

Segundo Boyd Le e Somberg (2005) citado por Alvarenga et al. (2013), entre os sintomas mais comuns, surgidos durante a DPP estão: tristeza persistente, sentimento de culpa, insônia, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental, presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas, dificuldade de dormir após amamentar, choro frequente, falta de interesse por atividades antes consideradas agradáveis, ansiedade excessiva, dúvidas e preocupações quanto a sua habilidade de cuidar dos filhos (MORAES, 2006).

É importante ressaltar que, os sintomas presentes durante a depressão raramente desaparecem sem uma colaboração externa. De acordo com isso, observa-se que cerca de 50% destas mães não buscam ajuda para o tratamento destes sintomas (LOWDERMILK, 2012). Acredita-se, que a ausência de procura pela assistência, por essas mulheres, seja a grande falta de conhecimento sobre o tema e, principalmente a presença do preconceito ainda exposto na sociedade em relação à doença.

Uma característica específica da DPP é a irritabilidade. Estes acontecimentos de irritabilidade podem ser incentivados com um pouco de provocação e podem se ampliar para situações violentas ou ocorrer um choro incontrolável. A rejeição do bebê, também é muito proeminente na DPP (LOWDERMILK, 2012).

Os médicos trazem na literatura que o curso natural da DPP é uma melhora gradativa ao longo dos seis meses após o parto. Contudo, apenas o tratamento de apoio sucessivo não é o suficiente, quando se trata de uma depressão grave. A intervenção farmacológica é a principal forma de tratamento, sendo necessária na maioria dos casos. Os tratamentos de opção incluem antidepressivos, agentes ansiolítico (ação curta), estabilizadores de humor, antipsicóticos. Além disso, as terapias alternativas vem mostrando um importante número de sucesso com o seu uso, podendo ser bastante úteis (LOWDERMILK, 2012). É importante destacar que, os psicofármacos podem ser bastante eficazes na DPP, porém, apresentam determinadas contraindicações, devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção e a concentração desses medicamentos no leite (BRASIL, 2012a).

Ressalta-se que uma DPP não tratada pode se transformar e desenvolver-se espontaneamente em um distúrbio crônico, causando prejuízos psicológicos, morbidade e mortalidade, por esse motivo, nota-se a necessidade de um acompanhamento durante o tratamento, por parte dos profissionais de saúde, onde esses devem estar qualificados para prestar assistência, proporcionando um cuidado de qualidade e um prognóstico positivo (BRASIL, 2012a).

A atenção básica é a porta de entrada para o atendimento e observação dos possíveis sinais e sintomas que podem estar presentes no puerpério. A maioria dos estudos apontam que a DPP passa despercebida pelas equipes de saúde. Essa falta de informação e de conhecimento específico contribui para que a problemática não seja valorizada por alguns profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, muitas vezes, fique invisível, o que dificulta a identificação precoce de mulheres com DPP (DAANDELS; ARBOIT; VAN DER SAND, 2013).

Os profissionais desse serviço, devem entender os fatores de risco para o sofrimento mental puerperal, conhecer as mulheres de seu território que realizaram o pré-natal e oferecer a consulta de puerpério na primeira semana após o nascimento do bebê, todas essas atribuições atuarão de forma preventiva e ainda, possibilitará um acompanhamento as puérperas que desenvolvem transtornos mentais puerperais (BRASIL, 2012a).

Frente à isso, é importante que a equipe de saúde esteja preparada para identificar as alterações emocionais do puerpério, diferenciando as alterações transitórias daquelas potencialmente mais graves, podendo assim, orientar a puérpera e seus familiares e proceder à atitude mais adequada para o caso (DAANDELS; ARBOIT; VAN DER SAND, 2013).

A participação dos profissionais da Enfermagem também é fundamental pois, eles puderam ter um contato mais próximo com a mulher, ajudando assim, a prevenir a DPP e, podendo auxiliar na identificação precoce dos sintomas e no cuidado com os sinais existentes (RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

Segundo Daandels, Arboit e Van der Sand, (2013), percebe-se preocupação dos autores em relação a vinculação de profissionais do campo da saúde com as mulheres no período pós-parto, com falta de qualificação, em especial os enfermeiros, para a realização do diagnóstico precoce e tratamento em casos de DPP.

Segundo Konradt et al. (2011) citado por Cunha et al. (2012, p. 580):

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem.

De acordo com Arrais, Mourão e Fragalle, (2014), existe o pré-natal psicológico (PNP), que é uma abordagem diferente, englobada aos cursos de gestantes, é uma modalidade de atendimento raramente encontrada em serviços de obstetrícia. Trata-se de um novo conceito de atendimento perinatal, voltado para maior humanização desse processo, do parto, e de construção da parentalidade. Segundo os autores, esse programa visa a integração da gestante e sua família, por meio de encontros temáticos, ajudando na preparação psicológica para a maternidade e paternidade.

A DPP pode causar significativas repercussões na qualidade de vida, na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê, afetando significativamente a saúde da mãe e o desenvolvimento de seu bebê, permitindo assim, a falta de interação e construção de vínculo, tornando seu desenvolvimento infantil mais preocupante (MORAES et al., 2006).

Os bebês são vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque necessitam muito da qualidade dos cuidados e da responsabilidade emocional da mãe. Quanto mais sério e persistente for a DPP materna, maior a chance de prejuízos na relação mãe-bebê e repercussões no desenvolvimento da criança (CANTILINO et al., 2009).

Segundo Cantilino et al (2009, p. 290):

Bebês de mães deprimidas quando comparados aos de não deprimidas exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, têm menor nível de atividade e menos vocalizações, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimentos, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade. Os bebês se aconchegam pouco, têm pouca reciprocidade com suas mães e expressão emocional diminuída, são irritados e choram mais, têm mais problemas de alimentação e sono e menor desenvolvimento motor. Estudos de follow-up com crianças de mães com DPP demonstram que essas crianças têm menos segurança afetiva, apresentam maior incidência de distraibilidade, alterações de comportamento, atraso no desenvolvimento cognitivo e transtornos afetivos.

A não amamentação também é uma consequência importante da DPP, pois mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente, não possibilitando um momento de forte interação e intimidade entre mãe e bebê. Um estudo brasileiro avaliou a associação entre DPP e lactação. Foi uma coorte de 429 bebês acompanhados a partir do 20 dia de nascimento no Rio de Janeiro que observou um risco maior de interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro e segundo meses após o parto para aquelas crianças cujas mães estavam deprimidas. Quando os sintomas depressivos já são intensos no início do período puerperal, parece haver chance ainda maior de suspensão do aleitamento (CANTILINO et al., 2009).

4.2.3 Psicose puerperal

A Psicose Puerperal é caracterizada por um transtorno grave e raro, no qual os sintomas observados são agitação psicomotora, angústia, insônia, confusão mental, pensamentos delirantes com relação ao bebê e, em casos extremos, está altamente relacionado ao infanticídio (FRIZZO et al., 2005 citado por SANTOS; SERRALHA, 2015).

