**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARIA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA BARBOSA

**VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO
DE MULHERES NO CONTEXTO DA FAMÍLIA**

**SÃO PAULO
2014**

MARIA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA BARBOSA

**VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO
DE MULHERES NO CONTEXTO DA FAMÍLIA**

Versão revisada de acordo com a resolução CoPGr 6018 de 2011.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth Ângelo

SÃO PAULO
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Barbosa, Maria Aparecida Rodrigues da Silva

Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família / Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa. São Paulo, 2014.

201 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margareth Ângelo

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem. 2. Família. 3. Relações familiares.
4. Depressão pós-parto. I. Título.

Nome: Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa

Título: Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 30/10/2014.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Margareth Ângelo
da Universidade de São Paulo

Instituição: Escola de Enfermagem

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Myriam A Mandetta
Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

Instituição: Departamento de

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Luciana de A Colvero
da Universidade de São Paulo

Instituição: Escola de Enfermagem

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro
da Universidade de São Paulo

Instituição: Escola de Enfermagem

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Roselma Lucchese
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Catalão.

Instituição: Departamento de

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA ESPECIAL

À minha família

Alan Luís e Iris Luísa,

Meus filhos queridos, obrigada por me amarem incondicionalmente e por terem me escolhido para ser a mãe de vocês.

José Euclides Barbosa filho,

Meu companheiro de longos anos de caminhada e a quem admiro pela nobreza de caráter. Obrigada pelo amor e apoio em todos os momentos de minha vida.

À memória de meu pai *Trajano de Matos Silva*, de quem me lembro com saudades, amor, respeito, carinho e gratidão.

À minha mãe *Maria Luzia da Silva*, pelo amor, cuidado, carinho e apoio constante em minha trajetória de vida. “Mainha”, você sempre foi uma boa mãe!

Às minhas irmãs, especialmente *Lenir* e *Luci* por terem me poupado nos últimos anos em vários momentos de sobrecargas nos cuidados dos doentes de nossa família.

Às minhas cunhadas: *Uriete*, *Nininha* e *Zete*, pela generosidade e zelo com que cuidaram de meus filhos quando necessitei.

À Deus, por se mostrar sempre presente em minha vida.

À minha irmã *Laurinda*,

Que adoeceu e se despediu dessa existência enquanto eu desenvolvia este estudo.

A quem agradeço por ter me acolhido e protegido como filha nos primeiros anos de minha vida.

A quem devo parte do que me tornei como pessoa.

AGRADECIMENTOS

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela oportunidade.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

As colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Fátima, Patrícia, Jenifer, Arianne e Keila, pela convivência.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, em especial a Silvana, pela gentileza no atendimento.

Aos Enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá: João Paulo Martins e Silvana Benevides, pela ajuda na localização de informantes deste estudo.

A todas as colegas Enfermeiras que me auxiliaram a encontrar as famílias deste estudo.

As famílias participantes deste estudo pela disponibilidade, generosidade e coragem em partilhar experiências de sofrimentos tão intensos.

A Annelita Almeida Oliveira Reiners, colega de trabalho pelo apoio constante.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio sob a forma de bolsa de estudo.

Agradecimento Especial

À Prof^a. Dr^a Margareth Ângelo pela oportunidade em ter sido sua orientanda, pela firmeza na condução desse estudo e por ter compreendido minha necessidade de parar em um momento de perda e dor intensa. Você terá sempre minha gratidão, admiração e respeito.

Barbosa MARS. Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto tem sido tratada ao longo do tempo como um problema das mulheres e poucos estudos têm abordado as repercussões desse evento nas relações familiares. **Objetivos:** Compreender as vivências e significados da depressão pós-parto materna para a mulher e sua família; desenvolver um modelo teórico representativo da experiência da mulher e da família diante da depressão pós-parto. **Método:** Estudo qualitativo que teve como referencial teórico norteador o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Os participantes deste estudo foram mulheres que tiveram depressão pós-parto e seus familiares, recrutados por meio de Hospitais Públicos e Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá-MT. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade com a mulher e seu familiar. O número de famílias participantes foi se configurando, de acordo com a análise e a teoria emergente, totalizando dez famílias. **Resultados:** A análise dos dados permitiu identificar o modelo teórico “Oscilando entre o apoio e a necessidade de manter o controle” que representa as percepções e estratégias presentes na experiência da mulher e da família visando à adaptação da vida familiar às circunstâncias da vida afetadas pela depressão. Três categorias estruturam a experiência estudada: Lutando com a maternidade; Perdendo-se no meio de sentimentos na luta com o desconhecido e Assumindo o controle. **Conclusões:** O estudo permitiu identificar um processo psicossocial, em que o controle e o apoio constituem os elementos simbólicos centrais de como a mulher com depressão pós-parto e a família manejam a experiência desde o início dos sintomas até a constatação do diagnóstico. O modelo teórico contribui para a compreensão dos significados construídos e as

condições que afetam a mulher e a família, e orientam a organização e a comunicação familiar.

Palavras-chave: Família. Relações familiares. Enfermagem. Depressão pós-parto.

Barbosa MARS. Experiences and meanings of post-partum depression in women in the family context [thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: Post-partum depression has been treated over time as a women's problem and few studies have addressed the impact of this event on family relationships. **Objectives:** To understand the experiences and meanings of maternal post-partum depression for the woman and her family; to develop a theoretical model representative of the woman and her family's experience when facing post-partum depression. **Method:** It is a qualitative study that had as a guiding theoretical referential the Symbolic Interactionism and as a methodological referential the Grounded Theory. The participants of this study were women who had post-partum depression and their families, recruited through public hospitals and basic health units in the municipality of Cuiabá-MT. The data were collected through in-depth interviews with the woman and his family. The number of families who participated was being configured according to the analysis and the emergent theory, totalizing ten families. **Results:** The data analysis allowed the theoretical model to be identified "Oscillating between the support and the need to maintain control" which represents the perceptions and strategies present in the experience of the woman and her family aiming at adapting family life to the circumstances of life affected by depression. Three categories structure the experience under study: Struggling with maternity; Losing herself in the middle of feelings in the struggle with the unknow and Taking control. **Conclusions:** The study allowed identifying a psychosocial process in which the control and the support constitute the core symbolic elements of how the woman with post-partum depression and her family deal with the experience from the onset of the symptoms until the results of the diagnosis. The theoretical model contributed to the understanding of the constructed meanings and the

conditions that affect the woman and her family, and guide the family organization and communication.

Keywords: Family. Family relationships. Nursing. Post-partum depression.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
DPP	Depressão pós-parto
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCOPUS	Base de dados multidisciplinar produzida pela editora Elsevier
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
	A depressão pós-parto	17
	Revisão da literatura	34
	Objetivos	46
2	METODOLOGIA	47
2.1	REFERENCIAIS TEÓRICOS NORTEADORES DO ESTUDO	47
	A família como um sistema	47
	O Interacionismo Simbólico	49
	O Interacionismo Simbólico e família	63
2.2	O REFERENCIAL METODOLÓGICO	66
	A teoria fundamentada nos dados	66
3.	O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	72
	Obtenção dos dados	72
	Os informantes do estudo	72
	A captação e seleção dos informantes	74
	Procedimentos éticos	75
	Caracterizando as famílias deste estudo	76
	A coleta dos dados	86
	A análise dos dados	87
4	RESULTADOS	93
4.1	APRESENTANDO OS RESULTADOS	93
	O modelo teórico: Oscilando entre o apoio e a necessidade de manter o controle	93
	Lutando com a maternidade	96
	Perdendo - se no meio de sentimentos na luta com o desconhecido	107
	Assumindo o controle	145
4.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	163
5	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	178

REFERÊNCIAS	182
ANEXOS	193

1 INTRODUÇÃO

Desde que começamos a trabalhar como Enfermeira em hospitais de atendimento a crianças e recém-nascidos, embora nesses locais, o foco encontrava-se direcionado à criança, a nossa atenção sempre se voltou à mãe, talvez porque estas, por meio de suas várias formas de comportamentos (verbal ou não verbal), nos incitavam a isso.

Na docência isso ainda se repetiu, quando da nossa atuação em UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), em clínica gineco-obstétrica e ambulatório de atendimento a puérperas, lactantes, recém-nascidos e lactentes.

Durante o período de 2000 a 2007, desenvolvemos (como docente, coordenadora e executora) projetos de extensão em ambulatório de puérperas, lactantes, recém-nascidos e lactentes em um hospital. O contato ocorrido nessa situação específica com as mulheres puérperas e lactantes aumentou nosso envolvimento, principalmente com aquelas que apresentavam alterações emocionais, diagnosticadas ou não por outros profissionais.

Algumas pacientes apresentavam dificuldades em se aproximar fisicamente dos filhos para cuidá-los e amamentá-los, tendo até mesmo comportamentos de impaciência e agressividade com esses. Outras apresentavam descuido com a própria aparência, choros frequentes, dificuldades de concentração e irritabilidade extrema com o choro de seu filho. Segundo relatos de algumas mulheres, a situação em que se encontravam, faziam-nas perderem o raciocínio, até mesmo durante o desenvolvimento de tarefas rotineiras em seu ambiente doméstico.

Como Enfermeira e vivenciando estas situações, sentíamos aflição pelo fato de não sabermos até que ponto poderíamos contribuir para a superação dessa fase tão delicada vivida por essas mulheres. Havia ainda certo receio de deixar a mulher aos cuidados de outras pessoas de sua família ou de outros profissionais, talvez,

pensando na qualidade da atenção à puérpera nos serviços de saúde. Pudemos identificar que as mulheres além de não serem priorizadas no atendimento no pós-parto, não tinham as questões relativas às alterações emocionais percebidas e valorizadas de maneira adequada por quem as atendiam.

Essa situação, a nosso ver, tende a calar as mulheres em relação às suas necessidades podendo agravar o seu quadro de instabilidade emocional. Assim, muitas vezes percebíamos que algumas se retraíam estabelecendo uma zona de silêncio impenetrável a qualquer pessoa que tentasse uma aproximação.

Devido à importância e gravidade desses acontecimentos, procuramos permanecer em contato com essas mulheres em seus domicílios. Em algumas situações presenciamos a melhora sem necessidade de tratamento medicamentoso específico e em outras vimos seu agravamento. Nessas visitas, era possível notar a dificuldade que elas tinham em se perceberem como necessitadas de cuidados além da dificuldade dos familiares, em particular dos cônjuges de perceberem essa condição.

Estar deprimida não significa necessariamente estar incapacitada para várias funções da vida diária, mas sim, desenvolvê-las com alguma dificuldade. Isso pode não ser notado ou confundido pela família com outros problemas, como o cansaço experimentado no desenvolvimento dos cuidados ao recém-nascido ou a dificuldade de se adaptar à nova condição - ser mãe. Desse modo, os sentimentos experimentados pelas mulheres, podem ser silenciados por elas e gerar-lhes mais sofrimento emocional. Esses, uma vez não verbalizados repercutirão de maneira equivocada em suas relações familiares, trazendo mais sofrimento para si mesmo e para a sua família.

A partir de nossas vivências, começamos a estudar sobre depressão pós-parto e anos mais tarde, construímos nosso anteprojeto de doutorado que inicialmente continha a abordagem à mulher com depressão pós-parto. Mas, ao iniciarmos a busca por

prováveis orientadores, entendemos após contato com a professora Doutora Margareth Ângelo, que o tema depressão pós-parto deveria ser considerado como um evento de família e ser abordado como tal. Até então não havíamos pensado nessa perspectiva, uma vez que não tínhamos experiência com famílias.

Assim, nos convencemos de que as mulheres e suas famílias deveriam ser ouvidas e que por meio de seus relatos poderíamos colaborar na construção de caminhos mais seguros para seu atendimento, além de podermos contribuir com o meio profissional e social na compreensão da temática em questão.

A depressão pós-parto

Para Ribeiro (2005), a gravidez e o parto representam momentos marcantes para a mulher. São períodos de grandes transformações, não só em seu organismo, mas também em seu psiquismo e em seu papel sócio-familiar. Normalmente as pessoas tem uma maior probabilidade de adoecerem emocionalmente durante os momentos mais críticos de suas vidas, sejam esses momentos tidos como bons ou ruins. Isso acontece como uma resposta emocional às solicitações de adaptação. No que diz respeito ao ciclo gravídico-puerperal, o primeiro mês após o parto é, talvez, o período no qual a mulher se encontra mais vulnerável emocionalmente (Ribeiro, 2005).

Complementando essa ideia, Zanotti et al. (2003) afirmam que na fase puerperal, a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de transtornos mentais, uma vez que as suas defesas físicas e psicossociais estão voltadas para a proteção ao seu recém-nascido.

Atendendo a necessidade de proteção ao período puerperal e à mulher no pós-parto, o Ministério da Saúde em suas publicações para consumo, apoio e orientação do corpo técnico no atendimento a mulheres em unidades básicas de saúde, apresentava até

recentemente, duas publicações: a Agenda da Gestante (Brasil, 1997) e o Manual Parto, Aborto e Puerpério (Brasil, 2001), nas quais era abordada superficialmente a sintomatologia dos transtornos emocionais do período pós-parto e se recomendava o encaminhamento da mulher na vigência da intensificação dos sinais e sintomas, para unidades especiais de tratamento. Esse comportamento se manteve na publicação do manual de pré-natal e puerpério lançado em 2006 (Brasil, 2006).

Muito recentemente, este órgão objetivando a orientação dos profissionais que lidam com a mulher e família na atenção primária à saúde, apresenta uma nova e mais ampliada publicação das questões relacionadas aos aspectos emocionais do puerpério. A abordagem em questão se direciona aos aspectos vinculados ao puerpério normal e ao sofrimento mental no pós-parto causado pelo Blues puerperal, pela Depressão Pós-parto e pelo Transtorno psicótico puerperal (Brasil, 2012).

Nessa publicação mais atualizada, são destacados os conceitos, a prevalência, as manifestações, os sintomas, o curso e o prognóstico de cada uma dessas entidades.

A abordagem do material acima citado, ao contrário das publicações anteriores, localiza o leitor de maneira objetivamente didática em relação à definição dos transtornos, o que observar e como diferenciar um puerpério que não cursa dentro do que seria normal.

Além de instrumentalizar o profissional da Atenção Primária à Saúde no atendimento à puérpera, enfatiza o papel do mesmo na identificação dessas entidades o mais precocemente possível, bem como o orienta sobre a necessidade de envolver a família, especialmente o cônjuge, como objeto dos cuidados a serem prestados, principalmente na vigência da DPP materna.

Motivadas pela constatação em nossa prática profissional de que a depressão pós-parto é um problema que às vezes é confundido com outros que ocorrem no puerpério como o “Blues

pós-parto” (tristeza pós-parto) e a Psicose pós-parto (psicose puerperal), faremos a seguir uma breve revisão teórica dos conceitos relativos a essas três entidades, destacando alguns aspectos epidemiológicos e clínicos. No entanto, obedecendo ao objetivo deste estudo, essa revisão se dará de maneira mais concentrada nos aspectos relacionados à depressão pós-parto.

Podemos considerar três alterações emocionais maternas do pós-parto: Blues pós-parto ou tristeza pós-parto, depressão e psicose pós-parto. Contudo, alguns autores consideram o Blues pós-parto, como uma reação de ajustamento às demandas da maternidade, mas que pode preceder uma síndrome depressiva mais grave (Sintra, Cordeiro, 1998).

Entretanto Botega e Dias (2002) afirmam que a possibilidade de que o Blues puerperal evolua para um quadro de depressão é remota, pois para eles, a DPP já se instala com características mais severas e intensas. Porém, para esses autores, apesar de esses quadros serem confundidos no início de suas manifestações, posteriormente eles são distinguidos, pois a intensidade dos sintomas da DPP se mantém além das duas semanas que caracterizam o blues puerperal.

Para Chaudron e Pies (2003), o Blues puerperal é caracterizado por sintomas depressivos leves e acomete mulheres nos primeiros dias após o parto, com pico no 4.º ou 5.º dia e tem remissão espontânea no máximo em duas semanas. É caracterizado por choro fácil, labilidade do humor, irritabilidade e comportamento hostil para com acompanhantes e familiares (Nonacs, Cohen, 1998).

Segundo Cantilino (2003), Sintra e Cordeiro (1998) o Blues puerperal na dependência dos critérios diagnósticos utilizados, pode ser identificado em 50% a 85% das puérperas. Para Ballone (2005b) essa prevalência é de 25 a 85% e, de 50 a 70% segundo estimativas do Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

É definido como um estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral, no terceiro dia após o parto e tem

duração aproximada de duas semanas. Apesar de ser um período transitório de instabilidade emocional, sem complicações, requer o suporte e vigilância da mãe e do bebê (Brasil, 2006).

A diferença do Blues puerperal para a depressão pós-parto parece estar no grau de severidade e à evolução, bem menor e mais breve. Entretanto, em algumas mulheres, esse transtorno pode persistir evoluindo para um quadro mais grave de depressão pós-parto (Brasil, 2006). Essa possibilidade justifica a necessidade de as mulheres portadoras de Blues puerperal serem criteriosamente assistidas.

Em relação à psicose puerperal, Nonacs e Cohen (1998) destacam a dificuldade de determinar o limite entre ela e a depressão pós-parto. Eles colocam como característica principal da psicose a rejeição total ao bebê. Além disso, a mãe sente-se completamente aterrorizada e ameaçada pelo bebê, como se ele fosse um inimigo potencial. Chaudron e Pies (2003) relatam que estudos verificaram que 2/3 das mulheres que apresentaram psicose puerperal iniciaram a sintomatologia nas duas primeiras semanas após o nascimento dos seus filhos.

Sua prevalência é de 0,1% a 0,2%, caracteriza-se por início abrupto nas duas ou três semanas após o parto. Os sintomas são: confusão mental, delírios ou alucinações, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia. Esses sintomas evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até catatônicas (Brasil, 2012).

Castro e Lotufo Neto (2004) definem psicose puerperal pela ocorrência de delírios ou alucinações durante um episódio de depressão maior. Alertam para o fato de que na literatura, encontram-se inúmeras discussões e controvérsias a respeito das características clínicas e sintomas psicóticos, questionando se este transtorno seria um subtipo de depressão ou uma síndrome distinta.

No que se refere à depressão pós-parto, foco deste estudo, a literatura nacional e internacional vem apontando em seus

resultados que ela (a Depressão pós-parto) tem-se configurado como um problema de saúde pública. Por isso, uma das prioridades do Ministério da Saúde tem sido o incentivo às pesquisas relacionadas à saúde mental das mulheres no ciclo gravídico puerperal, com enfoque na magnitude, dinâmica, compreensão dos transtornos mentais do pós-parto, bem como estudos de prevalência e incidência de transtornos mentais na mulher grávida (Brasil, 2008).

Do mesmo modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001), alerta para o fato de que as mulheres na sociedade atual, com o desempenho de múltiplos papéis, se coloquem em situação de maior risco. Elas continuam desempenhando funções de grande responsabilidade associados à sua condição de esposas, mães, educadoras e provedoras de atenção para outros. Ao mesmo tempo estão se transformando numa parte cada vez mais essencial da mão de obra trabalhista, sendo muitas vezes a principal fonte de renda da família.

Zinga, Phillips e Born (2005), Saraiva e Coutinho (2007) e Arrais (2005), relatam que nos últimos vinte anos, tem havido um crescente reconhecimento de que para algumas mulheres, a gravidez pode ser acompanhada de muitos transtornos, em particular pela depressão. Segundo os autores, esse conhecimento segue no sentido contrário ao da crença popular amplamente difundida de que é um período de alegria para todas as mulheres.

A American Medical Association (2002), Camacho et al. (2006), apontam que por receio de serem incompreendidas, muitas mulheres não revelam os sentimentos de tristeza, pois se sentem culpadas por estarem experimentando sintomas depressivos num momento que deveria ser de alegria. Com relação ao tema em foco, Gold (2002), lembra que as mulheres após o parto, mesmo que frequentemente examinadas por seus obstetras ou clínicos gerais, muitas vezes não são diagnosticadas ou reconhecidas como deprimidas de forma adequada.

Em recente estudo sobre a qualidade de vida de mulheres deprimidas no pós-parto, atendidas na atenção básica no Chile, Rojas et al. (2006) concluíram que o quadro depressivo se associou com importante incapacidade nas atividades da vida cotidiana das mulheres, confirmando que a depressão, incluindo quadros leves e moderados, produz graus significativos de incapacidade em culturas distintas.

Sobre as repercussões da depressão no entorno do deprimido, já nos anos 80, Coyne et al. (1987), em seu estudo abordava o sentimento de angústia de pessoas que conviviam com o indivíduo deprimido. Para essas pessoas, conviver com um “doente” depressivo produzia numerosas sobrecargas em resposta aos sintomas dos pacientes, particularmente a falta de interesse na vida social, fadiga, sentimentos de falta de esperança e preocupação. Este estudo sugeriu que a depressão é frequentemente indicadora de um contexto interpessoal geralmente angustiante.

Ballone (2007) fala que as relações íntimas entre pessoas com depressão (de uma maneira geral) são mais tensas, estressantes e cheias de conflitos do que entre outras pessoas não depressivas. Assegura que quando surge um quadro depressivo na família, geralmente esta se desestrutura bastante. A tendência inicial é querer ajudar o indivíduo a reagir, ora acreditando que essa reação depende da vontade da pessoa deprimida, ora propondo medidas bem intencionadas, mas completamente ineficazes.

No que se refere à identificação da depressão pós-parto, Furegato et al. (2006), dizem que na rede básica de saúde, inclusive nos programas de saúde da família, o enfermeiro deve estar preparado para identificar, prestar os cuidados imediatos, fazer encaminhamentos dos casos de depressão, valorizar a rede de relações da pessoa em sua coletividade e desenvolver trabalhos educativos junto aos familiares e demais segmentos da comunidade.

Em estudo que objetivou identificar os pontos de vista e o conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde sobre

depressão, Silva, Furegato e Costa (2003), concluíram que eles não estão em contato direto e não sabem identificar pacientes deprimidos, assim como não observam a presença de sintomas depressivos nos pacientes por eles atendidos. Rolim Neto, Rocha e Silva (2005) em pesquisa com mulheres que experimentaram a depressão pós-parto, destacam que o sentimento psíquico de dor e sofrimento, é o mais focado por elas.

Tedesco, Zugaib e Quayle (1997) e Camacho et al. (2006) atribuem a instalação da depressão pós-parto à flutuação de determinadas substâncias próprias do ciclo gravídico-puerperal. Contudo, alguns estudiosos como Ryan, Milis e Misri (2005) apontam como fatores de risco mais consistentes a predisposição individual, como depressão ante-natal e episódios passados de depressão.

Além disso, mulheres com depressão pós-parto não diferem de mulheres saudáveis após o parto em variáveis hormonais, obstétricas ou psicossociais (Silva, Furegato, Costa, 2003). Ballone (2005a), explica que há um consenso emergente de que a depressão teria uma origem bio-psico-social. Essa definição era anteriormente afirmada por Kaplan e Sadock (1999) que apontaram fatores hormonais e psicossociais na etiologia da DPP.

O estudo realizado por Costa, Pacheco e Figueiredo (2007), com o objetivo de examinar a prevalência de depressão pós-parto, e as circunstâncias suscetíveis de predizer a sintomatologia depressiva uma semana e três meses após o parto, destacou que apesar de a prevalência de depressão na semana que se segue ao parto e a de três meses após o parto serem idênticas, os fatores que se relacionam com a sintomatologia depressiva nesses dois momentos diferem, com exceção da qualidade da experiência emocional de parto. Esta, para eles, tem impacto, quer a curto ou em médio prazo, no nível da saúde mental materna, mas que apesar disso, essa experiência tem sido negligenciada em contextos de saúde.

Na depressão pós-parto, são frequentes pensamentos obsessivos sobre os cuidados e a saúde do bebê, sendo o sintoma mais precoce a desarmonia na interação, ainda antes de se manifestarem sintomas depressivos. A sintomatologia tem início nas primeiras semanas ou meses a seguir ao parto e cerca de 2/3 dos casos resolvem-se ao longo do primeiro ano (Sintra, Cordeiro, 1998).

Não se difere em termos de sintomatologia e manifestações, da depressão experimentada por pessoas em outras fases da vida, caracterizando-se por tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia, perda de confiança e autoestima, sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem estar presentes também diversos sintomas somáticos (Ballone, 2005b; Nonacs e Cohen, 1998; OMS, 2001).

