

Sónia Patrícia Torres Amorim

Tristeza pós – parto – importância do diagnóstico precoce

Universidade Fernando Pessoa



Ponte Lima, 2010

Sónia Patrícia Torres Amorim

Tristeza pós – parto – importância do diagnóstico precoce

Universidade Fernando Pessoa



Ponte Lima, 2010

Sónia Patrícia Torres Amorim

Tristeza pós – parto – importância do diagnóstico precoce

Atesto a minha originalidade do trabalho:

“Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.”

Resumo

A “Tristeza pós-parto” tem vindo a merecer atenção de vários estudiosos, pois é uma alteração de humor contemporânea, que resulta do processo de adaptação da nova mãe ao papel materno e de acordo com a literatura afecta cerca de 80% das puérperas. Assim, os profissionais de enfermagem podem assumir um papel preponderante na prevenção da instalação desta alteração de humor, assim como, quando está estabelecida, prevenir que a mesma evolua para situações mais complicadas (depressão pós-parto).

O presente trabalho aborda esta temática e apresenta um estudo descritivo simples, com o recurso ao método quantitativo, desenvolvido numa amostra de puérperas, que se deslocaram ao centro de saúde. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados, um questionário que inclui uma escala que mede a propensão que cada puérpera tem em desenvolver tristeza. Os dados foram informaticamente tratados, recorrendo à análise estatística, utilizando como instrumento para o tratamento de dados estatísticos o programa Excel e estes foram apresentados em gráficos e em tabelas.

Dos resultados obtidos salienta-se que: uma percentagem considerável das puérperas inquiridas respondeu já ter recorrido à toma de anti-depressivos, apesar de não terem consultado o médico psiquiatra/psicólogo; uma percentagem significativa da amostra, atribui importância ao apoio do enfermeiro no domicílio nos aspectos relativos à amamentação, aos cuidados ao recém-nascido e aos cuidados ao corpo da mulher, contudo, atribuíram menos importância ao apoio psicológico que este profissional pode dar; a maioria das puérperas inquiridas referiram ter apoio nos cuidados ao seu bebé bem como noutras tarefas, alegando que este advém maioritariamente dos companheiros; uma percentagem significativa da amostra referiu sentir que a sua relação conjugal se alterou com o nascimento do bebé; uma percentagem significativa referiu ter dificuldades em relacionar-se com o seu bebé, apesar do mesmo corresponder às expectativas que idealizaram.

Dos resultados obtidos com a escala de avaliação da propensão que cada puérpera tinha para o desenvolvimento da Tristeza pós-parto, concluiu-se que quase a totalidade das inquiridas apresentavam índices de propensão de Tristeza ligeira e em reduzida percentagem, índices de propensão para a tristeza moderada.

Palavras chave – Tristeza Pós-parto, Puerpério, Apoio, Cuidados de enfermagem.

Abstract

The "Postpartum Blues" has been receiving attention from several scholars, it is a contemporary mood change, which results from adaptation of the new mother to the maternal role and that according to the literature affects about 80% of the mothers. Nurses can take a leading role in preventing the installation of this change in mood, and when this is established, to prevent it from developing into more complicated situations (postpartum depression).

This paper addresses this issue and presents a simple descriptive study, with the use of a quantitative method, developed on a sample of mothers, who went to the health center. It was used as a tool for collecting data a questionnaire that includes a scale that measures the propensity that each new mother has to develop postpartum sadness. The data were processed by computer, resorting to statistical analysis, using as a tool for statistical data processing the program Excel, and presented in graphs and tables.

From our results it is pointed out that: a significant proportion of the women surveyed responded to already have resorted to taking anti-depressants, despite not having consulted the psychiatrist / psychologist, a significant percentage of the sample, attaches importance to supporting nursing at home in aspects related to breastfeeding, care of newborns and care for the woman's body, however, placed less importance on the psychological support that the professional can give; most of the women surveyed reported having support in caring for their baby and other tasks, arguing that it comes mostly from peers, a significant percentage of the sample said they felt that their marital relationship has changed with the birth of the baby, a significant percentage reported having difficulties in relating with their baby, although the same matches to their expectations;

From the results obtained with the scale measuring the propensity that each mother has to the development of postpartum sadness, it was concluded that almost all the respondents has propensity indices of mild sadness and that a low percentage are likely to have moderate sadness.

Keywords - Postpartum Blues, Puerperium, Support, Nursing.

Agradecimentos

A produção bem sucedida da Monografia, exige a preciosa colaboração de diversas pessoas às quais estou muito agradecida. Deste modo, quero dizer um MUITO OBRIGADA pela colaboração que me foi dada:

- À minha orientadora, Enf^a. Aldina Manuela Gonçalves Figueiredo, pela pertinência das suas observações e críticas e o permanente estímulo para o aperfeiçoamento do presente trabalho.
- Aos meus pais, pelos sacrifícios que permitiram a minha educação. Agradeço-lhes por terem feito de mim a pessoa que hoje sou.
- A toda a minha família pelo apoio, pela disponibilidade e motivação que me deram para a finalização do presente trabalho.
- Ao meu namorado pelo seu carinho, paciência, espírito de ajuda, compreensão, preocupação e disponibilidade durante esta caminhada.
- Aos professores e colegas de curso.
- A todas as puérperas que permitiram o desenvolvimento do presente estudo.
- E a todas as pessoas que me ajudaram de forma directa ou indirecta na realização deste trabalho.

Siglas e abreviaturas

ADEB – Associação de apoio de doentes depressivos e bipolares.

BPP – Blues pós-parto.

CID – Classificação Internacional de doenças.

DGS – Direcção Geral de Saúde.

DSM IV – Classificação de doenças mentais da associação norte-americana de psiquiatria.

DPP – Depressão pós-parto.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PDM – Perturbação depressiva Major.

p. – Página

pp. – Páginas.

PP – Psicose puerperal.

RN – Recém-nascido.

Índice geral	Pg.
Introdução	14
Parte I – Fase Conceptual	19
Capítulo 1 – Problemática do estudo	19
1.1 Delimitação e justificação do tema	19
1.2 Pergunta de partida	20
1.3 Questões e objectivos de investigação	20
Capítulo 2 – Enquadramento teórico	21
2.1 O puerpério e principais alterações	22
2.1.1 Físicas/biológicas	25
2.1.2 Sociais	29
2.1.3 Psicológicas	30
2.1.3.1. Tristeza pós-parto	32
2.1.3.2. Psicose puerperal	35
2.1.3.3. Depressão pós-parto	38
2.2 Intervenções de enfermagem no puerpério	41
2.1 Intervenções de enfermagem no puerpério tardio	42
2.2.1 Importância da visita domiciliária no puerpério	44
Parte II – Fase Metodológica	46

Capítulo 1 – Desenho de estudo e metodologia	47
1.2 Método de investigação	47
1.3 Variáveis	47
1.3.1 Variáveis de atributo	47
1.3.2 Variáveis de estudo	48
1.4 População, amostra e processo de amostragem	48
1.5 Instrumento de colheita de dados	49
1.6 Pré-teste	51
1.7 Colheita de dados	52
1.8 Tratamento dos dados	52
1.9 Princípios éticos	52
Parte III – Fase Empírica	54
<hr/>	
Capítulo 1- Apresentação, análise e discussão dos resultados	54
1.1 Caracterização da amostra	54
1.2 Dados relativos às variáveis em estudo	64
1.3 Discussão dos resultados	72
Conclusão	82
Bibliografia	86
Anexos	
Anexo I – Questionário	
Anexo II – Declaração do consentimento	
Anexo III – Cronograma	

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição absoluta e relativa das puérperas por idades;	54
Tabela 2 - Distribuição dos valores absolutos e relativos inerente à profissão das puérperas;	55
Tabela 3 – Distribuição dos valores relativos à soma do número de vezes que cada parâmetro foi assinalado nas diferentes pontuações.	73

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição absoluta e relativa, de acordo com as habilitações literárias;	54
Gráfico 2 – Distribuição relativa e absoluta inerente ao estado civil;	55
Gráfico 3 - Distribuição relativa e absoluta, segundo o número de filhos da amostra;	55
Gráfico 4 - Distribuição relativa e absoluta, segundo o número de vezes em que cada puérpera se encontrou grávida;	56
Gráfico 5 - Distribuição relativa e absoluta, do facto da gravidez ser ou não desejada;	57
Gráfico 6 - Distribuição relativa e absoluta, relativamente ao facto de a gravidez ter sido ou não planeada;	57
Gráfico 7 - Distribuição relativa e absoluta, de acordo com o facto de a gravidez ter sido ou não considerada de risco;	58
Gráfico 8 - Distribuição relativa e absoluta, de acordo com o facto de o pós-parto ter ocorrido com ou sem complicações;	59
Gráfico 9 - Distribuição relativa e absoluta, de acordo o tipo de parto;	60
Gráfico 10 - Distribuição relativa e absoluta, relativo à necessidade de apoio psiquiátrico de cada puérpera da amostra;	60
Gráfico 11 - Distribuição relativa e absoluta, inerente ao tempo decorrido entre o apoio psiquiátrico e a gravidez actual;	61
Gráfico 12 - Distribuição relativa e absoluta, inerente ao tempo decorrido entre o apoio psicológico e a gravidez actual;	62

Gráfico 13- Distribuição relativa e absoluta, inerente ao tempo decorrido entre o apoio psicológico e a gravidez actual;	62
Gráfico 14- Distribuição relativa e absoluta, inerente à toma de anti-depressivos;	63
Gráfico 15- Distribuição relativa e absoluta, inerente ao apoio que a puérpera recebe nos cuidados ao bebé, bem como noutras tarefas;	64
Gráfico 16- Distribuição relativa e absoluta, inerente à importância que as puérperas atribuem ao apoio do enfermeiro no domicílio;	64
Gráfico 17- Distribuição relativa e absoluta, inerente aos aspectos que as puérperas consideram importantes durante a visita domiciliária;	65
Gráfico 18- Distribuição relativa e absoluta, inerente ao facto de a puérpera sentir que a sua relação conjugal se alterou;	66
Gráfico 19- Distribuição relativa e absoluta, inerente ao facto de a puérpera sentir mais afastada do seu companheiro devido ao nascimento do bebé;	66
Gráfico 20- Distribuição relativa e absoluta, inerente à dificuldade que cada puérpera tem ou não em relacionar-se com o seu bebé;	67
Gráfico 21- Distribuição relativa e absoluta, inerente à dificuldade que cada puérpera tem ou não em perceber as necessidades do seu bebé;	68
Gráfico 22- Distribuição relativa e absoluta, inerente ao facto de o bebé de cada puérpera ser tal e qual como imaginaram;	69
Gráfico 23- Distribuição relativa e absoluta, de acordo com os resultados obtidos da soma dos parâmetros da escala.	70

Introdução

A especialização em enfermagem de Saúde Materna é geralmente entendida como uma área de prestação de cuidados na vertente da promoção da saúde por excelência. A assistência em cuidados de enfermagem representa um grande desafio na identificação de problemas e satisfação das necessidades da puérpera e família, tornando-a mais dinâmica, positiva e inovadora.

Assim, a Enfermagem de Saúde Materna focaliza-se em cuidados relacionados com o bem estar da mulher e mãe, filho bem como sua família.

O tema desta monografia é a “Tristeza pós- parto”, assim denominada pela grande maioria dos autores portugueses. Apesar deste assunto não ter uma tradução consensual, a nível internacional é designado como “Blues post partum”, “Desequilíbrio Emocional” ou mesmo “Actividade Emocional Excessiva”.

A “Tristeza pós parto”, encontra-se descrita recentemente na literatura, como sendo uma alteração psicológica relativamente frequente na puérpera pelo facto de esta se encontrar num período de instabilidade emocional. Este é também um período em que a nova mãe se depara com bastantes dificuldades e dúvidas quanto à sua condição, pois enfrenta uma grande conjunto de mudanças a vários níveis que são o resultado de um processo natural. Ser mãe não pressupõe a existência de capacidades naturais para enfrentar estas realidades, mas exige uma aprendizagem formal e informal, aprendizagem esta, na qual o enfermeiro deverá ter um papel de formador.

Foi intenção do investigador, ao enveredar por esta temática, abordá-la não no sentido pejorativo, mas no de apelar para a necessidade de uma atenção especial na abordagem desta temática, salientando a importância da visita domiciliária do enfermeiro neste período e na importância que a mesma pode representar em termos de apoio.

No entanto e mediante alguns investigadores, a ocorrência da tristeza pós-parto, será apenas uma alteração de psicológica transitória, se houver por parte do enfermeiro uma

maior sensibilidade/discernimento para despistar sinais deste cenário, bem como intervir juntamente com a respectiva família da puérpera, na resolução da tristeza que a puérpera pode apresentar.

Cientes da importância que a visita domiciliária e que esta proporciona inúmeras vantagens tanto para a puérpera e seu filho como para a família, considera-se importante que os enfermeiros sustentem a sua prática numa avaliação sistematizada das dificuldades da puérpera na adaptação ao seu estatuto de mãe, bem como a integração das alterações que isso implica.

O profissional de enfermagem perante o reconhecimento das suas competências relacional, técnica e científica e dado o papel importante que desempenha não só em meio hospitalar, mas também domiciliário, é o predilecto e o ideal para despistar a tristeza pós-parto e actuar no sentido preventivo perante o que a puérpera pode vir a desenvolver no domicílio, bem como nas repercussões que possam advir do seu novo estatuto de mãe.

Deste modo, perante este conjunto definiu-se como tema – Tristeza pós parto – importância do diagnóstico precoce.

A justificação desta problemática prende-se por vários motivos, entre eles: motivação pessoal pelo frequente número de casos de conhecimento pessoal, patentes com esta problemática; pelo facto de considerar que o estudo desta temática poderia contribuir para o aperfeiçoamento das intervenções de enfermagem às puérperas; e por ter constatado no decorrer do ensino clínico de Saúde Materna que muitas eram as puérperas susceptíveis a desenvolver tristeza pós-parto no domicílio, pois verificou-se que após a alta, as dúvidas e inseguranças permaneciam.

Relativamente aos objectivos académicos, que se propõe alcançar com a elaboração desta monografia são:

- Promover o aumento de capacidades e habilidades na área de investigação que possibilitem a sua continuidade no futuro;

- Proporcionar um meio de avaliação para a disciplina, de forma a permitir a obtenção da Licenciatura;
- Aprofundar conhecimentos relacionados com a problemática em estudo e adquirir competências na área de investigação que permitam enveredar para outros trabalhos de pesquisa futura.

Deste modo, formulou-se como questão de partida –“ Que aspectos caracterizam a vivência do puerpério e que poderão desencadear ou não desenvolvimento da “Tristeza pós-parto”?”

Tendo em conta o problema e a pergunta de partida, são traçadas as questões de investigação:

1. Quais os sentimentos vivenciados no puerpério?
2. Que complicações ocorreram no puerpério?
3. Que tipo de apoio a puérpera tem no domicílio?
4. Que tipo de relação estabelece a puérpera com o bebé, cônjuge e família, respectivamente?
5. Qual a importância atribuída pela puérpera ao apoio do enfermeiro no domicílio?

Assim, a partir das questões mencionadas formularam-se os seguintes objectivos:

1. Identificar os sentimentos da mãe no puerpério;
2. Identificar a ocorrência de complicações no puerpério;
3. Identificar o tipo de apoio que a puérpera tem no domicílio;
4. Caracterizar a relação que a puérpera estabelece com o bebé, cônjuge e família, respectivamente;
5. Conhecer a importância atribuída pela puérpera ao enfermeiro no domicílio.

De forma a dar resposta aos objectivos enunciados, optou-se pelo método quantitativo do tipo descritivo simples, uma vez que se pretende descrever uma diversidade de aspectos relacionados com a vivência do puerpério. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário.

É de referir ainda alguns factores que de alguma forma influenciaram os resultados obtidos. São eles: limites temporais (o curto espaço de tempo disponível para a elaboração da monografia, nomeadamente, para a colheita de dados que levou a que o investigador optasse por uma amostra reduzida), a restrição da pesquisa (devido à problemática em estudo ser um tema estudado recentemente o que faz com que haja ainda muito pouca informação disponível) e a inexperiência do investigador.

Estruturalmente, o trabalho apresenta-se dividido em três partes: a primeira parte, compreende a fase conceptual e nela são descritas as razões justificativas da escolha da temática, a pergunta de partida, as questões de investigação, os objectivos do estudo e todo enquadramento teórico sustentado em bibliografia actual.

Na segunda parte, são apresentados todos os procedimentos metodológicos, que incluem entre outros, o método de investigação, o tipo de estudo, a caracterização da população e amostra, processo de amostragem bem como as variáveis, o instrumento de colheita de dados, pré-teste e princípios éticos respeitados.

Na terceira parte deste trabalho, inclui a fase empírica desta investigação e nela foram apresentados e discutidos os resultados obtidos.

Relativamente aos resultados obtidos, salienta-se que:

- Uma percentagem considerável das puérperas inquiridas respondeu já ter recorrido à toma de anti-depressivos, apesar de não terem consultado o médico psiquiatra/psicólogo;
- Uma percentagem significativa da amostra, atribui importância ao apoio do enfermeiro no domicílio nos aspectos relativos à amamentação, aos cuidados ao

recém-nascido e aos cuidados com o corpo da mulher, e atribui menos importância ao apoio psicológico que este profissional pode dar;

- A maioria das puérperas inquiridas referiram ter apoio nos cuidados ao seu bebê bem como noutras tarefas, alegando que este advém maioritariamente dos companheiros;
- Uma percentagem significativa da amostra referiu sentir que a sua relação conjugal se alterou com o nascimento do bebê;
- Uma percentagem significativa referiu ter dificuldades em relacionar-se com o seu bebê, apesar do mesmo corresponder às expectativas que idealizaram;
- Dos resultados obtidos com a escala de avaliação da propensão que cada puérpera tinha para o desenvolvimento da Tristeza pós-parto, concluiu-se que quase a totalidade das inquiridas apresentavam índices de propensão de Tristeza ligeira e em reduzida percentagem, para tristeza moderada.

Parte I – Fase Conceptual

No enquadramento conceptual foi abordada a problemática de estudo, a delimitação e justificação do tema, a pergunta de partida, seguindo-se as questões de investigação e objectivos. Depois abordou-se no enquadramento teórico, o puerpério e principais alterações físicas, sociais e psicológicas (tristeza pós-parto, psicose puerperal e depressão pós-parto). Por fim, foram apresentadas as intervenções de enfermagem no pós-parto, referindo com maior detalhe as que devem estar presentes no puerpério tardio, seguindo-se ainda importância da visita domiciliária.

Capítulo 1 – Problemática do estudo

De acordo com Almeida e Freire (2007), a investigação surge quando existe um problema para o qual se procura uma resposta. Deste modo, para se iniciar uma investigação torna-se necessário delimitar um campo de interesse preciso, ou seja, estabelecer limites para a investigação (Marconi, Lakatos, 2007).

Assim, a situação problemática que se encontrou na origem deste estudo de investigação, centra-se na tristeza pós parto desenvolvida pelas puérperas.

1.1- Delimitação e justificação do tema

Segundo Cervo e Bervian (2002, p.82):

O tema de pesquisa é qualquer assunto que necessite melhores definições, melhor precisão e clareza do que já existe sobre o mesmo. A primeira escolha deve ser feita com relação a um campo delimitado, dentro da respectiva ciência de que trata o trabalho científico.

Perante o tema de investigação escolhido, sendo um tema muito abrangente, o investigador teve a preocupação em limitar o estudo. Pretendeu-se com o mesmo, verificar os sentimentos vivenciados pelas puérperas no puerpério, se tiveram algum tipo de complicações no puerpério e quais, que tipo de apoio a puérpera tem no domicílio, que relação estabelece a mesma com o bebé, cônjuge e família

respectivamente, e qual a importância atribuída pela puérpera ao apoio do enfermeiro no domicílio ou no Centro de Saúde.

O investigador perante a escolha desta temática justificou-se pela motivação pessoal pelo frequente número de casos de conhecimento pessoal com tristeza pós-parto, pelo facto de considerar que o estudo desta problemática poderia contribuir para o aperfeiçoamento das intervenções de enfermagem na visita domiciliária e por ter constatado no decorrer do ensino clínico de Saúde Materna, que muitas puérperas eram susceptíveis de desenvolver tristeza após o parto.

1.2 – Pergunta de partida

Relativamente à pergunta de partida para Ouivy e Campenhoudt (2003, p.44), refqrem que é através dela que “ (...) o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor”.

Desta forma a pergunta de partida que constituiu o fio conduto deste trabalho monográfico apresentou-se estruturada da seguinte forma: “ Que aspectos caracterizam a vivência do puerpério e que poderão desencadear ou não desenvolvimento da tristeza pós-parto?”

1.3 – Questões de investigação

Perante a pergunta de partida, o investigador delineou questões de investigação. Estas questões de investigação derivam de forma marcada dos objectivos e devem clarificar quais os aspectos que serão tratados. Assim, de acordo com Talbol (1995 *cit. in* Fortin, 2003, p.101): “As questões de investigação são premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação”.

Torna-se assim, relevante indicar as questões a que esta investigação procurou responder:

1. Quais os sentimentos vivenciados no puerpério?
2. Que complicações ocorreram no puerpério?
3. Que tipo de apoio a puérpera tem no domicílio?
4. Que tipo de relação estabelece a puérpera com o bebê, cônjuge e família, respectivamente?
5. Qual a importância atribuída pela puérpera ao apoio do enfermeiro no domicílio?

Mediante as questões de investigação mencionadas o investigador formulou a partir destas, os objectivos de investigação. Desta forma, Fortin (2003, p.100), refere que “O objectivo de um estudo, é um enunciado declarativo que precisa de variáveis – chave, a população alvo e orientação da investigação.”

Deste modo, foi imprescindível referir os objectivos deste estudo, uma vez que estes têm pertinência de indicar o porquê da investigação. Assim sendo, o investigador formulou os seguintes objectivos de investigação:

1. Identificar os sentimentos da mãe no puerpério;
2. Identificar a ocorrência de complicações no puerpério;
3. Identificar o tipo de apoio que a puérpera tem no domicílio;
4. Caracterizar a relação que a puérpera estabelece com o bebê, cônjuge e família, respectivamente;
5. Conhecer a importância atribuída pela puérpera ao apoio do enfermeiro no domicílio ou Centro de Saúde.