Além dos sintomas citados anteriormente, também destaca-se: a depressão, irritabilidade, fadiga, mudanças de humor, presença de sintomas psicóticos positivos e alucinações. Esse transtorno aparece em aproximadamente 1 a 2 mulheres em cada 1.000 nascimentos (BRASIL, 2011).

Esse transtorno pode causar recidivas em outras gestações e que pode evoluir para quadros depressivos não puerperais ou mesmo outros quadros psicóticos. Seu tratamento é basicamente igual aos demais transtornos, necessitando sempre de um acompanhamento por parte dos profissionais da saúde (BRASIL, 2011).

5 METODOLOGIA

Segundo Fonseca (2002) citado por Gerhardt e Silveira (2009), a metodologia serve para a organização de uma pesquisa ou estudo, onde a mesma aponta os caminhos que devem ser percorridos durante a realização da pesquisa e os instrumentos utilizados.

5.1 Tipo de pesquisa

Ao levar em conta o problema de pesquisa e os objetivos do estudo, optou-se pela pesquisa de caráter qualitativo, tipo exploratória, a qual busca compreender um fenômeno com maior profundidade, sendo realizada com fonte direta de dados e o pesquisador como o principal instrumento para a coleta. Esse tipo de estudo pauta descrições de indivíduos, comparações e interpretações. Além disso, poderá permitir depoimentos de entrevistados, sentimentos e significados trazidos durante a entrevista pelas participantes (MONTEIRO, 1991).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com a quantidade numérica de participantes e sim, com os aspectos da realidade, buscando a compreensão e explicação dos acontecimentos ocorridos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

5.2 Local da pesquisa

Essa pesquisa foi realizada no município de Santa Cruz do Sul (SCS), no Estado do Rio Grande do Sul (RS). O local para a coleta de dados foi nos domicílios dessas mulheres por permitir uma maior facilidade de comunicação.

5.3 Sujeitos de pesquisa

Para a construção do projeto foram selecionados os seguintes critérios para a inclusão: puérperas atualmente com diagnóstico de DPP ou mulheres, que tiveram seus partos há no máximo cinco anos, que tenham realizado tratamento com o uso de medicações antidepressivas e/ou tenham sido submetidas a encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou para um acompanhamento especializado (consultórios particulares de psiquiatras e/ou

psicólogos); aceitar participar da pesquisa com uma gravação em áudio durante a entrevista; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e responder o instrumento de coleta de dados - Roteiro para entrevista - de forma completa e objetiva.

O tempo máximo de 5 anos decorridos do parto foi pensado no intuito de que as mulheres recordem de forma clara e objetiva detalhes de como foi a gestação, o parto e o pós-parto e, posteriormente, como foi se desenvolvendo a DPP (sinais, sintomas, etc.).

Quanto aos critérios de exclusão, pensou-se nos seguintes: recusar-se a responder os instrumentos de coleta de dados; responder aos instrumentos de forma incompleta ou incompreensível; não conseguir recordar as vivências do trabalho de parto e parto; não ter utilizado medicamentos antidepressivos para o tratamento ou ausência de encaminhamento para o CAPS ou para um acompanhamento especializado (consultórios particulares de psiquiatras e/ou psicólogos).

As mulheres entrevistadas foram selecionadas após a autorização do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo indicadas pelos serviços da rede de atenção à saúde, dentre eles: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESFs), o Centro Materno Infantil (CEMAI), e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município e o critério para definição do número total de mulheres entrevistadas foi o “ponto de saturação do tema”, no qual as respostas passam a apresentar um padrão semelhante, além da qualidade e viabilidade do material coletado, totalizando 6 mulheres.

Após indicação do sujeito foi realizado contato telefônico para tratar da entrevista e agendar visita domiciliar para realização da coleta de dados.

5.4 Coleta de dados

O projeto de pesquisa foi enviado a Secretaria Municipal de Saúde e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação. O encaminhamento para submissão ao CEP ocorreu pela Plataforma Brasil. Após a aprovação, iniciou-se a coleta de dados, sendo que anteriormente houve um contato com as participantes e um esclarecimento a elas em relação ao estudo proposto, e assim, a partir disso foi agendado um momento para a coleta de dados através de entrevista.

Essa entrevista aconteceu no domicílio, com gravação em áudio e foi utilizado um instrumento, sendo um roteiro para entrevista (APÊNDICE B). Quando as participantes não foram encontradas no domicílio (fato que ocorreu com duas mulheres), foi feito mais um agendamento

por telefone, realizado visita domiciliar e novamente as mulheres não se encontravam no domicílio.

No roteiro para entrevista as questões foram pensadas para que as entrevistadas falassem livremente sobre suas experiências na gestação, no parto, no puerpério e nos cuidados com os bebês, além disso, também dizem respeito a possíveis fatores associados ou fatores de risco à DPP, descritos na literatura.

5.5 Procedimentos técnicos

A seguir estão descritos em tópicos as etapas que foram seguidas para a produção dos dados:

1º etapa: Contato com a rede de atenção à saúde do município. O contato foi realizado a partir de comunicação telefônica e presencial.

2º etapa: Encaminhamento do projeto de pesquisa para a Direção de Ações e Programas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, onde o mesmo foi autorizado para o desenvolvimento da pesquisa após a elaboração de um documento (carta de aceite) (ANEXO A).

3º etapa: Cadastramento na Plataforma Brasil para a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP-UNISC).

4º etapa: Após a aprovação pelo CEP-UNISC, foram realizados contatos telefônicos com as mulheres entrevistadas, a partir da indicação dos serviços da rede de atenção à saúde, após obtenção do termo de aceite institucional (ANEXO B).

5º etapa: Aplicação dos instrumentos para a coleta de dados; realização das entrevistas.

6ª etapa: Análise e discussão dos resultados.

7º etapa: Redação da monografia ou artigo científico.

8º etapa: Apresentação pública dos resultados do estudo.

5.6 Aspectos éticos

Inicialmente, foi realizado o cadastramento na Plataforma Brasil para submissão ao CEP da UNISC, obtendo aprovação sob parecer número 2.035.742 (ANEXO C).

A pesquisa seguiu os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção dos participantes, determinando o sigilo em relação à identidade, à

individualidade e à privacidade (BRASIL, 2012b).

Foi solicitada a assinatura do TCLE (APÊNDICE A) às participantes no momento da entrevista, com assinatura em duas vias, ficando uma em poder do sujeito e outra com o pesquisador. Esse documento traz a autorização do sujeito da pesquisa e permite que as informações básicas possam ser mantidas para leitura posterior. Vale salientar que, a ponderação entre os riscos e benefícios também foi observada, comprometendo com o máximo de benefícios e o mínimo de dados e riscos.

Os TCLEs foram introduzidos no Brasil através da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Esse documento controla a pesquisa com seres humanos. Sua elaboração foi feita através de documentos legais controlando os direitos dos Brasileiros em termos individuais e comunitários (BRASIL, 2012c).