Figueira, Diniz e Silva Filho (2011) identificaram em sua experiência, como possíveis fatores de risco para a DPP presentes na gravidez e parto: história de quadro depressivo; presença de complicações obstétricas; vivência de situação de estresse; presença de sintomas depressivos ou ansiosos. Os fatores de risco presentes no pós-parto foram: ocorrência de complicações físicas; ausência de suporte social; presença de dificuldades financeiras; presença de estresse no cuidado da criança e a presença de sintomas depressivos.

Esses achados sugerem que a etiopatogenia da doença envolve diversos fatores, entre eles uma vulnerabilidade individual a quadros depressivos e uma maior vulnerabilidade ao estresse relacionado à gravidez e ao pós-parto (Figueira, Diniz, Silva Filho, 2011).

O apoio social, o alcoolismo, a violência física, o abuso físico, os eventos estressantes, a sobrecarga física e psíquica, a amamentação, a depressão e problemas de ordem emocional anterior, são situações destacadas como relacionadas à DPP nos estudos de natureza quantitativa e serão abordadas a seguir.

No período pós-parto, o apoio social vem se constituindo como um importante elemento protetor da mulher em relação à DPP e como fator colaborador na diminuição da sintomatologia depressiva.

Bugdayci et al. (2004) em seu estudo com uma população de mulheres turcas, assinala que a prevalência da DPP estava em seu nível mais baixo antes do segundo mês pós-parto, quando elas ainda contavam com o apoio da família e que essa prevalência teve seu ápice com 13 meses do pós-parto quando as mulheres não contavam mais com este apoio.

Konradt et al. (2011) aponta a ausência de apoio familiar como um fator que colabora na prevalência da DPP. Suas investigações demonstram que a depressão foi maior entre as mulheres que não se perceberam apoiadas durante a gestação, seja pelo companheiro, por familiares e/ou por amigos. As mães portadoras de DPP nos estudos de Mott et al. (2011) e de Collins, Zimmerman e Howard (2011), também relataram baixo apoio social.

Motta, Lucion e Manfro (2005) comentam que o apoio marital ou da família mais ampla à mulher com DPP funciona como fator protetor de sua relação com seu filho e no desenvolvimento dele.

Surkan (2006) indica em seu estudo que as mulheres apresentaram menos sintomas depressivos quando tinham à sua disposição dois ou mais amigos ou membros da família e Wang et al. (2011) relaciona a falta de apoio social como um fator de risco para a DPP. Em relação ao suporte social do marido, Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) demonstram em seu estudo que quanto maior o apoio do marido, menor a prevalência de DPP.

A depressão pós-parto também tem sido apontada em estreita relação com o nível sócio econômico das mulheres. As pressões econômicas que as mulheres sofrem principalmente as situações em que elas são obrigadas a regressarem mais cedo para o trabalho, são destacadas por Hanley e Long (2006) como situações de vulnerabilidade à DPP. E o desemprego materno é destacado por

Wang et al. (2011) como um dos fatores de risco para o aumento de sua prevalência. As mulheres participantes do estudo de Beeghly et al. (2003) que tinham percepção sobre a inadequação da renda familiar para atender às necessidades tiveram maior sintomatologia depressiva.

A DPP apareceu associada às populações de mulheres menos favorecida economicamente (Konradt et al., 2011; Moraes et al., 2006; Motta, Lucion e Manfro, 2005). Séguin et al. (1999) destacam os estressores crônicos como determinantes importantes na sintomatologia depressiva e dentre eles alguns específicos de mulheres pobres como as dificuldades financeiras relacionadas à manutenção das necessidades básicas da vida diária.

Baixo nível sócio econômico foi apontado como fatores de risco para o desenvolvimento da DPP também por Lobato et al. (2011) e por Edhborg, Nasreen e Kabir (2011), sendo que para Séguin et al. (1999) as condições financeiras inadequadas são fatores mais fortes para o desenvolvimento da DPP. A prevalência de DPP foi significativamente maior entre mulheres com baixa escolaridade no estudo de Lobato et al.(2011) e no de Templeton et al.(2003), as dificuldades financeiras e desemprego também aparecem associados à DPP.

Nas análises de Séguin et al.(1999), o ambiente social e os relacionamentos interpessoais parecem ser os fatores mais importantes para a saúde mental das novas mães durante os primeiros seis meses do pós-parto. As mulheres que tinham de morar com a sua família de origem estavam em maior situação de risco de desenvolver sintomas depressivos após o nascimento de seu bebê, devido aos episódios conflitantes com membros da família (Séguin et al., 1999).

A associação entre o alcoolismo na família e a DPP aparece na vida das mulheres com DPP. O alcoolismo dos pais é um achado presente na história dessas mulheres (Ross, Dennis, 2009) e o

alcoolismo do marido se faz presente no estudo de Lobato et al. (2011), bem como o uso de drogas ilícitas.

A violência doméstica em suas várias formas tem sido encontrada nas histórias das mulheres com DPP. No estudo de Póo et al. (2008), descobriu-se que quase a metade das mulheres diagnosticadas com DPP tinham histórico de violência doméstica perpetrada por cônjuges ou familiares e esta também está presente nas histórias das mulheres dos estudos de Ross e Dennis (2009), relacionada aos parceiros, na pesquisa de Edhborg, Nasreen e Kabir (2011), bem como na de Valentine et al. (2011), Ross e Dennis (2009) sendo desse último estudo sob a forma de violência íntima praticada por parceiros que para esses autores, contribuiu para a depressão materna no primeiro ano pós-parto.

O abuso físico sexual tem ganhado destaque na literatura, e tem sido citado como um fator que colabora no desenvolvimento de quadros depressivos no pós-parto. Esteve associado com a depressão nos estudos de Gross et al. (2002) e Buist (1998) que o liga a maior severidade da depressão e tendência para maior ansiedade e tempo de permanência desta sintomatologia.

As situações de estresse também contribuem para o quadro, dentre elas, os eventos estressantes na gravidez e parto, relacionados a hemorragia pré-parto e parto fórceps que foram significativamente associados com risco de depressão pós-parto no estudo de Johnstone et al. (2001) e no de Figueira, Diniz e Silva Filho (2011) sendo que esses últimos elencam também as complicações no pós-parto como de risco para seu desenvolvimento.

Em relação à prática de amamentação, esta mostrou ser um fator protetor contra a depressão pós-parto, enquanto a alimentação com fórmula como um fator de risco para a DPP (Hamdan, Tamim, 2011). Este aspecto pode estar associado com o sentimento de insuficiência materna face à incapacidade de amamentar.

Depressão anterior bem como problemas de ordem emocional são situações de risco apontadas em alguns estudos. Para Hamdan

e Tamim (2011), uma das variáveis mais significativas de previsão da DPP foram sintomas depressivos durante a gravidez. E isto, para esses autores é provavelmente devido ao fato de que a depressão durante a gravidez pode transitar para a fase pós-natal.

Os fatores que foram mais preditivos de depressão pós-parto na investigação de Kirpinar, Gözümlü e Pasinlioglu (2009) foram história psiquiátrica durante a gravidez e ansiedade pré-natal. A depressão anterior é apontada como fator de risco para a DPP por Figueira, Diniz e Silva filho (2011) os quais destacam também a história de sintomas depressivos e ansiosos no período pré-menstrual como fatores de risco.

As mulheres que têm uma tendência a auto-desvalorização, para Hipwell, Reynolds e Crick (2004), podem ser vulneráveis a sintomatologia depressiva no pós-parto porque seu senso de autoestima e eficácia pode ser prontamente comprometido em um contexto de estresse, como a experiência da nova maternidade com seus papéis e responsabilidades desconhecidas.

Em relação à sobrecarga física e psíquica, especialmente para aquelas mulheres que participam no atendimento de adultos e crianças de sua família podem ter maior chance de estar em risco para a depressão (Demissie et al., 2011). A multiparidade que é uma situação que expõe a mulher a muitas atividades no ambiente doméstico, é fator de risco para a DPP (Johnstone et al., 2001).

Estudos apontam também a associação de DPP com o IMC (Índice de Massa Corpórea), onde a prevalência maior em mulheres obesas, seguida de mulheres com sobrepeso, sugere uma possível associação entre índice de massa corporal e auto-relato de sintomas depressivos pós-parto (Lacoursiere et al., 2006). Entretanto o estudo de Krause, Østbye e Swamy (2009) demonstra que a presença de sobrepeso ou obesidade, não se constitui em um fator associado ao desenvolvimento da DPP.

A depressão após a chegada do filho tem se manifestado também em mães adotivas. Mott et al. (2011), afirmam que mães

adotivas que tiveram mais privação de sono, história de infertilidade, diagnóstico passado de transtorno psicológico e menor satisfação conjugal, experimentaram mais sintomas depressivos quando da adoção. Esses estudiosos afirmam que a gravidade dos sintomas depressivos não difere entre mães biológicas no pós-parto e mães adotivas. Porém, mães adotivas experimentam menos sintomas de ansiedade do que mães biológicas no pós-parto. E isso para eles pode ser em função das mudanças biológicas associadas com o parto ou gravidez e complicações do parto, sendo que ambos têm se mostrado como fatores que aumentam o risco para transtornos de ansiedade durante o pós-parto.

Em relação à prevalência da DPP, alguns estudos a apontam entre 10 a 20% (Da-Silva, et al.,1998; Cox, Murray, Chapman,1993). Sobre essas variações na prevalência da DPP, Cantilino (2009) chama a atenção para estudos que a estimam dizendo que tanto em estudos nacionais quanto internacionais, há uma variabilidade de instrumentos utilizados, bem como a época em que a mulher foi avaliada, e que esse comportamento dos estudos pode superestimar a enfermidade.

Estudo realizado por Ruschi et al.(2007) em ambulatórios de ginecologia e obstetrícia apontaram que a elevada frequência de depressão pós-parto está relacionada a fatores sociais. Esses estudiosos demonstraram a partir dos resultados obtidos a importância dos profissionais que atuam na atenção básica na detecção precoce da depressão, terem como auxílio instrumentos objetivos e eficazes para a avaliação das puérperas.

Em países desenvolvidos, somente uma minoria de pessoas que sofrem de depressão procura ou recebe tratamento. Sentimento de desvalia, culpa excessiva e falta de motivação impedem os indivíduos de procurar assistência. Outros inibidores são as dificuldades financeiras e o temor da estigmatização. Além dos próprios indivíduos, os provedores de atenção de saúde podem não

reconhecer os sintomas e nem seguir as melhores práticas recomendadas (OMS, 2001).

A depressão, de uma maneira geral, revela-se como um amplo fenômeno de saúde pública e uma doença que, embora muito conhecida a centenas de anos, cada vez mais se destaca como tema complexo de definir e de explicar. Esta doença ou síndrome, que surge como transtorno biopsicoafetivos, apresenta-se acompanhada de sintomas multivariados, que compreendem aspectos orgânicos, hereditários, sociais, econômicos, religiosos, entre outros, denotando um problema de saúde pública, que preocupa os serviços de saúde, em indivíduos sem distinção de sexo, idade, classe socioeconômica, cultura, raça e país (Coutinho et al., 2003).

Além das dificuldades expostas, Cantilino et al. (2010) apontam outras relacionadas a definição dos transtornos psiquiátricos no pós-parto dentre eles, a Depressão pós-parto, que não está distinguida de maneira clara no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Eles alertam que o período do pós-parto para início do transtorno definido pelo DSM-IV e pela CID -10 não correspondem com o que tem sido descrito e estudado e que a não distinção dessa entidade pode colaborar para a desatenção e o seu não reconhecimento pelos clínicos.

Essa constatação é corroborada por Lobato et al. (2011) que alerta sobre o fato de que o DSM - IV delimita em quatro semanas o “início pós-parto”, enquanto o CID – 10 classifica os transtornos mentais como “associados ao puerpério” se começar dentro de seis semanas após o parto. Qualquer uma dessas duas definições não considera como DPP casos que iniciam ao redor e além do segundo mês.

Cantilino et. al. (2010) reiteram dizendo que a revisão dos sistemas classificatórios em Psiquiatria, para os transtornos psiquiátricos no pós-parto, pode chamar a atenção dos clínicos quanto ao reconhecimento do problema, levando a diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de colocar a classificação nosográfica em harmonia com a pesquisa científica vigente.

A definição da Depressão pós-parto, ainda continua sem distinção clara no DSM-V, editado pela Associação Americana de Psiquiatria (2012). Nos transtornos depressivos os sintomas centrais foram mantidos e acrescentados os especificadores “com características mistas” e “com ansiedade”, sendo que a presença de características mistas deve alertar o clínico para um possível quadro de bipolaridade (Araújo, Lotufo-Neto, 2013).

Preocupados com o fato de a DPP não ter um lugar na classificação diagnóstica, pesquisadores desenvolveram escalas de rastreio e identificação específicas para a DPP. As duas escalas mais utilizadas são a EPDS (Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh) elaborada por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e a PDSS (Postpartum Depression Screening Scale), elaborada por Beck e Gable (2000).

A EPDS foi validada no Brasil por Santos et. al. (2007) e apesar de ser largamente utilizada para o rastreio e também para o diagnóstico da DPP em vários estudos nacionais e internacionais, essa escala foi desenhada para complementar o diagnóstico junto à avaliação clínica. Pode ser adotada nos serviços básicos de saúde como parte do atendimento à puérperas. Recentemente o Ministério da Saúde recomendou seu uso para rastreio da DPP nas Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2012).

Ela é auto referida e de simples manuseio, ou seja, as mulheres são orientadas a escolher uma das quatro opções dos dez itens da escala, representando a maneira como elas tem se sentido nos últimos sete dias. O escore máximo é de 30 e alguns estudos

tem mostrado que um escore a partir de 10 indica sintomatologia depressiva (Santos et. al, 2007).

A outra escala PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) desenvolvida por Beck e Gable (2000), é composta de 35 itens relacionados a distúrbios do sono e apetite, ansiedade e insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa e vergonha e pensamentos suicidas. Esses itens avaliativos foram criados tomando por base estudos anteriores de natureza qualitativa realizados com mulheres com DPP (Beck, 1992,1993, 1996).

A escala derivada desses estudos (PDSS), foi traduzida e validada no Brasil por Cantilino (2003) e apesar de corresponder melhor à maneira como essa entidade (a DPP) tem se comportado atualmente na população de mulheres deprimidas, não está disponível para uso gratuito, ou seja, ela é uma escala com direitos reservados e o acesso à mesma é realizada através da compra de pacotes.

Em relação ao tratamento da DPP, Cantilino (2009) aponta que os objetivos do tratamento são para a diminuição da sintomatologia com consequente alívio do sofrimento da mulher e que o tratamento precoce acaba sendo uma das principais estratégias para se evitar problemas futuros. Cita como possibilidades de tratamento, medicamentos farmacológicos, grupos de suporte, programas de visitação com agentes de saúde, psicoterapia, massoterapia e até eletroconvulsoterapia em casos graves e refratários às outras intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

Sobre as recomendações quanto ao uso de farmacologia a mulheres que estejam amamentando, esse estudioso citado alerta sobre a necessidade de que o clínico esteja atento e atualizado quanto aos estudos referentes a possíveis efeitos adversos aos recém-nascidos e a eventuais alterações comportamentais em longo prazo secundárias à exposição aos antidepressivos durante a

lactação. Os antidepressivos devem ser administrados às mulheres que amamentam evitando que o período de concentração máxima do antidepressivo no leite materno coincida com os horários de amamentação (Cantilino, 2009).

A complexidade na identificação e compreensão da depressão, de uma maneira geral, levou a Organização Mundial de Saúde (2001) a recomendar o apoio e estímulos às pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais da doença, visando a compreensão das variações de uma para outra comunidade e um maior conhecimento dos fatores que influenciam a causa, a evolução e o resultado desse problema a fim de melhorar a compreensão do mesmo e desenvolver intervenções mais eficazes.

A DPP pós-parto vem causando grandes inquietações no mundo científico e acadêmico. Nos últimos anos pesquisas tem sido feitas principalmente a partir da publicação pela Organização Mundial de Saúde do relatório sobre a saúde mental no mundo (OMS, 2001). O volume de estudos sobre o tema se tornou expressivamente maior desde então, em relação aos anos anteriores, porém em sua maioria enfocam aspectos epidemiológicos da doença, sendo que poucos estudos vêm se preocupando com os aspectos subjetivos e relacionais no contexto da mulher com DPP.

Considerando-se a maneira com que se instala e a evolução da sintomatologia da DPP, certamente o comportamento da mulher acometida por ela, provoca transtornos em suas relações, principalmente no interior da família. A família pode, em meio à inabilidade em sua identificação (da DPP), apresentar limitações e dificuldades na lida com a mulher e do contexto por ela afetado.

Preocupadas em entender o que acontece com a família em meio à DPP, formulamos nossas questões iniciais de pesquisa que foram:

Como a família lida com esse evento, considerando a DPP como uma doença que não se mostra com toda concretude de uma

doença física; que se caracteriza por sua subjetividade; que atinge a mulher responsável direta pelos cuidados do filho e que é quase sempre figura central no funcionamento familiar? Como a família se percebe na vivência da DPP materna? Quais são as experiências da família diante desse evento?

Revisão de literatura

Após estabelecermos as nossas questões iniciais de pesquisa, definimos os descritores: Relacionamento familiar (Family Relations); Depressão pós-parto (Postpartum depression); Família (Family); Relações mãe – filho (Mother – child relations); Casamento (Marriage); Período pós-parto (Postpartum period); Núcleo familiar (Nuclear family); Saúde da família (Family health); Conflito familiar (Family conflict); Relações Pai – filho (Father – child relations); Transtornos afetivos (Mood disorders); Relacionamento conjugal (Marriage); Transtornos puerperais (Puerperal disorders); Relações (Relationships).

Utilizamos o cruzamento dos descritores em suas várias possibilidades através do operador booleano AND, no portal SCIELO e nas bases LILACS, CINAHL, MEDLINE e SCOPUS. A busca foi restrita a artigos que abordavam o tema depressão pós-parto e que contivessem aspectos relacionados à família (cônjuges e filhos), além da própria mulher.

Vale lembrar que os artigos de natureza quantitativa derivados dessa busca foram incluídos no item anterior (A depressão pós-parto) quando abordamos a relação da DPP com o apoio social, alcoolismo, violência física, abuso físico, eventos estressantes, sobrecarga física e psíquica, amamentação, depressão e problemas de ordem emocional anterior.

Para esta revisão, excluindo-se os artigos que não eram pertinentes ao tema DPP, os que se repetiram e os de natureza

quantitativa restaram 28 artigos de natureza qualitativa. Após a leitura geral dos artigos selecionados (de natureza qualitativa), fizemos uma segunda leitura com ênfase nos resultados, os quais foram submetidos à análise e identificação de experiências similares. Ao final, procuramos organizar as evidências em torno de quatro temas descritos a seguir:

- a) As repercussões da DPP sobre as mulheres e a função materna;
- b) Os impactos da DPP materna na relação da mulher com seus filhos;
- c) O relacionamento conjugal e familiar e a DPP materna;
- d) Os impactos da DPP no desenvolvimento da criança.

a) As repercussões da DPP sobre as mulheres e a função materna

Esse tema compreende a percepção da mulher de que seu comportamento está estranho a si e em desacordo com o papel materno esperado, reflete a sua sensação de desorientação face ao que experimenta, a sua surpresa diante do inesperado, a frustração no exercício de uma maternidade completamente oposta ao que queria para si, o desespero diante do agravamento dos sintomas da DPP, bem como as frequentes oscilações do mesmo, o sentimento de solidão, as ideias de autodestruição e o medo de revelar o que pensa e sente aos familiares e aos que a rodeiam.

Dennis e Moloney (2009), em estudo com mulheres de uma zona rural demonstraram que elas não tiveram apoio adequado para lidar com a DPP, como por exemplo, o acesso às opções de tratamento para saúde. As experiências relatadas pelas participantes ficaram em torno de quatro temas: “Não tinha ideia de que isso aconteceria comigo; Um lugar ruim para ficar; Me perdendo e Conseguindo superar”; o que demonstra o isolamento, a solidão e o medo que essas mulheres experimentaram face à doença. Os pensamentos de se machucarem e também a seus bebês são mantidos em segredo por elas. A possibilidade de revelarem seus

sentimentos e buscarem ajuda se esbarra no risco (imaginado por elas) de perder a custódia do filho ou ser julgada como uma mãe ruim (Dennis, Moloney, 2009).

As mulheres participantes do estudo de Knudson-Martin e Silverstein (2009), também se perceberam impedidas de revelarem seus sentimentos, pois a expressão de sentimentos negativos não era congruente com as construções sociais de maternidade presentes no contexto em que estavam inseridas.

Além da incapacidade de revelar seus sentimentos, a relutância dos profissionais de saúde para responder às suas necessidades emocionais se apresenta como uma barreira encontrada para a busca de ajuda (Dennis, Moloney, 2009).

Apesar de suas necessidades físicas parecerem preenchidas, suas necessidades de saúde mental podem não ser reconhecidas pelos profissionais que a atendem nesse período (Amankwaa, 2003). Assim, é comum que elas se submetam a um destino pré-determinado, aceitando estar em um papel de mulher socialmente construído e tolerar a dor até que os sintomas da depressão se resolvam com o tempo (Chen et al., 2006).

Pelo medo de serem mal entendidas, elas silenciam os sentimentos negativos inclusive no ambiente familiar (Knudson-Martin, Silverstein, 2009). Essa relutância em confiar e partilhar seus sentimentos pode ser atribuída também ao pouco conhecimento que elas têm sobre os efeitos da DPP (Hanley, Long, 2006).

A DPP é descrita por Knudson-Martin e Silverstein (2009) em termos similares em todas as amostras, nas quais as mulheres se sentiam profundamente envergonhadas, angustiadas e ansiosas quando falhavam em cumprir o que acreditavam que eram os padrões para uma boa mãe.

Para os autores, os sentimentos expressados pelas mulheres não era o que mantinha a depressão e sim, a inability de expressar estas emoções em um contexto de validade, e o isolamento delas com outras pessoas também apoiava e mantinha a

depressão. Com o agravamento da sintomatologia, elas se sentiam muito mal e passavam a temer que estivessem loucas ou anormais e isso lhes provocava intenso desespero (Knudson-Martin, Silverstein, 2009).

No seu estudo com mulheres taiwanesas, Chen et al. (2006) apontam que a maternidade para as mulheres é descrita como uma função que causa uma angústia excessiva diante das expectativas tradicionais do papel feminino que elas enfrentam. O sentimento de solidão está presente no exercício de seu papel como mãe. “Renascer” foi o principal conceito que surgiu dos dados sobre a experiência das mães com a depressão pós-parto, considerada como um processo de descida a beira da insanidade e finalmente o renascimento.

Na pesquisa de Gao et al. (2010) com mulheres chinesas, mães pela primeira vez, elas comentaram que havia uma grande distância entre suas expectativas relacionadas a chegada do filho e a realidade que experimentavam. Estavam sobrecarregadas pelas demandas de serem mães pela primeira vez e sentiam que não conseguiam lidar com isso. Tinham sonhado em serem mães competentes, mas estes sonhos foram destruídos pela realidade da DPP.

Alguns sintomas depressivos são relatados como o sono, doenças, perda de apetite, tremores, palpitações, tensão, nervosismo e início do transtorno do pânico (Tammentie et al., 2004), dor e perda de identidade (Amankwaa, 2003). Segundo dados de Chan e Levy (2004), Chan et al. (2002), a desesperança, o desamparo, o descontrole, a confusão mental, as ideias de autodestruição, de suicídio e infanticídio são comuns.

O choro, o nervosismo e a tristeza, são as alterações emocionais mais marcantes, além da frustração e da forte sensação de fracasso por se considerarem incompetentes para exercer a maternidade (Silva et al., 2010).

Elas lutam com a vida relacionada consigo mesmo, e também com o bebê e o parceiro; se sentem sobrecarregadas pela responsabilidade com a criança além de lutarem com os sentimentos de abandono, preocupações e problemas com a amamentação. No relacionamento com o parceiro, as mães estavam lutando para manter sua igualdade na nova situação e envolvê-lo no cuidado com a criança (Edhborg et al., 2005).

Ugarriza (2002) recolheu subsídios em seu estudo, de que as mulheres experimentaram flutuação de sintomas oscilando entre estar melhor e estar mal, e que maioria delas não podia especificar a duração dos sintomas contínuos afirmando que eles vinham e iam. Pensavam que estavam melhores, mas depois se sentiam mal novamente.