Capítulo 2 – Enquadramento teórico

Este capítulo é dedicado à abordagem do puerpério onde destacando-se as principais alterações, biológicas, sociais, psicológicas e físicas que o mesmo desperta na mulher. Segue-se a abordagem das perturbações psicopatológicas mais comuns do pós-parto onde as mesmas serão descritas por ordem temporal da sua emergência. Desse sub-tema procedeu-se assim à caracterização da tristeza pós-parto, da depressão pós-parto e da psicose puerperal.

Posteriormente, recorreu-se a uma reflexão acerca das intervenções de enfermagem pertinentes no pós-parto tardio, destacando-se a importância da visita domiciliar neste período.

2.1– O puerpério e principais alterações

A palavra puerpério advém do latim, “*puer*”: criança e” *parere*”: parir. O puerpério é um período que ocorre desde o nascimento (expulsão da placenta), até ao retorno dos órgãos reprodutores ao seu estado não gravídico e compreende uma duração de seis a oito semanas (Shorge e Norwitz ,2001).

Porém, o puerpério também é conhecido com a denominação de “sobreparto” ou “pós-parto”. De acordo com Perry e Lowdermilk (2006) pode ser também designado como quarto trimestre de gravidez. Contudo, o período de tempo no qual ocorre tem sido amplamente discutido por vários investigadores, dada a sua cronologia ser muito variável.

Todavia, o que se afirma, é que nessa fase sucedem-se manifestações involutivas de recuperação do sistema reprodutor feminino após o parto Barros (*cit in Santos, et al 2006*).

Para além das alterações que ocorrem na gestação, neste período também ocorrem grandes mudanças em que continuam a existir sucessivas transformações e estados de desequilíbrio, compreendido por alterações súbitas do balanço hormonal, a fadiga, o desconforto físico e por sucessivos reajustamentos psicológicos, pelo estabelecimento da lactação, pela adaptação psicológica da mãe e pelo estabelecimento da relação mãe - filho e familiares, alterações essas que serão descritas posteriormente.

Para além disso, é caracterizado pela inexperiência de cuidar do bebé, alterações de rotina, consolidação/ afastamento na relação mãe/filho e pais/filho e desgaste dos relacionamentos familiares, repercutindo-se em pormenores que afectam nomeadamente a relação mãe/filho (Canavarro, 2001).

São vários os estudos empíricos que permitem explicar o facto do puerpério ser realmente o período que reúne um conjunto de alterações que tornam a puérpera susceptível para o desenvolvimento de alterações de humor ou também denominadas por perturbações psicopatológicas.

Deste modo, é de referir o extenso número de modificações a diversos níveis (físico, social, biológico e psicológico) que o puerpério acomete na puérpera, sendo que, de acordo com Figueiredo (2001, p.102) "... a mulher vê-se confrontada com a necessidade de realizar um conjunto nem sempre progressivo de adaptações que a tornam mais vulnerável ao desequilíbrio psicológico."

Desta forma, conscientes, os investigadores têm vindo, para além de concordar, a inserir nas suas explicações conceptuais, as dificuldades da puérpera na adaptação a estas mudanças.

Assim, tais transformações, podem condicionar níveis de perturbações psicológicas, o que, por sua vez, aliado a outros factores adversos, de natureza biológica, física e psicossocial, conduz ao desenvolvimento progressivo/gradual de doença psiquiátrica (Gonçalves, 2008).

As mudanças anteriormente mencionadas que ocorrem no puerpério, têm sido apontadas como motivo suficiente para denominar este período, como sendo difícil, muito complicado e tal como afirma Maldonnado (2000, p.23).

A adaptação a estas mudanças tão intensas leva a mulher a tornar-se sensível, confusa e ansiosa, associada a uma instabilidade emocional característica da primeira semana pós parto (...)

Mediante isto, os enfermeiros deverão estar sensíveis para a detecção de simples sinais ou comportamentos invulgares, no decorrer deste momento tão delicado como menciona (Antunes, 2007), redobrando a atenção durante o internamento da puérpera pois este é o momento crucial para avaliar de forma mais eficaz e precisa, as suas atitudes, uma vez que o contacto puérpera - enfermeiro é constante.

No entanto, perante este cenário e tendo em conta apenas o período médio durante o qual a puérpera se encontra internada, surgem alguns obstáculos que atrasam e dificultam o despiste de sintomas para o diagnóstico da tristeza pós-parto.

Entre esses obstáculos é de destacar o facto da puérpera, mediante o nascimento de um filho ficar radiante, estado de humor que se mantém no internamento, pelo facto de estar à disposição da mesma o apoio constante do profissional de enfermagem. No entanto, ela não encontra este apoio quando se encontra no domicílio, sendo predominantes os sentimentos de solidão, desamparo e fadiga (Sousa, 2006).

Os estados de desequilíbrio que a mulher apresenta neste período de puerpério, nomeadamente as alterações súbitas do balanço hormonal, a fadiga, o desconforto físico e a inexperiência de cuidar do seu filho, não são, na sua grande maioria, detectáveis durante o internamento hospitalar (Barros, *cit. in* Santos 2006).

Isto deve-se em parte, ao curto espaço de tempo de internamento. A mulher, muitas vezes, não consegue sair da fase de dependência para uma fase de independência de forma a cuidar da sua própria saúde e do seu filho (Sousa , 2006).

Para além de que, quando se trata do nascimento do primeiro filho, o processo de transição para a parentalidade, com as alterações nos papéis familiares e o aumento da responsabilidade implicam muitas vezes momentos de stress à "nova" mãe e família.

Tendo o período de puerpério distintas etapas, às mesmas dizem respeito distintas intervenções com graus de importância e objectivos diferentes. O puerpério, é segundo a maioria dos autores consultados, dividido em três fases: puerpério imediato (compreende as primeiras quatro horas ocorridas após o nascimento), puerpério mediato (fim do período imediato até terceiro dia) e puerpério tardio (compreende fim do período mediato até sexta ou oitava semanas)

Às alterações fisiológicas no puerpério podem vir associados distúrbios de ordem psíquica, por se tratar de uma fase em que a mulher encontra-se emocionalmente vulnerável. Essas modificações ocorrem em simultâneo, num momento em que é

exigido por parte da mulher e da própria família, a postura de mãe ideal, que demonstra felicidade, receptividade, assim como disposição para amamentar e conceder cuidados ao recém-nascido. Todavia, é negligenciado o facto de se tratar de um momento de intensas transformações físicas/biológicas, psicológicas e sociais (Canavarro, 2001).

É portanto, deveras importante que os profissionais estejam atentos e ajudem a puérperas a adaptarem-se não só às mudanças físicas, biológicas, sociais, mas que forneçam o apoio necessário, para que as mesmas saibam lidar com a ambivalência de sentimentos experienciados no puerpério.

2.1.1) Alterações físicas

As primeiras grandes mudanças associadas à maternidade verificam-se a nível biológico. O corpo da mulher muda progressivamente ao longo da gravidez, mas abruptamente após o nascimento do bebé (Branden, 2000).

Sobre este assunto, Perry e Lowdermilk (2006) referem que, as alterações físicas que surgem ao longo do puerpério, ocorrem a nível dos seguintes sistemas: reprodutor, endócrino, urinário, abdómen, gastrointestinal, cardiovascular, músculo-esquelético, tegumentar e nervoso.

Relativamente às alterações do sistema reprodutor é de destacar a involução uterina (que se inicia com a expulsão da placenta através da contracção do músculo liso uterino e contracção dos vasos uterinos, ocorrendo o retorno do útero ao estado não gravídico). Outra alteração deste sistema, corresponde ao aparecimento de perdas hemáticas (lóquios), que podem variar as suas características não sendo considerado patológico se esses lóquios possuírem características essencialmente hemáticas entre os primeiros três dias, se forem fundamentalmente sero-hemáticos entre o quarto e a nono dia e se forem substancialmente serosos entre o décimo dia e as três semanas (Perry e Lowdermilk, 2006).

Quanto às alterações que ocorre a nível do colo uterino, é de referir que, após o parto é mole readquirindo a sua forma cerca de dezoito horas após o parto. Para além disso,

com o esforço efectuado durante o parto, podem surgir hemorróidas. Estas diminuem de tamanho dentro de seis semanas após o nascimento, de acordo com Perry e Lowdermilk (2006).

É de destacar ainda as alterações que ocorrem a nível da vagina e períneo, sendo que a parede da mesma muito distendida e lisa retorna gradualmente ao seu estado não gravídico cerca de seis a dez semanas após o nascimento (Resnik,2002, *cit. in* Perry e Lowdermilk, 2006). Por fim, ainda relativamente a este sistema e quanto à musculatura pélvica, pela distensão dos tecidos que ocorre durante o parto, pode levar que só ao fim de seis meses os músculos recuperem o tónus (Perry e Lowdermilk, 2006).

Quanto às alterações decorrentes no sistema endócrino, após o parto ocorre uma diminuição hormonal de progesterona, estrogénios e de gonadotrofina coriónica humana (HCG), sendo esta última extinta da circulação materna ao fim de catorze dias, de acordo com Resnik (*cit. in* Perry e Lowdermilk, 2006).

Ao nível abdominal, para que este retorne ao seu estado não gravídico são necessárias em média seis semanas, dependendo de exercício adequado, da quantidade de tecido adiposo e do tónus anterior (Perry e Lowdermilk, 2006).

Mediante as alterações que ocorrem no sistema urinário, a diminuição dos níveis de esteroídes propiciada pelo puerpério, justifica a redução da função renal durante este período. Porém, esta função retorna ao normal dentro de um mês após o parto segundo Branden (2000).

A mulher costuma ainda, ao longo dos primeiros dias do puerpério, apresentar uma certa tendência para a retenção urinária, promovida pelos traumatismos provocados pelo parto induzido, o aumento da capacidade vesical que se segue e os efeitos da indução anestésica. Com o adequado esvaziamento da bexiga, a tonicidade é normalmente restabelecida entre cinco a sete dias após o parto. Assim, no puerpério, a bexiga tem a capacidade aumentada e é menos sensível ao aumento da pressão intravesical (Freitas et al., 2001).

Após o parto a tonicidade muscular e a motilidade gastrointestinal mantêm-se diminuídas, levando isto a um risco acrescido de desenvolver um quadro de obstipação e ou até hemorróidas. Para além disto e focando a atenção para a obstipação, é de referir que a gestação o parto e pós parto, são momentos de elevado risco para despoletar a obstipação, devido à analgesia, menor ingestão alimentar, dor perineal, desidratação, relaxamento da musculatura abdominal, anestesia e enema antes do parto, segundo Freitas et al.(2001).

Este facto é explicado também por Ricci, (*cit. in* Perry e Lowdermilk, 2006,p.533) da seguinte forma:

O sistema gastrointestinal retorna imediatamente ao seu estado normal pré-gravídico já que não há mais a presença do útero ocupando a cavidade abdominal e nem pressão sobre os órgãos presentes no abdómen. O tónus do intestino continua um pouco lento por alguns dias após o parto e é frequente a obstipação intestinal.

No que diz respeito às alterações do sistema cardiovascular, estas estão condicionadas por diversos factores, nomeadamente o tipo de parto, pois deste depende a quantidade de perdas sanguíneas e portanto as alterações do sistema circulatório após o parto. É de salientar que o parto por cesariana, apresenta duas vezes mais perdas de sangue comparativamente ao parto eutócico (Perry e Lowdermilk, 2006).

Relativamente ao débito cardíaco, este permanece aumentado nas quarenta e oito horas após o parto devido à rápida diminuição do fluxo sanguíneo uterino e mobilização do fluido extravascular, sendo que geralmente volta ao normal às seis semanas após o parto, de acordo com Resnik (*cit. in* Perry e Lowdermilk, 2006).

Focando as alterações dos sinais vitais, é de referir quanto à temperatura, que após as vinte e quatro horas a puérpera deverá estar apirética. No entanto, se verificar hipertermia no segundo ou terceiro dia do puerpério, pode dever-se à subida de leite, ingurgitamento mamário ou a outra complicação (Branden, 2000).

Por último, é de destacar ainda como alterações deste sistema as varizes, que mesmo sendo comuns na gravidez, regridem imediatamente após o parto (Perry e Lowdermilk, 2006).

Relativamente ao sistema nervoso e de uma forma muito sucinta, ocorrem durante o puerpério alterações neurológicas resultantes da reversão das adaptações maternas à gravidez e traumatismos decorrentes do trabalho de parto. Todavia, os desconfortos neurológicos induzidos pela gestação, cessam após o parto, tal como afirma Resnik (*cit. in* Perry e Lowdermilk, 2006).

Quanto às alterações decorrentes no sistema músculo-esquelético é de referir que a estabilização das articulações está completa cerca de seis a oito semanas após o parto. Para além disso, a distensão prolongada da parede abdominal pelo útero gravídico diminui o tónus, sendo que a sua recuperação ocorre nas duas a três semanas de puerpério (Perry e Lowdermilk, 2006).

Verifica-se no sistema tegumentar após o parto, regressão da hiperpigmentação característica da gravidez. No entanto, a hiperpigmentação da aréola mamilar e linha branca no abdómen podem não desaparecer completamente. Ainda a nível mamário, as mamas tornam-se mais cheias e pesadas, cerca de setenta e duas a noventa e seis horas após o parto (Branden, 2000).

Para além disso, o cloasma geralmente desaparece e as estrias desvanecem, mas a sua coloração não desaparece. Anomalias vasculares (nevos, eritema palmar), geralmente desaparecem em resposta ao declínio de estrogénios. Ainda é de referir que o cabelo cresce devagar no puerpério. A abundância de pêlos finos presentes durante a gravidez desaparecem após o parto e as unhas retornam à consciência e dureza anteriores (Branden, 2000).

No fim do puerpério, as mulheres costumam pesar, em média, 2 kg a mais do que pesavam antes da gravidez ou até mais (Corleta, 2000).

Relativamente às alterações físicas, estas ocorrem em todos os sistemas, tal como foi mencionado, assim sendo, é importante que os profissionais tenham conhecimento destas alterações, não só para criarem estratégias para as puérperas se adaptem a essas transformações de uma forma saudável, mas também para despistarem anomalias dessas transformações.

2.1.2) Alterações sociais

Segundo Nascimento, (*cit. in Saraiva et al.,2008*), a maioria das perturbações de humor que sucedem durante o puerpério tem implicações em todo o sistema sócio-familiar que envolve a mulher, especialmente na interação com o bebé.

Neste âmbito, é de salientar que está claramente mencionado na literatura, a dificuldade patente nas puérperas, quanto à adaptação do seu papel parental, o qual deverá conciliar-se com a vida do casal. Não obstante, pode ainda sinalizar-se todo um conjunto de mudanças a nível familiar, pois a presença do bebé prejudica o equilíbrio existente entre os diversos membros que constitui a família.

De igual modo, podem também ser experienciadas dificuldades no relacionamento com a família, geradas pela falta de suporte emocional da parte do marido ou situações de conflito com a família de origem (Duarte, 2009).

Estes factos ocorrem ao mesmo tempo, em que é esperado pela própria mulher e pela própria família, uma atitude de mãe ideal, que exprima felicidade, receptividade, bem como disposição para amamentar.

Deste modo, o pai e a família próxima deverão ser capazes de aceitar as alterações emocionais da mãe, confortá-la sem dramatizar nem criticar, reforçar as suas competências como mãe, ajudar no cumprimento das tarefas quotidianas, assim como nos cuidados com o bebé, sempre que necessite, mas tendo o cuidado de não a substituir nem interferir na relação estabelecida entre os dois (Perry e Lowdermilk, 2006).

Recentemente várias pesquisas tem-se centrado na adaptação ao papel materno. Assim, a adaptação ao papel materno é um processo pelo qual a mulher apreende o seu comportamento materno e fica satisfeita na sua identidade como mãe. Nesta linha de ideias, é de referir que o apoio social, a idade da mãe, características de personalidade, o apoio do companheiro têm influência no sucesso da adaptação ao papel materno (Burroughs, 1995).

Para além disso e segundo Burroughs (1995,p.216)

(...) o nível de maturidade da mulher, o contacto reduzido da mãe com a criança no caso de prematuros, a falta de um sistema de apoio ou saúde podem também interferir na adaptação ao papel materno.

De acordo com Zagonel (2003), o desempenho e a adaptação ao papel materno/paterno dependem também do aspecto cultural da família ou sociedade em que vivem. Todavia, a interação da família (do parceiro, mãe, sogra e irmãos) com a nova mãe, podem significar o apoio ou indicar a incapacidade da mãe em executar os cuidados necessários para si e para o seu filho.

2.1.3) Alterações de psicológicas

Tal como será descrito posteriormente, são constantes as dúvidas, medos, angústias, ansiedade, receios, fantasias, sentimentos específicos e inseguranças presentes no puerpério.

O puerpério é sempre um processo de mudança, mudança esta que deverá ser aceite pela puérpera, de forma a compreender todas as alterações associadas e de forma a resolver todas as dúvidas e medos patentes neste período. Assim, os sinais indicadores mais frequentes de perturbações psicológicas são os impulsos, instabilidade emocional, maior irritabilidade, vontade de chorar, apreensão, medo, alegria e excitação (Saraiva et al. ,2008).

As perturbações psicológicas decorrentes no puerpério são, de acordo com Antunes, et al. (2007): a tristeza pós-parto, a depressão e psicose puerperal, perturbações estas, que serão abordadas com mais detalhe posteriormente.

Se existem doenças mentais cuja prevalência tem permanecido constante ao longo do tempo, existem outras, nomeadamente algumas formas de perturbação psicológica, cujo número de casos parece ter vindo a aumentar quase exponencialmente nas últimas quatro décadas, segundo estudos científicos.

A literatura consultada destaca três formas, de gravidade crescente, de perturbações psicológicas no pós-parto, o Blues pós-parto (BPP, traduzido pela maioria dos autores portugueses como tristeza pós-parto) a Perturbação Depressiva Major (PDM) mais conhecido por Depressão Pós – Parto (DPP) e a clássica Psicose Puerperal (PP) (Duarte, 2009).

Tal é que, de acordo com Earl (2001, p.57): “Ter um bebé pode ser um grande choque para uma mulher, por isso não é surpreendente que algumas mulheres se sintam em baixo de forma após o parto(...).

A gravidez e a maternidade são considerados períodos que se caracterizam pela necessidade de resolução de tarefas de desenvolvimento específicas e de viver uma crise própria que se espera que seja ultrapassada com sucesso (Leal, *cit. in* Sousa, 2006).

Assim, nesta linha de pensamento, Sousa (2006, p.10), refere o seguinte: “(...) se esta crise não se resolver, pode levar a problemas de desenvolvimento e perturbações consideradas graves na saúde mental da mulher”

Na literatura mais recente é evidenciada a ideia de que as já mencionadas alterações de humor não são específicas do puerpério, no entanto iniciam-se no pós-parto, sendo desta forma o parto visto como um factor desencadeante para o desenvolvimento das mesmas (Flynn, Camacho et al., *cit. in* Gonçalves, 2008).

Alguns estudos indicam que, a probabilidade de a mulher ser internada numa instituição psiquiátrica após o parto, é dez a vinte vezes superior ao que pode ser previsto numa outra altura da sua vida, principalmente nos primeiros três meses que se seguem ao puerpério (Olsen, Lauren et al., *cit. in* Gonçalves, 2008).

Segundo Antunes e tal., (2007), vários são os factores apontados para o surgimento de alterações psicológicas no puerpério. Estes autores destacam os seguintes factores: biológicos (condições neuro-endócrinas), sócio-económicas (baixo nível social, antecedentes familiares e pessoais de doença psiquiátrica, falta de suporte social e familiar, privação materna precoce, desarmonia conjugal, gravidez não planeada, mãe solteira, primípara, mãe adolescente ou com idade avançada, parto prematuro ou difícil, bebé com défices sensoriais, morte perinatal do bebé, filhos de mães que sofreram luto recente, filhos de mães toxicodependentes e alcoólicas.

2.1.3.1 – Tristeza pós-parto

Embora a tristeza pós-parto, também conhecido como síndrome de tristeza pós-parto, blues-pós-parto e disforia pós parto (Chaudron e Pies, *cit. in* Saraiva et al., 2003) ou de tristeza materna (Branden, 2000), não ser considerado, pela grande maioria dos autores consultados, como uma perturbação psicopatológica, é sem dúvida, um desequilíbrio emocional no qual vale realmente a pena debruçar.

Actualmente, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o Blues pós-parto pode ser incluído entre os transtornos de ajustamento (Araújo e Silva, 2003).

Contudo, este desequilíbrio emocional, tem sido definido e descrito por Miller & Ruskstalis (*cit. in* Araújo e Silva, 2003) como tendo um carácter essencialmente transitório, frequente e benigno, de perturbação de humor. Surgindo aquando do parto, nomeadamente entre o terceiro e o sétimo dia após o parto (Antunes et al, 2007) tem como fonte justificativa, o facto de considerarem os sintomas desencadeados pelo blues, como sendo menos intensos e de pouca durabilidade, comparativamente com a psicose e depressão puerperal (Araújo e Silva, 2003).

Numa perspectiva clínica, esta alteração de humor é também denominada por “atividade emocional excessiva” (Feinenmann, 2000, p.28).

É ainda, de acordo com referências actuais, descrito como uma reacção que não acarreta complicações e caracteriza-se nomeadamente pela alegria do nascimento do filho, sensação de bem-estar. Todavia esta alteração de humor é seguido por uma manifesta melancolia, sentimentos de inadequação e incapacidade no desempenho do papel de “mãe” (Antunes et al., 2007).

É por isso importante referir que a tristeza pós-parto gira em torno de dois pólos: o negativo, no qual predominam sentimentos de incapacidade, tristeza, melancolia e o pólo positivo, no qual estão presentes sentimentos de alegria e bem estar (Oliveira et al., 2004).

Para além disto, esta alteração de humor, encontra-se patente em cerca oitenta por cento das puérperas e de acordo com a OMS (2007), pode ter início entre os três a sete dias depois do parto, persistindo por uma a duas semanas, podendo no entanto, prolongar-se por mais tempo.

Os sintomas específicos desta perturbação, segundo Figueiredo (2001) são: disforia, humor lábil, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, insónia, fadiga, perda de apetite, fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade. Porém, para muitos autores que se dedicaram ao estudo da tristeza pós-parto, a labilidade de humor e as crises de choro, são fontes de evidência enquanto sintomas nucleares da presente alteração de humor.