O objetivo desse processo permite que a pessoa convidada a participar de um projeto de pesquisa compreenda os riscos, desconfortos ou benefícios, tendo em vista uma possibilidade de uma decisão autônoma. É um dever do pesquisador disponibilizar o termo, sendo uma manifestação de respeito às pessoas envolvidas (BRASIL, 2012c).

Foi determinado o sigilo referentes a identidade, informações e entrevistas das participantes da pesquisa, sendo preservada a identidade das participantes em todas as etapas da realização deste estudo.

Os possíveis riscos relacionados às mulheres entrevistadas, diz respeito à possibilidade de crises de choro, ansiedade, instabilidade emocional e/ou mal estar relacionado ao fato de abordar, durante a entrevista, assuntos que possam provocar-lhes lembranças ou sentimentos negativos devido à Depressão. Caso fosse necessário, seria feito uma notificação e um encaminhamento à unidade de saúde que tenha indicado a participação da mulher no estudo, visando o pronto atendimento de suas necessidades. As participantes do estudo não se expuseram a nenhum tipo de risco biológico ou físico e foram informadas ainda que teriam o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento.

Os resultados deste estudo serão apresentados sob a forma de monografia ou artigo para a aprovação na disciplina de Trabalho de Curso II, do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC, e poderão ser publicados em periódicos científicos na forma de artigo ou eventos científicos.

5.7 Análise de dados

A análise de dados coletados, iniciou-se a partir da organização e registros das entrevistas gravadas, com interpretação por análise de conteúdo. Essa análise é compreendida como um conjunto de técnicas de comunicação e pesquisa, cujo seu objetivo é a busca do significado de um documento (CAMPOS, 2004). Essa análise se inicia através da leitura das falas, com as transcrições de entrevistas, depoimentos e documentos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Segundo Campos (2004), o método de análise de dados pode ser dividido em dois sentidos: de um lado o sentido da linguagem tradicional e do outro a interpretação do significado de cada palavra dita.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada nos domicílios das participantes, sendo apenas uma delas realizada no centro da cidade, por permitir um encontro de maior facilidade naquele dia. Todas as mulheres tiveram abertura suficiente para livre comunicação no momento da entrevista e isso contribuiu de forma significativa para a coleta de dados e o preenchimento do instrumento.

No que diz a respeito ao comportamento das participantes no tempo da entrevista, notou-se um forte sentimento de tristeza e episódios de choro na maioria das entrevistadas, porém, apenas uma participante relatou não gostar muito de falar sobre o assunto e cinco referiram-se se sentir melhor com a conversa. Não se observou a necessidade de encaminhamento, pois as mulheres já estavam fazendo uso de medicações antidepressivas e acompanhamento em serviços especializados.

6.1 Perfil das participantes

Obteve-se um total de 6 mulheres, com idades entre 26 e 40 anos, cor de pele branca, residentes na área urbana de Santa Cruz do Sul. Todas as envolvidas no estudo estão atualmente fazendo uso de medicações antidepressivas em prol da DPP e apenas uma não está realizando acompanhamento em serviço especializado, no momento.

Quando questionadas sobre a ocupação habitual, duas delas relataram estarem desempregadas, uma atua como auxiliar de dentista, uma é coordenadora na área administrativa, uma técnica em enfermagem e uma enfermeira. Quanto à renda familiar, três trouxeram estar passando no momento, pequenas dificuldades em relação à qualidade de vida e três afirmaram terem uma vida boa e de qualidade. Ao ser perguntado sobre a situação conjugal, todas as mulheres no momento, relataram estarem casadas e morando com seus companheiros, tendo um relacionamento bom e de companheirismo com seu parceiro. Sobre a escolaridade, uma tem o ensino médio incompleto, três possuem o ensino médio completo e duas o ensino superior completo. Duas dessas mulheres tiveram apenas uma gestação, três relataram ter engravidado duas vezes e somente uma delas engravidou três vezes. Em relação aos tipos de parto, duas afirmaram já ter tido anteriormente parto normal e as restantes relataram terem tido somente cesarianas em todas as gestações, somente uma delas informou que teve um aborto espontâneo.

A partir da análise dos dados, alcançados através da entrevista, conseguiu-se formar as

seguintes categorias: “Procura por atendimento”, “Sentimentos ambíguos”, “História pregressa”, “Assistência recebida”, “Amamentação” e “Cuidados com o bebê”, as quais serão exploradas a seguir.

6.2 Procura por atendimento

Durante a realização das entrevistas, quando perguntado: quando e como foi realizado o diagnóstico de DPP? Quase totalidade das mulheres, responderam que o diagnóstico foi realizado no primeiro mês após o parto e, somente uma relatou ter tido o diagnóstico seis meses após o parto.

De acordo com a citação feita anteriormente, é importante destacar que, a maioria das participantes procuraram espontaneamente o serviço de saúde, logo após o início dos sintomas.

Apesar de ser identificado nesse estudo que a grande maioria das mulheres procuram atendimento logo no início dos sintomas, a literatura diz que cerca de 50% destas mães não buscam ajuda para a realização do tratamento e acompanhamento especializado. Além disso, o mesmo autor ainda traz que, para que haja um desaparecimento desses sintomas durante a DPP é indispensável uma colaboração externa (LOWDERMILK, 2012), ou seja, a mulher deverá passar por um tratamento adequado, ter um acompanhamento em serviço especializado e, fazer uso de medicações antidepressivas, se necessário.

Podemos observar na literatura, segundo Silva Junior (2013) que preconceito e a falta de conhecimento sobre a DPP são barreiras importantes para a realização do tratamento. Além disso, muitas vezes, os sintomas que podem ser considerados normais presentes no pós-parto, são confundidos com sintomas de uma DPP, por serem muito parecidos.

Alguns sintomas que levaram as participantes à procura pelo atendimento de saúde, são expostos nas falas a seguir:

Entrevistas 2: *“Eu não me sentia bem, chorava bastante... Tinha pânico de sair com ele, parecia que tinha que ficar em casa trancada”.*

Entrevista 5: *“Eu me sentia muito ruim com crises de pânico, suava frio, uma sensação de não conseguir respirar, muita tontura, perda de cabelo, emagrecimento... Na consulta que eu fui por causa desses sintomas, contei para a enfermeira que eu tive uma tentativa de suicídio em casa”.*

Em relação a forma de encaminhamento ao serviço especializado todas as mulheres relataram terem sido encaminhadas pelos serviços de saúde (ESFs e UBS) da atenção básica, após a procura espontânea por atendimento.

Nota-se, no dia-a-dia da prática uma grande precariedade de informações adequadas sobre os sintomas presentes durante a DPP e ainda, a permanência de preconceitos refletidos na sociedade sobre essa doença. De acordo com isso, acredita-se também que, grande parte das mulheres que não procuram o serviço de saúde, não o fazem muitas vezes pela falta de conhecimento dos sintomas e o medo do preconceito refletido pela sociedade.