As ideias de suicídio não estavam presentes, mas elas se sentiam culpadas por terem pensamentos de machucar o bebê. Todas as mães confirmaram que não teriam agido de acordo com os pensamentos que eram intrusivos e desconfortáveis. Descreviam a doença como severa e de longa duração, causando problemas múltiplos, incluindo discórdia com o marido (Ugarriza, 2002).

Saraiva e Coutinho (2007) chamam a atenção para esses desfechos (como o suicídio e o infanticídio), dizendo que dentre as manifestações psico-cognitivas, as evocações e falas que refletem situações preocupantes, relacionadas a pensamentos mórbidos, fazem prever a possibilidade da concretização de condutas destrutivas a serem exercidas por mães com DPP, com foco em si e em seus bebês.

De acordo com Chan e Levy, (2004), Chan et al. (2002) a obtenção de ajuda especializada só se efetiva quando as mulheres são identificadas em serviços de triagens. Apesar de parecer que estão pedindo por ajuda durante esse período, a relutância na exposição de qualquer fragilidade torna difícil o fornecimento de diagnóstico e tratamento adequados por profissionais. Quando são

identificadas e tratadas corretamente, passam a se sentirem e a lidarem melhor com a DPP (Amankwaa, 2003).

Nessa trajetória, nos estudos de Chan e Levy, (2004), Chan et al. (2002) as mulheres tentam identificar e utilizar vários meios de escape da situação, mas no geral, anseiam falar com um ouvinte solidário que permita a elas exporem seus sentimentos. Uma das formas de garantir o controle de suas próprias vidas muitas vezes é vislumbrada pelo retorno ao trabalho principalmente em um contexto cultural onde são extremamente cobradas para a manutenção das tradições impostas ao papel feminino.

Para Knudson-Martin e Silverstein (2009), a ideia de que as mães devem ser capazes de cuidar dos filhos parece transcender as culturas. As mulheres mediam suas experiências contra a noção do que elas devem fazer e sentir. Além do mais, elas temem ser julgadas por outros como uma mãe ruim. Para as mulheres há um contraste marcante entre a construção social de maternidade e a sua própria experiência no exercício desta. Devido a padrões e expectativas culturais relacionadas à maternidade, os sentimentos de inadequação a esta, são profundamente vergonhosos e tidos como algo que não pode ser comentado (Knudson-Martin, Silverstein, 2009).

As respostas dos cônjuges, famílias, amigos e profissionais do cuidado de saúde reforçam construções de maternidade e ajudam a silenciar sentimentos de incompetência. A validação das emoções angustiantes poderia ser de uma variedade de fontes tais como família, cônjuge, amigos e profissionais da saúde. Entretanto, as respostas que elas recebem não confirmam a vivência da mulher, ou seja, não validam a sua experiência com a depressão pós-parto (Knudson-Martin, Silverstein, 2009).

As mulheres que se afundam em um desespero profundo de DPP, levam as expectativas culturais da boa mãe muito seriamente. Sua ligação às narrativas culturais idealizadas em relação à maternidade oferece a elas pouca flexibilidade o que pode tornar

difícil a aceitação de emoções negativas e a necessidade de ajuda (Knudson-Martin, Silverstein, 2009).

Diante do pouco apoio que elas recebem para resolver o problema, escolhem ficar próximas dos seus filhos e focar no crescimento deles (Chen et al., 2006), além de culpar seu humor depressivo como fraqueza pessoal e não decorrente da doença (Edhborg et al., 2005).

Para Knudson-Martin e Silverstein (2009), sair da DPP é uma experiência interpessoal que requer (re) conexão com outros e embora o que constitua o apoio emocional varie entre as culturas, esta necessidade transcende as culturas. A DPP é também um problema relacional, e intervenções que focam em desenvolver relacionamentos de apoio que abordem as vicissitudes emocionais de ter um filho, têm um grande potencial para dar poder ao contrário de silenciar as mulheres.

Gradualmente, elas emergem da experiência e a volta para um novo normal é feita através do contato com outras mães; na dedicação de um pouco mais de tempo para si mesmas; de um equilíbrio mais produtivo na carreira; de um tempo com a família e na apreciação do fato de ser mãe (Roux, Anderson, Roan, 2002).

b) Os impactos da DPP materna na relação da mulher com seus filhos

Esse tema aborda os impactos da DPP materna na relação da mulher com seu filho, a ambiguidade de sentimentos que a mulher experimenta na relação com este e a amamentação na presença de DPP.

No estudo de Schwengber e Piccinini (2005) as mulheres frequentemente se sentem péssimas mães, mas nunca culpam a criança, e, apesar de apresentarem mais acentuadamente impressões e sentimentos negativos em relação aos bebês, quando do retorno ao trabalho, se sentem estressadas por terem de se separar deles.

Em relação à possibilidade de por fim à própria vida, afirmam que não o fizeram por amor, piedade e compaixão em relação a seus bebês e pelo fato destes necessitarem delas. Em contrapartida, os sentimentos ambivalentes em relação ao bebê (amor e ódio) e ideias de infanticídio não são incomuns (Chan, Levy, 2004).

Nas análises de Roux, Anderson e Roan (2002), o sentimento das mães de amor e ligação com seu bebê está presente, mas elas se sentem sobrecarregadas pelo longo período de ajuste; a falta de sono e a reestruturação emocional necessária para elas mesmas e para os seus relacionamentos. No segundo ano após o parto, mães que tinham tido uma breve depressão pós-parto continuaram a registrar níveis aumentados de estresse com o filho e no desenvolvimento do papel materno, mesmo depois da remissão da depressão (Cornish et al., 2006).

As atitudes das mães deprimidas em relação ao bebê flutuaram fortemente sendo as mais comuns à superproteção e um forte medo de perder o recém-nascido. Elas também relataram em contraposição, sentimentos de raiva e de que o bebê era um intruso (Tammentie et al., 2004).

No que diz respeito à amamentação, Mckee, Zayas e Jankowski (2004) mencionam que a percepção das mães de proximidade com seus filhos foi maior entre as que os amamentavam ao seio em comparação com as que ofereciam mamadeiras, sendo que essas últimas expressaram um profundo sentimento de fracasso e imperfeição como mães, face a impossibilidade de amamentá-los (Gao et al., 2010).

Em relação à manutenção da amamentação, a presença de uma ampla rede de apoio social durante as primeiras seis semanas do pós-parto permite à mulher a chance de iniciar e manter o aleitamento materno (Kara et al., 2008). Outro estudo aponta que a duração da amamentação depende de quando se inicia a DPP, sendo a duração menor observada em mulheres com depressão de início precoce (Henderson et al., 2003).

c) O relacionamento conjugal e familiar e a DPP materna

Esse tema aborda a possível relação bidirecional da DPP com problemas conjugais e a possibilidade de atenuação dos sintomas depressivos maternos através do envolvimento do homem nos cuidados do filho. Além disso, destaca a possibilidade de adoecimento por depressão do homem na vigência da DPP da mulher.

No estudo de Chan e Levy (2004), as mulheres expressaram seu adoecimento à sua infelicidade conjugal aos problemas relacionados à convivência com o marido e a falta de atenção desses. As mulheres do estudo de Roux, Anderson, Roan (2002), relataram grandes dificuldades de ligar o mundo delas de cuidados com o filho ao mundo do marido, e isso suscitava nelas sensações de isolamento e solidão.

Diversos aspectos da paternidade parecem associar-se à depressão pós-parto materna, existindo uma influência mútua entre os papéis de pai e mãe neste contexto. O envolvimento do pai com o bebê pode atenuar os sintomas depressivos da companheira (Silva, Piccinini, 2009).

Apesar de a depressão pós-parto aparecer associada a dificuldades na conjugalidade, essa associação apresenta aspectos diferenciados em cada família (Frizzo et al., 2010). A presença do pai e a ausência de conflitos conjugais são fatores que podem amenizar os efeitos da depressão materna para o bebê (Frizzo, Piccinini, 2005).

Na pesquisa de Tammentie et al. (2004), os pais descreveram muitas mudanças em suas vidas, e o bebê foi percebido por eles como muito exigente. Após o nascimento da criança, os pais e especialmente as mães, sentiram-se presos em casa e experimentaram a ameaça de perda de suas identidades. Com a depressão da mãe, os pais se sentiram desamparados e frustrados (Tammentie et al., 2004).

Dennis e Ross (2006), em suas investigações de mulheres com sintomas depressivos pós-parto, tinham significativamente percepções mais baixas do relacionamento e do apoio específico dos parceiros e níveis significativamente mais altos de conflito de relacionamentos do que as mulheres sem depressão.

Nas verificações de Sotto-Maior e Piccinini (2005), as famílias nas quais existiam dificuldades conjugais associadas com a depressão materna eram menos coesas e adaptadas, e demonstravam menos capacidade de proteção e cuidados com o bebê do que aquelas famílias que não apresentavam tais problemas.

Mamun et al. (2009), constataram em suas inquirições que quase metade das mulheres com sintomas depressivos que relataram estar em um relacionamento conjugal de baixa qualidade, permaneceram em um relacionamento de qualidade ruim por longos períodos de tempo. Aproximadamente uma em cada dez mulheres que não tinham relatado sintomas de depressão ou um relacionamento ruim na fase anterior, fizeram isso numa fase subsequente. Os relacionamentos bidirecionais entre sintomas depressivos e qualidade do relacionamento conjugal foram ambos confirmados categoricamente como consistentes e fortes.

A associação entre depressão e desarmonia conjugal tem sido conhecida por pelo menos três décadas, mas sempre há dificuldade para verificar qual veio primeiro, a desarmonia, ou a depressão, com a direção da causalidade sendo difícil de elucidar (Burke, 2003). Há um aumento na discórdia conjugal e conflito dentro das famílias de mulheres deprimidas. Famílias em que a mãe está deprimida deve ser vista potencialmente como famílias em risco, uma vez que os membros desta estão em risco de depressão e outras psicopatologias (Burke, 2003).

Mulheres deprimidas têm o potencial para impactar significativamente os humores de seus parceiros. A depressão é frequentemente acompanhada por dificuldades de relacionamento com uma alta prevalência de desarmonia conjugal e divórcio. Dentre

os membros da família o cônjuge parece ser o mais afetado, podendo também desenvolver quadros depressivos (Burke, 2003).

Para Goodman (2004), a depressão materna é o preditor mais forte da depressão paterna durante o período pós-parto, sendo um problema significativo. A forte correlação da depressão pós-parto paterna com a depressão pós-parto materna tem implicações importantes para a saúde e o bem-estar da família. Não está claro qual é a causa da depressão pós-parto entre homens e mulheres, mas sabe-se que existe uma ligação entre ambas. A correlação entre sintomas depressivos do casal pode ser devido ao estado psicológico de uma pessoa influenciando a outra (Goodman, 2004).

Quando uma mulher está passando por uma depressão pós-parto, seu parceiro não pode contar com ela como fonte de apoio e seu próprio ajuste psicológico tende a ser prejudicado. A depressão pós-parto nos pais bem como nas mães precisa ser reconhecida com especial atenção para famílias. Considerar a depressão pós-parto nos cônjuges é um próximo passo importante na pesquisa e prática envolvendo famílias férteis (Goodman, 2004).

d) Os impactos da DPP no desenvolvimento da criança

Esse tema aborda os impactos da DPP no desenvolvimento da criança, apontando que a DPP pode interferir na qualidade dos laços emocionais futuros da criança, provocando déficits nos domínios sociais, psicológicos e cognitivos bem como o risco crescente de terem depressão e outras doenças psiquiátricas. Aponta também a importância da presença do pai nos cuidados ao filho para a minimização dessas consequências para a criança.

A DPP pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo favorável entre mãe e filho, podendo interferir na qualidade dos laços emocionais futuros (Schmidt, Piccoloto, Müller, 2005).

Filhos de mulheres deprimidas mostram déficits nos domínios sociais, psicológicos e cognitivos e estão em risco crescente de

terem depressão e outras doenças psiquiátricas tais como transtorno de conduta. Esse risco pode ser mais elevado quando pai e mãe estão deprimidos (Burke, 2003).

A extensão do impacto da depressão materna para o bebê depende de vários fatores como idade da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida (apático ou intrusivo) e do tempo de duração da depressão (Frizzo, Piccinini, 2005).

Esses autores ressaltam que em situação de depressão materna, os pais tendem a ficar mais envolvidos com sua criança do que pais cujas esposas não são deprimidas, provavelmente numa tentativa de compensar as dificuldades do cônjuge com depressão.

Dessa forma, o pai poderia amenizar os possíveis efeitos da depressão materna para seus filhos ao prover um modelo de interação sensível e responsivo às necessidades das crianças, quando sua esposa pode não estar conseguindo fazê-lo. Este contato com o pai ou outro adulto não deprimido e familiar à criança deveria ser promovido a fim de minimizar o impacto sobre ela (Frizzo, Piccinini, 2005).

Nas bases pesquisadas para essa revisão há poucos estudos que abordam a experiência da família. Em sua grande maioria os estudos são de abordagem quantitativa voltada à prevalência e fatores predisponentes da depressão pós-parto, existindo em menor quantidade aqueles que enfocam a experiência da depressão pós-parto na visão das mulheres que a vivenciaram, bem como sobre a experiência da família em relação à DPP materna.

Quando a família se faz presente nesses estudos, ela se resume ao subsistema pai, mãe e filho, com destaque às relações da mulher com o companheiro e da mulher com o filho em meio à DPP. Outros membros do sistema familiar não estão presentes na experiência.

Nossa investigação buscou responder algumas questões ainda pouco exploradas na literatura:

- Como a família como um todo experiencia e lida com o processo de DPP da mulher?
- Quais os significados que a família atribui às interações vivenciadas entre si e com a mulher com depressão pós-parto?

Por conseguinte, o objeto de análise foi o contexto relacional da família, diante do processo de depressão pós-parto da mulher.

Objetivos

Compreender as vivências e significados da depressão pós - parto de mulheres para as mulheres e suas famílias;

Desenvolver um modelo teórico representativo da experiência da família diante da depressão pós-parto da mulher.

2. METODOLOGIA

Para atender aos objetivos propostos, realizamos um estudo de caráter qualitativo. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são preocupações do investigador (Godoy, 1995).

Este método responde a questões muito particulares e ocupa, nas Ciências Sociais, um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ele trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Deslandes, Gomes, Minayo, 2008).

2.1 REFERENCIAIS TEÓRICOS NORTEADORES DO ESTUDO

A família como um sistema

Para Wernet e Ângelo (2003), toda e qualquer vivência interfere e altera o funcionamento da família, mas esta sempre busca uma maneira de reestruturação e rearranjo, para continuar visando seus ideais. As observações dessas estudiosas nos reportam à concepção de família como um sistema.

Wright e Leahey (2008) nos trazem alguns dos conceitos mais úteis da teoria dos sistemas que são frequentemente aplicados na prática clínica com as famílias, proporcionando um fundamento teórico para entendimento da família como um sistema no trabalho com as próprias. Esses conceitos são descritos a seguir.

Um sistema familiar é parte de um supra-sistema mais amplo, composto de muitos subsistemas. Esse conceito é de grande vantagem quando aplicado a famílias, sendo especialmente importante para enfermeiras que se empenham em conceituar

situações familiares complexas. Uma família é composta de muitos subsistemas, com pais, filhos, cônjuges e irmãos.

Esses subsistemas são compostos de subsistemas de indivíduos. Os indivíduos são sistemas complexos compostos de vários subsistemas (sistemas físicos ou psicológicos). Ao mesmo tempo, a família é também uma unidade aninhada em supra-sistemas mais amplos como vizinhanças, organizações ou comunidades religiosas.

A família como um todo é maior que a soma de suas partes – a totalidade da família é muito mais que a simples soma de cada membro da família.

Os indivíduos são igualmente bem compreendidos dentro de um contexto mais amplo (família). Estudar separadamente os membros individuais da família, não é o mesmo que estudar a família como uma unidade.

Ao estudar a família como um todo, é possível observar as interações entre seus membros, o que em geral se explica na íntegra, o funcionamento individual de cada um deles. Para um entendimento mais completo do funcionamento de um membro, é necessário que as enfermeiras atendam toda a família, observando a interação familiar. Isso permite uma avaliação dos relacionamentos existentes entre os membros familiares, assim como de cada um deles.

Uma mudança em um membro da família, afeta todos os seus membros em graus variados. Esse conceito pode ser mais útil para enfermeiras ao pensarem sobre o impacto da doença sobre a família.

A família é capaz de criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade – quando acontece uma mudança na família, após a perturbação, ocorre uma alteração para uma nova posição de equilíbrio. A família reorganiza-se ou se reequilibra de modo diferente da organização familiar anterior.

O equilíbrio entre mudança e estabilidade se alterará constantemente em períodos de remissão e exacerbação, mas prevalecerá, com maior frequência, a estabilização entre ambas. Os comportamentos dos membros da família são bem compreendidos do ponto de vista de causalidade circular em vez de linear – o comportamento de cada indivíduo gera um efeito e influencia o outro.

Esses conceitos, apesar de não incluírem todos os conceitos de sistemas, refletem aqueles considerados mais significativos e importantes para servir como fundamento teórico ao se trabalhar junto às famílias.

Desse modo, ao pensarmos em famílias como sistemas, podemos inferir que a doença de um membro da família pode provocar uma forte desacomodação inicial em seus outros membros, de maneira diferenciada para cada um deles, sendo que após algum tempo, todo o sistema familiar dentro de suas possibilidades, utilizando de suas próprias ferramentas/forças, se reequilibra para levar a vida adiante.

Ao nos reportarmos ao nosso objeto de estudo, ou seja, o contexto relacional da família diante do processo de depressão pós-parto materna, o Interacionismo Simbólico se apresentou como uma perspectiva teórica adequada para auxiliar em sua compreensão.

Esse referencial teórico é apresentado por Ângelo (1997), como uma perspectiva capaz de explicar, pensar e trabalhar a temática família em enfermagem, visto que, família pode ser considerada como pessoas em interação simbólica.

O Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico tem como foco o comportamento humano e foi desenvolvido pelo professor de Filosofia da Universidade de Chicago, George Herbert Mead, (1863-1931). Grande parte da influência de Mead sobre os interacionistas

simbólicos veio por meio da publicação de suas palestras e anotações de seus alunos, bem como da interpretação do seu trabalho por vários outros sociólogos, especialmente de Herbert Blumer que também foi seu aluno (Charon, 2009).

Blumer se baseia, além de Mead em outros pioneiros do Interacionismo Simbólico dentre eles: John Dewey, William James, Charles Peirce, William Thomas e Charles Cooley. Depois de Blumer, muitos outros se basearam nesses primeiros interacionistas e contribuíram para a perspectiva teórica (Charon, 2009).

A maneira de entender a posição geral da perspectiva interacionista simbólica é sumarizar as maiores influências em Mead, seu principal fundador. Mead sofreu as influências do Pragmatismo, de Charles Darwin e do Behaviorismo. De acordo com o Pragmatismo, os humanos nunca veem a realidade como ela é, pois aprendem e lembram o que é útil para eles, veem e definem objetos em seu ambiente de acordo com o seu uso. Para entender o ser humano, é importante focar na ação humana e não na pessoa ou sociedade. O Pragmatismo é muito importante para o Interacionismo Simbólico principalmente na sua abordagem em como os humanos se relacionam com o seu ambiente (Charon, 2009).

As ideias de Darwin e a Teoria da Evolução combinaram com as do Pragmatismo para formar a base para Mead. Darwin influenciou Mead a ver os humanos como parte de um universo em mudança e não um universo estático e ele aplicou esta ideia a todas as qualidades humanas (Charon, 2009).

Os Behavioristas acreditam que a melhor maneira de entender todos os animais incluindo os humanos, é observando cuidadosamente seu comportamento. Mead também se distanciou bastante desta corrente, pois acreditava que o comportamento não era simplesmente físico como os outros Behavioristas discutiam. O comportamento incluía a ação que não é diretamente vista, fato que acontece dentro do ator, que nós podemos chamar de pensamento ou ação da mente. Sem uma compreensão da mente, dos símbolos

e do eu, o comportamento humano não pode ser entendido como é realmente.

Charon (2009) conclui que o Pragmatismo, as ideias de Darwin e o Behaviorismo são as raízes do trabalho de Mead e que a partir delas, ele desenvolveu uma perspectiva única que considera o ser humano como um ser ativo, um ator pensante, criativo, autodirecionado, definidor e dinâmico. Um ser único na natureza devido à sua habilidade para usar símbolos, para definir e para alterar o ambiente.

O Interacionismo Simbólico busca estudar a natureza das interações e das ações desempenhadas pelo indivíduo e baseia-se em três premissas básicas, conforme Blumer (1982):

- ✓ Os seres humanos orientam seus atos para as coisas em função do que estas significam para eles. Coisas é tudo aquilo que uma pessoa pode perceber no mundo: objetos físicos, outras pessoas, instituições, situações de todo o tipo que um indivíduo encontra em sua vida cotidiana;
- ✓ O significado dessas coisas deriva ou surge como consequência da interação social que cada ser humano mantém com o próximo (uns com os outros). O significado é um produto social; uma criação que emana através das atividades definitórias dos indivíduos à medida que estes interagem;
- ✓ Os significados são manipulados e modificados mediante um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao deparar-se com as coisas que vão aparecendo em seu caminho. A interpretação é um processo formativo no qual os significados são usados e revisados como instrumentos para guiar e formar a ação.

O Interacionismo Simbólico apresenta cinco ideias centrais e fundamentais, descritas a seguir conforme Charon (2009):

1) O papel da interação social: o ser humano precisa ser entendido como uma pessoa social. É uma interação social

constante em andamento para a vida toda que nos leva a fazer o que fazemos. A interação é a unidade básica do estudo, e é central para o que fazemos. Indivíduos e sociedade são criados por meio da interação social. O que fazemos depende da nossa interação com os outros no início das nossas vidas e depende de nossa interação agora. Se quisermos entender a causa, devemos focar na interação social.

2) O papel do pensamento: o ser humano precisa ser entendido como um ser pensante que sempre conversa com ele mesmo enquanto interage com os outros. O pensamento é uma conversa que o indivíduo tem consigo mesmo; é uma atividade, um processo constante. O pensamento é central para tudo o que fazemos. Para o interacionista simbólico, o pensamento é conceitualizado como uma interação simbólica que o indivíduo tem consigo mesmo.

3) O papel da definição: definição é tudo o que é feito, não como resultado simples da realidade, mas de como a realidade é definida pelo indivíduo. É mais importante que a realidade existente fora do indivíduo, ou seja, da realidade externa a ele. Um ambiente pode na verdade existir, mas é nossa definição dele que é importante e essa definição resulta da interação social em andamento e do pensamento. Os seres humanos definem os objetos em sua situação e agem de acordo com essa definição.

4) O papel do presente: a causa da ação humana é o resultado do que está ocorrendo em nossa situação atual. Desenrola-se na interação social atual, no pensamento atual, e na definição atual – nosso passado entra em nossas ações principalmente porque pensamos sobre isso e o aplicamos à definição da situação atual.

5) O papel da atividade humana: os humanos não são vistos como passivos em relação ao ambiente que os cerca, mas ativamente envolvidos no que fazem. São seres ativos capazes de superar quaisquer que sejam as forças que o meio impõe. Para

entender a ação humana nós precisamos focar na interação social, no pensamento humano, na definição da situação, no presente e na natureza ativa do ser humano.

O Interacionismo Simbólico, portanto, é uma perspectiva importante e única que considera o ser humano como ativo no ambiente; um organismo que interage com outros e consigo mesmo; um ser dinâmico; que define situações imediatas de acordo com as perspectivas desenvolvidas e alteradas em interações sociais em andamento (Charon, 2009).

Apresentamos a seguir o entendimento de objetos sociais na perspectiva interacionista, para posteriormente entendermos o significado dos símbolos. A sequência justifica-se pelo fato de que para os interacionistas simbólicos, todos os símbolos são objetos sociais, mas nem todos os objetos sociais são símbolos.

Objetos sociais

Na perspectiva interacionista simbólica, os mundos que existem para os seres humanos e para os grupos formados por estes, se compõem de objetos, os quais são produtos da interação simbólica. Um objeto é tudo aquilo que pode ser indicado, notado ou a que se pode fazer referência. O significado dos objetos para a pessoa emerge fundamentalmente da forma como são definidos para ela e pelos outros com os quais ela interage (Blumer, 1982). Exemplo: Uma estrela é um objeto diferente para um astrônomo moderno do que era para um pastor de ovelhas na antiguidade (Charon, 2009).