Esses quadros normalmente não necessitam de intervenção farmacológica, e a abordagem é feita no sentido de garantir suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebé (Cantilino, *cit. in* Gonçalves 2008).

No entanto alguns autores referem a existência de outros sintomas nas mulheres com tristeza pós-parto, como por exemplo a presença de stress, dificuldades de concentração e memória(Kennerley & Gath *cit. in* Gonçalves 2008).

Outros autores tais como Araújo e Silva (2001) consideram a tristeza pós-parto como um evento normal e adaptativo, sendo que os mesmos referem que este desequilíbrio emocional chega ao ponto de ser essencial para o alívio do stress e ansiedade que decorrem no puerpério.

Para além disso, Miller & Rukstalis (*cit. in* Araújo e Silva, 2003, p.3), salientam ainda que esta alteração surge como:

(...) uma resposta emocional adequada e importante para a sobrevivência da espécie, dado que facilita a aproximação da mãe ao bebé, necessária à sobrevivência deste. (...)

Dunnewold e Sanford (2001) referem ainda que os sentimentos e experiências, como fazendo parte da adaptação normal de uma mãe ou de um pai nos primeiros meses de vida de um bebé: os gritos, o choro, a irritabilidade, a raiva, a perturbação do sono, a fadiga, o humor negativo, as alterações do apetite, a perda de interesse nas actividades habituais, a perda do interesse sexual, a ansiedade, as variações de humor, os sentimentos de dúvida acerca da sua atractividade sexual e das competências parentais.

Em termos etiológicos, Henshaw (*cit. in* Gonçalves 2008) refere que a presença de problemas emocionais durante a gestação, algumas características de personalidade, tais como: a ansiedade, o neuroticismo e reacções negativas inerentes ao parto (como por exemplo, a aparência física do bebé) e a dificuldade em cuidar do bebé, têm vindo a ser descritas como variáveis associadas ao desenvolvimento da tristeza pós-parto.

O surgimento deste quadro está ainda relacionado, de acordo com alguns autores, com variações hormonais que ocorrem na mulher no momento que se segue ao parto tais como: a diminuição abrupta de progesterona (Gelder, *cit. in* Figueiredo, 2001), a redução de estrogénios (Nott et al., *cit. in* Henshaw, *cit. in* Gonçalves 2008) e o aumento da prolactina (George e tal. *cit. in* Figueiredo, 2001).

Por um lado, a maior parte dos autores partilham a ideia de que não estão geralmente presentes na tristeza pós-parto, os critérios necessários para o diagnóstico de uma perturbação de humor, sendo ao longo de diversas pesquisas efectuadas claro que não se

trata de uma perturbação psicopatológica, mas sim visto como algo natural e adaptativo, que favorece inclusive a aproximação mãe-bebé (Figueiredo *cit. in* Canavarro 2001), tal como já foi referido anteriormente.

A tristeza pós-parto, dada a sua natureza transitória e auto-limitada, raramente é alvo de uma intervenção específica. No entanto, a persistência de sintomas para além das duas semanas funciona habitualmente como precursor de perturbação depressiva major, com início no pós-parto, pelo que, nesse sentido, não deve ser ignorada (Duarte, 2009).

Para além disto, é ainda de destacar que, de acordo com (Feinenmann, 2000,p.33):

(...) há uma ligação entre “adaptação normal” e depressão pós-parto”. As pessoas que ignoram ou reprimem esses sentimentos acharão mais difícil adaptarem-se às mudanças. Pode muito bem ser que as mulheres que entram numa depressão pós-parto tendam a ser as que acham este período de adaptação particularmente difícil. Talvez sejam mais isoladas e, portanto, menos capazes de confiar noutras pessoas, (...)

Por tudo o que foi referido, é de destacar que embora a tristeza pós-parto seja uma alteração de humor transitória não deve ser menosprezada.

2.1.3.2– Psicose puerperal

Embora casos desta doença tenham sido relatados já desde o despoletar da medicina, psicose puerperal ainda não é compreendida actualmente na sua totalidade. Assim, nos dias de hoje, a maioria dos investigadores considera-a como forma de depressão maníaca, com surtos de euforia hiperactiva, seguidos de episódios de desespero (Feinenmann, 2001).

O facto é que os sintomas maníacos estão particularmente presentes na psicose puerperal, quando comparada com a psicose que ocorre noutras alturas da vida da mulher (Brokckington *cit. in* Canavarro 2001).

A psicose pós-natal ou puerperal corresponde a um estado excepcional, sendo considerada como a mais grave de todas as formas de insanidade mental, de acordo com psiquiatras e segundo Feinenmann (2001). Assim, a psicose puerperal tem sido definida como uma perturbação que exige intervenção emergente, devido ao risco de suicídio ou infanticídio, sendo descrita como inesperada, com sintomatologia psicótica e de predomínio raro.

Por sua vez, é referida na literatura por Brockington (*cit. in* Canavarro, 2001, p.168)

(...) como uma alteração muito significativa no contacto da mulher com a realidade, particularmente com o bebé – nos primeiros dias do puerpério (...)

Ainda e de acordo com a Oliveira et al (2004), a psicose puerperal apresenta uma incidência de 0,1% a 0,2%, sendo a sua forma de apresentação de predomínio afectivo, maníaca ou depressiva, caracterizando-se sintomatologicamente por alteração de humor, ideias delirantes, alucinações, desorientação, agitação, sensação de poder infinito, capacidade de controlar situações sem reflexão crítica. É ainda comum a presença de pensamentos delirantes, tais como sobre a morte do bebé, negação da gravidez e manifestações de necessidades de matar o bebé.

Para além disto e segundo Duarte (2009), esta alteração pode ocorrer durante as primeiras duas semanas ou um a três meses após o parto. Todavia, alguns autores como Oliveira et al (2004), referem o seu aparecimento nos primeiros dias ou semanas a seguir ao parto, resolvendo-se entre um a três meses com o tratamento adequado.

Ainda nesta ordem de ideias, estudos empíricos desenvolvidos em torno desta temática, indicam que, em nenhum dos casos estudados o início se verifica antes do terceiro dia e depois da quarta semana do puerpério (Klompenhouwer *cit. in* Canavarro 2001).

Para além destes factos, são descritos como fundamentais para o diagnóstico de psicose puerperal, a presença dos seguintes sintomas: a hiperactividade, pouca necessidade de descanso, dificuldade de concentração, discurso muito rápido, a tropeçar nas palavras, irritabilidade e alucinações Feinenmann (2001).

No entanto, ainda perante este cenário pouco agradável, Klompenhouwer (*cit. in* Canavarro, 2001, p.171), refere que:

(...) a puérpera alterna entre momentos de alguma adaptação à realidade e desempenho adequado dos cuidados ao bebé e momentos de quebra total no contacto com a realidade,(...)

Em termos de tratamento e tendo em conta que, a presente patologia assume o papel de condição grave, é quase sempre necessária a hospitalização da mãe. Torna-se evidente na literatura consultada que, uma das condições que complementa o tratamento ideal seria a possibilidade do bebé acompanhar a mãe na mesma unidade de internamento, dadas as consequências nefastas da separação, uma vez que a relação entre a mãe e o bebé ainda se está a organizar (Sousa, 2006).

Estudos científicos recentes sustentam a hipótese de que a mulher portadora de psicose puerperal que comete infanticídio, necessita mais de tratamento e reabilitação do que de punição legal, a fim de se evitarem outras fatalidades decorrentes da gravidade do quadro. A educação familiar também estaria presente nesse tipo de intervenção (Spinelli, 2004).

Deste modo, o importante para estes investigadores (Steiner e Tam, 1999) é distinguir a psicose de outras perturbações psicopatológicas, pois embora a psicose tenha sido relacionada com diferentes perturbações psicopatológicas, na mesma têm sido destacados fundamentalmente sintomas maníacos (variações abruptas no estado de humor e disponibilidade para o contacto com a realidade), sendo distinguida, desta forma das restantes perturbações.

Em termos etiológicos, à semelhança da tristeza pós-parto, os factores biológicos decorrentes da gravidez e do parto são destacados juntamente com a vulnerabilidade psicopatológica prévia da mulher (antecedentes psiquiátricos), como sendo os factores etiológicos principais para o desenvolvimento da psicose puerperal. É amplamente aceite entre os investigadores que os factores mais evidentes envolvidos na psicose pós-parto sejam biológicos (Murray, e tal., *cit. in* Gonçalves 2008) à semelhança do tristeza pós-parto, nomeadamente variações hormonais que ocorrem no puerpério, sobretudo a

queda dos níveis de progesterona e ou estrogénio (Corleta, 2003), tal como a vulnerabilidade psicopatológica da mulher, pela ocorrência prévia de perturbação psicopatológica (Figueiredo, 2001).

Todavia, as variáveis sócio-cultural e psicossocial não têm encontrado fundamento empírico na etiologia desta perturbação, à excepção da primíparidade (Kendell e Chalmers, *cit. in* Flynn, 2005) e ausência do marido ou companheiro (Murray & Cooper, *cit. in* Harris, 2002, *cit. in* Gonçalves 2008).

No sentido de evitar o impacto ou as repercussões desfavoráveis, já mencionadas neste trabalho, tanto para a mãe como para o seu bebé, os autores advertem para a necessidade de um diagnóstico rápido com vista a uma intervenção imediata e eficaz (Gonçalves,2008).

2.1.3.3 – Depressão pós - parto

Também denominada de depressão puerperal, depressão maternal ou depressão pós-parto, consiste numa perturbação emocional, humoral e reactiva, identificada em mulheres após o parto, durante o período do puerpério (Holmes, 2001).

A depressão pós-parto (DPP), é segundo Zanotti et al (2003) um transtorno mental de elevada prevalência e que conduz a alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, iniciando-se da maneira insidiosa podendo durar semanas após o parto. Por sua vez de acordo com Beck (*cit. in* Marques, 2003) trata-se de uma depressão que se desenvolve especificamente em volta do desempenho do papel materno e do bebé.

É assim, considerado um distúrbio de humor de grau moderado a severo, que se encontra clinicamente identificado com o episódio depressivo descrito no DSM.IV (Classificação de doenças mentais da associação norte-americana de psiquiatria) (Albuquerque et al, 2003).

Em relação à prevalência desta perturbação psicopatológica, de acordo com dados divulgados pela Sousa (2006), compreende dez a vinte por cento.

Tal como se sucedia com a importância da distinção da psicose puerperal das restantes o mesmo acontece com a depressão puerperal. Sendo que, não há unanimidade entre autores quanto à distinção entre a sintomatologia da depressão pós parto de outras depressões, contudo, de acordo com Figueiredo (*cit. in* Canavarro 2001, p.147):

(...) quer seja ou não a mesma sintomatologia, algumas diferenças têm sido apontadas pelos investigadores e clínicos, as quais nos parecem relevantes tanto para o diagnóstico, como e sobretudo para a intervenção junto das mulheres com depressão pós-parto.

Esses sintomas, podem ter origem em factores biológicos, obstétricos, psicológicos ou sociais, incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo, desesperança, falta de energia, desmotivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de incapacidade para lidar com novas situações, queixas psicossomáticas, bem como dificuldades no estabelecimento de relações intra-parentais (Tavares e Botelho, 2009).

Para além disto, tem sido assinalados em diversos estudos empíricos a presença de um elevado número de queixas físicas, tais como a fadiga, cefaleias, falta de apetite comparando com o número de sintomas cognitivo-emocional (Canavarro, 2001).

Outros estudos ainda revelam que as poucas mães com DPP que pedem ajuda especializada justificam esse período com base em queixas físicas, sendo que muitas das vezes tal resulta de uma dificuldade em reconhecer ou admitir a presença de outras dimensões perturbações psicológicas (Canavarro , 2001), tais como tristeza, com o receio de uma possível estigmatização (Epperson *cit. in* Canavarro 2001). Isto porque, as puérperas sentem que as expectativas sociais são de que elas estejam satisfeitas e acabam por se sentir culpadas por experimentarem sintomas depressivos num momento que deveria ser vivido com alegria.

Para Nascimento (2003), um dos factores que contribui para o desencadeamento da depressão pós-parto, é o facto de antigamente a rede familiar e social envolver a grávida oferecendo - lhe de certa forma protecção e suporte emocional tanto durante a gestação

como no puerpério, onde a mesma era cuidada e alimentada tal como o bebé. Cenário este que não corresponde à actualidade, na qual o suporte familiar é bem menor.

Tal como afirma Maria de Jesus Correia (2002):

Actualmente, a mulher tem que conciliar as figuras de mãe, mulher e profissional, o que aumenta a tendência para se deprimir face às contrariedades (...). À mulher urbana actual é-lhe exigido que seja uma super-mulher. Além disso, as mulheres estão mais sozinhas, os núcleos familiares dão menos apoio. A sociedade e a família precisam de dar mais atenção à mãe que, quando o bebé nasce, A mãe sente-se um bocadinho feia fisicamente, o peito lateja, os pontos doem, mas as pessoas só perguntam pelo bebé (...)

Deste modo, os factores de risco têm sido referidos constantemente na literatura são: acontecimentos adversos na vida da mulher (Boyce & Hickey *cit. in* Gonçalves 2008), a insatisfação quanto à relação conjugal (Samuelsen et al *cit. in* Gonçalves 2008) , história de perturbação psiquiátrica na mulher (Kennel & Klaus 2000 *cit. in* Gonçalves 2008), a ausência do suporte social (Boyce & Hickey *cit. in* Canavarro, 2001), nomeadamente do suporte de apoio do companheiro, bem como de sua família e amigos, sendo isto visto como uma rede de apoio para a prevenção da ocorrência da DPP. Também a qualidade e o ajustamento no relacionamento conjugal interferem significativamente no facto de a puérpera desenvolver ou não depressão puerperal (Figueiredo, 2001).

Relativamente aos acontecimentos adversos na vida da mulher são apontados maioritariamente na literatura os seguintes: desemprego materno e paterno, dificuldades financeiras e ocorrência de problemas de saúde na família da puérpera. Quanto à relação conjugal, diversas fontes bibliográficas aludem que a puérpera percepção de forma negativa o apoio do cônjuge (Marques, 2003) .Neste sentido, estudos indicam que sendo a relação conjugal fucral para a estabilidade da puérpera a depressão ou estado emocional doo cônjuge influenciará o risco de alterações de humor na mão (Areias e tal, *cit.in* Gonçalves , 2008).

Para além disso, na literatura, a história de perturbação psiquiátrica na mulher juntamente com ausência de suporte social é mencionada como um dos primordiais factores de propensão da depressão pós-parto (Kennel & Klaus, 2000), assim como,

certas variáveis psicológicas têm sido descritas como tendo algum grau de vulnerabilidade na mulher, nomeadamente um elevado neuroticismo (Boyce & Hichey, 2005 *cit. in* Gonçalves 2008), tal como um estilo de vinculação inseguro (Bifulco, *cit. in* Saraiva e Coutinho 2008).

Alguns estudos no âmbito do pós-parto têm também salientado variáveis inerentes às características do bebé que podem conduzir à perturbação mencionada, tais como: prematuridade, problemas neo-natais de saúde (Genaro, 1988), temperamento difícil ou comportamento negativo (O’Hara et al., 1991 *cit. in* Gonçalves 2008), podem condicionar negativamente o humor da mãe tornando-a mais propensa para desenvolver depressão puerperal.

Tal como já foi mencionado anteriormente existem referenciadas pela literatura três principais alterações de humor no puerpério; a tristeza pós-parto, a psicose puerperal e depressão pós-parto, com sintomatologia, características e graus de gravidade distintos e portanto com focos de atenção diferentes.

2.2 Intervenções de enfermagem no pós-parto

Tendo em conta que os factores psico-sociais revelam importância na gravidade, emergência e conversão das alterações de humor, torna-se fundamental definir estratégias preventivas. Assim é importante desenvolver competências de relação de ajuda e de empatia pelos profissionais de enfermagem, favorecendo deste modo uma relação interpessoal positiva com liberdade de expressão, de esclarecimento de dúvidas por parte das puérperas, educando e intervindo de forma individual e personalizada, respeitando as necessidades detectadas (Perry e Lowdermilk, 2006).

Nos profissionais de enfermagem é depositada a responsabilidade de orientação inerente às alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes não só da gravidez mas também do puerpério. Para além disso também são imputados de detectar precocemente eventuais alterações psicológicas que possam desenvolver como consequência de uma má adaptação ao novo estatuto de mãe (Perry e Lowdermilk, 2006).

É de referir ainda a relevância da actuação do enfermeiro na promoção e manutenção da saúde materna, pois mesmo que as alterações emocionais sejam reconhecidas como características do pós-parto, as puérperas carecem de apoio e atenção, seja ela evidenciada na prestação de cuidados ou na realização de actividades educativas, dado que para além das alterações físicas que ocorrem no puerpério, a nova mãe está mais susceptível a alterações de ordem psíquica, tal como mencionado anteriormente.

O tratamento consiste no esclarecimento, compreensão e apoio por parte da família e dos profissionais de saúde. Perante isto e demonstrando preocupação com a assistência prestada à puérpera, Ferreira (*cit. in Araújo e Silva 2003, p.4*).

(...) atenta para a necessidade de acompanhar a mulher mesmo tratando-se de um puerpério “normal”, para que a mesma desenvolva autoconfiança e habilidade para cuidar da criança.

Deste modo, para além de executar, as acções do enfermeiro baseiam-se em ensinar, encorajar e apoiar, enquanto implementa o plano de cuidados psicossociais à puérpera.

2.2 Intervenções de enfermagem no puerpério tardio

O puerpério tardio é um período no qual surgem muitas dúvidas às puérperas no que refere aos sinais de perigo no período pós parto, à higiene, ao repouso, à nutrição, entre outros. Assim sendo, o enfermeiro é responsável por transmitir determinadas recomendações à puérpera aquando da alta hospitalar.

Destas recomendações destacam-se, de acordo com Branden (2000), que esta deve contactar imediatamente o médico ou enfermeira-obstetra, se ocorrerem: hemorragia vaginal volumosa ou emissão de coágulos com odor fétido, febre igual ou superior a 38.5°C por mais de vinte e quatro horas; aparecimento de área vermelha dolorosa e quente numa das mamas bem como de desconforto mamário consequente; disúria; sensação de profunda tristeza, depressão ou incapacidade de levantar-se cama de manhã.

É ainda recomendado às puérperas, seguir medidas para manter a higiene, repouso e nutrição adequadas: se a puérpera estiver a usar cinta, deverá trocar o penso higiénico de quatro em quatro horas, e deverá aplicar e retirar o penso higiénico da frente para trás, bem como limpar-se de igual modo após urinar ou defecar de modo a evitar a contaminação pelos microorganismos fecais. Para além disso é recomendado tomar pelo menos um banho de chuveiro por dia. Quanto à actividade sexual, à puérpera é transmitida a possibilidade de a manter, caso não se sinta desconfortável, sendo também informada quanto aos métodos contraceptivos a fim de evitar uma gravidez indesejada (Branden 2000).

Para além disto e tendo em conta que a puérpera ter-se-á que adaptar aos horários de sono/alerta do bebé, é recomendado à puérpera o descanso com intervalos frequentes durante o dia, nomeadamente se for necessário acordar à noite para cuidar do bebé. É ainda aconselhada sobre os elementos que constituem uma dieta nutritiva (Branden 2000).

Ainda, segundo Soares (2010) a tristeza pós-parto deve ser vivenciado pela puérpera como uma reacção inicial natural a uma nova vida. Para a mulher é importante que o companheiro/marido forneçam todo o suporte afectivo e sejam compreensivos nesta fase, pois caso a nova mãe não sinta este suporte, poderá vir a desenvolver uma alteração de humor mais grave. Deste modo, a família deve agir com naturalidade, não criticando, mostrando que face a esta realidade, no puerpério é natural que surjam dúvidas, ajudando a mãe a cuidar do bebé, dando exemplos do que faziam as mães das novas mães (Soares, 2010).

Os enfermeiros devem estar cientes desta problemática e devem orientar da melhor forma as puérperas para a vivência da tristeza pós-parto, incentivando-as a procurar estar com pessoas da sua confiança e que tenham uma atitude positiva e construtiva (Soares, 2010).

Ainda a este nível, os enfermeiros devem incentivar a puérpera a procurar estar com outras mulheres que tenham tido filhos recentemente e falar com elas sobre os seus medos (Soares, 2010).

Torna-se também importante referir que, mediante a evolução dos meios de comunicação, nomeadamente a internet, de acordo com Soares (2010), esta pode ser usada pela puérpera como um meio de referência, pois neste meio de comunicação a nova mãe pode encontrar fóruns de discussão de grávidas e de recém-mães, discussões essas que podem relatar histórias semelhantes a que a puérpera poderá estar a passar, sentindo-se desta forma consolada e menos sozinha.

Por fim a psicoterapia é recomendada também para ajudar puérperas a gerirem a tristeza pós-parto, pois ajuda-as a ganharem capacidade para enfrentar a realidade e criar estratégias para resolverem os seus problemas (Soares, 2010).

2.2.1. Importância da visita domiciliária no puerpério

Sabendo que a duração do internamento hospitalar é cada vez mais curta, tornam-se essenciais as visitas domiciliárias efectuadas pelos profissionais de enfermagem que acompanharam a mulher durante a gravidez de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde durante o puerpério, muitas vezes crítico para as puérperas menos experientes e mais vulneráveis a situações de ansiedade e stress.

Desta forma, a articulação afectiva entre instituições, nomeadamente cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados, é fulcral no acompanhamento e vigilância da saúde da população. A este nível, o enfermeiro possui um papel dinamizador deste processo devendo enfatizar a promoção de saúde e a partilha de informação entre os dois níveis de cuidados como estratégia fundamental à qualidade dos mesmos.

Assim sendo, a visita domiciliária é uma actividade imprescindível na prestação de cuidados durante o puerpério e visa segundo Burroughs (1995, p.216):

(...) a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, quando esta for conveniente para o paciente, para a família e para o serviço de saúde, quer sob o aspecto económico, social ou psicológico(...)

É na família que se reúnem os ambientes físico, social e afectivo, que influenciam o seu nível de saúde. Assim é da maior importância que para atingir a saúde das puérperas, elas não sejam consideradas isoladamente, mas sim dentro do contexto em que vivem.

Assim, a intervenção do enfermeiro de cuidados de saúde primários deverá centrar a sua actuação no envolvimento com o meio familiar e a comunidade.