6.3 Sentimentos ambíguos

Somente duas das entrevistadas não relataram durante a entrevista, terem sentimentos ambíguos em relação a si e seu bebê, as demais mulheres, após uma breve comunicação, relataram já terem sentido várias vezes ambiguidade de sentimentos. A maioria dessas falas foram trazidas anteriormente a aplicação do instrumento. Essa ambiguidade de sentimentos pode ser identificada a partir da presença de sentimentos positivos e negativos, ao mesmo momento, quando as entrevistadas falavam sobre o nascimento em si e os cuidados com o bebê.

Tal ambiguidade pode ser verificada nas falas abaixo:

Entrevista 4: *“Tinha dias que eu estava bem, mas outros, elas eram a “incomodação” da minha vida, que vieram para o mundo para me “estorvar”... eu pensava em fazer muita coisa para elas..., eu queria matar elas... não era mais eu, era uma pessoa ruim no meu corpo”*.

Entrevista 5: *“Esse sentimento vem do nada, ao mesmo tempo que eu estou bem falando contigo aqui agora, daqui a pouco eu fico mal e fico pensando coisas ruins”*.

Entrevista 5: *“Ao mesmo tempo que meus filhos são tudo para mim, logo em seguida eu não quero mais estar perto deles, ao mesmo tempo que “tu” ama, também tem medo de ficar perto deles e machucá-los, é uma sensação muito ruim”*.

Essa ambiguidade identificada nas falas está de acordo com o que diz Merighi, Gonçalves e Rodrigues (2006) e Stern (1997) citado por Giaretta e Fagundez (2015), os quais refere que o período puerperal pode ser caracterizado por uma mistura de sentimentos ambíguos, por exemplo, ao mesmo tempo, que a mulher refere estar feliz, a mesma poderá apresentar-se deprimida, demonstrando um conjunto de pensamentos diferenciados nesse momento.

De acordo com a citação feita anteriormente, com base em outros autores e a partir dos relatos das entrevistadas, podemos perceber que esse sentimento de ambiguidade é uma característica importante no período puerperal (LOWDERMILK et al., 2012).

Durante as entrevistas, percebeu-se que esses sentimentos ambíguos trazem consigo, desconforto e uma certa insegurança e sentimento de medo em relação aos cuidados com o bebê, tendo como consequência um distanciamento e pouca interação entre mãe e filho. Segundo Moraes et al. (2006), essa falta de interação e vínculo é uma consequência da DPP, fato que pode repercutir também na qualidade de vida e na dinâmica familiar, tornando o desenvolvimento infantil mais preocupante.

6.4 História pregressa

Apesar de estudos apontarem que a presença de história prévia de depressão é o principal fator de risco para desenvolver uma DPP (GUEDES et al., 2011; MORAIS et al., 2015; MORAES et al., 2006; SANTOS; SERRALHA, 2015; CAMACHO et al., 2006), nesse estudo, somente uma participante relatou ter sofrido de depressão durante sua vida, em compensação, duas afirmaram terem crises de ansiedade e estresse mas, as outras duas participantes afirmaram não terem nenhum tipo de problema psiquiátrico anterior a DPP.

Um fato que chamou muito a atenção durante as entrevistas foi o relato de três participantes que trouxeram lembranças negativas de sua infância, tendo como principais sujeitos no passado, seus pais. As entrevistadas relataram terem passado, várias vezes, por situações de brigas e violência doméstica em casa, no período da infância, e referem terem passado por muitos momentos difíceis, como podemos demonstrar nas falas a seguir:

Entrevista 4: *“Em casa a gente sofria muito, porque meu pai batia muito na minha mãe... ele batia na mãe e eu fugia longe para não escutar nada”*.

Entrevista 6: *“Eu sofri muito com a minha mãe na minha infância, não lembro de momentos bons só momentos ruins... Ele batia em nós duas... Eu me lembro que algumas noites eu e minha mãe saía para caminhar pela rua de madrugada para esperar ele dormir e amanhecer o dia para poder entrar dentro de casa”*.

Durante o decorrer das entrevistas, todas as participantes que relataram terem passado por momentos e situações de violência doméstica na infância, trouxeram terem lembranças negativas no puerpério desses acontecimentos. Tais relatos vêm ao encontro de um estudo feito por Zavaschi (2003), o qual afirma que a exposição a múltiplos episódios de violência na infância, pode causar grandes traumas psicológicos na fase adulta, podendo auxiliar para o aparecimento de transtornos mentais, como por exemplo, a depressão.

Outro fator que me chamou atenção, foi identificar o quanto esse acontecimento estava ainda presente na vida dessas mulheres. Podemos observar essa permanência nas falas a seguir:

Entrevista 6: *“Eu olho para elas e lembro de mim quando eu era pequena, da minha infância... Lembro só essas lembranças ruins do que eu passei”*.

Percebe-se que esse fato causa um certo desconforto nas mulheres, podendo interferir diretamente ainda mais na construção de um vínculo afetivo.

6.5 Assistência recebida

O nascimento de um filho é um dos eventos mais marcantes e lembrados durante a vida de uma mulher, por esse motivo é importante lembrar que, os profissionais de saúde têm um papel importante na realização de uma assistência de qualidade e humanizada a essas mulheres, proporcionando assim, uma lembrança boa e positiva desse momento.

Apesar de a literatura trazer que a má assistência pode ser um fator de risco para DPP, nesse estudo, a grande maioria das entrevistadas relatou lembranças de situações positivas em relação à assistência recebida, como podemos ver nas seguintes falas:

Entrevista 6: *“Muito bom, não tenho queixas...Muito atenciosas comigo!”*

Entrevista 5: *“A equipe foi “bacana”, o atendimento de modo geral foi muito bom”.*

Apenas uma entrevistada relatou algum tipo de queixa em relação à assistência recebida, conforme fala a seguir:

Entrevista 3: *“O atendimento da equipe no começo foi bom, mas não tão bom...Eu não via a hora de ir embora... Quando eu disse que não sabia “dar de mama” aí foi horrível, ela pegava com força e enfiava meu filho no meu peito, bem grossa...Tinha horas que ela ia lá e me xingava”.*

Segundo Queiroz et al. (2003) citado por Silvane (2010) e Almeida, Gama e Bahiana (2015), o termo “humanizar” refere-se a uma atenção quando se trata dos direitos fundamentais da mãe e do bebê e do direito à tecnologia apropriada na assistência, tornando também o parto mais fisiológico, diminuindo as intervenções desnecessárias e na inserção de práticas que reduzem o desconforto emocional e físico.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a humanização privilegia o bem-estar da mulher e do bebê, considerando os processos fisiológicos, psicológicos e sociocultural, sendo caracterizado pelo acompanhamento contínuo de gestação e parto.