Objeto social, então, é qualquer objeto em uma situação que um ator usa naquela determinada situação. À medida que a ação se desenrola, o indivíduo pode mudar o seu uso, notar ou ignorar novos objetos usados inicialmente e assim por diante. Qualquer coisa pode ser um objeto social: objetos físicos naturais, objetos feitos pelos humanos, animais, pessoas, o passado, o futuro, as emoções, a realidade, nosso *self*, símbolos que criamos e usamos para

comunicar e representar alguma coisa para os outros e para nós mesmos, ideias, perspectivas e emoções (Charon, 2009).

Os conceitos fundamentais do Interacionismo Simbólico são: Símbolo, Self, Mente, Assumir o papel do outro, Ação humana, Interação social e Sociedade, os quais, com base em Charon (2009) e Blumer (1982), são descritos a seguir.

Símbolo

O símbolo é o conceito central, pois sem ele não podemos interagir uns com os outros. Símbolos são criados e estabelecidos socialmente nas interações e intencionalmente usados em muitas situações e de maneiras diferentes. São convencionais, arbitrariamente e propositadamente desenvolvidos para se referir a alguma coisa. Podem ser usados a vontade, em muitas situações e mudados a qualquer hora; seus significados são abstratos e compartilhados por aqueles que os usam – tanto estes como aqueles que os recebem sabem o que eles significam.

É através dos símbolos que os indivíduos são socializados, ou seja, compartilham as regras, ideias e valores do grupo e aprendem os seus papéis em relação aos outros e desse modo, tornam-se parte da sociedade.

Os símbolos são centrais para a sociedade porque a sua cultura depende deles. Nós estabelecemos regras (simbólicas) a serem ensinadas (geralmente através de palavras escritas ou faladas) a recém-chegados a um grupo já estabelecido e asseguramos que as ideias que temos desenvolvido sejam de alguma forma compartilhada e entendida pelo recém-chegado.

A linguagem é um tipo especial de símbolo, criado intencionalmente para uma representação com propósito definido. Mais do que qualquer outro símbolo, pode ser produzida a vontade e representar uma realidade que outros símbolos não podem. A linguagem descreve todos os outros objetos sociais e todos os outros símbolos e tudo o que as pessoas apontam umas para as outras na interação social.

Da mesma maneira, para definir a situação usamos perspectivas: um grupo de símbolos que emprestamos para nos ajudar a interpretar e definir a realidade. Perspectiva não é uma característica interna e sim, algo que pertence, surge, é compartilhada e muda na interação social. Uma vez que aprendemos o símbolo, estamos na posição de entender o nosso meio e não simplesmente responder a ele. Acontecendo isso, o que vemos e agimos sobre, é colorido por nossas perspectivas.

Self

O self, na perspectiva do Interacionismo Simbólico é a representação de um processo interiorizado no indivíduo. O indivíduo, da mesma forma que age socialmente em relação aos outros, interage consigo mesmo formulando-se indicações e respondendo às mesmas.

A ação humana é causada não somente pela interação social, mas, também, pela interação do indivíduo consigo mesmo, ou seja, ele (o indivíduo) olha e vê a si mesmo, assim como olha e vê qualquer objeto social. Através do self, a pessoa consegue ver a si mesma como outro objeto presente na interação. Interagimos com o nosso self por meio de nosso pensamento e ele é um objeto social que usamos como uma das referências para o nosso agir.

O self muda constantemente em várias e diferentes situações à medida que o indivíduo interage com outros. Surge na interação podendo permanecer estável ou ser continuamente definido e redefinido. Assim como os símbolos, o self é socialmente criado. Na verdade, tanto os símbolos quanto o self estão interrelacionados: um surge com o outro, um torna o outro possível e juntos eles são elementos básicos para o que os seres humanos fazem e são no universo social.

Para o interacionista simbólico, o self é um objeto da ação do próprio ator. O indivíduo age em relação aos outros e, por sua vez também age em relação a ele mesmo. Não é o self que age, mas o ator que age e é capaz de agir sobre si mesmo bem como também

sobre o meio que existe lá fora. O self é parte da situação sobre a qual o ator age. É, como tudo mais, usado pelo ator como um objeto social, um dos muitos objetos na situação que ele acha útil para alcançar seus objetivos. Cada um de nós é então um ator (aquele que age), e nós também somos os objetos de nossas próprias ações, isto é, nós temos um self.

A natureza social do self significa que é um processo e não uma entidade estável. Como o indivíduo se vê, se define, como age em relação a ele mesmo por toda vida, depende muito das definições sociais que ele encontra em cada dia da sua vida. O self é um processo continuamente criado e recriado em cada situação social que alguém entra.

O Self não é o que o psicólogo quer dizer por “personalidade”, nem é uma verdadeira pessoa transcendental autêntica. É simplesmente um objeto continuamente em mudança; aquele que vemos e usamos de uma maneira em uma situação e diferente em outra determinada situação. Essas ações em relação a nós são influenciadas pela interação social que acontece em uma base contínua com outras pessoas.

A maioria de nós, no entanto, não tem vários selfs muito distintos, porque nossas interações se sobrepõem e os outros significantes e os grupos de referência tem muitas similaridades. Formamos uma rede complexa que contém um self geral, e selfs segmentados e selfs sobrepostos. A perspectiva que usamos depende da nossa interação social e da situação com a qual estamos lidando.

Mente

Mente, é o pensamento; uma conversa silenciosa conosco mesmo e sempre ativa quando estamos acordados, é certo tipo de ação. A mente é definida como toda ação simbólica pública em relação a si mesmo. Quando falamos conosco mesmos com símbolos, estamos engajados em ação da mente. Na verdade, é realmente melhor chamar o que fazemos “ação da mente” e não

mente, para entender melhor o que está acontecendo dentro do ser humano.

A mente não é um objeto como o self ou os símbolos. Ela é a ação que o ator toma em relação a ele mesmo (é a ação oculta). As ações que os atores tomam em relação ao ambiente externo, é a ação pública (ação que é “aberta”). Quando o ator age em relação a ele mesmo, nós chamamos de ação que é oculta (ação que é “secreta”) porque ocorre dentro de cada ator.

Toda essa ação oculta, secreta é chamada mente. Mente é toda ação que o ator toma em relação a si mesmo. Em quase todas as situações, o ator é simultaneamente engajado tanto na ação pública (aberta) quanto na oculta (mente) e nossa ação pública é causada pela nossa ação oculta.

Enquanto conversamos com outras pessoas, mantemos uma conversa conosco mesmos. Quando entramos em algumas situações, determinamos o que é importante, ou seja, nós definimos as situações – essas são atividades da mente. A mente significa que estamos ativamente dizendo a nós mesmos o que existe ao nosso redor, e, porque nós entendemos essas coisas, nós somos capazes de determinar como vamos usá-las.

Mente é a habilidade de abordar objetos no nosso ambiente de acordo com o que planejamos fazer com eles no futuro. Nós todos entramos em situações novas que pedem um exame cauteloso dos objetos na situação e cuidadosamente consideramos o que fazer depois; assim os objetos ao nosso redor assumem um novo significado e um novo plano de ação é concedido e seguido.

A mente significa que somos capazes de aguardar, adiar a ação na situação imediata para que possamos alcançar alvos que podem ser conseguidos somente com planejamento. A ação da mente mais provavelmente aparece quando aparecem os nossos problemas. A essência da atividade mental é o processo de conversar sobre uma situação problemática consigo mesmo da mesma forma que se conversa com o outro.

Interagir envolve considerar os outros, fazer indicações sobre eles para nós mesmos, definir e redefinir o que eles estão fazendo em relação a nós, e avaliar o que nós estamos fazendo em relação a eles. Toda esta atividade é mente, e assim é importante reconhecer que a interação humana não é resposta de estímulo fixa e automática, ou simplesmente pública e física.

Como tudo mais em nossa ação, ela é acompanhada pela conversa contínua conosco mesmos. Nós nos engajamos na ação da mente quando estamos sozinhos e quando estamos juntos com outros que de alguma forma faz uma diferença para nós no momento.

Assumir o papel do outro

Assumir o papel do outro é o mesmo que “assumir a perspectiva do outro” para ver o mundo do ponto de vista de outra pessoa. Isso nos permite, temporariamente, sair da nossa percepção de realidade e definir uma situação como se fossemos outra pessoa.

É um ato de imaginação porque devemos abandonar o que os outros simplesmente nos ensinaram e criar uma imagem como alguém pensa e vê. Envolve usar símbolos do outro.

Assumir uma perspectiva significa que estamos usando a estrutura simbólica de alguém. É simbólico porque, mais do que simplesmente uma resposta sem pensar de nossa parte, envolve tentar capturar o que alguém está pensando, como ele ou ela está definindo a situação.

As ligações entre assumir o papel do outro, o self, símbolos e mente são complexas e altamente inter-relacionadas. É realmente impossível separar estes três processos: eles surgem juntos, dependem um do outro e influenciam um ao outro. Assumir o papel do outro é um processo que acompanha toda a interação humana, toda a comunicação simbólica, toda a cooperação humana, muito de como aprendemos e muito de como nós influenciemos os outros.

Esta habilidade de assumir o papel do outro é uma habilidade difícil de ser exercitada, pois pressupõe que o ser humano supere o

ponto de vista egocêntrico e entenda as coisas de diferentes pontos de vista. Entretanto, o ângulo que os outros têm é sempre diferente do nosso próprio, portanto, impossível captar perfeitamente o ponto de vista do outro.

Mesmo se assumirmos o papel do outro e capturarmos precisamente a perspectiva daquele outro, nós ainda não podemos deixar nossa própria perspectiva de lado e, nosso entendimento do outro será colorido em parte, pela nossa própria perspectiva. Ser capaz de assumir o papel do outro com sucesso pode nos levar a compaixão, condolência, ou empatia. Pode também nos ajudar a explorar ou destruir com sucesso aqueles que nós passamos a entender.

Assumir o papel do outro frequentemente tem um componente emocional importante. Nós não somos apenas capazes de assumir a perspectiva do outro, ou seja, a maneira que uma pessoa aborda a realidade; nós também somos capazes de assumir as emoções do outro, a maneira como os outros se sentem sobre as situações.

No papel do outro nós simplesmente não nos tornamos o que os outros querem que sejamos. Ao invés disso, nós somos capazes de definir suas intenções, seus planos e suas ações, permitindo-nos determinar como agiremos sobre eles.

Ação humana

A ação sempre acontece no presente. Nós agimos agora e quando terminamos, nosso ato se torna parte do nosso passado. O que sabemos e o que nos lembramos do nosso passado é aplicado para as situações nas quais nos encontramos.

Os outros significantes, os grupos de referência, perspectivas, crenças, tomadas de decisões, situações pelas quais passamos a informação sobre o nosso passado são lembradas e usadas como objetos sociais para resolver as situações atuais.

O passado, portanto, não causa o que fazemos no presente. Ao contrário disso, usamos o passado para definir o presente e para

guiarmos nossa ação no presente. Ele (o passado) é usado para fazer o presente ter sentido. As experiências passadas do indivíduo, não causam o que ele faz agora, mas elas se tornam importantes como objetos sociais que ele pode retirar da memória e usar para tomar suas decisões.

A realidade da ação é que ela é contínua, ou seja, é um processo constante que nunca tem fim exceto quando morremos. O ator não para de agir durante este fluxo. Um ato leva a outro, se sobrepõem e a ação flui com apenas linhas arbitrárias separando um ato do outro. A palavra fluxo descreve exatamente o que significa a ação humana.

Nós agimos e nosso fluxo de ação segue por um caminho, mas nossas direções mudam quando encontramos novas situações, quando novos fatores (indivíduos, grupos, fatos) entram no nosso fluxo de ação e quando interagimos com eles, nossas direções são mudadas também.

Esse fluxo de ação é público. Os humanos também se engajam em um fluxo contínuo de ação oculta da mesma forma que o fluxo de ação pública (visível). A ação (oculta e pública) é contínua e flui em direções diferentes, sendo ambas importantes e influenciam-se mutuamente.

O futuro é uma parte muito importante da definição da situação do indivíduo. O que fazemos no presente depende em parte da nossa concepção do futuro. Nossos atos têm consequências, e tentamos imaginar estes quando agimos. Nós somos planejadores e consideramos para onde os nossos atos atuais levarão. Somos solucionadores de problemas. Imaginamos as consequências das alternativas que escolhemos. Somos seres sociais e imaginamos os efeitos dos nossos atos nos outros.

Interação social

O principal foco do Interacionismo Simbólico é a interação social entendida como ações recíprocas e dinâmicas entre pessoas que permitem interpretações e tomadas de decisões para continuar

agindo. A sociedade é constituída por pessoas interagindo umas com as outras e as ações de uns ocorrem em resposta às de outros. As atividades de cada indivíduo se produzem primordialmente em resposta ou em relação aos demais indivíduos.

A interação social é certo tipo de encontro entre dois ou mais atores. Envolve uma constante definição e redefinição dos atos de outros e os próprios atos. A essência da interação social é que cada ator age em parte através do ajustamento ao que os outros atores fazem.

Os fluxos de ação se cruzam entre os atores e cada um é influenciado pelo que acontece. Ao interagirmos com os mesmos atores, com o tempo (por exemplo, em um casamento, em uma família) uma grande influência sobre todos os atores pode gradualmente alterar o fluxo de ação deles ou mudar as suas perspectivas, visões, interesses, habilidades, objetivos e ações para com eles mesmos.

Quase sempre a ação social é um ato de comunicação simbólica. Quando o ator controla o que ele faz para comunicar alguma coisa a outros, isto é ação social, portanto, um ato de comunicação simbólica.

A interação social significa que os atores levam em consideração uns aos outros, comunicam-se e interpretam simbolicamente entre si as ações uns dos outros e conseqüentemente formam suas ações. Onde quer que comecemos nossa interação social não determina necessariamente onde terminaremos.

Nossos fluxos de ação têm longas histórias e em quase todos os pontos há interação social, que resulta na tomada de decisão e na alteração de nossa ação. O ponto central é que a interação humana é um processo de moldagem positivo por si só. Os participantes dela têm de construir suas linhas respectivas de conduta pela interpretação constante das linhas de ação contínuas uns dos outros.

A interação molda identidades (ideia de quem nós somos no mundo), sendo essa um processo, ou seja, o que nós somos é um desenvolvimento contínuo. Na verdade, nós realmente temos muitas identidades, algumas importantes um dia, outras importantes no outro.

Apresentamos quem somos para os outros, e os outros, por sua vez, são capazes de guiar as suas ações de acordo com o que eles acreditam que sejam as nossas identidades. A interação social é o contexto no qual as identidades são criadas, reconhecidas, negociadas e perdidas.

A interação é também responsável pela sociedade. É por meio dela que a sociedade é formada, reafirmada e alterada. É também através da ausência de interação contínua que a sociedade deixa de existir.

Sociedade

A sociedade humana começa com a interação social, e dessa interação surge uma sociedade única. Ela depende da cooperação e interdependência estimulada pela interação social e contínua, porque uma cultura é desenvolvida e se torna importante para os indivíduos que formam a sociedade.

Para o interacionista simbólico, a sociedade tem três qualidades importantes que a tornam viável: interação simbólica social contínua, cooperação ou interdependência e cultura. Quando estas três qualidades existem, uma sociedade é constituída e quanto mais elas continuam, mais estável a sociedade ficará.

A essência de qualquer sociedade é a interação de pessoas e a comunicação contínua por meio dos símbolos. A sociedade é constituída de indivíduos interagindo com o tempo, agindo uns com os outros em mente, ajustando seus atos uns aos outros enquanto seguem, comunicando simbolicamente e interpretando os atos uns dos outros. A sociedade é a interação simbólica que é caracterizada por ação cooperativa.

Cooperação significa que as pessoas se comunicam (estão copresentes), assumem os papéis uns dos outros em uma base contínua (são mutuamente receptivos) e consideram uns aos outros como importantes em suas ações. Geralmente concordam sobre o que é importante em seu ambiente (tem um foco compartilhado de atenção) e desenvolvem objetivos comuns e complementares. A interação sem qualquer um desses elementos torna-se alguma coisa que não é cooperação e a sociedade não existe.

Com o tempo, a interação simbólica cooperativa cria a cultura. Cada sociedade tem uma cultura e esta ajuda a criar continuidade com o tempo, sendo assumida pelos atores como guias para ação. Cultura é uma perspectiva compartilhada, um ponto de vista do qual as pessoas numa sociedade veem a realidade.

O segundo aspecto da cultura é o “outro generalizado” introduzido por George Herbert Mead. É a consciência socialmente criada, as orientações usadas para corrigir o comportamento no grupo. O “outro generalizado” contém a lei que deve ser obedecida, é o sistema, regras formais e informais, procedimentos, tabus, tradições e moralidade. Um guia de como as pessoas devem se comportar quando interagem com outros no grupo.

O indivíduo existe dentro de muitas sociedades. Nós somos parte de diversas sociedades, cada uma com sua própria interação social, cooperação e cultura. As sociedades menores podem ter um impacto sobre as sociedades maiores; se elas funcionam efetivamente, podem alterar as regras ou influenciar a sociedade maior para incluir seus objetivos e interesses.

O Interacionismo Simbólico e família

Ângelo (1997), preocupada com o fato de que a família era raramente abordada nos trabalhos dos grandes nomes do Interacionismo Simbólico partiu em busca de uma maneira de pensar sobre o assunto analisando o que os autores da área

propunham acerca de sociedade e o que poderia trazer contribuições para pensar a família interacionalmente.

Segundo a autora, o tema em questão, quando presente nos textos aparecia condicionado à relação que tem com alguns conceitos desenvolvidos, deixando um imenso vazio acerca da aplicação desses conceitos no trabalho com família.

Desse modo ela reuniu os aspectos de sociedade descritos por Blumer e Mead e formulou uma concepção de sociedade, a qual fornece mais elementos que permitem realizar a aproximação pretendida entre família e Interacionismo Simbólico:

- ✓ Sociedade é definida como indivíduos interagindo simbolicamente e cooperando na resolução de problemas;

- ✓ A interação simbólica e a cooperação são possíveis devido a três qualidades humanas: habilidade de assumir papéis, self e mente;

- ✓ Como resultado da interação, uma realidade partilhada emerge e passa a ser denominada de “outro generalizado” que atua como uma perspectiva que serve para promover futura interação simbólica e cooperação na resolução de problemas.

A visão de família na perspectiva interacionista elaborada por Ângelo (1997) foi resultado da análise do que os autores do Interacionismo Simbólico (Blumer e Mead) propunham sobre sociedade e está descrita a seguir:

- ✓ Família são indivíduos em interação simbólica.
- ✓ Família são indivíduos cooperando.
- ✓ Família é composta por indivíduos capazes de assumir o papel do outro.
- ✓ Família é composta por indivíduos com selfs.
- ✓ Família é composta por indivíduos com mentes.
- ✓ Família provê ao indivíduo uma perspectiva na figura do “outro generalizado”.

Ao aplicar os conceitos de interação simbólica, cooperação, assumir o papel do outro, selfs, mentes e “outro generalizado”, Ângelo (1997, p.44) define família através da perspectiva interacionista como:

[...] um grupo de indivíduos (atores), chegando às situações com outros significantes ou grupos de referência, com símbolos, perspectivas, self, mente e habilidade para assumir papéis. Cada ator tem um passado a resgatar para ajudar a definir a situação e cada um tem uma visão de futuro. Os atores dão significado às situações usando estes instrumentos, às vezes prestando especial atenção aqueles com quem interagem na situação, outras vezes usando algo localizado fora da situação como guia.

A interação, nesse sentido, é causa dos comportamentos humanos individuais na família e a base da vida da família:

É através da interação que as pessoas partilham com os outros o necessário para seu funcionamento enquanto família, funcionamento este caracterizado por cooperação (Ângelo, 1997, p.44).

Nesta perspectiva, o significado que a família atribui para a situação que vivencia é resultado do alinhamento da ação individual de cada membro, estando o elemento cooperação presente na busca de solução para os problemas do momento, que são determinados por uma definição específica e que pode ser modificada pela interação (Ângelo, 1997).

Essa mesma estudiosa nos diz que para compreender o funcionamento interno da família é necessário buscar duas dimensões a partir da ideia de família como uma unidade de atores. As duas dimensões são descritas na sequência:

- ✓ **A ação coletiva simbólica** – fornece inicialmente elementos sobre os comportamentos da família objetivamente observados ou descritos por ela (como chorar, discutir, iniciar uma ação) os quais informam sobre a interação dos indivíduos entre si e com a situação. Busca-se compreender (em relação ao funcionamento interno da família) como se dá o alinhamento das ações individuais – as indicações que

cada elemento da família faz para si mesmo; o que observa; como interpreta a situação e quais perspectivas considera. A ação coletiva simbólica nos fala das ações da família, mas não dos motivos que tornam as ações coletivas (Ângelo, 1997).

- ✓ **A cooperação na solução de problemas** – deixa compreender os motivos das ações no processo interacional simbólico da família e tem como elemento central a habilidade para assumir o papel do outro. É o que permite conhecer o controle que cada pessoa é capaz de ter sobre a própria resposta, na perspectiva da interação familiar. Para isso é necessário que cada membro da família compreenda a ação que o outro desenvolve, tanto as ações cobertas como as encobertas, de modo a alinhar seus atos aos dos outros. É uma atividade mental, em que cada um sabe onde o outro está o que está pensando e o que está fazendo (Ângelo, 1997).

2.2 O REFERENCIAL METODOLÓGICO

Neste estudo, adotamos como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) que é um método de análise dos dados qualitativos, desenvolvido a partir das concepções do Interacionismo Simbólico sobre o comportamento humano.

A Teoria Fundamentada nos Dados

Para Ângelo (1997) são vários os caminhos para acessar as experiências das famílias e a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), é hoje reconhecida como uma das principais abordagens interpretativas que se destina a explorar os processos sociais presentes na interação humana.

Esse método, diz a autora, explora a riqueza e a diversidade da experiência humana, consistindo numa forma de estudar fenômenos, que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente, verificados através de um processo de coleta e de análise de dados sistematicamente conduzido. Todo esse processo tem como resultado uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos (Ângelo, 1997).

A TFD foi desenvolvida pelos sociólogos Glaser e Strauss na década de 1960, em conexão com a pesquisa focalizada na morte em hospitais. As raízes teóricas da TFD encontram-se na interação simbólica que enfoca o modo como as pessoas dão sentido as interações sociais e as interpretações que elas atribuem aos símbolos sociais. Busca-se considerar as ações pessoais a partir da perspectiva dos envolvidos.

O objetivo desta teoria é descobrir a preocupação principal e o processo social básico que explica como as pessoas solucionam essa preocupação. O problema ou preocupação básica tem de ser descoberto a partir dos dados. Os pesquisadores da teoria fundamentada geram categorias conceituais emergentes e suas propriedades e integram-nas em uma teoria substantiva fundamentada nos dados (Charmaz, 2009).

Um estudo que realmente siga os preceitos de Glaser e Strauss não tem início com um problema de pesquisa altamente focado – o problema emerge a partir dos dados. Tanto o problema quanto o processo de pesquisa usado para solucioná-lo são descobertos durante o estudo. Um aspecto fundamental da pesquisa na teoria fundamentada é que a coleta, a análise de dados e a formação de amostras de participantes ocorrem simultaneamente. Ou seja, os pesquisadores coletam dados, fazem sua categorização, descrevem o fenômeno central emergente e, depois reciclam as etapas anteriores (Charmaz, 2009).

Para Ângelo (1997), além da obediência rigorosa aos passos característicos de coleta e análise dos dados, o pesquisador é o

instrumento fundamental desta abordagem. Deve ter sensibilidade teórica para orientar-se na coleta de dados relevantes ao fenômeno e para identificar no momento da análise, as sutilezas dos significados que os dados contêm.