A visita domiciliária permite apoiar, guiar e aconselhar os pais ajudando-os a adquirir atitudes e comportamentos que os tornem mais responsáveis pela sua própria saúde e dos seus filhos. De acordo com a DGS (2002):

(...) importa desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento da vigilância e da promoção da saúde em particular nos dias seguintes à alta da maternidade (...)

Com a visita domiciliária pretende-se que o enfermeiro consiga efectuar a avaliação física da mãe, do recém-nascido, para determinar a adaptação fisiológica, bem como, identificar a existência de complicações, avaliar também a adaptação ao papel parental, potenciar a adaptação familiar a esta fase, observar reflexivamente e com carácter crítico a interacção entre os elementos da família, ambiente familiar e condições sócio económicas. Também deve promover o auto cuidado em matéria de saúde, de acordo com as necessidades específicas que vai identificando (cuidados ao recém-nascido, vigilância da saúde, contracepção, estilos de vida saudáveis, entre outros), (Perry e Lowdermilk, 2008).

As visitas domiciliárias contribuem para uma maior interacção da puérpera, bebé e família, tornando-se deste modo mais fácil a detecção de eventuais problemas, evitando-se o isolamento social e permitindo assim criar uma rede de suporte social mais consistente, não só da parte de enfermagem, mas também, como envolvimento dos familiares nas sessões de educação para a saúde realizadas.

Todavia, na actualidade, a assistência de enfermagem no puerpério, ainda se encontra muito centrada na puérpera, orientada para um conjunto de acções desenvolvidas dentro das instituições, numa intervenção padronizada, marcada por tempos ou por solicitação da puérpera. Denota-se nos dias de hoje a sistematização dos conhecimentos de uma forma mais ou menos padronizada com intenção de ensinar e proporcionar um conjunto de regras, normas de comportamentos ou cuidados a ter, abstraindo deste modo de factores de aprendizagem essenciais, tais como as experiências de vida, o meio sócio-cultural, o estado emocional e mental da puérpera bem como da relação que a própria estabelece com o seu filho, cônjuge e familiares (Soares, 2010).

Perante este cenário, o profissional de saúde deve estar mais sensível na identificação de sintomas que se assumam como desestabilizadores, que se afastem das características de uma adaptação normal ao puerpério, tendo em conta sempre, a importância do acompanhamento no puerpério, prestando apoio necessário à mulher no processo de reorganização psíquica, que depende do vínculo que estabelece com o bebé, da reacção pelas mudanças fisiológicas e na retoma do planeamento familiar (Perry e Lowdermilk, 2008).

Parte II – Fase Metodológica

Segundo Fortin (2003, p.40), a fase metodológica centra-se na determinação por parte do investigador, dos métodos a utilizar e na escolha do desenho apropriado.

Assim sendo, nesta fase o investigador referiu o desenho de estudo e metodologia, o método de estudo, de seguida as variáveis, a população, a amostra e o processo de amostragem. Por fim, será descrito o instrumento de colheita de dados e apresentado o pré-teste, o modo como foram colhidos e tratados os dados e ainda os procedimentos éticos respeitados no presente estudo.

Capítulo 1 - Desenho de estudo e metodologia

Numa investigação, o investigador enfrenta diversas problemáticas e para resolvê-las depara-se com diversas opções, o que implica a escolha de uma determinada

metodologia. Como Azevedo e Azevedo (2003, p.17) referem “(...) a aquisição de conhecimento científico é consequência de aplicação de uma metodologia científica.” Esta metodologia engloba processos, técnicas e práticas utilizadas para a recolha, processamento e análise dos dados adquiridos (Ribeiro, 2007, p.51).

Salienta Marconi e Lakatos (2003 p.83) que:

O método é o conjunto das actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objectivo – conhecimentos válidos e verdadeiros – traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

No decorrer deste capítulo serão salientados: o método escolhido para a realização da investigação, as variáveis em estudo, a população, a amostra e processo de amostragem, o instrumento de colheita de dados, o pré-teste, o processo de colheita de dados e análise dos dados. Por fim as considerações éticas tidas em conta aquando da elaboração do estudo.

1.1 – Método de estudo

O facto deste estudo constituir a primeira experiência na área de investigação, enquanto investigadora e de acordo com os objectivos a atingir com o presente estudo, recorreu-se ao método quantitativo, que de acordo com Fortin (2003, p.22),

(...) é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis que tem por finalidade (...) contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.

Também a abordagem ao tipo de estudo depende do problema e dos objectivos que se querem atingir. Assim sendo, e de acordo com os objectivos pretendidos neste estudo foi utilizada uma abordagem quantitativa, descritiva simples, dado que se pretendeu quantificar e descrever uma diversidade de aspectos relacionados com a vivência do puerpério junto das mulheres inquiridas.

1.2 – Variáveis em estudo

A variável de um estudo pode ser, segundo (Marconi, M.,2003,p.137):

“ (...) considerada como uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito operacional, que contém ou apresenta valores; aspecto, propriedade ou factor, discernível de um objecto de estudo e passível de mensuração.”

No presente estudo foram incluídas as variáveis de atributo que vão fornecer dados relativos às características da amostra (puérperas), dentro das quais destacam-se: a idade, habilitações literárias, profissão, estado civil, número de filhos, história da gravidez (quantas vezes se encontrou grávida, se a última gravidez foi desejada e planeada, se foi considerada de risco) tipo de parto e se necessitou alguma vez de apoio (psiquiátrico ou psicológico).

Foram também incluídas no estudo as variáveis de investigação que correspondem às “(...) qualidades, propriedades ou características(...) de situações que são estudadas numa investigação”(Fortin, 2003).

Estas surgem de acordo com os objectivos do mesmo e referem-se: aos sentimentos que a puérpera vivência no puerpério, tipo de complicações após o parto, apoio da família, à relação que estabelece com o bebé, com o cônjuge e família, às expectativas inerentes ao bebé e por último qual a importância atribuída pela mesma ao apoio do enfermeiro neste período no domicílio.

1.3 – População, amostra e processo de amostragem

Almeida e Freire (2003, p.103), definem população como sendo “ o conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno”. De acordo com os objectivos de investigação, a população deste estudo abrange todas as puérperas que recorreram a dois Centros de Saúde em Viana do Castelo. Foram nomeadas as puérperas que recorressem aos Centros de Saúde desta zona geográfica, pelo facto destes serem dotados de acessibilidade à investigadora para a respectiva colheita de dados.

Como nem sempre há a possibilidade de estudar todos os indivíduos da população alvo, é desta forma, necessário precisar uma amostra. De acordo com Hiel (2000, p.42), a amostra é “(...) uma parte dos casos que constituem o universo.”

Para a realização deste estudo, a amostra foi constituída por todas as puérperas que voluntariamente aceitaram preencher o questionário e que se dirigiram aos Centros de Saúde do dia vinte e um de Dezembro de 2009 a vinte e um de Janeiro de 2010, das nove horas ao meio dia e das quatorze horas às dezasseis e trinta horas, respectivamente, onde a presença do investigador foi constante.

Para a selecção da amostra, que de acordo com Fortin (2003, p.202) corresponde a “(...) um sub-conjunto de uma população alvo ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.”, o tipo de amostragem utilizada foi a amostragem não aleatória acidental e intencional.

No caso de ser não aleatória acidental (ou de conveniência), tal como refere Polit *et alli*. (2004, p.226), “acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo.” Uma vez mencionada a definição de amostragem não aleatória acidental, o tamanho da amostra foi-se assumindo consoante aparecessem puérperas no dia, local e hora definidas pelo investigador, para aplicação do instrumento de colheita de dados.

No caso de ser intencional (ou propositado), como refere Polit *et alli*.(2004, p.229), “ (...) é baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usada para pinçar os casos a serem incluídos na amostra”. A amostragem foi intencional na medida em que o investigador definiu como critério de inclusão: puérperas que se encontrem no período do puerpério, ou seja, com mais de três dias e menos de seis semanas.

1.4- Instrumento de colheita de dados

Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. Os dados são informação na forma de observações, ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis normalmente fornecidos por um conjunto de entidades (Hiel ,2000).

De acordo com os objectivos do estudo e das questões de investigação colocadas, foi seleccionado o instrumento de colheita de dados, tendo como objectivo recolher a maior quantidade de informação possível, com o intuito de abarcar e compreender os diversos aspectos do fenómeno em estudo (Fortin, 2003).

Para a recolha de informação foi realizado um inquérito por questionário composto por perguntas de resposta fechada e aberta (Anexo I).

O inquérito por questionário, segundo Quivy e Campnhoudt (2003, p.4)

“ Consiste em colocar a um conjunto de inquiridas, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, (...)”

As questões de resposta aberta permitem de acordo Marconi (2007,p.23) com “(...) ao inquirido construir a resposta com as suas próprias palavras, permitindo deste modo a liberdade de expressão.” Enquanto que as questões de resposta fechada são aquelas “(...) nas quais o inquirido apenas selecciona a opção, que mais se adequa à sua opinião.”(Marconi,2007).

O instrumento de colheita de dados foi construído tendo por base os objectivos do estudo, bem como a consulta de outros trabalhos científicos.

Assim sendo, o questionário encontra-se dividido por três partes: a primeira que comporta a caracterização da amostra (da pergunta número um à pergunta número oito), a segunda parte (da pergunta número nove à pergunta número quinze) com vista a alcançar os objectivos propostos para este estudo e a outra parte contém uma escala denominada “Estou Triste” que mede a intensidade dos sentimentos negativos no puerpério (publicada pela Cortesia de Johnson & Jonhson, 1996), estruturada em torno

de trinta parâmetros a cada um dos quais é atribuída pela puérpera uma pontuação que varia entre zero e três, consoante a frequência com que esses estão presentes, sendo:

- 0 = Não existe;
- 1 = Ligeira;
- 2 = Moderada;
- 3 = Intensa.

Estes pontos atribuídos para cada parâmetro são no fim somados e o resultado indica – nos a propensão que uma determinada puérpera tem para o desenvolvimento da tristeza pós-parto, bem como deve actuar em função de cada resultado, de acordo com a seguinte pontuação:

- 0 – 31 = Tristeza Ligeira, significa que provavelmente vai passar mas preste atenção aos seus sentimentos e necessidades;
- 32 – 64 = Tristeza Moderada, significa que pode ser aconselhável pedir ajuda a um amigo ou familiar, ou peça ajuda ao seu médico;
- 65 – 98 = Tristeza Grave, significa que pode estar deprimida, procure o seu médico para ser examinada e aconselhada, logo que possível.

1.5- Pré-teste

Para testar o instrumento de colheita de dados e verificar se o questionário elaborado se encontra adequado para a população em estudo e se a sua estrutura se apresentava elaborada de forma adequada, de modo a que a população alvo não sentisse dificuldade nem desinteresse ao preenchê-lo, foi realizado um pré-teste.

Com a sua realização pode-se verificar erros de formulação nas questões, bem como a consequência em que as mesmas estavam expostas e ainda problemas de registo das respostas.

Este foi realizado no dia 18 de Dezembro de 2009, aplicando o instrumento de colheita de dados a cinco puérperas com características semelhantes às da população alvo, que se garantiu que não iam estar envolvidas na futura investigação. É de referir que uma vez aplicado, constatou-se não haver necessidade de se proceder a alterações, estando desta forma apto a ser aplicado à amostra. Apenas se ficou com mais informação relativa ao tempo que necessitaria de ser disponibilizado pelas puérperas, para o seu preenchimento.

1.6-Colheita de dados

A colheita de dados foi efectuada por aplicação directa do questionário entre o período de tempo que decorreu entre vinte e um de Dezembro de 2009 a vinte e um de Janeiro de 2010 das nove às doze horas e das quatorze horas às dezasseis horas. O questionário foi aplicado à saída, junto das instituições de saúde já mencionadas, onde foi solicitada a cada puérpera que se sentasse num banco para se sentirem mais confortáveis.

1.7- Tratamento dos dados

Depois de recolhidos os dados foram informaticamente tratados, recorrendo à análise estatística, utilizando como instrumento para o tratamento de dados estatísticos, o programa Excel no Windows Vista 2007.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), os programas informáticos, são preciosos na análise dos dados, pela sua rapidez e precisão. Para além disso, permitem a expressão gráfica que aumenta a qualidade das interpretações, não pondo isto, de modo algum, de parte a necessidade de reflexão teórica prévia.

1.8-Procedimentos éticos respeitados

Todo o tipo de investigação realizada com seres humanos levanta questões e problemas morais e éticos sendo da responsabilidade do investigador, respeitar todos os direitos das pessoas e protegê-los. Desta forma, segundo *Lo cit. in Hulley et al, (2008)*, têm de

obedecer a três princípios éticos que são: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

O princípio do respeito pela pessoa exige que os investigadores obtenham consentimento informado dos participantes e mantenha a confidencialidade. Deste modo, o investigador deve fornecer as informações relevantes/necessárias para que o participante possa decidir sobre a sua participação no estudo. Essa informação deve compreender a natureza da pesquisa, os procedimentos que o estudo engloba e os riscos/benefícios que o mesmo pode possuir. Para salvaguardar a confidencialidade torna-se necessário codificar dados, armazená-los em local seguro, restringindo o número de pessoas com acesso aos mesmos (Lo, *cit. in* Hulley et al, 2008).

Para dar cumprimento a este princípio ético, antes de entregar os questionários às puérperas, o investigador teve a preocupação de as esclarecer sobre a participação das mesmas, sendo informadas sobre todos os procedimentos, assim como os objetivos, o método de investigação e o âmbito do estudo.

Para além disto, foi dada a plena liberdade de abandonar o estudo a qualquer momento da investigação. Foi também entregue uma declaração do consentimento informado (Anexo II) que teve de ser assinado por cada participante.

O princípio da beneficência exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente de forma a ser possível verificar quais os benefícios e riscos prováveis, tentando minimizar os últimos (*cit. in* Hulley, 2008).

De forma a dar cumprimento a este princípio ético, o investigador procurou escolher um local para aplicação do questionário, sendo um local onde a puérpera se sentisse confortável. Foi dada também a liberdade de decidir sobre a extensão da informação dada aquando da sua participação no estudo.

Outro princípio tido em conta pelo investigador foi o da justiça, que segundo Hulley *et al.* (2008) requer que os afins das puérperas inquiridas e o tónus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa.

Assim sendo, para cumprir este princípio ético, todos os dados colhidos foram tratados de igual modo, pretendendo o investigador, no final, fornecer os resultados do estudo aos centros de saúde

Parte III – Fase Empírica

Nesta fase serão apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos com a presente investigação. Assim sendo, inicialmente serão apresentados dados relativos à caracterização da amostra, seguindo-se os dados inerentes às variáveis em estudo e ainda dados obtidos com a escala já descrita anteriormente, passando depois para a análise e discussão de todos os resultados obtidos.

Capítulo 1 – Apresentação, análise e discussão dos resultados

A apresentação de dados está dividida em três sub-capítulos: o primeiro consiste na caracterização dos sujeitos da amostra, apresentando-se os dados sob a forma de gráficos e tabelas: o segundo apresentam-se dados relativos às variáveis que vêm dar resposta aos objectivos em estudo e o terceiro sub-capítulo é relativo à escala que mede a propensão que cada puérpera tem em desenvolver tristeza.

1.1 – Caracterização da amostra

Nesta caracterização foram incluídas as variáveis: idade, habilitações literárias, profissão, estado civil, número de filhos, número de vezes grávida, gravidez desejada ou indesejada, planeada ou não, se a presente gravidez foi considerada de risco, se teve complicações no pós-parto, tipo de parto, se houve necessidade de apoio psiquiátrico ou psicológico e por fim se já recorreu aos anti-depressivos.

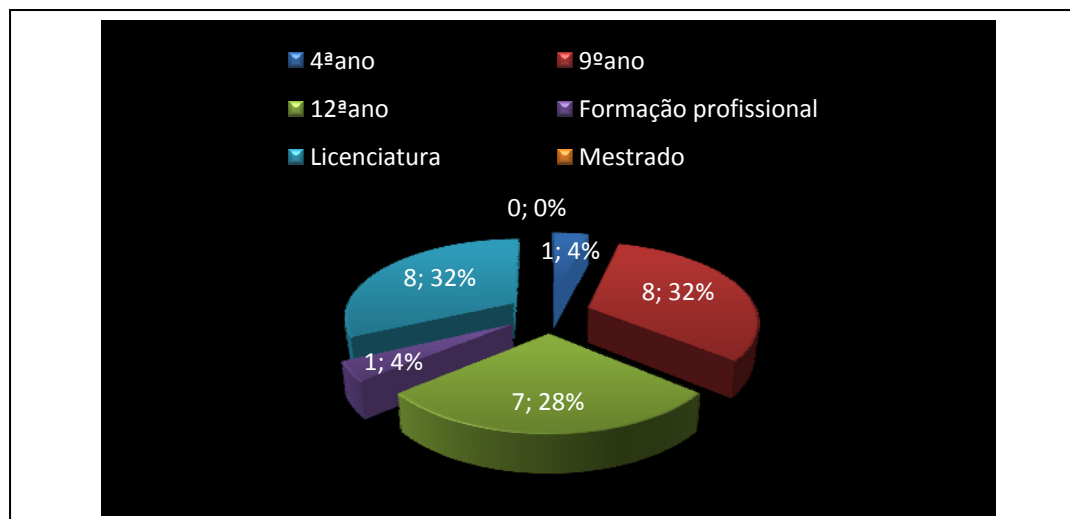
Relativamente à idade das puérperas inquiridas, a análise dos respectivos dados foi efectuada recorrendo às frequências absolutas e relativas, as puérperas inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa inerente à idade das puérperas.

Idade	Frequência absoluta	Frequência relativa
<20	0	0%
20-24	0	0%
25-29	11	44%
30-34	8	32%
35-39	6	24%
40-44	0	0%
45-49	0	0%
>50	0	0%
Total	25	100%

Pela tabela, de acordo com os dados obtidos pode-se concluir que a maioria das inquiridas situam-se entre os 25-29anos (44%), seguindo-se depois com uma percentagem menor (32%) e (24%) as que têm entre 30-34anos e 35-39anos, respectivamente.

Relativamente às **habilitações literárias**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

Gráfico 1 - Distribuição absoluta e relativa, das inquiridas de acordo com as habilitações literárias.

São apresentados valores absolutos e relativos conforme é possível observar pelo gráfico 1, a escolaridade das inquiridas é variada. A maior percentagem é representada pelas puérperas que frequentaram até o 9º ano (32%) e com igual percentagem (32%) as que obtiveram a licenciatura. Segue-se com uma percentagem de 28% as que obtiveram o 3º ciclo. Com 4% estão representadas as puérperas que frequentaram apenas o 1º ciclo. De realçar que 4% das puérperas inquiridas fizeram formação profissional.

Relativamente à **profissão**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

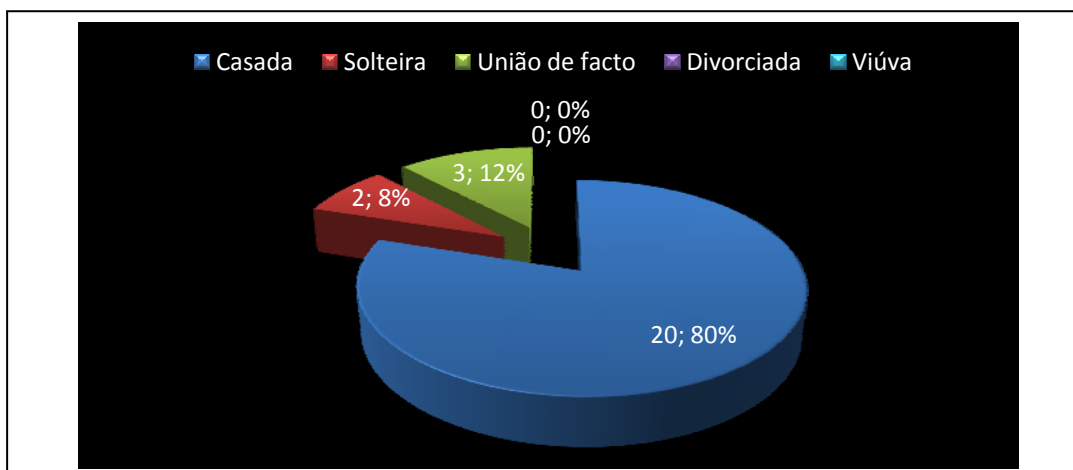
Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa inerente à profissão

Profissão	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cabeleireira	1	4%
Terapeuta da fala	1	4%
Costureira	1	4%
Professora	3	12%
Emp. Balcão	2	8%
Técnica de contas	1	4%
Emp. Têxtil	3	12%
Emp. Mesa/bar	2	8%
Enfermeira	1	4%
Educadora de infância	1	4%
Funcionária pública	1	4%
Emp. Escritório	1	4%
Eng. Agrária	1	4%
Aux. Acção educativa	1	4%
Florista	1	4%
Doméstica	3	12%
Desempregada	1	4%
Total	25	100%

Pela tabela 2 é possível observar que quanto à profissão, a maioria das inquiridas tem uma profissão (84%), à excepção de 16% das puérperas que estão desempregadas ou são domésticas.

Relativamente ao **estado civil**, as puérperas inquiridas (amostra), distribuíram-se da seguinte forma:

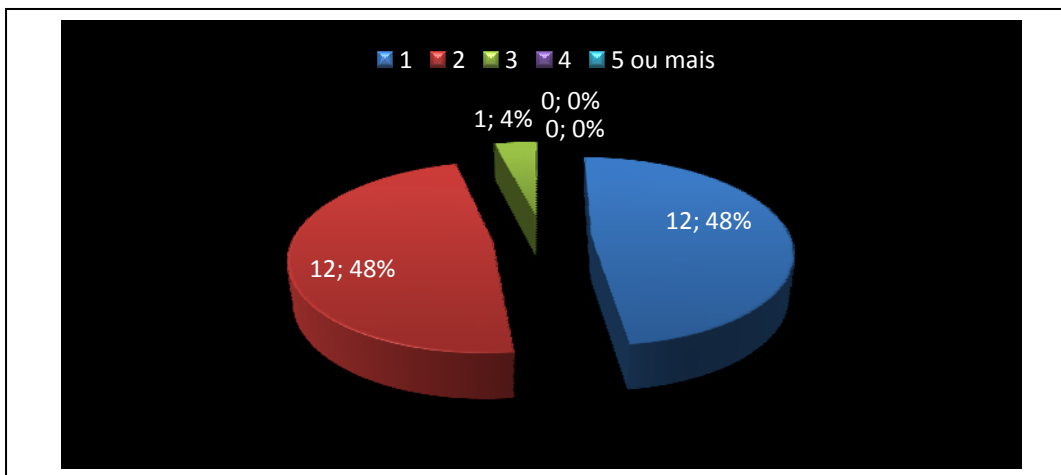
Gráfico 2 – Distribuição absoluta e relativa inerente ao estado civil



De acordo com os valores obtidos do gráfico 2, pode-se concluir que 80% das inquiridas são casadas, 8% são solteiras e 12% das puérperas vivem em união de facto.