Quando a humanização do parto não é praticada no serviço de saúde, evidencia-se a violência institucional obstétrica, que é considerada um fator de risco importante para o início da DPP, pois o desrespeito e abuso na atenção obstétrica nas instituições de saúde podem repercutir de forma negativa nas condições de saúde mental das mulheres, tornando esse período mais vulnerável para presença transtornos psicológicos (MOLEMAN et al., 1992, ARRAIS, 2005, OLDE et al., 2006, MARS et al., 2009, ZAMBALDI et al., 2009, GARTHUS-NIEGEL et al., 2013 citados por SOUZA, 2014).

Apesar de, no geral, a assistência prestada a essas mulheres ter sido avaliada como positiva, uma questão chamou a atenção, o fato de que, somente uma das participantes, relatou ter tido contato pele a pele imediato com o bebê, ainda na sala de parto. As demais entrevistadas falaram que tiveram o primeiro contato, somente horas depois do parto na sala de recuperação da unidade. Além disso, somente a mesma que relatou ter tido esse contato pele a pele imediato, realizou a

amamentação precoce, ainda na sala de parto.

Em relação a isso, observa-se que D'Ávila e colaboradores trazem que o contato pele a pele, por pelo menos uma hora, e a iniciação precoce da amamentação estão associados com uma ausência de sintomas depressivos no período pós parto devido a uma melhor percepção do parto, aumentando níveis de satisfação materna sobre a experiência do nascimento; além disso, essa prática favorece a regulação de processos adaptativos extrauterinos, a instalação de uma amamentação bem sucedida, a formação do vínculo emocional, a redução da ansiedade materna e uma maior percepção de auto eficácia (DÁVILA et al., 2007).

Deste modo, é recomendado que ao RN seja proporcionado um contato pele-a-pele ou realizado o “Método Canguru” (quando prematuro), devendo ser uma prática prioritária e merecedora de especial destaque na humanização do parto, facilitando o processo transicional para a maternidade e vida extrauterina (MATOS et al., 2010 citado por FERREIRA, 2015).

Nesta mesma linha, de acordo com Matos et al. (2010), o contato pele-a-pele deve ser estabelecido imediatamente após o parto em todos os nascimentos saudáveis de forma contínua e prolongada, pois este momento propicia o estabelecimento inicial da ligação afetiva mãe-bebê.

Segundo Moore et al. (2012) citado por Ferreira (2015), o contato pele-a-pele imediato entre mãe-bebê é de extrema importância tanto para a mãe quanto para o RN e quanto mais tempo for promovido, maior serão os benefícios. Quando o RN é privado desse contato, desenvolve comportamentos de inadaptação, torna-se letárgico, chora e desenvolve tremores (NEWMAN, 2008 citado por FERREIRA, 2015).

A Portaria nº 693 descreve que os benefícios e vantagens do método, inclui:

o aumento de vínculo entre mãe-filho como também falado anteriormente; a diminuição do tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial; estimula o aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração da amamentação; proporciona maior competência e amplia a confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar; favorece o melhor controle térmico; reduz o número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade de leitos; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; favorece a diminuição da infecção hospitalar; diminui a permanência hospitalar (COSTA, 2014, p. 11).

Os autores Mercer e colaboradores (1983) citados por Ferreira (2015), ainda referem que as mulheres que tiveram contato precoce com o seu filho após o nascimento, demonstram impressões mais positivas da experiência do parto. O contato precoce é apontado no estudo como uma das coisas mais importantes nesse momento. A falta de conhecimento dos profissionais e a dificuldade

de mudanças são as principais barreiras encontradas a execução do contato pele-a-pele imediato. (PUIG; SGUASSERO, 2007 citado por FERREIRA, 2015).

Durante minha permanência em um Centro Obstétrico (CO), em aulas práticas e estágio curricular, pude observar que não há uma estipulação também para a rotina do método e que isso somente ocorre quando a mulher estabelece um “Plano de Parto”, fazendo com que esses profissionais saiam de sua rotina, tornando com isso na maioria das vezes, uma desorganização no serviço e falta de entendimento de alguns profissionais presentes naquele momento.

Existem algumas ideias expostas na sociedade de que o contato pele-a-pele causa riscos em relação a exposição do bebê a uma temperatura muito baixa, correndo o risco de um processo de hipotermia. Entretanto, Lamaze (2003) citado por Santos (2011, p. 2), afirma que: “Reza a História que, sempre após o parto, mãe e filho permaneciam juntos, pois este contato ajudava o bebê a sentir-se seguro, quente, e permitia estabelecer um vínculo entre ambos”.

Acredita-se que a dificuldade na mudança de rotina nos serviços de saúde que não utilizam o contato pele-a-pele de rotina seja pela precariedade de conhecimentos científicos por parte dos profissionais da saúde, em se tratando dos benefícios que esse ato proporciona e/ou o costume e a falta de interesse para que haja uma mudança positiva no sentido de incorporar o contato pele-a-pele na rotina do serviço.

6.6 Amamentação

Em relação à amamentação, durante as entrevistas três mulheres relataram terem amamentado por oito, sete e quatro meses; uma informou ter amamentado por um mês somente e duas não amamentaram. As duas entrevistadas que não realizaram aleitamento materno de acordo com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015), referiram que o uso das medicações antidepressivas foi a principal causa para interrupção da amamentação. Já as outras duas entrevistadas, que não amamentaram em nenhum momento no puerpério, informaram que havia falta de interesse e rejeição por parte delas para com o filho.

Tal fato corrobora com o estudo realizado por Rodrigues e colaboradores (2013), no qual diz que o sofrimento psíquico pode abrir espaço para estados de estresse, ansiedade e depressão, que podem acompanhar a mãe durante o puerpério e interferir diretamente na auto eficácia da

amamentação, sendo menos comum ou realizada por menor tempo em mães deprimidas, dificultando sua manutenção (FIGUEIREDO et al., 2013).

Segundo Almeida et al. (2004) citado por Carvalho, Carvalho e Magalhães (2011), o sucesso para que ocorra a prática do aleitamento materno depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos da puérpera. Por esse fato, cabe aos profissionais estarem atentos à população atendida nesse serviço, a fim de evitar dúvidas e preconceitos que possam levar a não amamentação.

Estudo realizado mostra que, as incidências de abandono do aleitamento materno exclusivo entre mães com sintomas depressivos foram evidentemente mais altas àquelas sem sintomas de DPP, em todos os meses onde o estudo foi avaliado. No segundo mês após o parto, 57,0% das puérperas sem sintomas depressivos estavam amamentando exclusivamente seus filhos, contra apenas 25,0% daquelas com sintomas depressivos (MACHADO et al., 2014).

Podemos perceber, após as citações acima, que a DPP pode trazer uma grave consequência no que diz respeito a prática da amamentação e o vínculo estabelecido entre mãe-bebê. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde estarem devidamente capacitados a identificar precocemente, orientar e apoiar as mães que sofrem de algum tipo de intercorrência na lactação ou as que não tenham interesse em amamentar, para que talvez possa haver uma melhora nos índices da realização dessa prática, prevenindo o desmame precoce.