A análise dos dados é feita através do método comparativo constante e é composta por quatro fases, conforme Glaser e Strauss (2009): a) Comparação de incidentes aplicáveis para cada categoria (composta pela Codificação inicial e outra fase subsequente denominada Codificação focalizada e seletiva); b) Integração das categorias e suas propriedades (Codificação teórica); c) Delimitação da teoria; d) Redação da teoria.

a) Comparação de incidentes aplicáveis para cada categoria

Codificação inicial

A Codificação inicial requer uma leitura atenta dos dados e envolve a denominação de cada palavra, linha ou segmento de dados. Necessita fixar-se rigorosamente nos dados. O pesquisador deve tentar proceder à codificação inicial com palavras que reflitam a ação, pois esse método de codificar refreia a tendência do pesquisador de fazer saltos conceituais e adotar teorias existentes antes que se tenha realizado o trabalho analítico necessário. Pode ser realizada linha a linha, palavra por palavra ou incidente por incidente (Charmaz, 2009).

Desde o início, a codificação inicial cuidadosa tem como vantagem o fato de orientar o pesquisador para a realização de dois critérios para a condução de uma análise de teoria fundamentada: *ajuste* e *relevância*. O estudo se *ajusta* ao mundo empírico quando o pesquisador tiver construído códigos e desenvolvido esses códigos em categorias que cristalizam a experiência dos participantes e tem *relevância* quando o pesquisador apresenta um esquema analítico incisivo que interpreta o que acontece e estabelece relações entre os processos implícitos e as estruturas visíveis. Outra vantagem é

que auxilia o pesquisador a abster-se de imputar os seus motivos, os seus medos e as suas questões pessoais não resolvidas aos seus respondentes e aos seus dados coletados (Charmaz, 2009).

Codificação focalizada e seletiva

A Codificação focalizada e seletiva é a segunda fase principal, a qual utiliza os códigos iniciais mais significativos ou frequentes para analisar minuciosamente grandes montantes de dados. Exige a tomada de decisão sobre quais códigos iniciais permitem uma compreensão analítica melhor para categorizar os seus dados de forma incisiva e completa. Na codificação focalizada e seletiva o pesquisador classifica, sintetiza, integra e organiza grandes quantidades de dados e consequentemente desenvolve categorias (Charmaz, 2009).

A mudança para a codificação focalizada não é um processo linear, pois alguns participantes ou incidentes podem tornar explícito aquilo que estava implícito em enunciados ou incidentes anteriores, o que pode induzir o pesquisador a estudar novamente seus dados anteriores (Charmaz, 2009).

Nessa circunstância, o pesquisador deve voltar aos seus respondentes anteriores e analisar os tópicos que tenham ficado implícitos ou que tenham sido evitados ou omitidos. O ponto forte da codificação deriva desse envolvimento concentrado e ativo do pesquisador no processo, onde ele (o pesquisador) influencia de fato os seus dados, em vez de analisá-los passivamente. Os novos eixos da análise ganham visibilidade por meio das ações do pesquisador; os eventos, as interações e as perspectivas entram em um campo de ação que ele não havia imaginado antes (Charmaz, 2009).

b) Integração das categorias e suas propriedades (Codificação teórica)

A Codificação teórica compreende um nível sofisticado de codificação que segue os códigos selecionados pelo pesquisador

durante a codificação focalizada. Os códigos teóricos especificam as relações possíveis entre as categorias que o pesquisador desenvolveu na sua codificação focalizada; eles são integrativos e dão um contorno aos códigos focais reunidos pelo pesquisador.

Por esse motivo, esses códigos além de conceituar o modo como os códigos essenciais estão relacionados, alteram a sua história analítica para uma orientação teórica (Charmaz, 2009). De maneira simplificada, podemos dizer que esse processo (codificação teórica) consiste em reorganizar as categorias que se referem a um mesmo fenômeno e as conexões entre elas e suas subcategorias. As propriedades das categorias se densificam e as categorias se tornam integradas com outras.

c) Delimitação da teoria

A delimitação da teoria ocorre em dois níveis: delimitação da teoria e da categoria. Nessa fase, a teoria se solidifica primeiro quando as modificações ocorridas na comparação dos próximos incidentes de uma categoria com suas propriedades vão, cada vez mais diminuindo e depois, quando as modificações ocorrem para integrar detalhes das propriedades, reduzindo as categorias.

Esse processo de redução das categorias significa que o pesquisador descobriu uniformidades encobertas/subjacentes no conjunto original de categorias ou suas propriedades, podendo formular sua teoria com um menor grupo de conceitos de alto nível (Glaser, Strauss, 2009).

Na delimitação da categoria, faz-se a redução da lista de categorias original para códigos e a saturação teórica. A delimitação da teoria resulta na categoria central que integra todas as demais categorias. A categoria central deve ser ampla o bastante para se relacionar de modo fácil e significativo com muitas outras categorias e abstrata o bastante para incluir todas as demais (Glaser, Strauss, 2009).

d) Redação da teoria

A descrição da teoria é o último estágio no qual o pesquisador possui dados coletados, vários memorandos (memos) e uma teoria. O conteúdo de suas categorias é proveniente da discussão em seus memorandos e elas (as categorias) se tornam a base da teoria sobre a qual o pesquisador discorrerá (Glaser, Strauss, 2009).

Este método tem como uma das etapas da análise, a validação do modelo teórico junto aos participantes do estudo, no sentido de que esse modelo seja representativo da experiência ou fenômeno.

Charmaz (2009) lembra que desde o início da codificação inicial, o pesquisador deve iniciar a redação dos memorandos os quais são registros sobre as ideias de relações teóricas entre os códigos e as categorias que surgirem. Os memorandos captam os pensamentos, apreendem as comparações e conexões que o pesquisador faz e cristalizam as questões e as direções a serem buscadas.

Ao conversar consigo durante a redação do memorando, o pesquisador vê surgir ideias novas e novos insights durante o ato da escrita. Uma vez que o pesquisador escreve um memorando, poderá utilizá-lo naquele momento ou armazená-lo para uma recuperação posterior. “A redação dos memorandos constitui um método crucial da teoria fundamentada, porque ela o incentiva a analisar os seus dados e códigos no início do processo de pesquisa (Charmaz, 2009, p.107)”.

3. O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Obtenção dos dados

Os informantes do estudo

Para atender aos objetivos do estudo, os participantes foram mulheres que tiveram depressão pós-parto e seus familiares que conviveram com elas na época do acometimento da depressão.

As mulheres deste estudo obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ter idade acima de dezoito anos; não estar vivendo o processo depressivo no momento da entrevista; estar pelo menos há dois anos passados da experiência – para isso tomamos por base a idade mínima de dois anos do filho em que ela teve a DPP (esse período foi estabelecido levando-se em conta o tempo de curso da doença e a consequente exclusão de mulheres que ainda estivessem vivenciando a DPP); ter pelo menos um membro da família (além do filho) presente em seu cotidiano durante a experiência da depressão; ter um ou mais filhos (quando tiveram a DPP) e esses filhos estarem vivos e saudáveis; tiveram a experiência de depressão pós-parto confirmada por diagnóstico médico ou auto-relatada; expressar verbalmente que teria condições emocionais para falar sobre a experiência; não ter outra patologia psiquiátrica paralela à DPP e aceitar falar sobre a sua experiência.

Todas residem no município de Cuiabá - MT e tiveram um familiar participando da entrevista.

Os critérios para os familiares das mulheres informantes deste estudo foram: ter idade acima de dezoito anos; estiveram presentes no cotidiano da mulher no período em que essas desenvolveram a DPP; aceitar falar sobre a experiência.

Um total de dez familiares foi indicado pelas mulheres para participar junto a ela como informante na entrevista, sendo que, seis

indicaram seus maridos, uma indicou a sogra, duas indicaram suas mães e uma indicou a irmã.

O número de famílias participantes foi se configurando, de acordo com a análise dos dados e a teoria emergente. As reflexões que suscitavam, na medida em que as entrevistas eram realizadas, ouvidas várias vezes, transcritas e analisadas, indicavam outros dados a serem coletados para melhor desenvolver e densificar as categorias.

A coleta dos dados foi realizada até acontecer a saturação teórica, quando verificamos a repetição e ausência de dados novos e a compreensão dos conceitos identificados na experiência, contemplando elementos de definição, ação e consequência, que indicam um processo.

O primeiro grupo amostral constituiu-se de três famílias e possibilitou a apreensão de como a mulher e seus familiares vivenciaram a experiência da depressão pós-parto e também a descoberta das categorias iniciais que direcionariam a próxima coleta de dados e a formação de outros grupos amostrais.

O segundo grupo amostral composto por quatro famílias, permitiu o aprofundamento das informações sobre a experiência, a densificação das categorias iniciais e a formação de novas categorias.

O terceiro grupo amostral composto por três famílias permitiu a densificação das categorias e o alcance da saturação teórica.

As famílias foram identificadas através de uma ficha confeccionada por esta pesquisadora a qual continha as seguintes informações: nome da família, endereço e local de referência, telefone residencial, celular, e-mail, data e local da entrevista, nome e idade dos entrevistados, ocupação dos entrevistados na época do evento, ocupação atual dos entrevistados, membro da família que teve DPP. Esse processo de identificação das famílias por meio de uma ficha foi desenvolvido para facilitar sua identificação e localização posteriormente, caso fosse necessário.

A captação e seleção dos informantes

Tivemos como ponto de partida para a realização da pesquisa, a busca e identificação de mulheres que tiveram a experiência de depressão pós-parto. Após contato e aceite delas, solicitamos que indicassem pelo menos uma pessoa da família para participar da entrevista.

Identificamos um total de vinte três mulheres, prováveis informantes através das unidades básicas de saúde, dos serviços de atendimento público hospitalar, profissionais da enfermagem, e de outras informantes do estudo.

Do total de vinte três mulheres: seis foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão, ou seja: uma teve diagnóstico de psicose puerperal, uma teve outra patologia psiquiátrica que se desenvolveu paralela à DPP, uma verbalizou que não tinha condições emocionais de falar sobre a experiência (ainda estava com a depressão em curso e em tratamento psiquiátrico), uma teve o parto com natimorto, uma teve o diagnóstico de Blues pós-parto e uma já tinha depressão que cursava bem anteriormente ao nascimento do filho. As seis mulheres excluídas foram identificadas em unidades básicas de saúde, por meio de seus prontuários e das enfermeiras responsáveis pelas unidades.

Três mulheres identificadas também nas unidades básicas de saúde, não foram localizadas por não morarem mais nos bairros onde se localizava sua unidade básica de saúde e também dentre elas, não estarem mais morando em Cuiabá – portanto foram excluídas.

Quatro delas indicadas por profissionais da enfermagem se recusaram a participar, sendo o motivo mais frequente da alegação, o de não quererem falar e se lembrar da experiência e o de não terem contado com a ajuda da família.

Conseguimos dos vinte e três contatos realizados, um total de dez que aceitaram e que correspondiam aos critérios de inclusão.

Da amostra de dez mulheres incluídas nesta investigação, três foram captadas em unidades básicas de saúde; duas foram captadas no serviço de puericultura e em um banco de leite de um hospital público de Cuiabá; quatro por meio de profissionais da enfermagem e uma indicada por outras informantes deste estudo. Além dos locais acima referidos, tentamos concomitantemente localizar outros prováveis informantes através de meios digitais (facebook e e-mails) dirigidos a profissionais que prestam assistência à mulher durante o ciclo gravídico puerperal.

Procedimentos éticos

Antes de iniciarmos a pesquisa de campo, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP), Processo nº1105/2011CEP-EEUSP, tendo sido aprovado conforme documento emitido em março de 2012 (ANEXO I). Somente após a aprovação e a autorização das Instituições envolvidas é que a pesquisa de campo foi iniciada.

Enviamos a dois hospitais públicos de Cuiabá – MT, que atendem mulheres gestantes e puérperas e a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá – MT, ofícios solicitando autorização para realizar a identificação dos possíveis participantes do estudo através dos prontuários das pacientes que foram atendidas nesses locais (respectivamente no serviço ambulatorial dos hospitais e nas unidades básicas de saúde).

No momento do convite aos familiares para participação, explicamos a finalidade e os objetivos da pesquisa, a forma de participação e o caráter confidencial e anônimo das informações, a fim de permitir-lhes liberdade em aceitar ou não o convite a participar da mesma.

Após o aceite, obedecendo às diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), no dia da

entrevista solicitamos que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que continha toda a explicação de como a pesquisa seria realizada, quais seriam os seus benefícios, riscos, como também, o comprometimento de que os dados de identificação de cada família seriam mantidos em sigilo. Esse documento foi assinado por um dos entrevistados.

Aos entrevistados, perguntamos no momento da coleta dos dados, sobre o interesse em receber os resultados do estudo. Das dez famílias entrevistadas, seis manifestaram o desejo de receber os resultados, e assim, o resumo será enviado via correio eletrônico e/ou correio postal.

No dia marcado para a entrevista, solicitamos a permissão para gravá-la e disponibilizamos sua escuta após, mas nenhum dos participantes mostrou interesse em ouvi-las.

Caracterizando as famílias deste estudo

Para preservar o anonimato dos informantes, eles foram identificados da seguinte maneira: Mulher (mulher que teve depressão pós-parto); Homem (companheiro, marido da mulher que teve depressão pós-parto); Sogra (sogra da mulher que teve depressão pós-parto); Mãe da mulher (mãe da mulher que teve depressão pós-parto); Irmã da mulher (irmã da mulher que teve depressão pós-parto).

Cada uma dessas denominações para a identificação dos informantes e sua família, está seguida de uma letra de nosso alfabeto, indo de A a J. Esta será a forma como serão identificados os trechos das entrevistas nos Resultados.

Família A

A família A é composta da mulher A de 35 anos e do homem A de 37 anos que vivem em união consensual há 11 anos. Eles têm uma filha de onze anos, sendo esta filha biológica dela. O casal

possui o nível médio completo. Ele trabalha em um serviço privado de entrega de produtos em domicílio e ela não trabalha fora de casa.

Os dois eram amigos antes da união consensual e moravam em uma mesma casa que compartilhavam com outras amigas. Nessa época ela foi abandonada pelo namorado (pai biológico de sua filha) assim que se descobriu grávida. Ele (homem A) cuidou dela durante toda gravidez e a assumiu junto com sua filha respectivamente como marido e pai da criança.

Durante a gravidez apresentou sangramentos e anemia e o parto foi via vaginal com fórceps de alívio. A filha nasceu com cianose e um pouco de dificuldade respiratória ficando poucas horas em observação, antes de ir para o alojamento conjunto com a mãe.

Nos primeiros quinze dias do pós-parto ela se percebeu com comportamentos diferentes quando se viu chorando muito, sem querer cuidar da filha e preocupada com o futuro. Com quarenta dias após o parto, mediante apresentação de quadro semelhante a acidente vascular cerebral, foi diagnosticada com depressão pós-parto pelo médico que a atendeu. Ela tratou-se através de antidepressivo e psicoterapia. Sentiu-se melhor da DPP no quarto mês do uso do medicamento. Apresentou nova crise depressiva após cinco anos do nascimento da filha, sendo que esta se manifestou junto com a síndrome do pânico que atualmente ainda trata.

Sobre sua família de origem, ela expõe relação difícil com sua mãe que durante sua infância e parte de sua adolescência a violentava fisicamente bem como a seus irmãos. Por esse motivo, passou grande parte de sua vida com medo da mãe. Sua mãe também sofreu violência física proveniente de seu avô. A mãe da mulher A teve cinco relacionamentos conjugais, tendo se separado de todos, sendo que o seu pai (da mulher A) foi o segundo marido de sua mãe e já é falecido.

Os informantes foram: Mulher A e Homem A.

Família B

A família B é composta pela mulher B e homem B, ambos com 37 anos de idade, casados há sete anos. O casal tem um filho de cinco anos de idade. Os dois possuem nível superior completo.

Ela trabalha em uma instituição pública e ele em uma instituição privada. A gravidez foi desejada e planejada por ambos. Ele relata que se sentia “grávido” quando a mulher estava grávida e tinha sonolência e enjoo. O parto do filho foi cesárea por vontade da médica e do homem B.

O comportamento diferente em si, foi percebido segundo ela nos primeiros quinze dias pós-parto, quando começou com choro e ansiedade. Um longo tempo após, quando retornou da licença maternidade, se identificou com depressão, mas não quis buscar ajuda porque tinha medo de usar medicamentos e parar de amamentar o filho. Este foi amamentado até dois anos de idade.

Procurou ajuda psicoterápica somente após ter desmamado o filho. Fez psicoterapia e sentiu-se melhor com dois meses. Seu filho desenvolveu quadro de bronquite na época da DPP e ainda hoje apresenta crises a períodos de tempo.

Em relação a sua família de origem, ela relata convivência difícil com o pai controlador, que tolhia a todos na família.

Seu marido relata história de violência física em sua infância praticada pelo pai alcoólatra a todos da família, inclusive a mãe, sendo que ele foi o que menos apanhou do pai, pois tentava se proteger da violência paterna não cometendo os mesmos erros dos irmãos que deixavam o pai enfurecido.

Os informantes foram: Mulher B e Homem B.

Família C

A família C é composta pela mulher C de 29 anos e pelo homem C de 32 anos de idade, casados há cinco anos. Tem dois filhos, sendo um de três anos e outro de um ano e seis meses de idade. O homem tem nível médio completo é profissional liberal e

músico nas horas vagas. A mulher tem nível superior completo e trabalha em uma instituição pública.

O filho em que teve a DPP tem idade de três anos (primeiro filho) e nasceu de parto normal com a clavícula fraturada. Ela diz ter discutido com sua mãe, ainda no hospital, logo após o nascimento de seu primeiro filho (filho em que teve DPP). Nesse desentendimento, a mãe a deixou na casa de sua sogra e se afastou dela, ficando um ano sem se falarem.

Ela percebeu-se diferente logo na primeira semana após o parto do primeiro filho, com tristeza intensa e irritabilidade. Foi diagnosticada com DPP, dez meses após o nascimento dele e já grávida do segundo filho.

Não fez nenhum tratamento especializado por não ter condições econômicas e tempo para buscar ajuda especializada, além de na época do diagnóstico estar se sentindo bem melhor da DPP. Sentiu-se livre de todos os sintomas da DPP, quando o segundo filho estava com um ano de idade.

Durante o nascimento dos filhos a mulher morava na residência dos sogros e teve a sogra (principalmente) e toda a família do marido como apoio nos cuidados de si e dos filhos.

A experiência refere-se ao primeiro filho, pois quando teve o segundo ainda cursava com depressão do primeiro, mas em fase amenizada.

Seu pai era alcoólatra e faleceu após uma cirurgia, quando ela ainda era criança. Sua mãe está no quarto relacionamento conjugal e se separou dos três anteriores.

O marido da mulher C teve problemas de saúde (não revelado) durante o período de depressão da mulher.

Os informantes foram: Mulher C e Sogra C.

Família D

A família D é composta pela mulher D de 40 anos e pelo homem D de 52 anos, juntos há sete anos. O marido tem filhos

(todos adultos) do primeiro casamento. É a terceira esposa do marido. O marido não queria filhos, mas aceitou tê-los após ela separar-se dele por esse motivo. O casal possui nível superior completo. Ela trabalha em uma instituição pública e ele é autônomo.

O filho em que ela desenvolveu a DPP tem quatro anos e nasceu por parto cesárea.

Notou-se diferente logo na primeira semana após o parto quando começou a chorar e não dava conta de cuidar do filho, mas não buscou ajuda. Seu primeiro filho teve diagnóstico ao final do primeiro mês de vida de refluxo gastroesofágico.

Engravidou do segundo filho sete meses após o nascimento do primeiro e ainda estava com DPP. Fez tratamento com psicoterapia e homeopatia. Durante o nascimento dos filhos a mulher D, teve sua mãe junto a si em sua casa para auxiliá-la na lida com eles.

Ela relata que passou toda a adolescência e parte da idade adulta com vergonha do pai que por várias vezes foi detido por tráfico de drogas (os pais se separaram por causa desses eventos). Tem um irmão alcoólatra – ela atribui o alcoolismo do irmão aos problemas do pai com a justiça.

O marido da mulher D tem história de alcoolismo paterno e violência a si e aos demais irmãos, praticada pelo pai. Tem um irmão que é tetraplégico por acidente de automóvel e ao qual presta assistência financeira.

O marido da mulher D apresentou problemas cardíacos durante a gravidez do primeiro filho, resolvendo-os cirurgicamente quando o segundo filho nasceu. Ele foi sozinho para outra cidade (em outro estado) para fazer a cirurgia, pois ela não tinha condições de acompanhá-lo pelos cuidados com os filhos ainda pequenos.

Os informantes foram: Mulher D e mãe da Mulher D

Família E

A família E é composta pela mulher E de 39 anos e pelo Homem E de 52 anos, juntos há treze anos. O marido está no segundo casamento e tem dois filhos adultos do primeiro. Tem nível superior completo e é funcionário de uma Instituição Pública. Tem sete irmãos sendo que cinco deles já estão no segundo casamento. A mulher é estudante do nível superior. É a segunda esposa do marido. Não tem outros filhos.

Ela desenvolveu diabetes gestacional e hipertensão na gravidez (tratadas e controladas). O parto foi cesárea e o filho tem dois anos e nove meses (único filho). Com dois meses após o parto viu-se diferente quando começou a chorar muito e a ficar em estado de alerta com a criança. Foi diagnosticada com seis meses do pós-parto. Fez uso de antidepressivo e homeopatia.

Teve uma adolescência permeada por problemas relacionais com a mãe, tendo que fazer psicoterapia para superar diferenças no relacionamento.

Os informantes foram: Mulher E e Homem E.

Família F

A família F é composta pela mulher F de 26 anos que está em seu segundo casamento e seu marido, também com 26 anos. Os dois tem nível médio completo. Vivem atualmente na casa da mãe dele, há menos de um ano (após ter ficado grávida). Não trabalham fora de casa, pois vivem em uma zona rural de Cuiabá e lidam com uma granja da família.

O filho do qual teve a DPP tem três anos (fruto do primeiro casamento), nascido por parto cesárea. Ela não sabe informar ao certo quando começou a se perceber diferente. A irmã relata que desde o primeiro mês do nascimento do filho a mãe lhe fez uma visita e percebeu que ela “não estava certa”, pois estava com mania de limpeza.

Elas relatam que a mulher F foi abandonada na casa de sua mãe pelo marido (primeiro casamento) aos dois meses do pós-parto com a DPP em curso, após desavenças com sua sogra quando foi fisicamente agredida por ela. A família sabe muito pouco sobre esse período em que ela ficou na casa da sogra. Diagnosticada com DPP com três meses após o parto, durante visita ao médico psiquiatra através de consulta marcada pela enfermeira da Unidade Básica de Saúde a qual pertence.

Usou antidepressivo, mas a família decidiu suspendê-lo pouco tempo após seu início por dificuldades nos retornos médicos. Sentiu-se melhor com dois anos e seis meses após o nascimento do filho. Seu filho vive com sua ex-sogra desde a época em que ela teve DPP, pois sua mãe não conseguiu cuidar dela, do neto e o entregou à sogra após sua autorização.

Ela (a mulher F) conviveu com sua família de origem (mãe, irmãos e irmãs) durante todo o período da DPP e foi cuidada por eles durante o seu adoecimento. Relata que depois do abandono do marido (primeiro), nunca mais o viu.

Ela (a mulher F) diz não querer mais o filho consigo, pois ele está muito bem criado pela ex-sogra e não tem laços com ela e se o pegar de volta poderá prejudicá-lo. A mãe da mulher F e um dos irmãos dela são alcoólatras.

A mulher F está na segunda gravidez (vinte e oito semanas) e no segundo casamento.

Os informantes foram: Mulher F e Irmã da Mulher F.

Família G

A família G é composta pela mulher G de 40 anos e pelo homem G de 42 anos, casados há pouco mais de 06 anos. A mulher possui nível superior completo e trabalha em uma Instituição Pública e ele é profissional liberal com ensino médio completo.

O casal tem um único filho de seis anos, fruto de uma gravidez planejada após longo tempo de namoro. Na gravidez, ela

teve ameaça de abortamento e hipertensão leve (tratadas). O parto foi cesárea, por opção dela (combatida pela mãe e irmã) e com apoio do marido, pois ela teve medo de ter o filho por parto normal.

Nos primeiros quinze dias após o parto começou a sentir-se diferente, quando começou a chorar muito e com dificuldades na amamentação.

Concomitante a isso, apresentou processo inflamatório intenso localizado na região da incisão da cesárea, que lhe causou muitas dores e desconfortos, mas tratado com antibióticos prescritos pelo obstetra que a atendeu e através de fitoterápicos preparados por uma tia.