Relativamente ao **número de filhos** as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

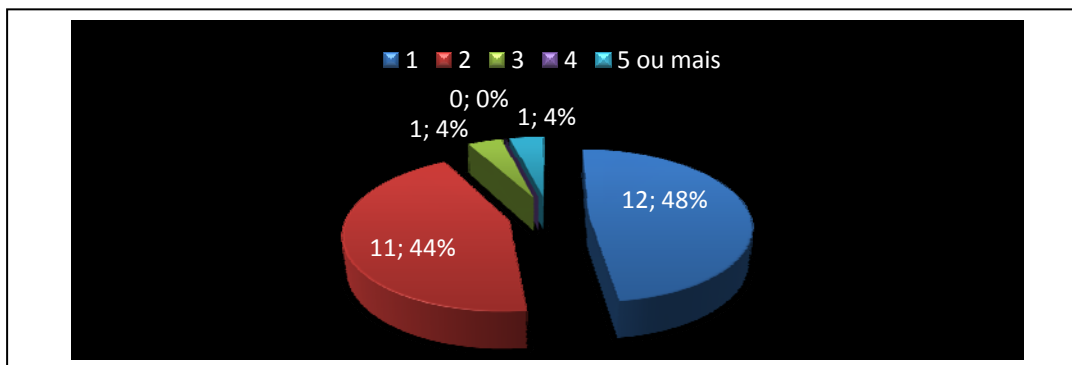
Gráfico 3- Distribuição absoluta e relativa das inquiridas, segundo o número de filhos.



Dos dados obtidos pode-se observar que das puérperas inquiridas, 48% acaba de ter o seu primeiro filho, estando representado com igual percentagem as que têm dois filhos. Apenas 4% (1 puérpera) acaba de ter o seu terceiro filho.

Relativamente ao **número de vezes** em que cada puérpera que constitui a amostra, se encontrou na **condição de grávida**, distribuíram-se da seguinte forma:

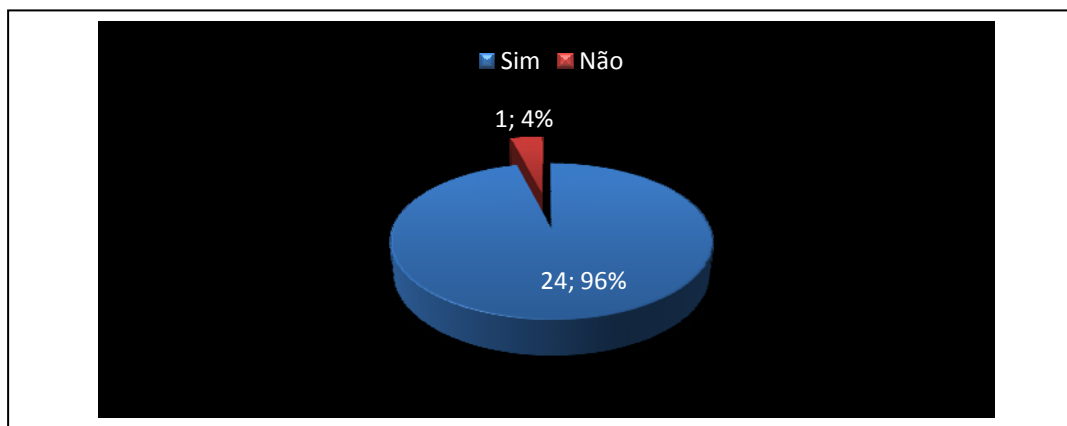
Gráfico 4- Distribuição absoluta e relativa, segundo o número de vezes em que cada puérpera se encontrou grávida.



Dos dados obtidos conclui-se que doze (48%) das puérperas da amostra tiveram uma vez grávidas, tendo à pouco o filho, cerca de 44% (onze puérperas) já se encontraram grávidas duas vezes, denotando-se também no gráfico apresentado que 4%, ou seja, uma das puérperas inquiridas esteve grávida três vezes. Por fim, dos dados obtidos também se pode constatar que nenhuma puérpera da amostra esteve grávida quatro vezes, contudo, de acordo com o gráfico 4% da amostra já se encontrou cinco a mais vezes grávida.

Relativamente à caracterização da gravidez, inerente ao facto de a **gravidez ser desejada ou não**, as puérperas inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

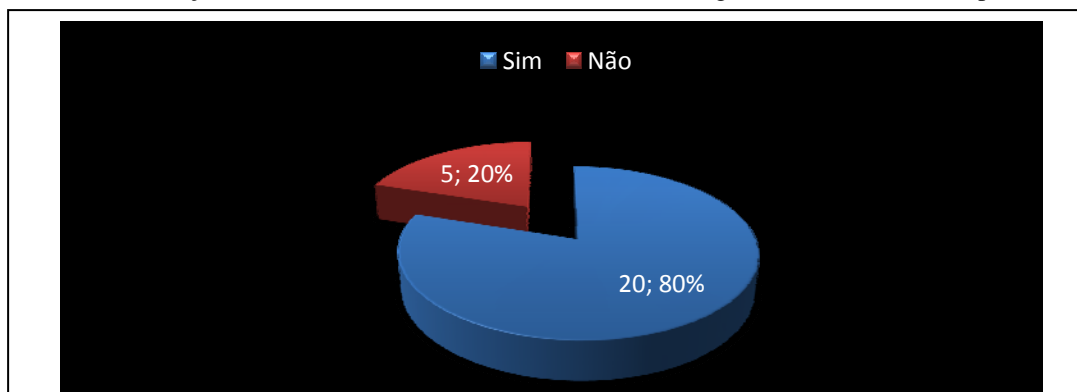
Gráfico 5- Distribuição absoluta e relativa das inquiridas, relativamente à gravidez ser ou não desejada.



Pela observação do gráfico 5 conclui-se que 96% das puérperas inquiridas responderam que a última gravidez foi desejada. Apenas 4% respondeu que a última gravidez não foi desejada.

Relativamente ao **planeamento da gravidez**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

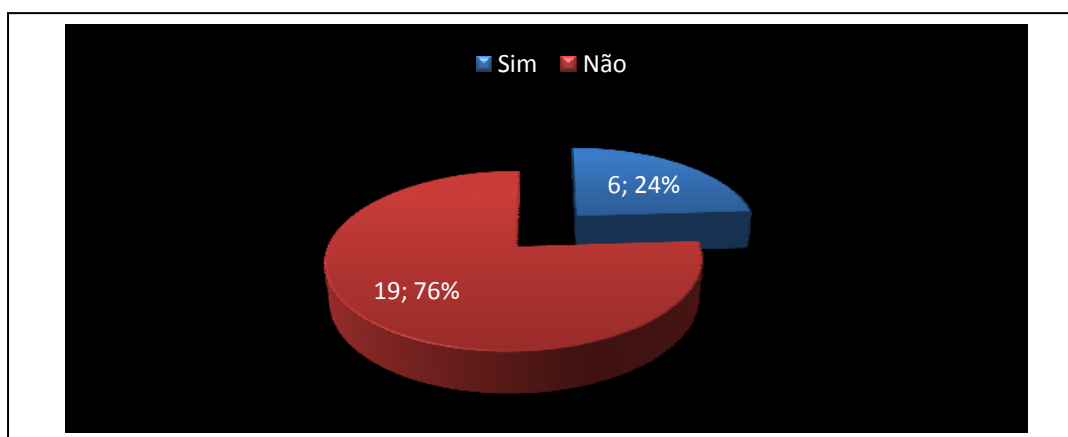
Gráfico 6- Distribuição relativa e absoluta, relativamente ao facto da gravidez ter sido ou não planeada.



Mediante os dados obtidos, é possível observar que a maior parte da amostra respondeu que a presente gravidez foi planeada, sendo que as restantes inquiridas (20%), referem que a última gravidez não foi planeada.

Relativamente ao facto de a última **gravidez ter sido considerada ou não de risco**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

Gráfico 7- Distribuição relativa e absoluta, de acordo com o facto da gravidez ter sido ou não considerada de risco.

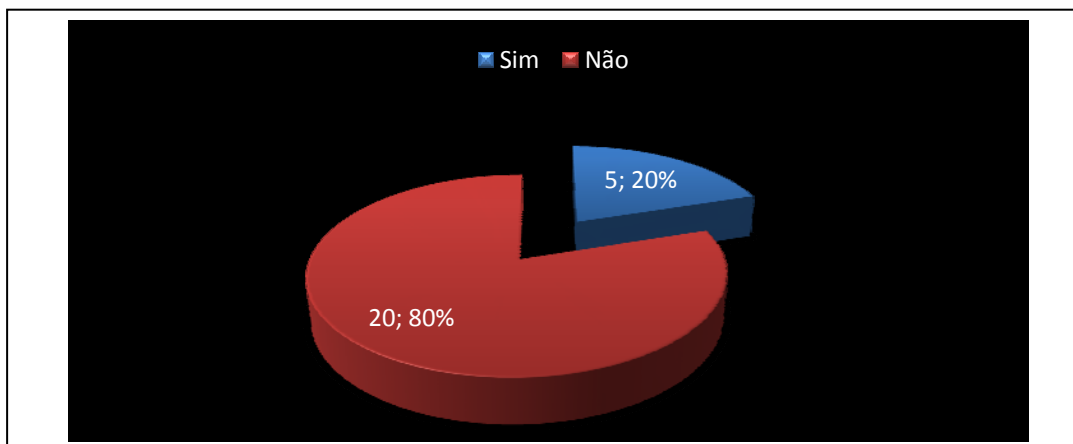


Relativamente ao facto da gravidez ter sido ou não considerada de risco, 76% das inquiridas (19), responderam que a gravidez não foi considerada de risco, no entanto, cerca de 24% (6 puérperas), responderam que a gravidez foi considerada de risco.

No que respeita às puérperas que responderam que a gravidez recente foi considerada de risco (24%), apontam diversas causas. Assim duas das seis puérperas referem que tiveram ameaça de parto aos cinco meses e outra aos oito meses, outras duas apontam a idade avançada e uma adiciona à idade avançada o facto de ter um mioma no útero e artrite reumatoíde. Para além destas, uma das puérperas inquiridas que considera que a sua gravidez foi de risco aponta para o facto de poder ter risco de poder ter tido um bebé com trissomia vinte e um e por fim outra puérpera refere que foi uma gravidez de risco por ser uma gravidez gemelar.

Relativamente ao facto do **pós-parto ter ocorrido com ou sem complicações**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

Gráfico 8- Distribuição absoluta e relativa, de acordo com o facto de o pós-parto ter ocorrido com ou sem complicações.

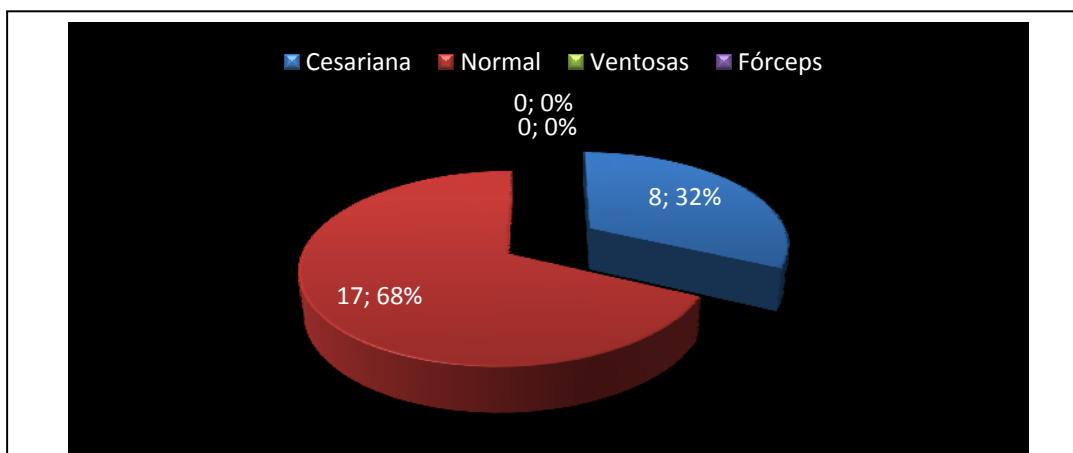


Pelo que se pode observar no gráfico 8, 80% das inquiridas não tiveram complicações após o parto, no entanto, 20% referiram que tiveram complicações após o parto.

Relativamente às puérperas inquiridas que responderam ter complicações, ou seja cinco das puérperas que constitui amostra, três responderam como causas o facto da sutura da cesariana ter infectado, uma associou à decorrência de complicações no pós-parto pela suspeita de atraso do desenvolvimento do bebé e por fim uma outra puérpera referiu que teve hemorragias que complicou o pós-parto.

Relativamente ao **tipo de parto**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

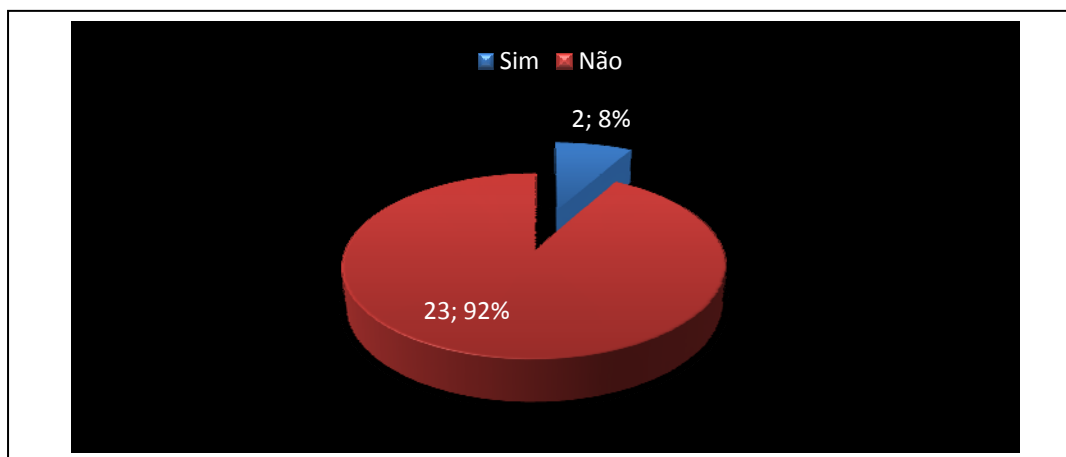
Gráfico 9- Distribuição absoluta e relativa, de acordo com o tipo de parto.



Através do gráfico 9 é possível observar que 68% das inquiridas teve parto eutócico, sendo que as restantes puérperas (32%) foram submetidas a cesariana.

Relativamente à necessidade de terem tido ou não **apoio psiquiátrico antes da última gravidez**, estas distribuíram-se da seguinte forma:

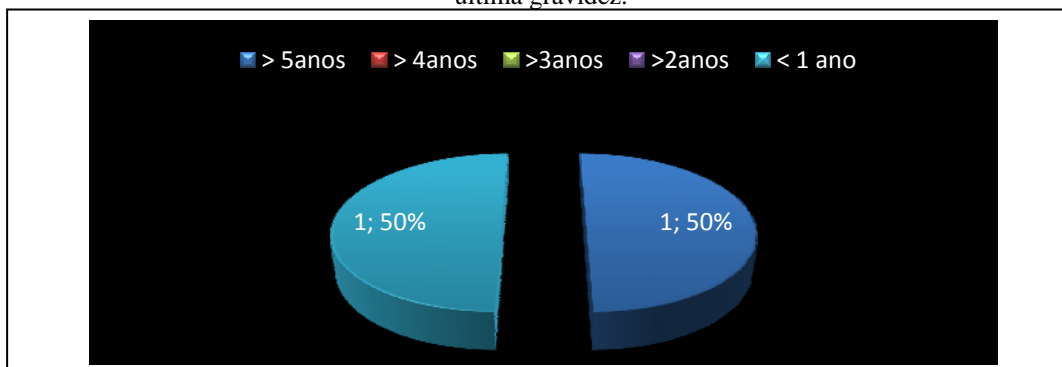
Gráfico 10- Distribuição absoluta e relativa, das puérperas pela necessidade de apoio psiquiátrico antes da última gravidez



Mediante os resultados apresentados no gráfico 10, pode observar-se que 92% das inquiridas (23) responderam que não necessitaram de apoio psiquiátrico. Contudo, 8% , ou seja, 2 das inquiridas referiram terem já recorrido ao psiquiatra, antes da última gravidez.

Relativamente ao **tempo de decorreu entre o apoio psiquiátrico e a última gravidez**, as puérperas inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

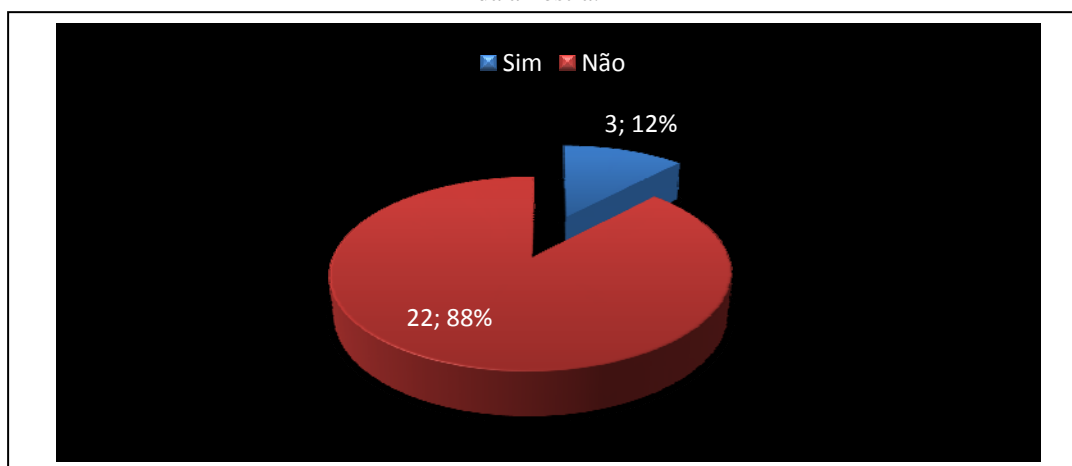
Gráfico 11- Distribuição absoluta e relativa , inerente ao tempo decorrido entre o apoio psiquiátrico e a última gravidez.



De acordo com os dados apresentados no gráfico 11, é possível referir que das duas puérperas que mencionaram terem recorrido ao apoio psiquiátrico, uma refere que esse apoio foi à menos de um ano e a outra que foi à mais de cinco anos, pelos seguintes motivos: depressão e devido à hospitalização do seu bebé ao quinto de vida por se encontrar desidratado pois o leite que produzia era insuficiente.

Relativamente à necessidade de recorrerem ao **apoio psicológico** antes da última gravidez, as puérperas inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

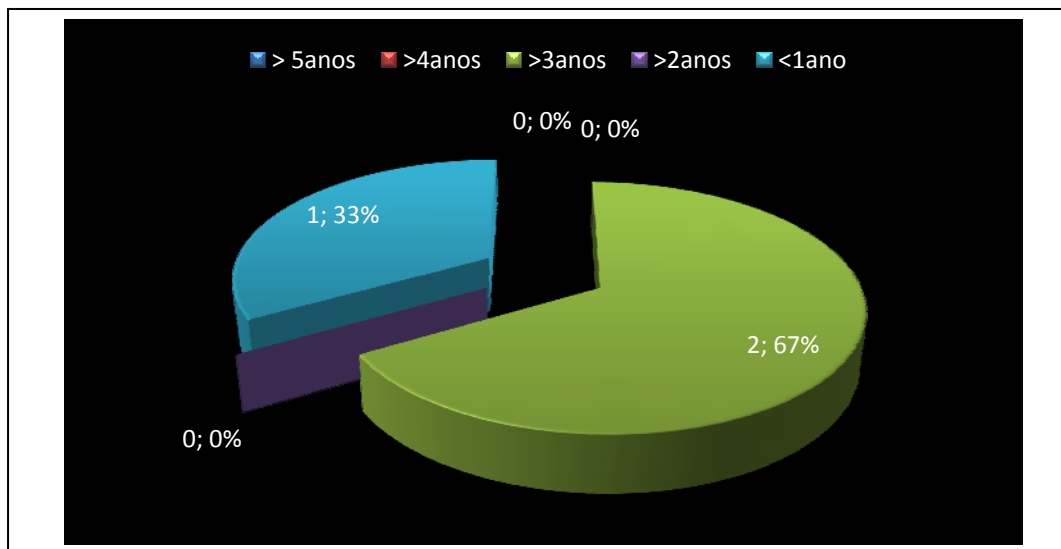
Gráfico 12- Distribuição absoluta e relativa, relativo à necessidade de apoio psiquiátrico de cada puérpera da amostra.



Mediante os dados apresentados, pode-se observar que 88% das puérperas inquiridas não recorreu ao psicólogo, no entanto, cerca de 12% (3) tiveram a necessidade de apoio de um/a psicólogo/a.

Relativamente ao **tempo de decorreu entre o apoio psicológico e a última gravidez**, as puérperas inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

Gráfico 13- Distribuição absoluta e relativa, inerente ao tempo decorrido entre o apoio psicológico e a última gravidez.