6.7 Cuidados com o bebê

Durante as entrevistas foi identificado que as participantes demonstraram e relataram não terem disposição emocional para a realização de cuidados de rotina aos recém-nascidos (RN's) e/ou terem um pensamento, logo após o nascimento, de que não conseguiriam proporcionar um cuidado adequado, pela falta de conhecimento e novas demandas propostas pela maternidade, como podemos ver a seguir:

Entrevista 4: *“Depois que eu ganhei, vinha na minha cabeça que eu não seria capaz de cuidar delas.”*

Entrevista 3: *“Só depois que ele nasceu, caiu a ficha e eu pensei: e agora?”*

Frente a isso, segundo Alvarenga e colaboradores (2013), é possível que no período pós-parto, as mães se sintam menos disponíveis emocionalmente e apresentem mais sintomas depressivos, devidos às novas demandas impostas pelos cuidados estabelecidos ao RN.

Quando se trata da ajuda insatisfatória nos cuidados com o bebê, apenas uma participante relatou não ter tido auxílio na realização de cuidados de rotina domiciliar e as outras cinco relataram terem tido ajuda somente nos primeiros dias após o parto.

Apesar da literatura (GUEDES et al., 2011; ALVARENGA et al., 2013), dizer que a ajuda insatisfatória nos cuidados ao RN e falta de apoio social, são fatores de risco associado a DPP, esse fator de risco, nesse estudo, não foi identificado como crucial pois, a maioria das mulheres tiveram auxílio no pós-parto, por parte de seus companheiros, familiares e amigos.

Com base nisso, acredita-se que quando se tem uma rede de apoio social, capaz de oferecer e satisfazer algumas necessidades da nova mãe, como, ajudar a cuidar do bebê, fornecer informações úteis sobre os cuidados, tal condição poderá prevenir, de certa forma, o aparecimento da DPP ou até mesmo diminuir os efeitos dessa doença.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DPP é uma das complicações mais comuns no período puerperal, sendo de causa multifatorial, afetando um grande número de mulheres no pós-parto o que à caracteriza como problema de saúde pública, exigindo maneiras de prevenção e tratamento.

Acredita-se que a prevalência da doença possa ser maior, pois, segundo a literatura cerca de metade dessas mulheres não procuram o serviço de saúde para um atendimento adequado, diminuindo assim, o registro e notificações de casos fidedignos. De uma certa forma, essa situação pode ser verificada neste estudo, tendo em vista a dificuldade de retorno das equipes de saúde para indicação de mulheres que se encaixassem nos critérios de inclusão, impossibilitando a obtenção de um maior número de participantes no estudo.

É possível que, de fato a falta de conhecimento em relação aos sintomas e, entendimento de que o aumento desses não são normais no período puerperal são os principais motivos para a ausência/diminuição dessas notificações.

Os principais sintomas relatados pelas mulheres, foram: tristeza persistente, insônia, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do nível de funcionamento mental, choro frequente e preocupações/dúvidas quanto a sua habilidade de cuidar o bebê.

Frente a isso, é importante que a equipe de saúde esteja preparada para a identificação dos sintomas iniciais que desencadeiam o quadro patológico no puerpério, além de identificar as alterações emocionais, diferenciando as alterações transitórias daquelas potencialmente mais graves, podendo assim, orientar a puérpera e seus familiares e proceder à atitude mais adequada para o caso, afim de prevenir complicações e construir um prognóstico satisfatório.

A realização da identificação precoce dos fatores de risco, também é importante, pois, possibilitará uma melhor assistência a puérpera. Os principais fatores de risco encontrados no presente estudo, foram: Baixa renda, situações de stress na vida, histórico familiar de transtorno de humor, história pregressa de violência doméstica, gestação não planejada, ansiedade no pré-natal, ausência/interrupção do aleitamento materno, sentimentos negativos em relação a criança, falta de contato de contato pele-a-pele imediatamente após o parto.

Apesar da literatura, sobre DPP, trazer referências de que à assistência em saúde inadequada, pode ser vista como um fator de risco associado, nesse estudo, não foi evidenciada essa relação, por parte das entrevistadas na medida em que a maioria diz-se satisfeita com a atenção recebida.

O nascimento de um filho é um dos eventos mais marcantes e lembrados durante a vida de uma mulher, por esse motivo é importante lembrar que, os profissionais de saúde possuem um papel importante na realização de uma assistência de qualidade e humanizada a essas mulheres. Frente à isso, é importante que a equipe de saúde esteja atenta para os fatores de risco e preparada para identificar as alterações emocionais do puerpério, diferenciando as alterações transitórias daquelas potencialmente mais graves, ajudando na identificação precoce dos sintomas e no cuidado com os sinais existentes.

Com o presente estudo foi possível perceber que todas as puérperas possuíam conhecimento e informação a respeito dos fatores de risco associados ao acometimento da DPP. Além disso, a maioria das participantes referiram ter medo em relação ao tempo de permanência desses sintomas depressivos e se os mesmos iriam estar presentes durante todo o período da maternidade.

É importante salientar que não é possível afirmar que o aparecimento da DPP esteja relacionado somente aos fatores de risco encontrados nas participantes de acordo com os estudos, podendo seu aparecimento estar relacionado com outros fatores pessoais da puérpera não identificados na entrevista.

Uma dificuldade encontrada, diz a respeito ao retorno de informações por parte dos serviços de saúde da Atenção Básica (ESF's) e serviços especializados (CAPS), sobre a indicação de pacientes para a participação no estudo o que levanta a reflexão sobre se a prevalência de DPP é baixa nessa realidade ou se à falta de preparo das equipes de saúde para a identificação dos sintomas. Essa falta de preparo, falta de informação e de conhecimento das equipes de saúde faz com que a DPP passe despercebida, dificultando a identificação precoce dos sintomas.

Além disso, uma outra dificuldade vivenciada no decorrer da coleta diz respeito ao não cumprimento das combinações feitas com algumas participantes, por exemplo, era marcada a entrevista e as participantes não compareciam e/ou não encontravam-se nos domicílios, por mais de uma vez, apesar de terem aceitado participar do estudo.

Em relação as hipóteses inicialmente levantadas, percebeu-se que as participantes tiveram dificuldades nos cuidados com o bebê, durante o exercício da maternidade, em função da falta de segurança e indisposição emocional em consequência da DPP. Além disso, a identificação de sinais e sintomas da doença no pós-parto, caracterizou-se como um motivo de procura por atendimento. Por fim, como já foi dito anteriormente, a assistência recebida durante o trabalho de parto e parto, foi avaliada como positiva não se caracterizando como um fator de risco a DPP, nesse estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. S. C.; GAMA, E. R.; BAHIANA, P. M. Humanização do Parto: a atuação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/456/437>>. Acesso em: 31 maio 2017.