Foi diagnosticada com quarenta e cinco dias após o parto, usou antidepressivo por três meses, parando por causa da amamentação e pelo fato de o filho ter refluxo gastroesofágico e pensar que poderia interferir no problema do filho. Com a suspensão do antidepressivo, teve piora do quadro e retomou o uso com oito meses do nascimento do filho. Sentiu-se melhor com quatro meses após reinício do antidepressivo.

A mulher G tem uma relação conflituosa com sua mãe desde a adolescência. Relata ter se sentido distante do pai desde a infância. Percebia e ainda percebe que a irmã tem toda a atenção da mãe e tinha do pai (já falecido). Tem histórico de depressão na família (mãe, tios maternos e tia paterna).

O homem G não relata problemas relacionais familiares. Ele teve diabetes diagnosticada durante o curso da depressão da mulher e desde então faz uso de insulina. Sua mãe também é diabética e insulino dependente.

Os informantes foram: Mulher G e Homem G.

Família H

A família H é composta pela mulher H e pelo homem H, ambos com 52 anos, casados há vinte e três anos. Ambos possuem

nível superior completo e são professores, ela em uma instituição pública e ele em uma particular.

Eles têm um filho de treze anos (segundo filho) do qual ela desenvolveu a DPP e outro de quinze anos. Teve hipertensão na segunda gravidez (controlada). Ela percebeu alteração em si, no segundo mês pós-parto, quando em um estado parecido à exaustão física na lida com o filho, não conseguia segurá-lo em seus braços.

Foi diagnosticada no terceiro mês; usou antidepressivo e fez psicoterapia. Sentiu-se melhor com quatro meses após início do tratamento. Tem história de violência na família (pai), depressão (mãe), suicídio (avó), alcoolismo (tio).

O marido tem história de depressão (ele e irmãos) e esquizofrenia (tia) na família. O marido desenvolveu depressão durante o quadro depressivo da mulher.

A mulher H desenvolveu novos episódios depressivos após a DPP e em todos eles fez uso de antidepressivos para seu controle. O marido também se trata com antidepressivos e atualmente tem obesidade mórbida.

Os informantes foram: Mulher H e Homem H.

Família I

A família I é composta pela mulher I, de 39 anos e pelo homem I de 49 anos, casados há quinze anos. O casal possui nível superior completo e trabalham juntos em uma instituição privada.

O casal tem um filho de treze anos, filho em que teve a DPP e outro de cinco anos. Ela sentiu-se diferente logo na primeira semana do pós-parto, quando se viu com medo de cuidar do filho, mas procurou ajuda somente com 01 ano após o nascimento do filho.

O filho nasceu com problema de refluxo gastro esofágico e ficou um longo período sem diagnóstico. Ela recebeu ajuda da mãe e demais familiares após o nascimento do filho e durante o período da DPP.

A mulher fez psicoterapia, sentiu-se melhor seis meses após início do tratamento. O espaçamento entre as gravidezes foi por escolha pessoal e não direcionada pela DPP.

Relata que há casos na família de depressão (mãe) e alcoolismo (pai). Sobre a família do marido ela não tem informações pelo fato de quase não terem contato.

Os informantes foram: Mulher I e Mãe da Mulher I.

Família J

A família J é composta pela mulher J e pelo homem J, ambos com 42 anos, casados há 21 anos. Ambos possuem nível médio completo. Ele é profissional liberal e ela trabalha em uma empresa privada. Além da filha de treze anos, o casal tem outra de dezenove. A mulher atribuiu a distância entre as gravidezes pelo fato de que não queria ter filhos, não tinha sonhos de se tornar mãe, mas as aceitou.

Ela desenvolveu DPP no nascimento da segunda filha de treze anos. Com dois meses de pós-parto sentiu algo diferente, mas só foi diagnosticada com seis meses após o nascimento da filha. Fez uso de antidepressivo. Sentiu-se melhor após quatro meses do início do tratamento.

Tem história de alcoolismo e violência na família (pai). O pai abandonou a família quando ela era adolescente e faleceu como mendigo nas ruas de uma cidade de Goiás. A mulher J teve novas crises depressivas após a DPP, associadas a situações estressantes, mas relata ter o controle delas através de terapias alternativas. Atualmente ela anda com medo de novamente entrar em depressão, pois sua filha de dezenove anos revelou-se homossexual, fato que tanto ela quanto o marido não aceitam.

Informantes: Mulher J e Homem J

A coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada através da entrevista, pois este tipo de estratégia permite o acesso a dados mais abrangentes. Conforme Ângelo et al. (2009), os pesquisadores ganham grande compreensão dos fenômenos familiares quando buscam respostas de múltiplos membros da família.

Após uma primeira interação, iniciamos a entrevista com a mulher e o familiar por ela escolhido através de duas questões bem amplas, onde deixamos claro o nosso interesse em conhecer a experiência da família frente à depressão pós-parto materna e os significados atribuídos por ela ao vivenciarem esta situação materna.

As questões iniciais foram:

- *Como foi para você este tempo de doença? Conte-me sobre essa experiência.*
- *O que esta vivência significou para você?*

No decorrer das entrevistas, incluímos perguntas circulares, as quais são apropriadas para trabalhos com famílias, contribuindo para a compreensão do funcionamento familiar diante da experiência e enfocam diferença, efeitos de comportamento, futuro e hipóteses, envolvendo domínios cognitivos, afetivos e comportamentais.

Esse tipo de perguntas auxilia na obtenção de valiosas informações, tendo em vista que investigam os relacionamentos entre os indivíduos, fatos, ideias ou crenças (Wright e Leahey, 2008). As perguntas abordaram o que os membros da família pensavam, sentiam e faziam no decorrer da experiência em relação aos eventos e aos demais membros da família.

Concomitante à coleta de dados através da entrevista, no primeiro encontro com os informantes adotamos o genograma que se constitui em um instrumento útil para delinear as estruturas internas da família.

O genograma por apontar para o futuro, assim como para o passado e presente, facilitam as interpretações alternativas da experiência familiar (Wright e Leahey, 2008).

Essas estudiosas afirmam que o genograma é útil para aplicação durante a primeira reunião com a família, oferecendo ricos dados sobre relacionamentos ao longo do tempo e também pode ser utilizado para elucidar informações úteis sobre desenvolvimento e outras áreas de funcionamento familiar.

A coleta dos dados ocorreu entre abril de 2012 a junho de 2013. O tempo de coleta se estendeu devido às dificuldades para a localização dos informantes e a complexidade do processo analítico.

As entrevistas tiveram em média a duração de uma hora e trinta minutos e foram gravadas e transcritas na íntegra.

A análise dos dados

A análise dos dados foi realizada à luz da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Esta análise consiste em uma série de procedimentos sistematizados de comparação, entre os dados primeiramente, entre as categorias e entre os fenômenos descobertos, o que possibilita a proposição do processo relativo à experiência estudada (Ângelo, 1997). Assim, o procedimento de análise dos dados, seguiu o preconizado no método comparativo constante. Aconteceram simultaneamente a análise dos dados e a coleta dos mesmos, ou seja, após a realização de cada entrevista, o conteúdo transcrito era analisado. Esta etapa é chamada de Codificação inicial (Glaser e Strauss, 2009).

A codificação foi feita linha a linha, palavra por palavra, incidente por incidente. Nesse processo, os trechos das entrevistas examinados foram codificados com palavras que refletiam a ação.

Cada incidente foi permitindo a identificação das primeiras propriedades da experiência e recebia um nome, de acordo com seu

significado, chamado código, como pode ser visto no exemplo a seguir:

Trecho da entrevista com a família G:

[...] *Eu tinha vontade de ter que passar uns dias no hospital só para sair daquela rotina excruciente de preocupar o tempo todo, de ter que ficar atenta o tempo todo, de conseguir dormir sem ninguém me criticar por isso. De conseguir descansar sem ninguém falar: 'não, você não pode ficar ai deitada, olha a criança tá ali'... Eu queria ter um tempo assim: só para descansar, um tempo em que ninguém me criticasse por eu estar parada, nem eu me sentir culpada por estar parada [...]* (Mulher G).

Quadro 1: Exemplo de codificação inicial dos dados

Depoimento	Códigos
<i>Eu tinha vontade de ter que passar uns dias no hospital só para sair daquela rotina excruciente de preocupar o tempo todo, de ter que ficar atenta o tempo todo, /</i>	Tendo vontade de se ver livre da rotina de cuidados excruciente com o filho (Mulher) G596
<i>de conseguir dormir sem ninguém me criticar por isso. /</i>	Tendo vontade de conseguir dormir sem que ninguém a criticasse por fazê-lo (Mulher) G597
<i>De conseguir descansar sem ninguém falar: 'não, você não pode ficar ai deitada, olha a criança tá ali'... /</i>	Tendo vontade de conseguir descansar sem que ninguém a julgasse (Mulher) G598
<i>Eu queria ter um tempo assim: só para descansar, /</i>	Querendo ter um tempo para descansar somente (Mulher) G599
<i>um tempo em que ninguém me criticasse por eu estar parada, /</i>	Querendo um tempo para ficar parada (sem fazer nada) sem que ninguém a criticasse (Mulher) G600

Esta etapa de codificação inicial foi feita com todos os dados após a realização de cada entrevista. Feita a codificação inicial, passamos para a fase de Codificação focalizada e seletiva, onde os códigos passaram por um processo de comparação entre si, sendo agrupados por suas similaridades, formando, assim, categorias as quais buscaram expressar os significados presentes nos códigos. Cada uma dessas categorias recebeu um nome conceitual mais abstrato que o código.

Quadro 2 - Exemplo de codificação focalizada e seletiva -
Categorização dos dados

Códigos Iniciais	Categorias
<p>Tendo vontade de se ver livre da rotina de cuidados excruciante com o filho (Mulher) G596</p> <p>Vendo que chegava em um momento que gostaria de 'desligar' o filho para ter um pouco mais de paz em casa (Mulher) E138</p> <p>Querendo que alguém chegasse e levasse seus filhos para ela ficar sozinha (Mulher) C558</p> <p>Sentindo-se viva e feliz ao sair de casa no segundo mês do pós-parto (Mulher) D208</p>	<p>Percebendo-se necessitada de se libertar da rotina de cuidados do filho.</p>

Considerando que uma característica do método comparativo constante é a provisoriedade das categorias, durante o processo de análise até o seu final, o nome das categorias foi modificado várias vezes, até chegarmos a uma denominação mais representativa dos conceitos que as agrupavam, tornando-as definitivas.

Durante todo o processo de coleta, codificação e categorização dos dados, perguntas eram feitas aos dados e hipóteses sobre as possíveis relações estabelecidas entre os dados foram formuladas. Estas ideias foram registradas e organizadas e serviram de base para a elaboração dos “memorandos ou memos”.

Charmaz (2009) lembra que desde o início da codificação inicial, o pesquisador deve iniciar a redação dos memorandos. Os memos, ou memorandos, captam os pensamentos, apreendem as comparações e conexões que o pesquisador faz e cristalizam as questões e as direções a serem buscadas.

A redação do memorando cria um espaço para o pesquisador tornar-se ativamente empenhado no material de que dispõe para

elaborar as suas ideias e realizar pequenos ajustes na coleta de dados posterior.

Os memorandos, de acordo com Strauss e Corbin (2008) são tipos muito especializados de registros escritos que contêm os produtos da análise ou as direções para o analista. Devem ser analíticos e conceituais, e não descritivos.

Cada analista desenvolve seu próprio estilo para fazer memorando. O método utilizado para registrar e controlar memorandos não é importante, mas o seu conteúdo é crucial para o desenvolvimento da teoria. Nem sempre é necessário fazer memorandos longos e ao ser estimulado por uma ideia, o analista deve parar o que está fazendo e passar essa ideia para o papel e desenvolvê-la quando tiver tempo (Strauss e Corbin, 2008).

Quadro 3 – Exemplo de “memo” elaborado

A DPP como algo de “fora”, que chegou e provocou danos em sua vida – 20/06/2013.

A mulher utiliza de elementos (da natureza e outros) que provocam destruição para falar de como se sentia em meio à experiência da depressão. A “tromba d’água”, o “furacão”, a sensação de que sua vida foi “patrolada”, são trazidos para a fala causando-nos a impressão de devastação, destruição, desorganização, de perdas, de caos.

No entanto, independente da analogia que utiliza, a experiência da DPP pós-parto parece ser tida por ela como uma situação que a decepciona, que tira de si muito do planejamento e sonhos que tinha em relação à chegada do filho, que a deixa em uma situação de desorganização, de instabilidade, e onde não consegue se encontrar e se situar.

Porém, quando a mulher faz essas analogias, a impressão que temos é a de que ela se tornou parte desses elementos, mas esses elementos são atribuídos por ela como algo não pertencente a ela, ou seja, não eram produtos de si mesma e não estavam dentro de si. A impressão que temos é que ela através de sua fala tenta atribuir o seu comportamento como algo que veio de fora de si, e que se apossou de sua vida.

A fase seguinte à categorização dos dados, ou seja, a Codificação teórica consistiu no reagrupamento das categorias que se referiam a um mesmo fenômeno e as conexões entre elas e suas subcategorias.

Desse modo, as propriedades das categorias se densificaram e as categorias se tornaram integradas com outras. Esse reagrupamento das categorias gerou várias tentativas de representação gráfica da conexão entre as categorias, como forma de compreender a experiência.

Quadro 4 - Exemplo de codificação teórica

<p>LUTANDO COM A AMAMENTAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vendo-se incapaz de amamentar o filho. • Tentando outras soluções para alimentar o filho. • Sentindo-se impregnada pelo sentimento de culpa por não ter amamentado o filho. <p>LUTANDO COM O CHORO DO FILHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdendo o seu equilíbrio quando o filho chorava. • Distanciando-se fisicamente do filho quando ele chorava. • Buscando ajuda médica para identificar o motivo do choro do filho. 	<p>LUTANDO PARA SE CONSTRUIR COMO MÃE</p>
--	---

A última etapa da análise foi realizada com a identificação da categoria central.

A identificação da categoria central **OSCILANDO ENTRE O APOIO E A NECESSIDADE DE MANTER O CONTROLE** permitiu o desenvolvimento do modelo teórico representativo da experiência.

Após termos obedecido todas as etapas do método comparativo constante, desenvolvemos uma teoria fundamentada nos dados que explica a experiência das famílias das mulheres que tiveram depressão pós-parto.

Este método tem como uma das etapas da análise, a validação do modelo teórico junto aos participantes da pesquisa, no

sentido de que esse modelo seja representativo da experiência ou fenômeno. Porém, não nos foi possível realizar a validação do modelo teórico, devido ao fator tempo.

4. RESULTADOS

4.1. APRESENTANDO OS RESULTADOS

O modelo teórico: oscilando entre o apoio e a necessidade de manter o controle

OSCILANDO ENTRE O APOIO E A NECESSIDADE DE MANTER O CONTROLE representa o modelo teórico da experiência. As vivências e significados da depressão pós-parto materna para a mulher e sua família foram compreendidos como um processo psicossocial, em que controle e apoio constituem os elementos simbólicos centrais de como a mulher com depressão pós-parto e seus familiares manejam a experiência desde o início dos sintomas até a constatação do diagnóstico e instituição do tratamento.

Este modelo integra três categorias que representam as percepções e estratégias presentes na experiência da mulher e da família visando à adaptação da vida familiar às circunstâncias da vida afetadas pela depressão: **LUTANDO COM A MATERNIDADE, PERDENDO-SE NO MEIO DE SENTIMENTOS NA LUTA COM O DESCONHECIDO e ASSUMINDO O CONTROLE.**

LUTANDO COM A MATERNIDADE é o início do processo que tem como foco a mulher tendo que lidar com sua nova condição de mãe, vivenciando frustração e medo pela incapacidade de realizar tarefas simples destinadas ao atendimento das necessidades do filho recém-nascido.

A mulher define as situações que envolvem o filho como sem controle. Ao identificar que algumas situações de manejo relativamente simples ficam sem controle pela mulher, a família sem compreender a razão do comportamento que observa, tenta normalizar as reações dela, apoiando-a e cooperando na realização das mesmas.

PERDENDO-SE NO MEIO DE SENTIMENTOS NA LUTA COM O DESCONHECIDO representa a etapa em que a mulher mergulha no processo depressivo composto por sentimentos estranhos e desconhecidos.

As situações que vive ficam cada vez mais fora do seu controle; ela não se percebe muito bem e sua habilidade para funcionar como mãe varia bastante. Nesta etapa, a família também precisa lutar muito para lidar com seu funcionamento variável, e tenta de todas as formas ampará-la e manter o curso dos cuidados da criança e da casa.

Evidenciam-se nesta etapa os comportamentos e sentimentos experimentados pela mulher na interação com o filho, consigo mesmo e com os familiares, onde o descontrole se faz mais presente e o apoio da família assume uma dimensão de proteção tanto dela como da unidade familiar muitas vezes ameaçada.

A solidão que a mulher experimenta é decorrente da dificuldade em expressar e em ter seus sentimentos e medos reconhecidos pela família.

ASSUMINDO O CONTROLE refere-se à etapa de retorno à superfície e de lutas para retomar o controle da própria vida. Esta etapa do processo é marcada pelo diagnóstico da DPP e pelas interações mediadas pelo tratamento. Os familiares envolvem-se nesta etapa apoiando e protegendo a mulher e manejando situações difíceis para ela, sem contar muito com a sua participação.

A família em alguns momentos tende a minimizar a doença e seu impacto sobre a mulher e a própria família. Com a percepção de que o controle das situações se faz mais presente, a esperança de recuperação dela também se torna mais concreta. O tratamento é apoiado pela família, ao defini-lo como um recurso que pode melhorar o funcionamento da mulher e a qualidade de vida da família.

A experiência será apresentada por meio das categorias e subcategorias que compõe o modelo teórico.

Diagrama representativo do Modelo Teórico:
**OSCILANDO ENTRE O APOIO E A NECESSIDADE DE
 MANTER O CONTROLE**

I. LUTANDO COM A MATERNIDADE

A categoria **LUTANDO COM A MATERNIDADE** refere-se ao início da experiência marcada pelo momento em que a mulher defronta com o cuidado do filho recém-nascido. Nesse tempo em que ela e seus familiares se preocupam com as necessidades emergentes do recém-nascido relacionadas à amamentação e a identificação e resolução de seu choro, ela (mulher), se depara e luta com seus próprios sentimentos, limitações e dificuldades no exercício do papel materno. Essa categoria contém as subcategorias: **LUTANDO COM AMAMENTAÇÃO** e **LUTANDO COM O CHORO DO FILHO**.

Os problemas relacionados com a amamentação e com o choro do filho, ora cursam juntos, se interconectam, se sobrepõem um ao outro, ora cursam separados. As dificuldades com a amamentação se constitui como o primeiro desses eventos enfrentados logo nos primeiros contatos com o bebê, muitas vezes ainda no ambiente hospitalar, onde, a depender de como é abordada, a mulher pode se sentir limitada a efetivá-la.

LUTANDO COM A AMAMENTAÇÃO

A subcategoria **LUTANDO COM A AMAMENTAÇÃO** contém: **Sentindo-se incompetente para amamentar o filho e Tentando outras soluções para alimentar o filho.**

Na interação com a amamentação (como função a ser aprendida e incorporada), com o filho e com funcionários do hospital,

através das mensagens que recebe destes últimos, a mulher se define como incompetente por não dar conta de amamentar o filho.

Sentindo-se incompetente para amamentar o filho

Na interação com as equipes do ambiente hospitalar que objetivam a eficácia da amamentação, ela se sente pressionada e coagida a dar conta de uma função que desconhece na situação prática e a quem ainda está sendo apresentada. O comportamento das equipes na interação com ela (mulher) exacerba suas dificuldades, provocando-lhe a sensação de incompetência e vergonha por assim se perceber:

Eu tinha vergonha dos outros (funcionários do hospital), sabe por quê? Era assim: a sensação era que eu que era incompetente, que o problema estava em mim. [...] parecia assim que eu que não queria dar de mamar pra ele, sabe? E parecia que eu que não conseguia fazer ele pegar. Tem que mamar, e tem que mamar e bota esse peito, e que não sei o quê! E lutava com a criança (as pessoas do hospital diziam e faziam)! Era um trem! Todo mundo ia lá, e não conseguia fazer o guri mamar no tal do peito. Ai que coisa... A sensação era assim: as próprias pessoas que atendiam as crianças e que queriam ajudar, me passavam a mensagem assim: “você não está conseguindo fazer seu filho mamar e você só vai sair daqui, na hora que ele mamar”. Ai eu falava assim: meu Deus, esse guri tem que conseguir mamar, não é possível! E ai foi, foi, foi... (Mulher D).

Além de se preocupar em dar conta de amamentar o filho, ela se percebe lutando com a possibilidade de ficar por um tempo maior no hospital diante das normas hospitalares que condiciona a alta à constatação de que não apresenta dificuldades na amamentação do filho.

A sensação de que é incapaz de amamentar o filho recém-nascido, relaciona-se à percepção do retardo na descida do leite e a

pouca produção nos dias subsequentes ao seu nascimento. Ela observa sua própria produção láctea e a de outras que amamentam seus filhos e com as quais tem contato, além da observação do comportamento de insatisfação de seu filho durante e após as mamadas:

[...] E eu pensava “tem alguma coisa errada; ela não tá tirando leite”, daí eu tirei o seio da boca dela e apertei um pouco tentando espremer e não saía nada! O seio nunca vazava, eu apertava e não saía, eu não escutava o barulhinho de leite na boca, não via escorrer leitinho pela boca dela, como várias vezes eu vi outras mulheres dando de mamar e isso acontecia né? (Mulher C)

A observação dos comportamentos de insatisfação de seu filho, de seu corpo em resposta à amamentação e de outras que amamentam a leva a inferir que algo está errado, o que a deixa estressada por não dar conta de satisfazer as necessidades alimentares do filho com o próprio leite.

Além das dificuldades associadas à produção de leite, ela também se percebe com dificuldades de fazer com que o bebê mame em seu peito, ou seja, se depara com a sua própria inabilidade em manusear a amamentação e com seu nervosismo face ao problema que se delineia.

Seu objetivo relacionado à amamentação começa de certa maneira a ficar sabotado pelos problemas que vão se sobrepondo um ao outro, como por exemplo, a dificuldade em fazer com que o bebê pegue de maneira correta o seu peito e como consequência a presença de ferimentos mamilares.

Esses lhe provocam grandes desconfortos físicos, acarretando-lhe intenso sofrimento, mas ao qual, apesar de tudo, se sujeita e persiste no atendimento das necessidades do filho, ou seja, ela segue tentando cumprir as responsabilidades maternas com as necessidades nutricionais do filho em detrimento de si mesmo.

Na interação com o marido, este se sente sensibilizado com seu estado físico e expressa o desejo de aliviar o seu sofrimento. Esse comportamento lhe trás conforto e faz com que ela se sinta acolhida para prosseguir a amamentação:

[...] era um suplício amamentar, mas eu tava lá, né? Eu tinha que amamentar né? (Mulher G). E ele (apontando para o marido) falava assim: “eu queria poder amamentar em seu lugar prá você não sofrer!” “Eu queria ter peito, daí você não sofria!” Foi uma das coisas mais bonitas que eu já ouvi (Mulher G).

Consciente de seu papel materno, ela se sacrifica em prol do filho, encarando a tarefa como obrigação materna. Após determinado período de tempo do nascimento do filho e da sua luta com a amamentação, começa a perceber que o filho apresenta ganho insuficiente de peso, mesmo sendo esse evento tido como normal para as pessoas de sua família que tentam tranquilizá-la em relação a isso.

Ao ver seu filho não ganhar peso com a amamentação exclusiva e rechaçar a observação de normalidade à que outros atribuem ao evento, a mulher se lança em um caminho onde se vê **tentando outras soluções para alimentar o filho.**

A compreensão dela a respeito do crescimento do filho (através do ganho de peso) e de sua insatisfação durante e após as mamadas ao seio, determina sua ação a respeito, ou seja, a busca de soluções para alcançar seu objetivo de suprir as necessidades alimentares dele.

Com o apoio e participação dos familiares, ela se lança em uma busca ativa para resolver o problema alimentar do recém-nascido engajando-se em ações e ignorando consequências futuras para o sucesso da amamentação exclusiva.

Ela (mulher) burla recomendações médicas como por exemplo, a necessidade do aleitamento materno exclusivo para o

sucesso da amamentação e a contraindicação de aleitamento cruzado, ou seja, amamentação do filho ao seio em outra pessoa da família.