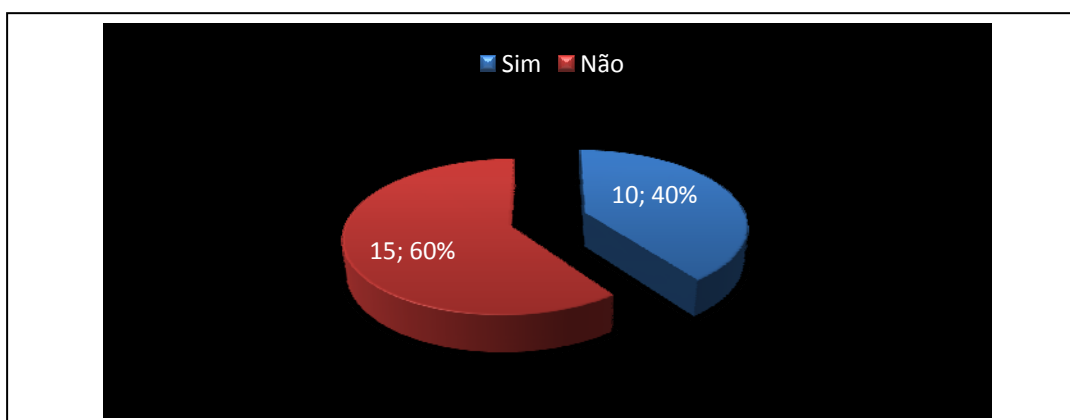


Através do gráfico 13 é possível observar que das três puérperas que necessitaram de apoio psicológico, uma recorreu ao psicólogo à menos de uma ano, e as restantes tiveram apoio psicológico à mais de três anos. Assim os motivos apontados foram: ansiedade excessiva, depressão não aceite e relação conjugal difícil.

Relativamente às puérperas que responderam já ter recorrido ao apoio psicológico, estas apontam várias razões. Assim como motivos apontam, ansiedade excessiva, depressão não aceite e relação conjugal difícil.

Relativamente ao facto das puérperas já terem recorrido à **toma de anti-depressivos**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

Gráfico 14- Distribuição absoluta e relativa, inerente à toma de anti-depressivos.



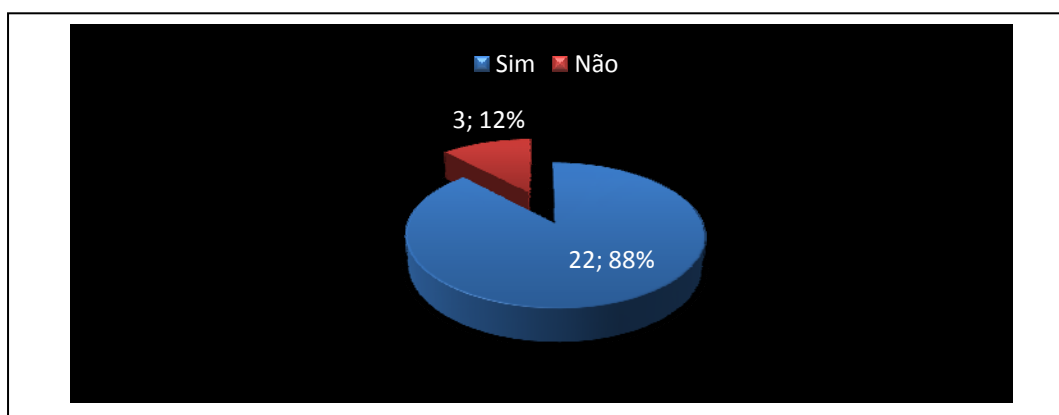
De acordo com os dados apresentados no gráfico 14 pode verificar-se que 60% das puérperas inquiridas respondeu não ter recorrido à medicação anti-depressiva, no

entanto é de salientar que cerca de 40% da amostra, ou seja, dez das vinte e cinco puérperas da amostra, responderam já terem tomado este tipo de medicação.

1.2 – Dados relativos às variáveis em estudo.

Relativamente ao facto de a puérpera **apoio** nos cuidados com o seu bebé e nas outras tarefas, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

Gráfico 15- Distribuição absoluta e relativa, inerente ao apoio que a puérpera recebe nos cuidados ao bebé, bem como noutras tarefas.

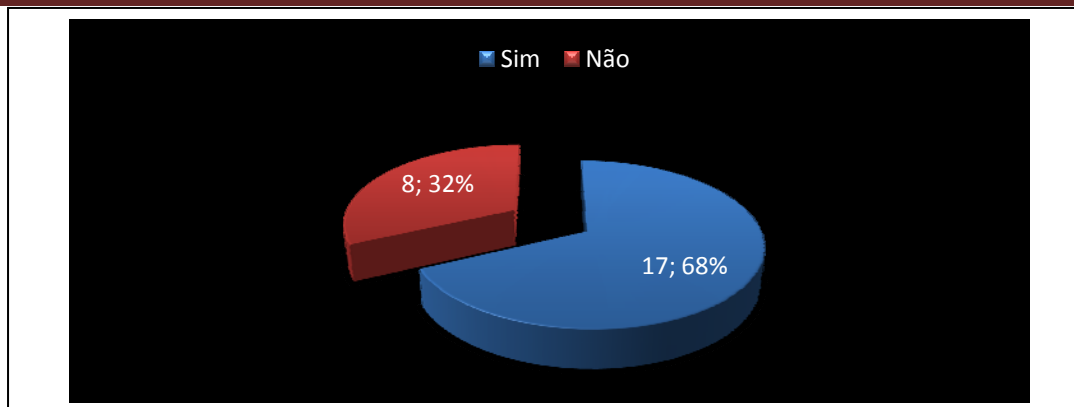


Mediante os dados divulgados pelo gráfico 15, pode-se constatar que a maioria das puérperas inquiridas (88%) responderam ter apoio. Todavia, 12% referem não ter apoio nos cuidados com o seu bebé e nas outras tarefas.

No que respeita às puérperas que responderam ter ajuda tanto nos cuidados ao bebé bem como noutras tarefas, estas referiram que a fonte desse apoio estava: maioritariamente no companheiro, depois em minoria na mãe, na filha mais velha, na sogra e na irmã.

Relativamente à **importância que as puérperas atribuem ao apoio do enfermeiro**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

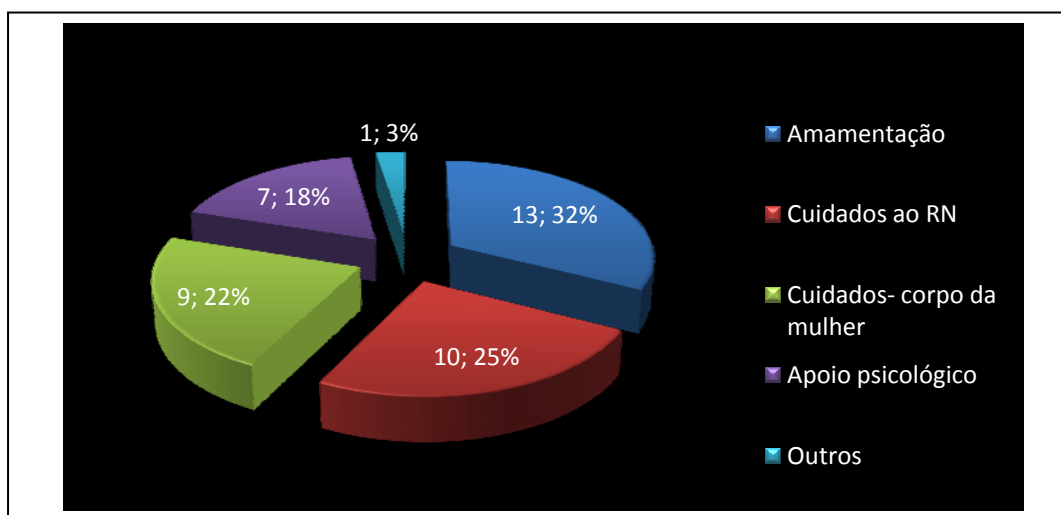
Gráfico 16- Distribuição absoluta e relativa, inerente à importância que as puérperas atribuem ao apoio do enfermeiro no domicílio.



No que respeita aos dados obtidos referentes à importância do apoio do enfermeiro no domicílio, conclui-se que a maioria das puérperas inquiridas (68%) consideram importante o apoio do enfermeiro durante a visita domiciliária. Porém, 8 das 25 puérperas que constituem a amostra não atribuí qualquer importância ao apoio do enfermeiro no domicílio.

Das puérperas que consideram **importante o apoio do enfermeiro no domicílio**, quanto aos aspectos que julgam essenciais, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

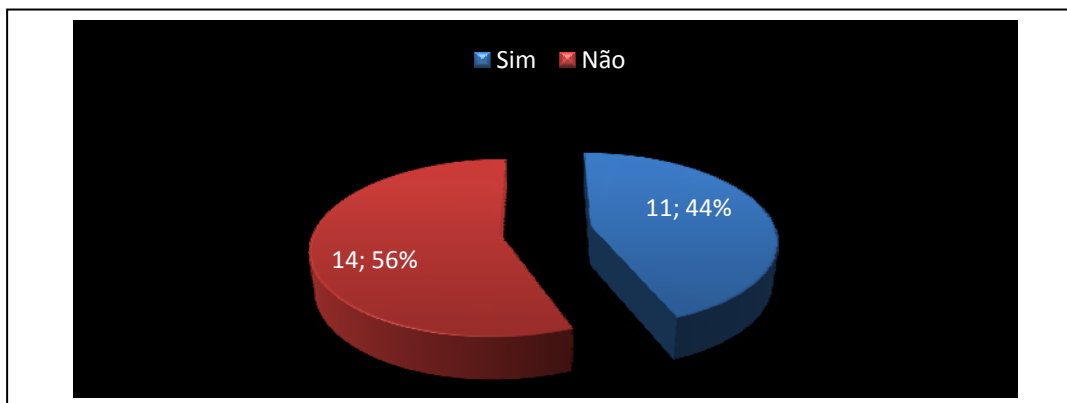
Gráfico 17- Distribuição absoluta e relativa, inerente aos aspectos que as puérperas consideram importantes durante a visita domiciliaria.



Relativamente às puérperas que consideram importante o apoio do enfermeiro no domicílio, o aspecto mais significativo representado no gráfico é a amamentação (32%), seguindo-se os cuidados ao recém-nascido (25%), os cuidados ao corpo da mulher (22%), o apoio psicológico (18%), e outros aspectos (3%).

Relativamente ao **facto de sentirem que a sua relação conjugal se alterou ou não com o nascimento do bebé**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

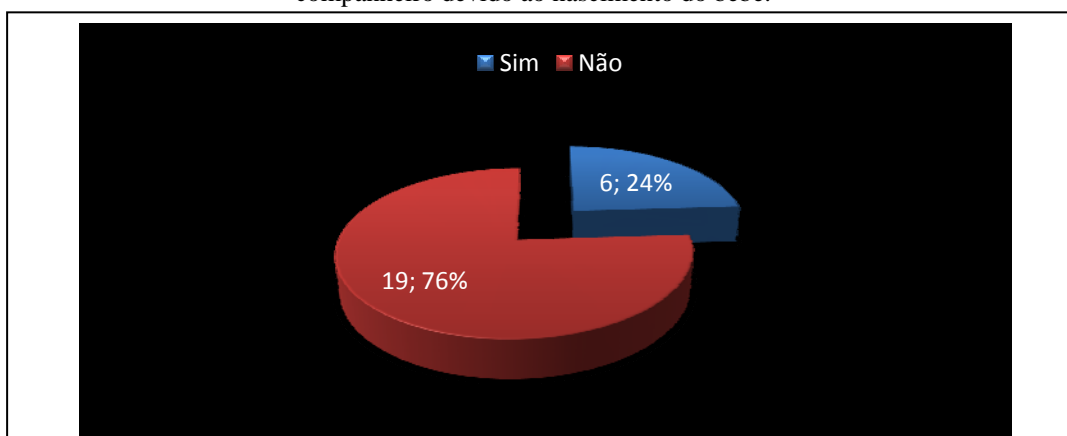
Gráfico 18- Distribuição absoluta e relativa, inerente ao facto de a puérpera sentir que a sua relação conjugal se alterou.



Mediante o gráfico, pode-se constatar que a maioria da amostra (56%) não considera que a sua relação conjugal se tenha alterado devido ao nascimento do bebé. No entanto uma significativa parte das puérperas 44%, responderam que a referida relação sofreu alterações após o nascimento do bebé.

Relativamente ao **facto de sentirem mais afastadas dos respectivos companheiros desde o nascimento do bebé**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

Gráfico 19- Distribuição absoluta e relativa, inerente ao facto de a puérpera sentir mais afastada do seu companheiro devido ao nascimento do bebé.



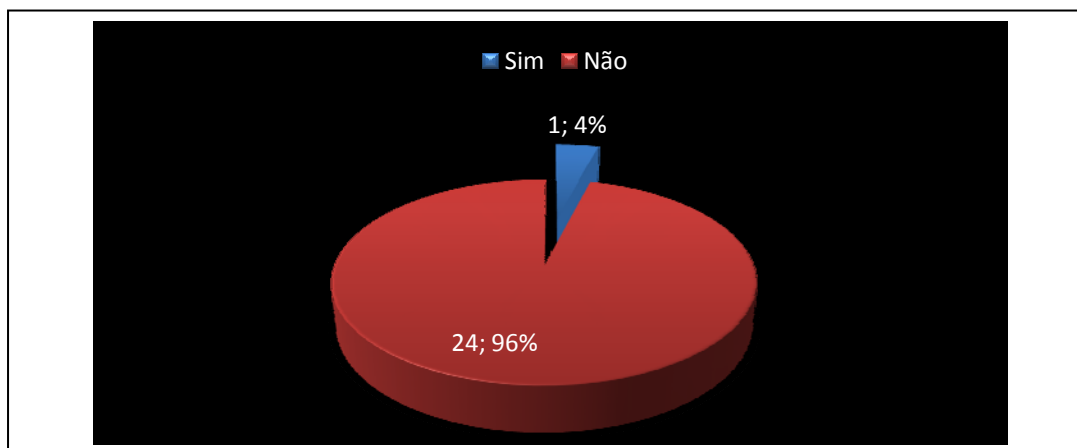
Mediante o gráfico, pode-se constatar que a maioria da amostra (76%) não considera estar mais afastada do companheiro devido ao nascimento do bebé. Porém, seis (24%)

das vinte e cinco puérperas que constituem amostra responderam sentirem-se mais afastadas dos respectivos companheiros após o nascimento do bebé.

Relativamente às puérperas que responderam sentirem-se mais afastadas do seu companheiro desde o nascimento do bebé, ou seja, seis das puérperas inquiridas, apontam como o factor causador dessa separação, a falta de tempo, pois referem que como a atenção está totalmente direccionada para o bebé não há tempo disponível para o casal.

Relativamente à **dificuldade em relacionar-se com o seu bebé**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

Gráfico 20- Distribuição absoluta e relativa, inerente à dificuldade que cada puérpera tem ou não em relacionar-se com o seu bebé.

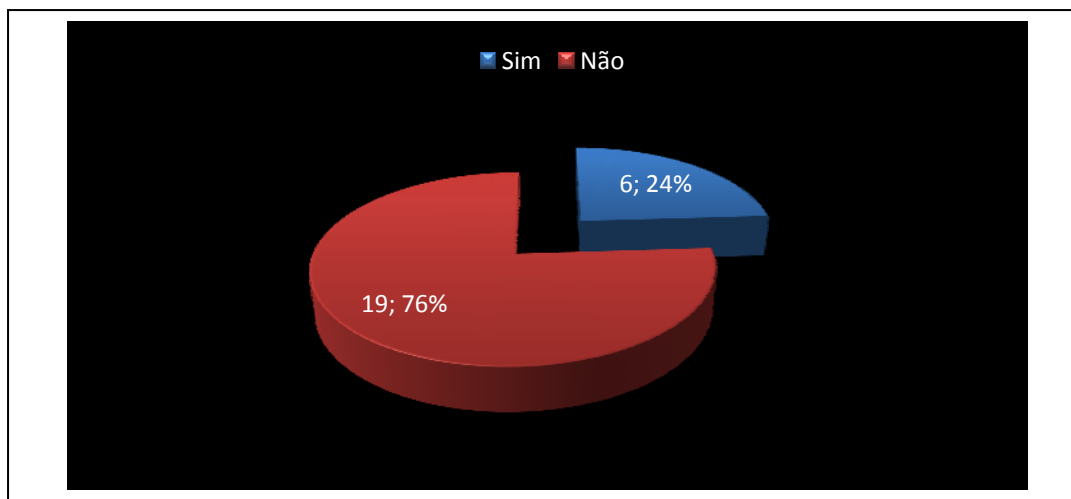


Relativamente à dificuldade de em se relacionarem com o seu bebé, de acordo com os dados apresentados pode-se concluir que a nível deste aspecto a amostra é maioritariamente representada por puérperas (96%) que responderam não terem dificuldade em relacionar-se com o bebé. No entanto, cerca de 4% da amostra ou seja, uma das vinte e cinco puérperas inquiridas referiu ter dificuldades em relacionar-se com o seu bebé.

Mediante a inquirida que respondeu ter dificuldades em relacionar-se com o seu bebé, justificou-se por o bebé estar chorar, por não compreender o motivo de tanto choro e porque o bebé não funciona com mais previsibilidade.

Relativamente às **dificuldades que sentem em perceber as necessidades do seu bebé**, as puérperas inquiridas distribuíam-se da seguinte forma:

Gráfico 21- Distribuição absoluta e relativa, inerente à dificuldade que cada puérpera tem ou não em perceber as necessidades do seu bebé.

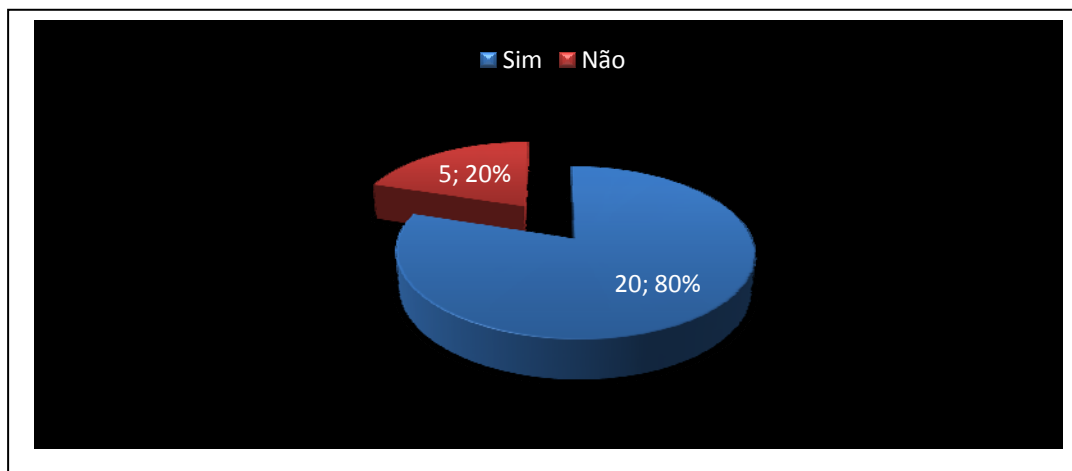


Mediante os dados apresentados, pode-se aludir que, a maioria das puérperas inquiridas (76%), ou seja, dezanove das vinte e cinco puérperas responderam não ter dificuldades em perceber as necessidades do seu bebé. Contudo, seis das restantes puérperas (24%) referiram que tem dificuldades em perceber as necessidades do seu bebé.

Em relação às puérperas que mencionaram ter dificuldades em perceber as necessidades do seu bebé, todas elas responderam que essas dificuldades são relativas ao significado do choro do bebé, pois consideram ser complicado perceber o que o bebé quer quando chora.

Relativamente ao **facto de o bebé ser tal como cada puérpera imaginou**, as puérperas inquiridas distribuíram-se da seguinte forma:

Gráfico 22- Distribuição absoluta e relativa, inerente ao facto de o bebé de cada puérpera ser tal e qual como imaginaram.



Mediante os dados apresentados, pode-se concluir que, cerca de 80% das puérperas inquiridas (20) responderam que o bebé corresponde às suas expectativas individuais, no entanto as cinco puérperas restantes (20%) da amostra refere que o bebé não corresponde aquilo que imaginou.

Relativamente às puérperas que na questão do gráfico anterior responderam que o bebé não corresponde às suas expectativas, o investigador levantou a essas, uma outra questão, inerente ao facto de se **sentirem desiludidas** com isso ou não. Mediante os dados obtidos, conclui-se que 100% das puérperas inquiridas responderam que não se sentem desiludidas por isso.

Relativamente ao **facto da família de cada puérpera que constitui amostra estar ou não disponível quando a mesma necessita de ajuda**, de acordo com os dados obtidos, conclui-se que 100% das puérperas que constituem amostra responderam que a sua família tem estado sempre disponível quando necessitam de ajuda.

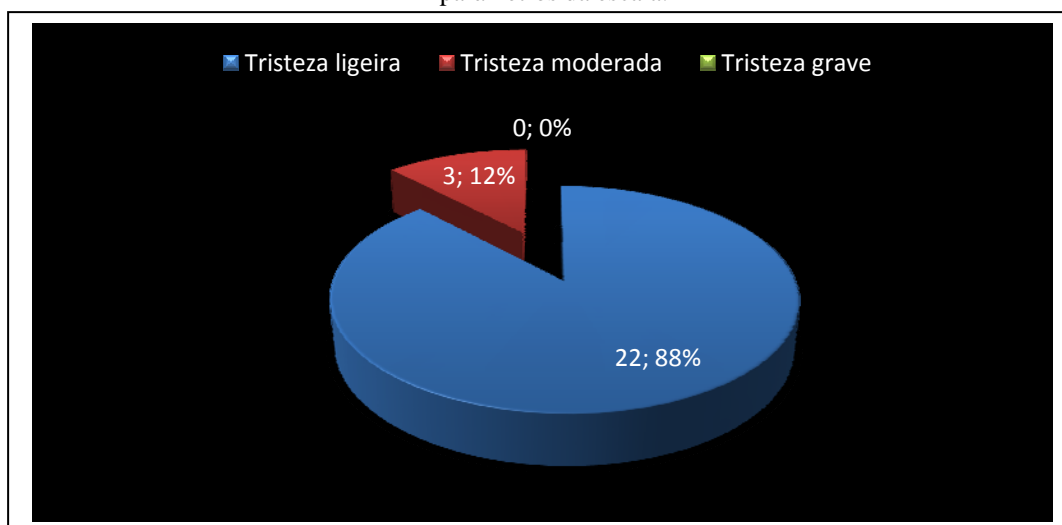
1.3 – Dados relativos à escala de avaliação da tristeza pós-parto.