ALVARENGA, P. et al. Relações entre apoio social e depressão pós-parto em puérperas. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 47-57, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/20159/21309>>. Acesso em: 19 out. 2016.

ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-256, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00251.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Caderno de Atenção Básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção básica – saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. Caderno de Atenção Básica nº 23. 2.ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar*. Manual Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe Canguru - Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Resolução n. 196 de 1996, versão 2012c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 dez. 2012b. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013-pg-59>. Acesso em: 15 out. 2016.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>> Acesso em: 23 set. 2016.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 278-285, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

CARVALHO, J. K. M.; CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. *Revista científica de saúde do centro universitário de Belo Horizonte*, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p. 11-20, 2011. Disponível em: <<http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/186/373>>. Acesso em: 30 maio 2017.

COSTA, S. M. Benefícios do aleitamento materno, mãe canguru, contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida. 2014. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Pós-graduação em Enfermagem)- Universidade de Santa Catarina, Natal, 2014.

CUNHA, A. B. et al. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 5, n. 3, p. 579-586, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/2427/181>> Acesso em: 07 nov. 2016.

DAANDELS, N.; ARBOIT, E. L.; VAN DER SAND, I. C. P. Produção de enfermagem sobre depressão pós-parto. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 782-788, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34937/21689>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

DÁVILA, G. R. et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Revista Peru Pediatría*, v. 60, n. 3, p. 140-149, 2007. Disponível em: <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v60n3/pdf/a02v60n3.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17165/1/RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%3%81GIO.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

FIGUEIREDO, B. et al. Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p. 332-338, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000400003>. Acesso em: 29 maio 2017.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). *Métodos de pesquisa*. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIARETTA, D. G.; FAGUNDEZ, F. Aspectos psicológicos no puerpério: uma revisão. *Psicologia.PT*, 2015. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf> > Acesso em: 22 de jun. 2017.

GUEDES, A. C. E. et al. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 90, n. 3, p. 149-154, 2011. Disponível em: <www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/58907/61885>. Acesso em: 19 ago. 2016.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 210-213, 2005.

LEIFER, Gloria. *Enfermagem obstétrica*. 11.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LOWDERMILK, D. L. et al. *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MACHADO, M. C. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 985-994, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0985.pdf >. Acesso em: 29 maio 2017.

MATOS, T. A et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, 2010.

MEIRA, B. M et al. Desafios para os profissionais da atenção básica primária no cuidado à mulher com depressão- pós-parto. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 706-712, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00706.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MONTEIRO, Regina Clare. A pesquisa qualitativa como opção metodológica. *Pro-posições*, Campinas, v. 2, n. 2, p. 27-35, 1991. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8644453/11876>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

MORAIS, M. L. S. et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 20, n. 1, p. 40-49, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0040.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

RODRIGUES, A.P. et al. Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 7, esp., p. 4144-4152, 2013.

Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4031>>. Acesso em: 29 maio 2017.

RIBEIRO, W. G.; ANDRADE, M. O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP). *Informe-se em promoção da saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-9, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/dpp3.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

SANTOS, L. P.; SERRALHA, C. A. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 43, p. 5-26, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3748/4406>>. Acesso em: 31 out. 2016.

SANTOS, A. A importância do contato precoce pele a pele entre mãe e bebê. Portimão. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173220/SUELY%20MONTEIRO%20DA%20COSTA-materno-tcc.pdf?sequence=1>> Acesso em: 22 jun 2017.

SILVA JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. *A trajetória de mulheres brasileiras na depressão pós-parto: o desafio de (RE)montar o quebra-cabeça*. 2013. 164f. Tese (Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-16032013-172821/pt-br.php>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SILVANE, C. M. B. *Parto Humanizado: uma revisão bibliográfica*. 2010. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2017.

SOBREIRA, N. A. S.; PESSÔA, C. G. O. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. *Revista Enfermagem Integrada*, Ipatinga, v. 5, n. 1, p. 905-918, 2012. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5/04-assistencia-de-enfermagem-na-deteccao-da-depressao-pos-parto.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SOUZA, Karina Junqueira. *Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto*. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiradeSouza.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes no período gravídico. *Unoesc & Ciência*, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/2559/pdf>>. Acesso em: 28 out. 2016.

ZAVASCHI, M. L. S. Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas)- Universidade Federal

do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1999/000362834.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 maio 2017.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, supl. 2, p. 56-64, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INVESTIGAÇÃO A CERCA DOS FATORES ASSOCIADOS.

I - A gestação e o puerpério são períodos relevantes na vida de uma mulher, com isso, percebe-se uma grande necessidade de atenção por parte dos profissionais de saúde, destacando o período ciclo gravídico-puerperal, de forma geral e, o quanto ele afeta o estado psicológico das mulheres. Os objetivos desta pesquisa são identificar possíveis fatores de risco associados à depressão pós-parto; apontar situações de estresse ou intercorrências presentes antes e durante a gestação, no parto, no puerpério e nos cuidados com os bebês/exercício da maternidade; identificar os sinais e/ou sintomas que levaram a mulher a procurar/ser encaminhada para assistência especializada; identificar os sentimentos relatados por puérperas sobre a vivência do seu trabalho de parto e parto e; correlacionar a depressão pós parto com atos de violência obstétrica sofridos durante o trabalho de parto e parto.

II - Será realizada uma entrevista, que terá uma duração média de vinte minutos, cujas respostas serão gravadas em áudio, e será utilizado um instrumento para coleta de dados: roteiro para entrevista com questões abertas e fechadas. Os sujeitos da pesquisa serão: puérperas atualmente com diagnóstico de depressão pós-parto ou mulheres, que tiveram seus partos há no máximo cinco anos, que tenham realizado tratamento com o uso de medicações antidepressivas e/ou tenham sido submetidas a encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial e/ou para um acompanhamento especializado (consultórios particulares de psiquiatras e/ou psicólogos), tais mulheres serão selecionadas a partir da indicação dos serviços da rede de atenção à saúde.

III - Essa pesquisa determinará o sigilo das informações, identidades, individualidade e a privacidade das participantes. Além disso, não trará consigo nenhum risco ao pesquisador. Os possíveis riscos relacionados às mulheres entrevistadas, diz respeito à possibilidade de crises de choro, ansiedade, instabilidade emocional e/ou mal estar relacionado ao fato de abordar, durante a entrevista, assuntos que possam provocar-lhes lembranças ou sentimentos negativos devido à Depressão. Caso isso ocorra, será feita uma notificação e um encaminhamento à unidade de saúde que tenha indicado a participação da mulher no estudo, visando o pronto atendimento de suas necessidades. As participantes do estudo não irão se expor a nenhum tipo de risco biológico ou físico e serão informadas ainda que terão o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento.

IV - Acredita-se que, após o término do estudo, compreenda-se melhor os fatores de riscos associados à depressão pós-parto, contribuindo para um incremento na qualidade da assistência prestada.

V - No presente estudo não existe alternativas de procedimentos.