Algumas vezes reluta em oferecer outro leite ao seu filho e nessas situações, o marido ao se interar com a mulher e o estado do recém-nascido, sensibiliza-se com a fome deste e decide alimentá-lo com leite industrializado, comunicando sua decisão ao médico ao mesmo tempo em que dele busca orientação sobre o tipo de leite a oferecer.

Essas ações são apoiadas por outros membros da família, mas são aceitas com restrições pela mulher que se preocupa com a possibilidade de desmame do filho. Porém, as restrições impostas por ela são burladas pelo marido que se vê com dificuldades de operacionalizá-las:

[...] foi, foi isso mesmo e teve logo no começo que ela não estava dando leite devido essa ansiedade dela do pós-parto, então, ele estava passando fome, então ela falava: “eu não vou dar nada, porque senão ele não vai ser saudável!” Mas eu falava: “não, meu filho está passando fome!” Ela falava: “não, se der chuquinha ele não vai pegar peito e não vai ser saudável!” essas coisas que ela aprendeu no banco de leite. Então eu fui lá na farmácia, liguei pro doutor e comprei o leite X, então eu comprei o leite e por conta própria eu preparei e dava na seringa prá ele né, meio desesperado. Mas ele mamava! Até que ela desceu o leite e chegou essa época de não tá dando certo na seringa e ela falava: não vai dar chucha! Ai eu ficava desesperado e nessa época, nós estávamos na casa de meu sogro e às vezes, era 3 ou 4 horas da madrugada e eu estava lá e ele falava: “ô meu filho, isso passa! isso vai passar! mas aguenta firme, é assim mesmo!” Nessa época, eu fazia o leite e dava na chuquinha, dava de 2 a 3 chuquinhas prá ele sem ela ver, ai ela falava: “o que você está fazendo aí”?(ela perguntava lá do quarto) E eu falava: “estou dando o leite na seringa prá ele” (ele respondia da

cozinha), *mas na verdade era chuca* (ri muito), *ai, eu levava ele para ela e colocava ele para mamar nela e ele ficava sugando, mas já estava com a barriguinha cheia* (os dois riem muito, por um bom tempo) (Homem B).

Diante da pouca produção láctea, na interação com as mulheres mais velhas da família, algumas ações são implementadas por elas como o uso de alimentos que acreditam aumentar a produção de leite materno. As mulheres mais velhas trazem na interação (com a mulher e a amamentação) suas próprias perspectivas, definem a situação e agem no sentido de atender as necessidades da mulher enquanto nutriz. Esses cuidados provocam a sensação de conforto e de acolhimento que ela necessita nesse momento:

Ela é uma mãe prá mim (sorrindo). *Ela foi a pessoa que mais se importou, vamos dizer assim. Estava sempre fazendo uma canjica...* (Mulher C) *é porque ela queria ter leite, aí eu falava: já que você quer leite, pois tome canjica!* (Sogra C).

As decisões para resolver o problema alimentar do filho através de outro leite são permeadas por diversos sentimentos, dentre eles a frustração, a culpa, a desvalorização de si mesma em sua competência como mãe, principalmente quando compara o seu desempenho materno ao de outras mulheres que, em sua avaliação, teriam mais empecilhos para amamentar efetivamente e o fazem sem problemas. Esses sentimentos se tornam mais fortes quando ela se preparou e já possuía conhecimentos sobre a amamentação anteriormente à chegada do filho, e isso a decepciona profundamente:

Teve uma ocasião que tava eu e minha cunhada, minha cunhada amamentando o menino dela que nasceu prematuro e ela

conseguiu restabelecer o peso dele só no peito e eu não conseguia ver minha filha ganhar peso mamando. E aí eu procurei um pediatra ele falou: "Olha, você vai ter que complementar com leite de fórmula né? ela realmente não está ganhando peso só com seu leite". Aquilo pra mim foi... Foi a morte né? Leite de mãe é um trem garantido, toda mãe consegue, as cadelas conseguem, as vacas conseguem, os gatos conseguem, porque que eu não consigo? Eu me senti um lixo por causa disso, de não poder amamentar! E aí, como eu tinha ficado antes e durante a gravidez com aquela ideia de ah, você vai ter que amamentar seu filho exclusivamente até os 6 meses, me preparei, fazia exercícios, me cuidei e aí, quando chegou a hora, nada aconteceu do jeito que eu tinha imaginado (Mulher C).

Toda a função da amamentação atravessa e é atravessada pelas imagens que a própria mulher tem do ser mãe. Ser mãe para ela pode ter como símbolo de gerar a vida e também de dar a vida para o filho cercando-o do suprimento de todas as suas necessidades. As capacidades da mulher na existência pessoal, dela com ela mesmo dentro de suas limitações e possibilidades são ignoradas pela apresentação e obrigação de um fazer bem feito.

Socialmente espera-se que a mulher esteja desempenhando bem o papel materno (símbolo da boa mãe) quando ela tem um filho alegre, esperto, bem tratado, bem nutrido. O contrário disso tudo, ou seja, um filho que chora, que não engorda, passa a ser símbolo de problemas, de uma mãe insuficiente, que falha em sua função.

A luta diária com o filho, também se estende à luta com o choro do mesmo. O choro de um bebê é a maneira que ele possui para comunicar que algo não está bem e é preciso que as pessoas consigam decifrá-lo e atendê-lo, até que ele consiga através da linguagem dizer o que sente e o que quer.

A subcategoria **LUTANDO COM O CHORO DO FILHO**, diz respeito ao comportamento da mulher e família em relação ao choro da criança e as estratégias utilizadas para resolução do mesmo.

A subcategoria **LUTANDO COM O CHORO DO FILHO**, contém: **Distanciando fisicamente do filho quando ele chora e Buscando ajuda médica para identificar o motivo do choro do filho.**

O comportamento do filho, de chorar compulsivamente desestabiliza a mulher por não compreender a razão e por não conseguir resolvê-lo e se faz presente desde o nascimento, ainda no ambiente hospitalar. É nesse momento que ela percebe a preocupação e o envolvimento das pessoas da família e das equipes do hospital para resolvê-lo.

O choro do filho face ao símbolo de mãe supridora de suas necessidades desencadeia pensamentos que remetem a cuidados. Mas o choro está presente, é contínuo, é fato físico que aponta para um leque de eventos dentre eles a fome, a dor, o calor, a sede e o frio. É um comunicado de que algo está incomodando o bebê e desperta ideias de solucionamento.

O choro se manifesta diante da fome, mas também diante de outros problemas apresentados pelo recém-nascido como, por exemplo, a clavícula fraturada, cólicas do recém-nascido e o refluxo gastroesofágico, nem sempre identificados inicialmente.

O choro da criança atinge alguns membros da família que passam a ter prejuízos no repouso noturno, especialmente a mulher que é conseqüentemente sobrecarregada pelo acúmulo de funções no atendimento das necessidades do recém-nascido e também de outras pessoas da família.

Os sentimentos que ela (a mulher) experimenta vão de descontrole, desestruturação de si e desespero perante o choro do filho recém-nascido, mediado pela dificuldade de identificar e conseqüentemente resolvê-lo culminando com o seu próprio choro

por se sentir impotente e também no desejo de por fim, de maneira drástica ao que a incomoda (o choro do filho).

A mulher percebe-se **distanciando fisicamente do filho quando ele chora** como uma estratégia para evitar os incômodos intensos que sente. Com esse distanciamento ela também tenta se auto preservar, para tentar recompor-se e conseqüentemente se reaproximar do filho, ou seja, voltar à situação após resolução do evento.

Ela por vezes, consegue identificar que o filho se torna mais agitado com sua presença; pressente com o tempo que ele absorve seu estado emocional e tenta dele se afastar como uma maneira de amenizar o choro da criança. Nesses momentos, com frequência ela conta especialmente com a ajuda de outras mulheres da família, com quem se sente mais segura e onde se percebe trocando papéis no atendimento das necessidades do recém-nascido:

[...] porque eu me desestruturava na hora que ele chorava. Eu desestruturava! Se eu pegasse, aí que ele chorava mais ainda, porque de certo que ele sentia que eu estava muito nervosa. Aí a minha mãe pegava, aí eu achava que ele estava bem cuidado com ela. Eu tinha que esperar eu me recompor. Às vezes, o meu papel era passar o paninho (quente), e por o remédio, preparar, essas coisas. Aí eu fazia tudo isso, aí na hora que ele parava de chorar, aí eu pegava. Mas, na hora que ele chorava, que eu me desestruturava, era com a minha mãe que eu achava que ele tava bem cuidado. Então, com a minha mãe, ela era a minha base pra eu achar que ele tava assim, bem cuidado, era com ela, né? Tanto que eu não queria que ela fosse embora pra casa dela, né mãe? (Mulher D) Eu fiquei sessenta dias com ela. Sem ir pra casa, foram quase 60 dias (Mãe da Mulher D).

O choro por vezes incomoda a ponto de levar a mulher ao desespero e nessa situação ela se vê sem condições emocionais de

suportá-lo. Assim, tendo ou não alguém por perto para atender o choro do filho, ela se vê fugindo da situação:

Quando eu ouvia o choro dela, me dava um desespero tão grande! Eu tinha que entregar ela para alguém e sair de perto! Era uma coisa que não dá para explicar, eu não entendia minha cabeça... era muito estranho... O que eu lembro é que o choro dela me incomodava muito e eu deixava ela chorando e saía de perto (Mulher A).

Alguns choros do recém-nascido são resolvidos pelo menos temporariamente através de práticas domésticas, como nos casos em que os motivos são as cólicas. Quando o choro se torna difícil de ser resolvido, como nos casos de clavícula fraturada e refluxo gastroesofágico após várias tentativas infrutíferas a mulher se vê **buscando ajuda médica para identificar o motivo do choro do filho.**

A busca por ajuda especializada para resolução do choro do filho configura-se em uma sofrida, longa e estressante caminhada, onde ela, o marido e familiares interagem com vários profissionais na esperança de resolver o problema da criança, o que lhe causa insegurança e desorientação, principalmente em decorrência das diferentes e nem sempre convergentes condutas utilizadas por eles no atendimento das questões relacionadas ao bebê:

Olha, eu acho assim... Ele tinha... Em um mês eu levei ele em quatro pediatras diferentes. Eu fiquei enlouquecida com aquilo. Eu me sentia muito impotente assim... Eu queria poder fazer alguma coisa por ele... Tudo que mandavam... Cada um falava para fazer uma coisa. Tudo... Que confundia minha cabeça tudo... [...] porque cada um passa um remédio, cada um faz uma coisa, e eu descobri depois, que você tem que escolher um pediatra e ficar com aquele.

Eu escolhi ficar com ela (pediatra X), então, mas até eu chegar a essa conclusão foi um sofrimento (Mulher D).

A descoberta do motivo do choro do filho pode demorar de dias a meses, e as consequências que um problema concreto identificado pode ter acarretado sofrimento ao filho deixam-na intensamente sensibilizada e desesperada. Os familiares apesar de se mostrarem inconformados e perplexos com a situação tentam tranquilizá-la através da busca por informações via internet:

A gente (ela e os demais familiares) foi descobrir a clavícula quebrada dela, quase um mês depois, quando apareceu um calo ósseo. O médico falou que era calo ósseo. Inchou, fez um caroço, aí a gente foi em um médico para ver e o médico falou: “Olha, ela deve estar com a clavícula quebrada!” aí a gente ficou desesperada, porque como é que quebra a clavícula da criança? Aí a gente (familiares) foi procurar saber (na internet) e a gente ficou sabendo que às vezes acontece mesmo quando é parto normal [...] Aí depois eles (pessoas da família) falavam: “Tá vendo, ela não tem problema nenhum, é por causa disso (o choro), mas vai passar, vai acabar você pode ficar tranquila!” (Mulher C).

Além da perda de seu equilíbrio emocional quando o filho chora, ela se sente incapaz de cuidá-lo e isso é notado mais expressivamente quando do primeiro filho. O medo de não saber e de não dar conta dos cuidados do filho se agiganta cada vez mais, principalmente diante da possibilidade de ficar sozinha com ele o que lhe provoca intensa resistência.

A incapacidade que sente em relação ao seu desempenho enquanto mãe se concretiza nos cuidados ao filho e junto vai se delineando a decepção consigo mesma.

Esse sentimento torna-se mais forte, ao perceber a facilidade com que outras mulheres da família atendem as necessidades de

seu filho. As pessoas envolvidas nesse cenário olham-no e posicionam-se dentro dele de maneira diferenciada. O “ser mãe” tem seus próprios símbolos e particularidades para cada uma das envolvidas na situação. Ou seja, a função materna é algo estabelecido genericamente e os sujeitos envolvidos podem apresentar dificuldades ou facilidades de atuar conforme o modelo socialmente construído e estabelecido.

Diante da incapacidade que sente de cuidar do filho, a mulher conta com o suporte de pessoas da família, que se organizam em torno dela e da criança, acompanhando, apoiando, avaliando e juntas buscam estratégias para resolver os problemas que se apresentam. Os comportamentos apresentados pela mulher até então são tidos como normais e típicos da fase em que ela está cursando, ou seja, uma fase de adaptação aos eventos considerados comuns à época. Nesse tempo, o diagnóstico da depressão ainda não foi feito.

Com o tempo, ela começa a apresentar comportamentos que são estranhos a si e à família, e que se exteriorizam em sua relação com o filho. Esses vão se estendendo e atingindo sua relação com o marido e com outros da família os quais desconhecem a sua forma de agir e não entendem o que com ela acontece e se passa. Esses comportamentos concomitantes aos que têm com o filho vão progressivamente tomando conta da mulher e ela se percebe perdendo-se no meio de sentimentos.

II. PERDENDO - SE NO MEIO DE SENTIMENTOS NA LUTA COM O DESCONHECIDO

PERDENDO-SE NO MEIO DE SENTIMENTOS NA LUTA COM O DESCONHECIDO compreende as subcategorias **CUIDANDO EXCESSIVAMENTE DO FILHO; REJEITANDO O FILHO; PERDENDO O CONTROLE DE SI EM SUA INTERAÇÃO COM O FILHO; PERDENDO O CONTROLE DE SI NA INTERAÇÃO**

COM OUTROS; SENTINDO-SE MUITO SÓ e PERDENDO O CONTROLE DE SI MESMA.

CUIDANDO EXCESSIVAMENTE DO FILHO relaciona-se ao comportamento que a mulher passa a ter nos cuidados com o filho que se caracterizam pelo excesso de zelo. Ela começa a desenvolver alguns cuidados com ele (filho) os quais são percebidos pela família como excessivos e desnecessários.

A subcategoria **CUIDANDO EXCESSIVAMENTE DO FILHO** contém: **Tendo dificuldade de se controlar em relação aos cuidados excessivos que presta ao filho; Percebendo-se consumida pelos cuidados com o filho e Percebendo-se necessitada de se distanciar da rotina extenuante de cuidados do filho.**

Tendo dificuldade de se controlar em relação aos cuidados excessivos que presta ao filho

Na interação com o filho, ela se percebe insegura para cuidá-lo. O aumento dos cuidados a ele torna-se uma maneira de garantir sua integridade física. Ela provê os cuidados da maneira que avalia

como o correto e que a deixará segura em relação ao filho, rejeitando as observações experientes da mãe que a alerta sobre suas atitudes e as repercussões desses no futuro:

Eu tenho uma estória que a pediatra falou assim para mim quando eu vim do hospital e hoje que eu vejo que era coisa de gente doida, mas na época eu não percebi. Ela falou assim para mim: “Olha, a qualidade da água da cidade não é boa, então, no primeiro mês você dê banho nele com água filtrada, ferve a água...” E eu dava banho nele com água mineral! Eu passei um mês dando banho nele com água mineral e a minha mãe falava, que não precisava e eu falava “não, você tá louca?” Eu achava que ela é que era louca, entendeu? Hoje eu sei que a louca era eu, mas na época eu achava normal todos os cuidados que eu tinha com ele, né? (ri muito) (Mulher I): Eram excessivos sabe? Até hoje eu vejo sabe, se você cuidar de uma criança já dá trabalho, imagina se você aumentar o seu trabalho. Eram cuidados excessivos sabe? E eu falava você não pode ter esses cuidados excessivos porque o menino vai ficar com a imunidade baixa entendeu? Vai num lugar ai, não tem água mineral, como é vai fazer então? Então não vai. Como é que vai fazer, não vai dar banho no menino? Sabe tudo dela era excessivo com o menino (Mãe Mulher I). Mas era o medo de acontecer alguma coisa com ele. Como eu achava que eu não tinha capacidade de cuidar, eu redobrava os cuidados para ter certeza de que não ia acontecer nada de ruim com ele (Mulher I).

O excesso de cuidados que ela presta ao filho funciona para ela como garantia de que não está falhando na função a que se propõe. Mesmo que alertada por mulheres da família as quais trazem as suas experiências para a situação, ela não entende e também rejeita as percepções delas a respeito. Esses cuidados se tornam demasiadamente maior quando os filhos nascem com algum

problema de funcionamento orgânico, como por exemplo, o refluxo gastroesofágico:

Eu queria era cuidar, cuidar, cuidar muito! Parecia que tudo que eu fizesse excessivamente era pouco! Eu queria era cuidar nos mínimos detalhes, eu olhava cada coisa, olhava unha, olhava não sei o quê... Tinha que botar o menino 40 minutos em pezinho, eu botava despertador pra mim não perder os 40 minutos! Não podia ser nenhum a menos (Mulher D).

A falta de controle sobre os cuidados excessivos que presta ao filho também é justificada pela sensação de normalidade que tem diante de seu comportamento. Ela não o percebe como exagerado (o seu comportamento), assim como é percebido pela família.

Por outro lado, em algumas situações ela nota que seus cuidados ao filho estão de certo modo exagerados, mas não consegue deixar de executá-los, apesar de ser alertada pela família e com ela concordar:

[...] Às vezes eu achava que eu sufocava ele (o filho) com muitos cuidados e eu sabia que não precisava de tudo aquilo, mas eu não conseguia largar mão de todos esses cuidados; aí todo mundo (da família) falava: 'Ah, prá que isso? Prá quê?' eu sabia que eles estavam certos, mas eu não conseguia (Mulher B).

Na interação com a família, tem seu comportamento com o filho explicitamente rejeitado, principalmente por outras mulheres, em especial as sogras e as mães, que tentam conduzi-la por um caminho de uma maternidade menos intensa, mais suave e prática de lidar, além de a alertarem pelas consequências futuras de seu comportamento na sua própria vida e na do filho.

Os cuidados excessivos que presta ao filho, uma expressão contrária à agressividade, guarda o mesmo princípio de ter que

desempenhar muito bem o papel de mãe, estando implícito aí que a exacerbação das atividades de cuidados afastaria o fantasma de ser uma mãe ruim.

Com o decorrer do tempo vai **percebendo-se consumida pelos cuidados com o filho** e isso se torna maior durante os primeiros meses de vida do bebê, onde vive ininterruptamente em função dele, ou seja, em um modo contínuo de cuidados ao mesmo.

Além do desgaste físico que percebe em si, ela também vê a sua vida, o seu tempo e o seu olhar voltado inteiramente para o filho. Essa percepção se torna mais forte quando ao cuidado se alia a inexperiência com recém-nascidos:

Como eu te falei, meu filho é o primeiro bebê em vinte e oito anos na minha família. Eu nunca tive uma amiga que teve bebê, né... eu sou a primeira da geração das minhas amigas, né? E talvez uma das poucas, porque muitas não vão ter mesmo. Então, eu nunca tive um bebê por perto, eu nunca vi o trabalho que dá, eu nunca vi dá... Eu acho que foi um grande susto também além de tudo, né? O esforço monumental, a quantidade de energia que os bichinhos consomem de você. Eles te comem, assim, energeticamente... uma coisa que é violenta assim...(Mulher E).

Então, assim, aquilo me consumia muito, eu sentia assim: que eu era consumida! tanto no tempo de cuidado com a criança, como no foco. Parecia que o meu foco era só aquilo, sabe? (Mulher D).

A mulher percebe-se sequestrada pelas demandas de cuidados que o bebê requer e nesse ritmo, os dias se passam com ela empurrando o atendimento de suas próprias necessidades para um momento posterior ao atendimento do filho:

E aí, o tempo todo trocando fraldas, o tempo todo mexendo com a criança, aí ficava meio assim: quando eu vou poder cuidar de mim? Quando eu vou poder dormir?(Mulher C)

Entretanto, o ritmo de vida que o bebê lhe dita não é aceito passivamente. Ela se vê lutando continuamente, querendo sua vida de volta e nesse querer, aproveita momentos para da rotina do filho se afastar, distanciando-se através das oportunidades que percebe e dentro das possibilidades que tem de fazê-lo. Dentre elas as saídas rápidas do domicílio durante o período de licença maternidade, onde conta com o apoio de familiares nos cuidados da criança.

Diante da necessidade que sente de se afastar da rotina ligada ao filho, o retorno ao trabalho depois de findado a licença maternidade e até mesmo durante, por necessidade financeira, é bem vindo. Quando retorna ao trabalho remunerado após o término da licença maternidade, o faz com a depressão ainda em curso, embora na forma amenizada, de maneira espontânea:

Ai acabou a licença maternidade, eu tive que começar a trabalhar de novo, aí.... e a depressão foi me acompanhando.... foi indo... foi indo... foi indo..., aí, eu fiquei 6 meses de licença maternidade e a X mamou até 10 meses [...] só que assim, a questão da tristeza, deu uma diminuída depois que a X já estava com uns 10 meses, quase 1 ano, acabou um pouco sabe? (Mulher C)

Se o retorno ao trabalho significa o distanciamento do que lhe provoca mal estar, a volta ao ambiente doméstico e às atividades maternas ao final do dia sinaliza a reimersão em uma realidade que rejeita:

[...] Eu ficava bem melhor no trabalho do que em casa e quando eu chegava em casa, voltava tudo, tudo. Não precisava nem

já estar em casa, era só imaginar que dali a pouco eu já ia e começava a taquicardia... (Mulher B)

A rotina de cuidados com o filho vai tomando o formato cada vez mais, de uma função penosa, e extremamente cansativa, e isso se torna pior quando alguns problemas de saúde começam a se manifestar no bebê, como problemas respiratórios (bronquite) e refluxo gastroesofágico fazendo-a se sentir extremamente exigida e cansada.

Assim a mulher acaba **percebendo-se necessitada de se distanciar da rotina extenuante de cuidados do filho**, de poder se ver livre das preocupações com o filho e da tensão diária nos cuidados com ele, de simplesmente dormir e descansar sem que ninguém a criticasse, de ter um momento em que não se lembrasse de que tinha um filho.

Um tempo para ficar sozinha, passa a ser seu maior desejo, apesar de vez por outra esse seja tingido pelo sentimento de culpa por assim se perceber, principalmente quando compara seu comportamento com o filho ao de outras mulheres a quem toma por referência de maternidade e quando é cobrada pelos familiares em relação à dedicação ao mesmo.

As famílias por meio das mulheres tentam dar continuidade ao seu modo de cuidar das crianças, apresentando comportamentos que ora suavizam a maternidade e ora a tornam pesada para a mulher.

Esse comportamento a faz ficar sempre em estado de alerta perante o filho e também diante da vigilância das outras mulheres da família. A maneira como a família lida com a maternidade nem sempre é aceita por ela que às vezes anseia por se desligar das demandas do filho e do controle das mulheres e se rebela ironizando a maneira como querem que ela cuide do filho:

Eu tinha vontade de ter que passar uns dias no hospital (internada sozinha) só para sair daquela rotina excruciante de preocupar o tempo todo, de ter que ficar atenta o tempo todo, de conseguir dormir sem ninguém me criticar por isso (mulheres da família). De conseguir descansar sem ninguém falar: “não, você não pode ficar ai deitada, olha a criança tá ali”... Eu queria ter um tempo assim, só para descansar um tempo em que ninguém me criticasse por eu estar parada, nem eu me sentir culpada por estar parada... (Mulher G).

[...] Ah, eu sentia que eu devia é... Acho que curtir cada momento que eu estivesse com ele e não esperar que esse menino dormisse (risos) entendeu? Eu, como dizem, devia tá curtindo meu filho “achando lindo e maravilhoso! Deus me deu uma dádiva na vida!” (ironizando) E eu: ‘dorme criatura!’ (risos). [...] Então, assim, chegava uma hora que você fala ‘pelo amor de Deus onde desliga essa criança, eu preciso de paz nessa casa’ (Mulher E).