Uma vez descrita a escala na parte II (fase metodológica) deste trabalho monográfico, é de referir que uma vez aplicados os questionários foi efectuada a respectiva soma dos parâmetros de cada questionário, e o resultado indica-nos a propensão que uma determinada puérpera tinha, no momento de preenchimento do questionário, para o

desenvolvimento da tristeza pós-parto. De acordo com a pontuação previamente definida para a avaliação da escala, as puérperas que apresentavam:

- 0 – 31 = Tristeza Ligeira;
- 32 – 64 = Tristeza Moderada;
- 65 – 98 = Tristeza Grave.

Gráfico 23- Distribuição absoluta e relativa, de acordo com os resultados obtidos da soma dos parâmetros da escala.



Mediante os resultados obtidos com a soma dos respectivos parâmetros que constituem a presente escala obteve-se o seguinte: das vinte e cinco puérperas inquiridas, vinte e duas (88%) situam-se entre o score zero a trinta e um, que equivale a tristeza ligeira. Para além disto, é de referir que as restantes puérperas que constituem a amostra ou seja, três (12%) situam-se no score entre trinta e dois e sessenta e quatro que corresponde a tristeza moderada. Por fim, é de mencionar que nenhuma puérpera que constitui amostra do presente estudo obteve um resultado superior a sessenta e quatro, ou seja, nenhuma tem tristeza grave de acordo com a escala.

Contudo, efectuou-se em termos analíticos a soma do número de vezes, que cada parâmetro foi assinalado em zero, em um, em dois e em três, obtendo-se no final uma ideia mais clara da distribuição dos resultados destacados na tabela 3.

Tabela 3 - Dados obtidos com a soma do número de vezes que cada parâmetro foi assinalado nas diferentes pontuações.

	0	1	2	3
1 - Raiva.	23	1	1	0
2 - Ataques de ansiedade: períodos de pânico, falta de ar, aceleração dos batimentos cardíacos.	18	7	0	0
3 - Apetite aumentado ou diminuído e/ou ganho ou perda de peso que não parecem normais.	12	5	8	0
4 - Forte sentimento de que precisa afastar-se, necessidade de mais tempo para os seus interesses particulares.	14	9	2	0
5 - Problemas o relacionamento com um familiar, com pessoa que ama, com um amigo próximo, etc.	20	2	3	0
6 - Crises de choro.	9	9	6	1
7 - Desinteresse pela sua imagem pessoal.	15	6	3	1
8 - Menos motivação – menos energia ou interesse em atingir objectivos.	15	4	4	2
9 - Depressão.	18	4	3	0
10 - Fadiga – sentir-se cansada ou exausta.	6	7	12	0
11 - Medo de se magoar a si, ou ao bebé.	12	7	5	1
12 - Perda de sentido de humor.	12	10	3	0
13 - Nervosismo, sensação de tensão ou irritação.	7	11	5	2
14 - Sentimentos de culpa.	18	6	1	0
15 - Sentimentos de pânico.	21	3	1	0
16 - Sentimento de solidão ou isolamento; sem apoio dos outros.	21	1	3	0
17 - Sentimento de não amar ou amar insuficientemente o bebé.	25	0	0	0
18 - Sentimento de esquecimento, distração, alienação – problemas de concentração.	16	6	3	0
19 - Frustração.	20	3	2	0
20 - Desânimo.	18	5	2	0
21 -Insónia.	14	5	4	2
22 - Sensação de irritação, mau feito.	11	7	5	2
23 -Perda de desejo e /ou prazer sexual.	14	7	2	2
24 - Perda de respeito ou confiança em si própria – sensação de não ter valor ou de não fazer nada certo.	20	4	0	1
25 -Sensação de confusão, incerteza.	16	8	0	1
26 -Mudança de humor – mudanças constantes de humor e de emoções.	12	6	5	2
27- Pensamentos obsessivos – ideias ou sentimentos que não consegue deixar de pensar.	18	4	2	1
28 -Pensamentos estranhos ou assustadores – pensamentos ou imagens que a assustam ou que não consegue controlar.	21	2	2	0
29 - Pensamentos de suicídio, sentir como se quisesse morrer.	24	1	0	0
30 - Sentimento de tristeza, infelicidade.	23	1	1	0

Desta forma, mediante os dados obtidos destacaram-se alguns parâmetros que foram assinalados de forma frequente com a classificação “dois”. Para facilitar a leitura dos parâmetros da escala, o investigador preocupou-se em numerar cada parâmetro. Assim sendo, um dos vários itens que foi distinguido dos outros pela frequência com que foi assinalado no número dois, foi o item dez (Fadiga – sentir-se cansada ou exausta), o item número três (Apetite aumentado ou diminuído e/ou ganho de peso e perda de peso que não parecem normais), o item número seis (Crises de choro), o item número treze (Nervosismo, sensação de tensão ou irritação), o item número vinte e dois (Sensação de irritação, mau feitio) e por fim, o item número vinte e seis (Mudança de humor - mudanças constantes de humor e de emoções).

1.3 – Discussão dos resultados

Após a apresentação e análise dos dados segue-se a discussão dos resultados mais significativos do presente estudo.

Relativamente à idade verificou-se, no estudo que a moda é representada pelas puérperas que tenham uma idade compreendida entre os 35 a 39 anos.

Outros estudos indicam que um dos factores de risco para o desencadeamento da alteração de humor é a idade da mulher, considerando que as mulheres mais novas a terem o bebé, tem maior probabilidade de virem a ter esta perturbação, de acordo com Phillips et al, (*cit.in* Gonçalves 2008).

Relativamente às habilitações literárias, as mães com o terceiro ciclo e com a licenciatura representam no estudo mais de metade da amostra, característica esta que vai ao encontro aos dados divulgados a nível educacional da sociedade portuguesa. Pois de acordo com as estatísticas divulgadas pelo INE (2001) houve um aumento da população que atingiu o ensino superior e o ensino secundário. É ainda de referir que a população feminina representa mais de metade da população portuguesa (56%) que alcançou o ensino superior, de acordo com o INE (2001).

Relativamente à profissão, de acordo com análise da tabela 2, quase a totalidade da amostra tem um emprego, excepto as puérperas que se encontram no desemprego e as que são domésticas (16%).

Inerente a profissão alguns estudos realizados neste âmbito demonstram os benefícios da variável emprego no bem estar nomeadamente psicológico, tal como o estudo realizado por Santos et al (2008) que evidencia que o facto de ter emprego influencia positivamente o bem-estar psicológico, na medida em que tal constitui uma possível fonte de apoio social. Assim sendo, nesta ordem de ideias considera-se o diminuto suporte social e económico como um dos factores de risco que tornam a puérpera vulnerável para as alterações de humor, tal como referem diversos autores, nomeadamente Medeiros (2007). Mediante dados obtidos, uma vez que a maioria das inquiridas tem emprego, esta variável não terá um impacto significativo.

Quanto ao estado civil, a grande maioria das puérperas inquiridas são casadas (80%) o que vai ao encontro das características da população portuguesa. É de referir que nenhuma das puérperas inquiridas é divorciada, tal como refere o INE (2005) a taxa de divórcios no norte do país é muito inferior a taxa de divórcios no sul. Assim, os resultados divulgados no gráfico 3 permitem verificar, que à excepção de duas puérperas (solteiras) as restantes inquiridas têm companheiros e portanto de acordo com o que a literatura evidencia, haverá uma menor propensão de as referidas puérperas desenvolverem a tristeza pós-parto. Deste modo, segundo Murray e Cooper (*cit. in.* Gonçalves 2008) a ausência do marido ou companheiro é considerada como um dos principais factores desencadeantes desta alteração de humor.

Relativamente ao número de filhos, mediante os dados obtidos conclui-se que cerca de 48% tem um filho, 48% tem dois filhos e apenas 4% da amostra tem três filhos. De acordo com alguns autores que desenvolveram estudos neste âmbito, tal como Araújo (2003), um dos motivos que leva a que as mães fiquem apreensivas quanto à responsabilidade de prestar cuidados a um bebé prende-se pelo facto de serem primíparas, não possuindo por esse motivo nenhuma experiência inerente a esses cuidados.

Mediante isto, poderia-se afirmar que as puérperas que tem só um filho serão as mais vulneráveis a desenvolver a alteração de humor. No entanto, outro aspecto a ter em conta, na presente amostra é a zona onde a mesma habita, que nos casos em estudo corresponde a um concelho com costumes tradicionais e relativamente conservadora, onde as famílias tradicionais predominam. Assim sendo, para Nascimento (2003), as famílias tradicionais oferecem uma rede social e familiar que envolvem a puérpera, oferecendo-lhe protecção e suporte emocional tanto durante a gravidez como no período do pós-parto, onde a mesma é cuidada e alimentada tal como é o seu bebé, sendo que desta forma não estará tão vulnerável para desenvolver a tristeza pós parto.

No que respeita ao número de vezes em que cada inquirida ficou grávida, denota-se que cerca de 48% só se encontraram grávidas uma vez e apenas uma puérpera (4%) esteve grávida três vezes, o que corresponde à percentagem inerente às que só tem um filho e à que teve três filhos, respectivamente. No, entanto uma das vinte e cinco puérperas respondeu que esteve grávida cinco ou mais vezes, todavia nenhuma inquirida da amostra respondeu ter mais de três filhos. Assim sendo, neste aspecto pode-se verificar que a ocorrência de problemas de infertilidade ou abortos foi possível, nesta linha de ideias, de acordo com um estudo realizado por Figueiredo (2007), concluiu-se que, o impacto negativo das complicações físicas a que as mulheres passam a estar sujeitas, deverá ser um aspecto sinalizado no momento de internamento pós-parto, no sentido de garantir respostas às necessidades psicossociais das parturientes.

Para além disso, é de referir que a referida puérpera será uma sujeita vulnerável ao desenvolvimento severo da tristeza pós-parto, uma vez que de acordo com Sousa (2006), a dificuldade de engravidar, os acontecimentos adversos da vida, são factores de risco que podem despoletar não só o desenvolvimento da tristeza pós-parto como também pode levar à própria depressão, se estes factores não forem bem geridos pela puérpera.

Relativamente ao facto de a gravidez ter sido desejada, quase a totalidade da amostra (96%) afirmou esse facto. Mediante estes resultados é de referir que não corresponde com os dados divulgados pela literatura, dado que um estudo do instituto de ciências

sociais conclui que cerca de um terço das mulheres portuguesas tiveram pelo menos, uma gravidez indesejada.

De acordo com um estudo desenvolvido por Silva et al (2006), concluiu-se que a não aceitação da gravidez e condições sócio-económicas precárias estão nos factores que mais influenciam o aparecimento da alteração de humor transitória.

Relativamente ao projecto da maternidade, tratou-se de uma gravidez planeada em 80% da amostra, sendo que 20% das puérperas inquiridas revela que embora não tivesse sido planeada foi desejada quase na totalidade da amostra. Assim sendo, de acordo com Adams et al (2003) no estudo que desenvolveram concluíram que a gravidez não planeada foi considerada uma das variáveis de risco mais potenciais para o desenvolvimento da sintomatologia inerente à alteração de humor.

Quanto à presente gravidez ter sido considerada de risco, a maior parte da inquiridas (76%) responderam não ter estado nessa condição, contudo uma parte significativa da amostra (24%) teve uma gravidez com intercorrências. De acordo com Robson et al (*cit.in* Leal, 2000), dos diversos factores psicológicos que levam a desencadear a tristeza no puérperio, o que se aponta como sendo crucial é inerente às dificuldades experienciadas durante a gravidez.

Mediante a puérperas que referiram a gravidez associada a risco, parte delas referiram ter esse risco associado à idade avançada. Nesta linha de ideias, de acordo com um estudo desenvolvido por Simões (2008), cerca de 2899 mulheres acima dos 40anos optaram por aumentar o agregado familiar, mais do que aquelas que decidiram ter um filho aos 20anos, um valor elevado em função do número de partos. Este aspecto enfatiza o facto de a maior parte das complicações estar associada à idade avançada.

Relativamente à ocorrência de complicações após o parto cerca de 20% responderam ter tido complicações após o parto. A maioria associou às complicações o facto da sutura da cesariana ter infectado.

Quanto ao tipo de parto, cerca de 68% das puérperas inquiridas foi submetida ao parto normal no entanto as restantes puérperas (32%) tiveram o parto recorrendo à cesariana, denotando-se um valor relativamente significativo para o tamanho da amostra que representa. Assim sendo, o referido valor significativo corresponde à realidade de preferência das mulheres portuguesas, pois de acordo com Amorim (2007) Portugal detém uma das mais elevadas taxas de cesariana da Europa. Para além disso, segundo os dados estatísticos nacionais (2005) cerca de 34,7% dos bebés em Portugal nasceram numa sala de operações. Este cenário destaca de acordo com dados estatísticos (2005) um número de cesarianas superior à média Europeia, situado nos 27-28% e substancialmente mais elevado que a taxa recomendada pela OMS cerca de 10-15%.

Analisando o gráfico 10, denota-se que 92% não tiveram a necessidade de ter apoio psiquiátrico, no entanto, as restantes 8% responderam terem recorrido ao apoio do psiquiatra. Tal resultado corresponde a estudos nacionais, tais, como o de Figueiredo (2007), no qual as conclusões reforçam os dados obtidos do presente estudo, em que são poucas as pessoas que já se encontraram internadas em psiquiatria (1,0%) e 14,7% recorreu a consultas de psiquiatria.

Assim sendo, de acordo com Albuquerque (2009) habitualmente as puérperas que já se encontraram anteriormente internadas em psiquiatria, eram ou foram doentes psiquiátricas, são alertadas para não omitirem o seu passado clínico nesta área, sendo ressaltada importância do seu risco acrescido e do adequado planeamento da gravidez para uma altura em que se encontrem estabilizadas do ponto de vista psiquiátrico.

De acordo com o que foi referido anteriormente e relativamente as puérperas que recorreram ao apoio psiquiátrico é de referir os motivos pelos quais justificaram a necessidade desse apoio: depressão e hospitalização do bebé ao quinto dia por desidratação, pois de acordo com a puérpera produzia leite insuficiente.

Relativamente à necessidade de apoio psicológico verifica-se uma maior ocorrência (12%) comparativamente com as que recorreram ao psiquiatra. Tal como os motivos que levaram as puérperas desta amostra a recorrer do apoio psiquiátrico torna-se importante referir que, em relação a apoio psicológico, os motivos são mais variados,

tais como: relação conjugal difícil, depressão não aceite e ansiedade excessiva. Perante estes motivos são diversos os autores que os destacam como factores de risco para o desenvolvimento de alterações de humor, tais como Figueiredo (2007).

Tanto a nível dos motivos que levaram as inquiridas a recorrer ao apoio psiquiátrico e psicológico é de referir que a depressão foi mencionada como motivo das duas necessidades de apoio. O que corresponde com dados divulgados pela OMS (2009) em que uma em quatro pessoas sofre ou já sofreu de depressão, mencionando que nos próximos vinte anos a depressão será a doença mais comum. De acordo com a associação de ADEB (2008) cerca de 10% a 25% das mulheres portuguesas sofrem de depressão o que representa o dobro comparativamente com o sexo masculino.

Relativamente à toma de anti-depressivos, embora a maioria das puérperas inquiridas mencionem não terem tomado medicamentos anti-depressivos (60%), uma percentagem bem significativa (40%) destaca já ter tomado anti-depressivos. Assim sendo até agora viu-se que são poucas as inquiridas que recorreram tanto ao apoio psicológico como ao apoio do psiquiatra, no entanto não são poucas as que optam por tomar anti-depressivos. Estes resultados vão ao encontro do estudo desenvolvido por Figueiredo (2007) em que no estudo no que diz respeito à história de psiquiatria, verificou que cerca de (1,0%) dos entrevistados estiveram internados no hospital psiquiátrico, 14,7% referiram no estudo de Figueiredo terem recorrido a consultas/apoio do psiquiatra, 21,8% recorreram ao médico de família em razão de problemas emocionais e 24,5% já tomaram psicofármacos.

Quanto ao apoio nos cuidados ao bebé bem como noutras tarefas 88% das inquiridas referiram ter esse apoio que advém de várias pessoas com graus de parentesco relativamente diferentes: companheiro, mãe, sogra, irmã e filha mais velha. Quanto à outra parte da amostra, 12% referiu não ter o referido apoio. Tal como foi mencionado na fase conceptual a tristeza pós-parto pode estar associada à perda ou à diminuição do apoio da família, segundo Araújo (2003).

Para além disso, um estudo desenvolvido por Zagonel (2003, *cit. in.* Nakamura), conclui que o desempenho e adaptação ao papel materno dependem também do aspecto cultural

da família ou sociedade em que vive. O envolvimento da família (marido, companheiro, mãe, sogra e irmãos) com a nova mãe, podem significar apoio ou indicar a incapacidade de a mãe realizar os cuidados a si e do seu bebé (Zagonel, 2003).

Ainda neste contexto Araújo (2001) conclui que as puérperas apresentam dificuldades e constrangimentos durante o período de puerpério relacionados com alterações biofísicas, emocionais, psicológicas e sociais pelas quais a família nomeadamente a mãe e a sogra é o recurso mobilizado para superar as referidas dificuldades. Contudo estas conclusões não correspondem com os resultados obtidos no presente estudo, onde se verificou que o principal alicerce desse apoio é o marido ou companheiro, o que pode ser explicado pelo facto de o papel do pai estar em mudança na sociedade actual, participando nos cuidados ao recém-nascido, tal como afirma Silva (2006).

Relativamente à importância que as puérperas inquiridas atribuíram ao apoio do enfermeiro a maioria da amostra (68%) consideraram esse apoio importante. Tal como afirma Araújo (2007) as intervenções de enfermagem não estão de acordo com as expectativas das puérperas, pelo que referem desejo de maior apoio e informação.

Nesta ordem de ideias, mediante dados obtidos sobre em que aspectos as inquiridas julgam importante o apoio do enfermeiro, foram destacadas pelas mesmas: amamentação (32%), cuidados ao recém-nascido (25%), cuidados ao corpo da mulher (22%), apoio psicológico (18%) e outros aspectos (3%).

Contudo, os dados obtidos não correspondem às conclusões tiradas por estudo desenvolvido por Silva (2006), das quais destaca que as três grandes dificuldades que as mães referiram bem como a necessidade de apoio foram: relacionamento com o recém-nascido em casa, prestação de cuidados de higiene conforto, segurança e prevenção de acidentes, ou seja, a parcela de cuidados ao recém-nascido aparece em primeira ordem de importância enquanto que neste estudo a amamentação é a que suscita maiores preocupações/dificuldades entre as mães.

Para além disto, o investigador achou também importante referir outra das conclusões do estudo de Silva (2006) onde na perspectiva dos enfermeiros, os pais apresentam

grandes dificuldades nomeadamente na amamentação, cuidados inerentes à eliminação, higiene, conforto, afecto e estimulação do recém-nascido, adaptação ao papel parental e vigilância de saúde no recém-nascido.

Quanto ao facto de as inquiridas sentirem que sua relação conjugal se alterou com o nascimento do bebé, embora a maioria (56%) responda que não, uma percentagem bem significativa (44%) admite que a relação se alterou. A estas últimas ainda foi levantada uma outra questão quanto ao facto de se sentirem mais afastadas do companheiro, sendo que cerca de 76% negou sentir-se mais afastadas. No entanto as restantes (24%) admitem sentirem-se mais afastadas, devido ao tempo que o bebé exige, referindo que não há tempo para o marido/companheiro.

Assim sendo, é de referir que estas conclusões correspondem com as do referido estudo de Silva (2006) no qual refere que as adaptações psicossociais após o parto têm essencialmente a ver com o desempenho de um novo papel, o papel parental, que deve ser conciliado com a vida de casal, e conseqüentemente com o impacto do nascimento do RN na relação com o cônjuge, nomeadamente a falta de tempo para a relação entre o casal e o sentimento de falta de apoio da parte do cônjuge.

Mediante a dificuldade em relacionar-se com o seu bebé, praticamente a totalidade das puérperas inquiridas mencionaram não ter essa dificuldade. Ainda relativo às dificuldades mas de perceber as necessidades do seu bebé embora não constitua a maioria da amostra, uma percentagem significativa das inquiridas (24%) respondeu ter presente essas mesmas dificuldades, atribuindo como principal factor desencadeante dessas dificuldades a incapacidade de identificar o significado de cada choro do bebé. Contudo de acordo com o estudo de Silva (2006) conclui que muitas puérperas apresentam dificuldades em identificar as necessidades do seu bebé, pois estas ainda não estabeleceram com os seus bebés o verdadeiro padrão de comunicação.

Outras conclusões do estudo apresentado por Silva (2006) aponta que, cerca de 85,5% dos enfermeiros consideram que os pais embora possuam conhecimentos apresentam muitas dificuldades e que a percepção que os pais têm dos seus filhos é sentida como difícil pela dificuldade em que o recém-nascido têm em estabelecer ritmos fisiológicos

(alimentação, sono, padrões de despertar) ou mesmo pelas suas dificuldades na comunicação com o recém-nascido (DGS, 2006).

O investigador achou pertinente obter dados relativos ao facto de o bebé ser tal como cada puérpera imaginou, pois de acordo com Lebovici (*cit. in* Suassuna et al, 2008) a distinção entre a criança imaginária e a criança real permite que se compreenda, em parte, a angústia inicial e a ambivalência das parturientes, o que explica porque a primípara, por vezes, atravessa uma fase de angústia por ter de adequar-se às exigências normais do seu bebé. No presente estudo observou-se que em 20% dos casos o bebé não correspondia às expectativas da puérpera. Contudo, quando questionadas, nenhuma afirmou sentir-se desiludida. Verificou-se também que na maioria (80%) as expectativas foram correspondidas.

Mediante a análise do gráfico 23 e no que se refere ou não à presença de tristeza pós-parto, verificou-se que a maioria das inquiridas (88%) situam-se no grupo a que corresponde a tristeza ligeira e as restantes 12% situam-se no grupo a que corresponde a tristeza moderada, estando de acordo com a referida escala pouco propensas a terem a tristeza pós-parto. No entanto, estas conclusões não vão ao encontro do que está evidenciado claramente pela grande maioria dos investigadores tal como Figueiredo (2007). Porém à medida que foi descrita a presente discussão de dados foram destacadas várias considerações que justificam o facto das inquiridas não se encontrarem propensas para desenvolver a já mencionada tristeza pós-parto.