VI - Os custos para a realização da pesquisa são particulares, sendo dos próprios pesquisadores.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz e forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Prof^a Maitê da Silva Lima (Fone 51991821577).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data: __/__/__

Nome e assinatura do
Voluntário

Nome e assinatura do responsável pela
obtenção do presente consentimento

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista**Pesquisa: “Depressão Pós-Parto: uma investigação acerca dos fatores associados”****ENTREVISTA Nº:** _____**DATA:** _____

1) Qual a sua idade? _____

2) Qual a sua cor da pele? _____

3) Qual a sua ocupação? _____

4) Qual a Renda Familiar na sua casa?

 Abaixo de R\$ 1000 entre R\$ 1000 e R\$ 3000 Acima de R\$ 3000

5) Qual a sua escolaridade?

 Fundamental incompleto Fundamental completo Médio incompleto Médio completo Superior incompleto Superior completo6) Qual o seu estado civil? solteira casada/união estável viúva/separada7) No geral, como é a sua relação conjugal? BOA RUIM

8) Como você se sente quando se trata de sua aparência? _____

9) Quantas vezes você engravidou? _____

10) Quantas Cesarianas? _____ Quantos partos normais: _____ Quantos Abortos: _____

11) Gestações Planejada: SIM _____ NÃO _____

12) Quando e como foi realizado o diagnóstico de Depressão pós parto? _____

13) Você realizou o pré-natal nessa gestação ? () SIM () NÃO Quantas consultas:

14) Você tinha algum antecedente psiquiátrico (sofria dos nervos antes da DPP)? () SIM () NÃO

15) E os seus familiares: () SIM. Quem: _____ () NÃO

16) Você passou por algum momento na vida que você considerou difícil ou de forte estresse?

() SIM. Qual: _____ () NÃO

17) E após a gestação? () SIM Qual: _____ () NÃO

18) Você teve alguma complicação na gravidez, nascimento ou pós-parto?

19) Em relação aos seus filhos, algum teve: () baixo peso ao nascer () morte () internações

Sobre essa gravidez, em que depois você teve Depressão Pós Parto:

1) Como foi sua trajetória dentro do hospital, desde a chegada até a alta?

2) Quais foram os principais sentimentos durante o trabalho de parto/antes da cesariana e após o nascimento?

3) Como você lembra do atendimento prestado pela equipe durante todo o trabalho de parto/antes da cesariana e nascimento?

4) Alguma fala (positiva ou negativa) de algum profissional te marcou durante esse período?

5) Durante a internação, algum profissional de saúde agiu de forma desrespeitosa com comentários irônicos, mal educados ou em tom de piada? () SIM () NÃO

6) Você foi repreendida por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria.....

7) Durante a internação, algum profissional da saúde agiu de forma desrespeitosa com comentários irônicos, mal educados ou em tom de piada? ¹ () SIM () NÃO

8) Você foi repreendida por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto?¹ () SIM () NÃO

9) Os profissionais que a atenderam responderam suas dúvidas e medos sobre o parto? ¹ () SIM () NÃO

10) Foram realizados os seguintes procedimentos obstétricos sem que tenham pedido sua permissão ou explicado porque eram necessários ¹?

- Tricotomia (raspagem pelos púbicos): () SIM () NÃO

- Enema (lavagem intestinal) : () SIM () NÃO

- Proibição de ingerir alimentos ou bebidas (jejum): () SIM () NÃO

- Indicação de permanecer deitada o tempo todo (decúbito): () SIM () NÃO

- Ruptura artificial bolsa (amniotomia): () SIM () NÃO

- Administração de medicamentos para “acelerar” o parto: () SIM () NÃO

- Toques vaginais reiterados e realizados por diferentes pessoas: () SIM () NÃO

- Compressão do abdômen no momento dos puxos (manobra de Kristeller): () SIM () NÃO

- Episiotomia (corte no períneo): () SIM () NÃO

- Cesárea: () SIM () NÃO

11) Você foi impedida de ser acompanhada por uma pessoa familiar de sua escolha em algum momento durante sua internação ¹? () SIM () NÃO

12) Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros você ¹: () Somente olhou o bebê. () Teve apenas contato físico com o bebê. () Amamentação foi permitida na sala de parto.

13) Depois do parto, ainda no hospital, como você se sentiu ¹: () Feliz e realizada pela chegada

¹ Com base em: Biscegli et al. (2015).

do bebê. () Desprotegida. () Feliz porque o bebê estava bem. () Com medo.

14) Após o parto, você teve ajuda nos cuidados com o bebê? () SIM () NÃO Quem? _____

15) Você amamentou? () SIM () NÃO / Quanto tempo? _____ meses

ANEXO A – Carta de aceite

Santa Cruz do Sul, 05 de dezembro de 2016.

Ao comitê de ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados senhores

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado **“DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DOS FATORES ASSOCIADOS”**, desenvolvido pela acadêmica Micheli Adriana Winder, sob orientação da Prof^a Maitê Lima, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa na unidade de saúde da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

CLARISSA GOHLKE
Diretora de Ações e
Programas de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ernesto Alves, 746 – Centro – Santa Cruz do Sul
E-mail: daps.saude@santacruz.rs.gov.br
Telefone: (51) 2109-9500

ANEXO B – Termo de aceite institucional

MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL
Secretaria Municipal de Saúde

Santa Cruz do Sul, 05 de dezembro de 2016

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado, "**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DOS FATORES ASSOCIADOS**", desenvolvido pela acadêmica Micheli Adriana Winder, sob orientação da Prof^a Maitê Lima, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa na unidade de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

CLARISSA GOHLKE
Diretora de Ações e
Programas de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ernesto Alves, 746 – Centro – Santa Cruz do Sul
E-mail: daps.saude@santacruz.rs.gov.br
Telefone: (51) 2109-9500

ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DOS FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Maitê da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66478317.3.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.035.742

Apresentação do Projeto:

Projeto em terceira avaliação. Porque resolvidas de forma adequada e correta as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto em terceira avaliação. Porque resolvidas de forma adequada e correta as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em terceira avaliação. Porque resolvidas de forma adequada e correta as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em terceira avaliação. Porque resolvidas de forma adequada e correta as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto em terceira avaliação. Porque resolvidas de forma adequada e correta as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Recomendações:

Projeto em terceira avaliação. Porque resolvidas de forma adequada e correta as pendências

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.035.742

apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em terceira avaliação. Porque resolvidas de forma adequada e correta as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto em terceira avaliação. Porque resolvidas de forma adequada e correta as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_866687.pdf	21/04/2017 10:53:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	21/04/2017 10:52:35	Maitê da Silva Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/04/2017 10:51:42	Maitê da Silva Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	30/03/2017 08:37:53	Maitê da Silva Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	07/03/2017 01:30:34	Maitê da Silva Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.jpg	13/02/2017 17:42:27	Maitê da Silva Lima	Aceito
Orçamento	Orcamento.jpg	13/02/2017 17:40:00	Maitê da Silva Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 27 de Abril de 2017

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br