Por fim, do ponto de vista analítico, a escala denota alguns parâmetros que o investigador teve em consideração devido ao número significativo, ou seja mais de 25% de casos em que foram assinalados com a pontuação de dois e três. São eles parâmetros:

- **3** - Apetite aumentado ou diminuído, ganho ou perda de peso que não parecem normais;
- **6** - Crises de choro;
- **10** – Fadiga - sentir-se cansada ou exausta;
- **13** - Nervosismo, sensação de tensão ou irritação;
- **22** - Sensação de irritação, mau feitio;

- **26** - Mudança de humor - mudanças constantes de humor e de emoções.

Nesta ordem de ideias, é de referir que estes são pontos que correspondem a sentimentos que são experienciados por puérperas que sofrem de tristeza pós-parto, tal como afirma Figueiredo 2001 para os parâmetros 3,6,10,13, 22 e 26.

Conclusão

Ao concluir esta monografia pode-se afirmar que esta constituiu uma forte experiência de aprendizagem em todas as fases que a constituem: fase teórica, fase metodológica e fase empírica.

Em relação ao tema deste trabalho, a “Tristeza pós-parto”, esta é considerada pela maioria dos autores consultados, uma alteração de humor benigna, que afecta cerca de 80% das puérperas. Ocorrendo no período de puerpério, é caracterizada por disforia, humor lábil, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, insónia, fadiga, perda de apetite, fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade.

Para além destes sinais e sintomas, são também mencionados na literatura consultada, alguns factores de risco, tais como: o apoio que a puérpera recebe nos cuidados ao recém-nascido, a relação que estabelece com o companheiro, a dificuldade em relacionar-se e perceber as necessidades do seu bebé e se este corresponde às características idealizadas, factores económicos, não estudados no presente trabalho. Para além dos factores de risco acima mencionados, outros têm sido apontados como factores vulneráveis para o desenvolvimento da tristeza pós-parto, são eles: a idade da puérpera, o estado civil, se a gravidez foi planeada e desejada, se a gravidez foi considerada de risco, se ocorreram complicações no pós-parto e o tipo de parto.

Relativamente aos objectivos deste trabalho, alguns deles que vieram dar resposta às questões de investigação, consideram-se que foram atingidos. Por outro lado, o investigador considerou o tema abordado muito pertinente pela sua actualidade e importância para a saúde do recém-nascido/pais, sobretudo se houver interesse e sensibilização por parte dos profissionais de saúde que prestam cuidados no âmbito do puerpério, em resolver os problemas que exijam não uma intervenção técnica, mas que imponham intervenções na vertente psicológica, apesar das inquiridas não valorizarem directamente este tipo de intervenção.

As perspectivas teóricas apresentadas na primeira parte do presente estudo ajudaram a clarificar a problemática. Mediante a consulta bibliográfica efectuada, foi possível compreender a influência das variáveis de estudo na vulnerabilidade de desenvolver

tristeza pós-parto. Para além disso, os estudos consultados tornaram-se numa mais valia, pois permitiram clarificar a pertinência do estudo e ajudar na discussão dos seus resultados.

No presente estudo durante a pesquisa bibliográfica, o investigador foi tendo a noção de que um grande número de factores estão envolvidos e que podem influenciar o desenvolvimento da tristeza pós-parto.

Relativamente aos dados obtidos pela escala de avaliação da propensão para desenvolver tristeza pós-parto, verificou-se que quase a totalidade da amostra não apresenta propensão para o desenvolvimento de tristeza moderada ou grave, opondo-se estes resultados aos dados claramente divulgados na literatura, tal como já se mencionou na discussão de dados. Contudo, mediante os resultados relativos à caracterização das inquiridas, pôde-se verificar que as puérperas também não apresentavam à partida, factores de risco que condicionassem o aparecimento da tristeza moderada ou grave no pós-parto.

Tal facto, pode dever-se a inúmeros factores que poderão ter influenciado os resultados do presente estudo, são eles:

- Localização onde o instrumento de dados foi aplicado, que levou a que a amostra apresentasse características muito específicas, tal como já foi explicada na discussão dos resultados;
- Número reduzido de elementos na amostra.

Com base nos resultados obtidos ao finalizar o presente estudo, conclui-se que :

- Em metade da amostra (48%) trata-se do seu primeiro filho, constituindo, assim a sua primeira experiência para cuidar do bebé;
- Quanto ao facto da actual gravidez ter sido considerada de risco, uma parte significativa da amostra (24%) revelou ter sido considerada de risco;
- No que concerne ao tipo de parto, embora a maioria respondesse que tivesse parto normal, cerca de 32% foi submetida a cesariana;
- Quanto à toma de anti-depressivos uma parte considerável (40%) respondeu já ter recorrido a esse grupo de medicamentos, no entanto, uma quantidade diminuta respondeu ter acesso ao psiquiatra (8%) e ao psicólogo (12%).

- Relativamente ao apoio do enfermeiro, uma parte significativa da amostra (68%) atribui importância a esse mesmo apoio. Ainda inerente a este aspecto atribuem maior necessidade de apoio a amamentação (32%), seguindo-se os cuidados ao recém-nascido (25%), depois cuidados ao corpo da mulher (22%) e por fim o apoio psicológico (18%);
- Quanto ao apoio que a puérpera recebe nos cuidados ao seu bebé bem como noutras tarefas, 88% responderam ter esse apoio, alegando a grande maioria que advém dos companheiros;
- Uma parte significativa da amostra (44%) refere sentir que a sua relação conjugal se alterou com o nascimento do bebé, referindo que se sentem mais afastadas dos respectivos companheiros (24%);
- Quanto às dificuldades em perceber as necessidades do seu bebé, uma parte significativa da amostra (24%), admitem essas dificuldades, sendo também de referir que cerca de (4%) refere ter dificuldades em relacionar-se com o seu bebé;
- No que diz respeito ao facto de o recém-nascido corresponder às expectativas de cada puérpera, 80% refere corresponder ao que idealizaram;
- Relativamente ao facto de a gravidez ter sido planeada e desejada, cerca de 96% afirma ter sido desejada e 80% refere que foi planeada.
- Por fim, quanto aos resultados obtidos com a escala que avalia a propensão que cada puérpera tem para o desenvolvimento da tristeza pós-parto, conclui-se que cerca de 88% não apresenta propensão para o desenvolvimento de tristeza grave ou moderada;

De acordo com a pertinência do tema e devido à escassez de estudos e de instrumentos válidos e específicos a nível deste âmbito, pondera-se que o presente estudo possa servir de apoio para novas investigações. Assim, o investigador considerou também que a presente problemática deve ser estudada em profundidade, para que sejam implementadas medidas em prol do bem-estar do recém-nascido e pais.

Sendo os resultados deste estudo relevantes para a prática de cuidados de enfermagem, considera-se pertinente a sua apresentação aos enfermeiros, de modo a aumentar a sua

sensibilização face a esta problemática de forma a definirem-se estratégias conjuntas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população.

Para além disso, sob o ponto de vista do investigador, é fundamental sensibilizar as instituições de saúde para a necessidade de criar estratégias de articulação eficazes entre a gravidez, parto e puerpério para um apoio mais sistemático e organizado que englobe o filho, a mulher, o cônjuge e família, para que desta forma se consigam adaptar mais facilmente à nova realidade após o nascimento do bebé.

Por tudo o que foi apresentado e analisado ao longo deste estudo, considera-se essencial, em termo de sugestão, a realização de outros trabalhos sobre a mesma temática que possam envolver não só um maior número de sujeitos, como também, o estudo de outras variáveis, nomeadamente as sócio-culturais e sócio-económicas e alterar algumas questões do questionário, colocando-as abertas (por exemplo: a questão 10), de forma a que se obtenha mais informação.

Bibliografia

Adams et al.(2003). *Depressão pós-parto*. [Em linha]. Disponível em: www.repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5137/8/capitulo%203.pdf.

[Consultado em 01-01-2010].

Albuquerque A. (2003). *Depressão pós-parto*. [Em linha]. Disponível em: www.webartigos.com/articles/11118/1/Depressao-Pos-Parto-Um-Problema-Relevante-na-Adolescencia/pagina1.html [Consultado em 22-12-09].

Albuquerque, R. (2009). Pós-parto: quando o humor se altera. *Revista vida saudável*. Lisboa. pp.72-74.

Almeida, L. e Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 3ªEdição, Braga. Psiquilíbrios.

Amorim, J. (2007). Artigos sobre cesariana. [Em linha]. Disponível em: www.mãe.iol.pt/artigo.php?id=884605&div_id=3629[Consultado em 22-12-09].

Antunes, M. (2007). As perturbações psicológicas do puerpério. *Revista Nursing/suplemento*. Outubro pp. 26-28.

Araújo A. e Silva C. (2003). *Alterações emocionais típicas no pós-parto: relato das mães*. [Em linha]. Disponível em: www.saude.rio.rj.gov.br/media/alteracoesemocionais.doc [Consultado em 09-10-09].

Azevedo, C. e Azevedo, A.(2003). *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. Lisboa. Universidade Católica Editora. 6ªEdição.

Barañano, A.,(2004). *Métodos e técnicos de gestão*.Lisboa, Edições Sílabo, 1ªEdição. P.101

Bosi, P.(2009). *Cuidados no pós-parto*. [Em linha]. Disponível em: <http://delas.ig.com.br/cuidados+nos+posparto/n1237496376602.html> [Consultado em 18-10-09].

Branden, P.(2000). *Enfermagem materno infantil*. Rio de Janeiro. 2ªedição. Reichmann & Affonso Editores.pp.440-442,562-568,577.

Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. Porto Alegre. 6ªedição. Artes médicas.pp.216-217.

Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra, Quarteto Editora, pp.147,162, 171-177.

Cervo, L. e Bervian, A. (1999) .*Metodologia científica*. 4ªedição. São Paulo.p.32.

Cotela, H. (2000). *Cuidados pós-parto*. [Em linha]. Disponível em: www.abcdasaude.com.br/artigo.php?97 [Consultado em 09-10-09].

Correia, M.(2002). *Depressão pós-parto: o que dizem os especialistas*. [Em linha]. Disponível em: www.dossiers.publico.clix.pt/noticia.aspx?idCanal=295&id=67334 [Consultado em 09-10-09].

DGS (2002). *Depressão pós-parto*. [Em linha]. Disponível em: www.arslvt.min:saude.pt/sitecollectiondocuments/SIJ_Orientações12.pdf.

Duarte, L.(2002). Pós-parto. *Revista vida da mulher*. [Em linha]. Disponível em: www.cppoetas.pt/upload/5/fckeditor_files/file/HLUZ_psiq_trab_pub_pos_-parto_albuquerque_iessos_verao.pdf [Consultado em 09-10-09].

Earl, L. (2001). *Pós-parto-guia da mulher que acaba de ser mãe*. Portugal. Lyon Edições.p.57.

Feinenman, J.(2000). *Sobreviver à depressão pós-parto* .Porto. Ambar. pp.26-28,33,46.

Figueiredo, B.(2001). Depressão pós-parto: Cosiderações a propósito da intervenção psicológica. *Revista psiquiatria clínica*. Braga. pp.333-335.

Figueiredo, B (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. *In: Canavarro,M. Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra, Quarteto Editora, pp.161, 163-164-170.

Fortin, Marie – Fabienne, (2003).*O processo de investigação*.Loures. Lusociência.

Gonçalves, J.(2008). *Depressão pós-parto e retraimento social do bebé*. Braga. Porto Editora.

Holmes, T.(2001) . *Depressão pós-parto*. Revista mal-estar e subjectividade (*b*).Volume III (nº4/ Outubro), p.508.

INE (2004). Actualidades do INE. Instituto Nacional de Estatística. [em linha]. Disponível em : www.alea.estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_48.pdf [Consultado a 07.01.2010].

Instituto de Ciências sociais. (2007). Gravidez desejada. [em linha]. Disponível em: www.diário.iol.pt/sociedade/gravidez-sexo-preservativos-portugaldiário/995573-4071.html [Consultado a 07.01.2010].

Lebovici (2008).*Os bebés do imaginário parental*. Loures. Lusociência.

Maldonado, M.T.(1999). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo. 4ªedição, p.23.

Marconi, M., Lakatos, E.(2007). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo. 6ªedição. Editora Atlas.p.11.

Maria, C. (2002). Psicologia no puerpério. [em linha]. Disponível em: <http://dossiers.publico.clix.pt/noticia.aspx?idcanal=295&id=67334> [Consultado a 07.01.2010].

Marques, C.(2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise psicológica*. Volume I. p.86.

Marques C.(2004). *Depressão pós-parto*. [Em linha]. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n1/v21n1a11.pdf [Consultado em 09-10-09].

Medeiros,R. e tal (2007). *A relação mãe – bebé em casos de depressão pós-parto*. [Em linha]. Disponível em:www.psicologia.com.pt [Consultado em 09-10-09].

Murray e Cooper (1997). *Postpartum depression and child development*. New-York.

Oliveira, et al.(2004). Dar à luz... e ficar às “escuras!”. *Revista Nursing/saúde materna*. (Nº189/Junho) pp.29-30,32.

OMS. (2009). *Depressão em Portugal*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.sas.ualg.pt/sasgpap/ansiedade.htm> [Consultado em 09-01-10].

Ouivy, R. Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*.Lisboa. Gravidia Edições.p.44

Perry, S. e Lowdermilk, D. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. New York. 4ªEdição. Lusociência. pp.56-57, 533, 558-570,479-462,514.

Polit, D. Beck, C.Hungler, B. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre. Atmed.

Ribeiro, J.L.P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto, Legis. Editora/Livpic.

Santos et al. (2008). Estudo de associação. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*. Lisboa. N°9.

Saraiva, E. (2008). O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. *Revista mal-estar e subjectividade(b)*. Volume VIII (N°002/Junho). pp.508-509.

Shorge, J. e Norwitz, E.(2001). *Compêndio de obstetricia e ginecologia*. Portugal. Instituto de Piaget medicina e saúde, p.211.

Silva, D. *et alli* (2003). Depressão pós-parto. *Revista mal-estar e subjectividade (a)*.Volume III (N° 2/Setembro). pp.443-447.

Silva et al. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e factores de risco associados. *Revista Saúde Pública*. Setembro. pp.68.

Simões, T. (2008).*Planeamento de uma gravidez*. [Em linha]. Disponível em: www.planeamento.blogspot.com/2008/06/maternidade-portuguesas-escolhem.html [Consultado em 04-12-09].

Sousa, E. et al. (2006). Depressão pós-parto numa perspectiva preventiva. *Revista Nursing/saúde materna*. Outubro pp.10-12.

Tavares, M.(2009). *Prevenção da depressão pós-parto*. [Em linha]. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/ [Consultado em 04-12-09].

Zagonel, A.(2003). *O cuidado humano de*<i>iante a transsição ao papel materno: vivências no puerpério**. Revista de Enfermagem. Volume V. N°2.Novembro.p.24

Zanoti e tal (2003). *Identificação e intervenção do transtorno psiquiátrico e intervenção do transtorno associadas ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra*. [Em linha]. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/revisao_01.htm [Consultado em 12-12-09].

Anexos

Anexo I

Questionário

Questionário

“Tristeza pós – parto”

Sónia Patrícia Torres Amorim, aluna do 4ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem estando a realizar um estudo cujo instrumento de colheita de dados é o questionário com o tema “tristeza pós-parto”, solicitando a sua colaboração para a concretização do trabalho monográfico intitulado de “Blues pós-parto – importância do diagnóstico precoce”, a ser apresentado na Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da saúde, na Unidade de Ponte de Lima no âmbito da obtenção da Licenciatura em Enfermagem.

O presente estudo tem como objectivo identificar se as puérperas têm tristeza pós - parto e se consideram importante as intervenções de enfermagem implementadas perante a esta problemática, no sentido de ajudar a resolver esta situação.

Este levantamento poderá contribuir para uma melhor compreensão desta problemática e eventualmente para a reflexão acerca das diferentes medidas de actuação.

Tenha a noção que a sua participação neste questionário é de **extrema importância**, sendo uma contribuição valiosa para aumentar a consciência e sensibilização dos enfermeiros para o problema em questão, por isso tenha o cuidado de responder a todas as questões com sinceridade e veracidade possíveis.

Consentimento informado

Eu(nome completo), _____
aceito participar no estudo que tem por tema “Blues pós-parto”, estudo descritivo simples. Autorizo a utilização dos dados do questionário a que vou responder para a realização deste estudo. Tenho conhecimento do seu carácter científico e a minha participação é altamente voluntária. Estou ciente de que as informações serão tratadas anonimamente e confidencialmente e que não sofrerei qualquer tipo de consequências ou prejuízo caso me recuse a participar ou decida, a qualquer momento, desistir da minha participação.

Por favor leia **ATENTAMENTE** estas instruções:

*Disponha somente de **dez minutos** para preencher este questionário*

O seu contributo será fundamental para este estudo

- ✓ A investigadora está disponível para qualquer esclarecimento adicional. Por favor, não esclareça dúvidas ou troque opiniões com outras pessoas durante o respectivo preenchimento deste questionário.
- ✓ Assinale apenas **uma opção** de cada questão;
- ✓ Tem a plena liberdade de abandonar o estudo, podendo parar em qualquer altura.
- ✓ Garantimos que as suas respostas serão examinadas de forma a garantir o seu anonimato e sigilo, **razão pela qual não deverá escrever o seu nome**, nem nada que a identifique, em local algum deste questionário.

PARTE I

Caracterização da amostra

Por favor preencha o questionário assinalando apenas um quadrado com uma cruz
Caso não saiba responder a alguma pergunta ou se tiver dúvidas em alguma questão,
pode tirá-las pedindo ajuda à investigadora.

1. Idade

- Menos de 20 20-24 25-29 30-34
 35-39 40-44 45-49 50 a mais

2. Habilitações literárias

- 1º- 4º ano 5-9º ano 10-12º ano Formação profissional Licenciatura
Mestrado

3. Profissão

3.1. Qual a sua profissão? _____

4. Estado civil

- Solteira Casada União de Facto Divorciada Viúva

5. Número de filhos

- 1 2 3 4 5 ou +

Cesariana Ventosas Fórcepes Normal

8. Já necessitou de apoio psiquiátrico?

Sim Não

8.1 Se sim, porque motivo?

8.2 E quando?

+ de 5anos + de 4anos + de 3anos + de 2anos - de 1ano

8.3 Já necessitou de apoio psicológico?

Sim Não

8.4 Se sim, porque motivo?

8.5 E quando?

+ de 5anos + de 4anos + de 3anos + de 2anos - de 1ano

8.6 Já tomou algum tipo de medicação antidepressiva?

Sim Não

9. Tem alguém que a ajude em casa nos cuidados com o seu bebé e nas outras tarefas ?

Sim Não

Se sim, diga quem a ajuda?

10. Considera que seria importante o apoio do enfermeiro durante a visita domiciliária?

Sim Não

Se sim, que aspectos considerava importante no apoio do enfermeiro durante a visita domiciliária?

- Amamentação;
- Cuidados ao recém-nascido;
- Cuidado com o corpo da mulher (higiene, pontos, funcionamento do intestino, entre outros);
- Apoio psicológico
- Outros _____

11. Sente que a sua relação conjugal se alterou com o nascimento do bebé?

Sim Não

10.1. Sente-se mais afastada do seu companheiro desde que o seu bebé nasceu?

Sim Não

Se sim, porquê ?

12. Tem dificuldade em relacionar-se com o seu bebê?

Sim Não

Se sim, porquê?

13. Tem dificuldade em perceber as necessidades do seu bebê?

Sim Não

Se sim, porquê?

14. O seu bebê é tal como o imaginou?

Sim Não

14.1 Se não, sente-se desiludida?

Sim Não

15. A sua família tem estado disponível quando necessita de ajuda?

Sim Não

14.1. Se não, porquê?

PARTE II

Esta escala avalia a intensidade dos sentimentos após o parto.

0 = Não existe	1 = Ligeira	2 = Moderada	3 = Intensa	0	1	2	3
Raiva							
Ataques de ansiedade: períodos de pânico, falta de ar, aceleração dos batimentos cardíacos							
Apetite aumentado ou diminuído e/ou ganho ou perda de peso que não parecem normais							
Forte sentimento de que precisa se afastar, necessidade de mais tempo para os seus interesses particulares							
Problemas no relacionamento com um familiar, com pessoa que ama, com um amigo próximo, etc.							
Crises de choro							
Desinteresse pela sua imagem pessoal							
Menos motivação – menos energia ou interesse em atingir objectivos							
Depressão							
Fadiga – sentir-se cansada ou exausta							
Medo de se magoar a si, ou ao bebé							
Perda do sentido de humor							
Nervosismo, sensação de tensão ou irritação							
Sentimentos de culpa							
Sentimentos de pânico							
Sentimento de solidão ou isolamento; sem o apoio dos outros							
Sentimento de não amar ou amar insuficientemente o bebé							
Sentimento de esquecimento, distração, alienação – problemas de concentração							
Frustração							
Desânimo							
Insónia							
Sensação de irritação, mau-feito							
Perda de desejo e/ou prazer sexual							
Perda de respeito ou confiança em si própria – sensação de não ter valor ou de que não fazer nada certo							
Sensação de confusão, incerteza							
Mudanças de humor – mudanças constantes de humor e de emoções							
Pensamentos obsessivos – ideias ou sentimentos que não consegue deixar de pensar							
Pensamentos estranhos ou assustadores – pensamentos ou imagens que a assustam ou que não consegue controlar							
Pensamentos de suicídio, sentir como se quisesse morrer							
Sentimento de tristeza, infelicidade							
							TOTAL

FIM!

— Obrigado pela sua colaboração. —

Anexo II

Declaração do consentimento

Anexo III

Cronograma

Actividades		2009												2010											
		J		A		S		O		N		D		J		F		M		A		M			
		1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31	1-15	15-31		
Fase Conceptual	Escolha o tema	■		■		■																			
	Revisão bibliográfica	■		■		■		■		■		■		■		■									
	Problemática					■		■		■		■													
	Elaboração de questões e objetivos					■		■		■		■													
	Definições de variáveis					■		■		■		■													
	Definição da população e amostra					■		■		■		■													
Fase Metodológica	Escolha do método e instrumento de coleta de dados					■		■		■		■													
	Pré-teste									■		■													
	Colheita de dados											■		■											
Fase Empírica	Tratamento de dados											■		■											
	Análise e discussão dos dados												■		■										
	Conclusões												■		■										
	Elaboração da monografia												■		■		■		■		■				
													■		■		■		■		■				

■ Actividades planeadas
 ■ Actividades desenvolvidas