Ela tem seu comportamento com o filho controlado pela família, ou seja, seu comportamento é rejeitado quando ela se excede nos cuidados, quando não quer cuidá-lo ou quando quer ter um tempo para si mesmo.

A família, em especial as mulheres tem sua forma estabelecida de cuidados e relação mãe-filho e tenta fazer com que a mulher a ele se encaixe. Nem sempre o símbolo que a família tem de maternidade é o mesmo que ela tem e quer significar para si, então, os símbolos emanados pela família em relação à maternidade não são significantes, pois ela não os reconhece.

REJEITANDO O FILHO

A subcategoria **REJEITANDO O FILHO** diz respeito aos comportamentos em que a mulher se recusa a cuidar do filho,

percebidos pela família e por ela e nos comportamentos em que apesar de cuidá-lo percebe-se rejeitando-o, mas silencia esse sentimento que passa despercebido.

A subcategoria **REJEITANDO O FILHO** contém: **Recusando-se a cuidar do filho e Percebendo-se rejeitar o filho.**

Recusando-se a cuidar do filho

A recusa dos cuidados ao filho presente nas atitudes da mulher se revela logo do retorno da maternidade, mas também em outros momentos posteriores. O comportamento é percebido pelos familiares quando ela busca maneiras concretas para não cuidar do filho por meio do retorno precoce ao trabalho formal remunerado, dispensando a licença maternidade e, na negativa explícita de atender as necessidades dele. Nessas situações, conta com membros da família para assumir os cuidados da criança.

O comportamento explícito de não querer cuidar do filho, provoca nas pessoas de seu entorno a necessidade de atender as demandas da criança, principalmente no período noturno, quando esta chora. Isso é feito com frequência pelo homem que também tenta junto ao bebê se acomodar e também poder dormir:

[...] às vezes, a criança chorava um tempão à noite e eu falava: ah, criança não tem fome à noite não, não vou levantar para pegar, daqui a pouco passa! Ai, quando eu via, ele estava com ela nos braços, acalentando. Um dia, eu levei um susto, porque eu acordei e ele estava sentado no sofá, dormindo com as pernas cruzadas e a nenê no meio das pernas... Ai no dia seguinte eu perguntei: porque você tava com ela no colo? Ai ele disse; “ah, a criança chorou a noite toda!” e eu dormindo (rindo) (Mulher A). É que eu gostava de colocar ela assim ó (mostra, cruzando as pernas e gesticulando com a mão)... Porque qualquer coisa que ela mexesse, eu sentia e acordava (Homem A).

A recusa em cuidar do filho não escapa ao olhar atento da família, principalmente das mulheres. Esse olhar, ora compreende quando percebe a falta de condição física materna de cuidá-los e ora recrimina quando junto ao não querer cuidar, a mulher tem atitudes grosseiras com a criança.

A família então, atenta ao que acontece na interação mãe – filho tenta proteger a criança dos comportamentos maternos considerados inadequados e também supri-la de cuidados que não recebe da mãe.

Quando ela expressa publicamente o desejo de se libertar e distanciar do filho, ela é chamada, ou seja, trazida para a realidade de que agora tem um filho, e isso é feito por todos os membros da família, que a reconduzem para a situação, tolhendo qualquer possibilidade de dela, se afastar:

[...] Ela arrumava a mala dela e ia até na estrada aí ficava lá na estrada olhava pra cá olhava pra lá aí meus irmãos iam lá buscavam e vinham com ela. Ela xingava brava! Queria porque queria ir embora até que ela ficava quieta (Irmã da mulher F).

[...] eu tive muita vontade de sumir, sabe? “Eu vou largar tudo e vou-me embora, para lugar nenhum, para nada sabe? Eu só vou sair andando pelo mundo... onde eu parar eu parei!” (Mulher C). Ela falava isso, mas eu falava prá ela: não tem que sumir não. Tem que aguentar o tranco, ficar firme! É assim mesmo! Mãe é assim mesmo! Eu falava assim prá ela. Eu sei que é assim mesmo, dá vontade de sumir. Muitos problemas dá vontade de sumir mesmo, mas tem que ficar e aguentar o tranco! (Sogra C)

As mulheres mais velhas da família tentam convencê-la sobre a necessidade de ela ficar com o filho, assumindo as responsabilidades inerentes ao seu papel de mãe. Elas, por meio de suas experiências, se colocam na perspectiva da mulher,

reconhecendo e validando os problemas e dificuldades que ela expressa.

O exercício da maternidade para essas mulheres é entendido como uma tarefa que não é fácil, e por assim ser, o desejo de sair da situação e abandoná-la é compreensível. Porém, há que se manter firme em sua execução, pois a situação é irreversível; a criança é real; a mulher se tornou mãe e há, portanto, uma responsabilidade maior que deve ser cumprida com firmeza e resignação, mesmo diante dos problemas que surgem no percurso. Em algumas situações, mesmo quando ela assume os cuidados diários com o filho, se percebe rejeitando-o em seu pensamento.

Percebendo-se rejeitar o filho

Quando a rejeição acontece logo a seguir ao parto, está intimamente ligada à perda de liberdade experimentada com a chegada do filho, sendo esse sentimento de certa maneira secretamente guardado em si.

A mulher se vê expressando para si mesma o desejo de não ter tido filhos e pensando sobre possibilidades de como seria sua vida se ele não existisse. Ela deseja intensamente que o processo de nascimento do filho retroceda para o tempo de gravidez, ou seja, ela anseia colocá-lo novamente dentro de seu útero.

O sentimento de rejeição não chega a culminar com o abandono do filho; ela pensa na possibilidade, mas não chega a executar a ação pensada, mas nem por isso deixa de se recriminar pelos pensamentos que tem. Entretanto, ela se pega pensando de maneira compreensiva em outras mulheres que abandonaram seus filhos e que tiveram seus casos expostos na mídia:

[...] Sabe, passavam pensamentos terríveis na minha cabeça em relação às crianças (enche os olhos de lágrimas e para de falar) Do tipo... Olha, teve uma vez que eu pensei e falei: agora que eu entendo porque tem mãe que joga filho no lixo! Sabe? (Mulher C).

A rejeição ao filho além de ser algo que guarda em si e para si apresenta-se camuflada pelo exercício do papel materno relacionado aos cuidados com ele, o qual desempenha com perfeição na visão do homem, a ponto de não ser percebida por ele como estando a rejeitar o filho.

Dentre os motivos expostos pelo homem da não percepção da rejeição ao filho, está o envolvimento exemplar dela como mãe prestativa e zelosa nos cuidados do mesmo. Esses comportamentos são tentativas de corresponder ao modelo construído de boa mãe, sendo esse validado pelo companheiro que também, junto a ela, são sequestrados pelo modelo de maternidade que acreditam ser o correto.

Nesta situação, o homem qualifica a relação afetiva mãe-filho como uma relação de aceitação, através da observação do envolvimento nos cuidados que ela presta e conseqüentemente não consegue identificar alguns comportamentos como sinais indicativos de rejeição. Até mesmo quando ela verbaliza, ele se nega a aceitar o fato:

Agora uma coisa que eu discutia com ela é essa questão da rejeição... Porque eu nunca entendi isso como rejeição. Ela sempre foi uma mãe cuidadosa, até demais às vezes... Eu até brigava com ela... Não, não é assim... Tem que deixar... Então, eu nunca enxerguei isso como rejeição. Ela sempre falava, chorando “é rejeição, sim...”. O carinho que ela sempre teve com a criança, o cuidado que até hoje tem... Eu nunca vi, em nenhum momento, eu não percebia isso como rejeição. Ah, eu entendia como coisa dela mesmo, alguma coisa que ela estava com medo de não estar fazendo... Ela sempre fez tudo por ele. Ela sempre foi muito cuidadosa, não só com ele, mas com as coisas dele (Homem E).

A relação afetiva mãe-filho está ligada à maneira como ela se dedica ao mesmo, ou seja, quanto maior é o cuidado com ele, mais

ela é atrelada a figura de mãe cuidadosa, zelosa e dedicada, ficando, portanto, aos olhos do marido distante da mãe que rejeita o filho, fato que ele não acredita apesar de ser por ela comentado.

A subcategoria **PERDENDO O CONTROLE DE SI EM SUA INTERAÇÃO COM O FILHO** refere-se ao comportamento de agressividade que a mulher começa a apresentar com o filho, ao medo que sente de não conseguir conter esses comportamentos, à sua luta e de familiares para manter o controle sobre essas reações bem como a proteção da criança.

A subcategoria **PERDENDO O CONTROLE DE SI EM SUA INTERAÇÃO COM O FILHO** contém: **Agredindo física e psiquicamente o filho** e **Buscando maneiras para não ficar só com o filho**.

Agredindo física e psiquicamente o filho

A agressão ao filho toma contornos físicos, psíquicos e independe da idade dele. A mulher se vê perdendo o controle de si nos cuidados do filho, incluindo cuidados relativos a alguns problemas de saúde dele e onde se vê sobrecarregada com o acréscimo de mais uma tarefa em sua rotina diária.

A agressão também se pronuncia quando não consegue que o filho entenda e atenda suas solicitações à medida que ele vai crescendo. É praticada longe dos olhos de outras pessoas onde provavelmente se sente sem controle da vigilância de outros e onde, para elas, a agressividade parece ser permitida. Muitas se sentem após o ato, invadidas pelo arrependimento e pelo medo de que tudo venha a se repetir novamente:

Eu brigava com ele prá tomar o remédio, ai eu enfiava o remédio de uma vez na boca dele, fazia essas coisas estúpidas, brutas, grosseiras, coisa de gente ignorante. Eu ficava com medo disso. Parecia que quando eu estava sozinha com ele, tudo era

permitido e eu ficava com aquilo na cabeça e falava, mas como? Como eu vou fazer essas coisas escondido dos outros, os outros não veem eu bater no nenê. Eu ficava preocupada com isso (Mulher G).

Sozinha com o filho, ela se permite agredi-lo, mas passado o episódio é capaz de julgar seu ato e a si mesma na sua interação com ele. Recrimina-se, rejeita-se, se assusta e tem medo de seus comportamentos com o filho, principalmente pela extensão dos mesmos em termos de agressividade e pelo fato de praticá-los escondido de terceiros.

Ao se esconder para agredir o filho tem consciência do errado. Ela sabe que está na contramão do que dela se espera como mãe e teme ser apontada como uma mãe má. Suas ações na sua interação com o filho, em sua percepção são incorretas e perigosas, pois se percebe extravazando toda a agressividade controlada em público quando fica sozinha com o filho.

Entretanto, ao se perceber agressiva com ele, e com dificuldades de se autocontrolar, se vê **buscando maneiras para não ficar só com o filho**, na intenção de protegê-lo de si, de suas reações.

Dentre as estratégias estão as de manter o marido mais tempo dentro de casa consigo quando este é trabalhador do mercado informal exigindo o seu retorno ao trabalho em um momento em que se julga em melhores condições; a de distanciar-se fisicamente do filho quando se percebe na eminência de agredi-lo e a busca por contato com pessoas de seu entorno, próximas à sua residência, na esperança de que através desses contatos, se livre de pensamentos e atitudes ruins para com o filho:

[...] eu falei assim meu Deus do céu, eu vou ficar aqui sozinha e esse menino vai me irritar e qual vai ser minha reação? Daí então

eu tentava ficar do lado de fora (de casa), pois se passasse alguém, tinha com quem conversar; essas coisas [...] (Mulher G).

Ao conversar consigo mesmo, procura meios possíveis e dos quais pode lançar mão para proteger o filho de si, tendo períodos em que consegue se controlar e outros em que perde o controle. A agressividade guarda uma relação estreita com o desequilíbrio que este com seu comportamento e necessidades de cuidados provoca em si “esse menino vai me irritar” e por consequência o pensamento de dominar o que a desestabiliza. Quando não consegue manter o controle de sua agressividade se vê arrependida logo a seguir ao ato que praticou.

A agressividade à criança é percebida por familiares que tentam protegê-la da atitude materna e isso em grande parte é feito pelas mulheres mais velhas que tentam entender os motivos que a leva a ter tal comportamento, e ao mesmo tempo proporcionam condições para que ela se distancie do filho e retorne em um período posterior em melhores condições para lidar com ele:

Uai, eu só podia pegar o menino prá ajudar, prá cuidar. Tirava o menino de perto dela e ficava com ele, prá ver ela podia dormir, prá ver se ela se acalmava, entendeu? O que eu podia fazer por ela, eu fazia. Isso, prá ver se ela descansando ela se acalmava! Porque ela não queria pegar a criança! Ela queria só judiar com força, aí eu achava que aquilo não estava certo né? (Sogra C). A criança não podia chorar que eu perdia a paciência. Era uma coisa que mexia comigo, com meu estado né? Eu não podia ver chorar, reclamar, nada... (Mulher C)

A agressividade também se direciona a outras pessoas de sua convivência familiar como os maridos e outros filhos, bem como com outras pessoas fora de sua família, o que a faz se perceber pendendo o controle de si com os outros.

PERDENDO O CONTROLE DE SI NA INTERAÇÃO COM OUTROS

Refere-se às dificuldades relacionais da mulher com o marido, e demais familiares e o medo da mulher de repetir tais comportamentos com o filho.

A subcategoria **PERDENDO O CONTROLE DE SI NA INTERAÇÃO COM OUTROS** contém: **Tendo medo de perder o controle de si nos cuidados com o filho; Tornando-se agressiva com outros filhos e Tornando-se agressiva com o marido.**

A mulher percebe que sua agressividade cresce em si a cada dia e isso faz com que ela se sinta cada vez mais com medo de não conseguir contê-la, especialmente em seu contato com o filho. Ela se vê **tendo medo de perder o controle de si nos cuidados com o filho**, do mesmo modo como o perde com outras pessoas.

A agressividade que de certa maneira toma conta dela, e a sensação de ter “um outro” dentro de si a faz se perceber com algo muito intenso e monstruoso. Algo que começa a se manifestar cada vez mais forte em suas relações. Alguma coisa que lhe provoca medos, principalmente diante da possibilidade de que isso se manifeste nos cuidados com o filho a faz temer o fato de sozinha com ele ficar. Esse comportamento lhe causa medo, pois percebe que acontece de maneira repentina com outros e não consegue controlá-lo:

[...] Porque eu tinha medo que o monstro meu interno fizesse algum mal. Eu nunca tive... Eu nunca fiz nenhum mal pra ele (filho), eu nunca abandonei, nunca deixei de cuidar, nunca nada. Mas, eu tinha medo de ser acometida, sabe essa consciência, da impostora ali, que isso viesse me pegar de surpresa assim, entendeu? De perder o controle disso, entendeu? Eu nunca perdi o controle, pelo menos estando com ele. Eu perdi o controle da minha educação com os outros, da minha irritação com os outros, da minha agressividade com os outros. Mas, do mesmo jeito que isso

acontecida, às vezes, eu tinha a sensação que era à revelia né? Eu tinha medo que isso acontecesse no cuidado com ele (chorando muito) (Mulher E).

A mulher olha para si, na sua interação com o filho e seu olhar lhe aponta como uma mãe cuidadosa; mas quando olha para si na interação com outras pessoas se percebe como uma mulher sem cuidados, agressiva, irritada. Ela avalia suas ações nessas interações e tem medo de repetir o mesmo comportamento que tem com outras pessoas com o filho, ou seja, de perder o autocontrole como perde com os outros.

O medo de não conseguir na interação com o filho, controlar o que se manifesta em si no contato com outros, provoca grandes sofrimentos, pois ela se vê ameaçada por outra em si, mas que não reconhece como parte de si (a impostora) e que a qualquer momento poderá se manifestar em sua interação com o filho.

Seu comportamento agressivo é percebido pela família que sofre ao vê-la tentando agredir fisicamente outras pessoas de sua convivência e também se percebe com dificuldades para a contenção desses eventos praticados pela mulher:

[...] nervosa que ela ficava prá cima de minha mãe né, dos meus irmãos aí nós sofríamos de ver ela assim e aí nós não queríamos mais que ela ficasse daquele jeito né que ela ficava! (Irmã Mulher F)

O homem se vê as voltas com as agressões verbais da mulher a ele praticadas, sendo essas também direcionadas as pessoas externas ao círculo familiar, diante de acontecimentos considerados como sem importância por ele e pela família.

Tanto em sua forma física como na verbal, o comportamento agressivo da mulher causa desconfortos e sofrimentos para a família e principalmente para o homem que além de ser alvo, não

reconhece o que ali se apresenta como parte da personalidade da mulher, que, aos olhos dele se transforma em outra pessoa a quem não reconhece.

Tornando-se agressiva com outros filhos

A agressividade se estende a outros filhos, ou seja, seu comportamento atinge outros membros da família. Porém, em alguns momentos, seu autocontrole relacionado ao desfecho drástico torna-se incompreensível para ela mesmo:

[...] Teve um dia mesmo que ela (filha mais velha) estava que... Eu falava com ela e parecia que ela não estava ouvindo. Ai, de tardezinha era tipo umas 5 horas, ai, eu falava com ela e ela não me ouvia. Ai, ela começou a chorar, eu falava com ela e ela não me ouvia. Ai sabe aquele nervoso assim, de repente? Ai me deu um negócio assim, a sensação que eu tinha é que eu ia pegar ela (filha mais velha) e jogar lá de cima (mora em um sobrado de três pavimentos). Eu estava com a menor (filha) no colo. A força foi tão grande de eu querer jogar ela (filha mais velha) lá de cima que até hoje eu não entendi porque não joguei (chora muito) (Mulher J).

Há situações em que ela expõe a agressividade como um pedido de socorro que anseia, mas que demora a chegar, apesar dos vários sinais emitidos. Na convivência com sua família, suas atitudes já estão interpretadas por modelos pré-definidos, os quais não deixam espaço para que ela seja vista em sua subjetividade. Desse modo, ela decide provocar a ajuda de maneira a tornar público a sua agressividade numa tentativa de obrigar a família a se preocupar e se comprometer consigo:

[...] Porque eu acho assim, que quando a pessoa se importa com outra, ela procura saber, procura ajudar, leva a pessoa a buscar ajuda, mais ou menos assim. E isso só aconteceu depois que eu

quis jogar a menina (filha maior) lá de cima. Eu cheguei a gritar né? Eles ainda ficaram meio assim comigo né? E depois eu falei: “que vocês estão pensando? Para eu jogar um daqui não custa nada”, de tão estressada e nervosa que eu estava (Mulher J).

A mulher manipula a situação para atingir o objetivo de chamar a atenção para si, para o que ocorre consigo e não consegue se fazer entender. Essa ação praticada foi significativa para os familiares que resolvem ter mais atenção às suas necessidades.

Tornando-se agressiva com o marido

Nesse ambiente embebido de agressividade, o homem também se torna alvo, principalmente das agressões verbais e se vê querendo (o marido) fugir do comportamento da mulher.

Dentre as estratégias está o distanciamento das situações como as saídas curtas do ambiente familiar e o desejo de ir embora de casa, sendo este último frequentemente presente no homem nos momentos de discussões. Ele se sente sufocado e com dificuldades de lidar com o comportamento da mulher, além de perceber a sua casa como um ambiente desacolhedor e impróprio para o descanso devido, após um dia exaustivo de trabalho.

O homem, ao se ver rechaçado pelo comportamento da companheira, começa a alimentar a ideia de abandonar a família e conseqüentemente passa a avaliar as possibilidades que tem e as conseqüências futuras.

Todavia, sua decisão em ficar é reconsiderada principalmente ao pensar nas responsabilidades da paternidade, ao pensar no futuro da mulher que sozinha criará o filho, no amor que já nutre pelo filho e também ao fato de perceber que ainda sente amor pela mulher. Oscilando entre querer ir embora e não poder ir embora, o homem também vislumbra a possibilidade de que os momentos de

dificuldades no relacionamento conjugal que estão experimentando um dia terão fim.

Além do desejo de ir embora de casa, ele frequentemente se refugia em si mesmo diante dos comportamentos agressivos. Essa decisão é tomada para não aumentar os desentendimentos e preservar a relação conjugal. Assim ele passa a ouvir as agressões sem rebatê-las, mesmo que isso lhe custe muito emocionalmente:

[...] até então, eu não sabia o que era isso... Mas, eu evitava conversar justamente pra não gerar conflito, entendeu? Então, eu segurava as coisas quieto... Escutava as palavras duras, né? Mas, eu não fui para o embate com ela (Homem E).

Os desentendimentos do casal se estendem à maneira com que a mulher se cobra e se dedica aos cuidados do filho, maneira essa observada e combatida pelo homem. Ele observa que ela tem comportamentos de cuidados excessivos ao filho e esses cuidados, considerados anormais por ele, estão relacionados a excessos na proteção higiênica do filho e na exagerada preocupação com o estado de saúde do mesmo. Esses comportamentos são para o homem que os observa, denotativos de anormalidade e lhes provoca grandes desconfortos e intolerância, principalmente pela repetição do evento, dia após dia:

Eu me sentia sufocado! Às vezes eu penso que aquilo passou, mas penso também que eu não suportaria ouvir e ver tudo aquilo de novo... Eu peguei trauma com aquilo né? Aquilo estava me sufocando. Hoje se eu ver, eu saio de perto. Eu não consigo ver aquilo! ...Aquela obsessividade! Um exemplo assim: “ai eu acho que ele está doente, você não acha? Você acha que ele melhorou? Filho, você está melhor? Ai meu Deus, e agora? Vamos ter que levar ao médico?” Aquele desespero sabe? Se não está bem, vamos ver o

que é, mas essa coisa repetitiva, eu não consigo mais aguentar!
(Homem B).

Ao exercitar os cuidados ao filho, a mulher envolve o homem nessa tarefa e este se sente sufocado por ter que exercitá-los. Ele observa os comportamentos apresentados por ela e os classifica como de obsessão. Sente-se incomodado por lutar e não conseguir sair desse movimento que se repete várias vezes e que o deixa em seu limite de tolerância, gerando grandes desconfortos e desentendimentos conjugais.

Se por um lado o homem na interação com a mulher se percebe extremamente incomodado com o comportamento dela, ela, por sua vez igualmente se percebe cuidando excessivamente do filho e ao mesmo tempo, tendo muita dificuldade de se controlar em relação a esse comportamento.

A subcategoria **SENTINDO-SE MUITO SÓ** refere-se ao sentimento de solidão que a mulher experimenta decorrentes da dificuldade de se fazer entender pela família e da percepção de que a família não valoriza o que sente.

A subcategoria **SENTINDO-SE MUITO SÓ** contém: **Sentindo-se só porque não conseguia se fazer entender pela família e Sentindo solidão pela ausência da família.**

Sentindo-se só porque não conseguia se fazer entender pela família

Na interação com a família a mulher sente-se muito só e essa solidão relaciona-se a ausência de entendimento da família sobre o que acontece consigo. Desse modo, independentemente do número de pessoas que tem no seu entorno e que a auxilia na lida com o filho aliviando de si as demandas com o mesmo, ela se sente sozinha:

[...] na verdade eu me sentia só porque realmente ninguém era capaz de me entender. Não importava quantas pessoas estivesse ali. É como eu falo todo mundo tentava me ajudar, nos cuidados com a criança, tava todo mundo sempre perto, mas eu me sentia sozinha o tempo todo, isso eu me lembro! [...] Eu acho que é essa coisa mesmo de ninguém poder entender o que está acontecendo com você. Eu acho que a coisa do se sentir só, naquele momento para mim era isso, de, por mais que as pessoas tivessem ali, ninguém conseguia me entender e ninguém conseguia me ajudar de fato. Entendeu? Não importa quantas pessoas estivessem lá, naquele momento ninguém conseguia me ajudar, eu acho que minha solidão era por isso. [...] eu acho que até pela falta de conhecimento do que estava acontecendo comigo, que nem eu sabia o que era, né? Na verdade, era esse sentimento, é... As pessoas, por mais que elas estivessem presentes, tentando me ajudar, nada fazia diferença! Então eu acho que eu me sentia só por isso (Mulher I).

A mulher relaciona a falta de entendimento da família sobre o que acontece consigo, ao fato de não conseguir verbalizar o que está acontecendo. Luta com sua própria falta de habilidade e desconhecimento para descrever em palavras o que percebe de si e em si mesmo para os outros que a rodeia.

Apesar de saber-se em desacordo com o que esperaram dela enquanto mãe, não sabe se explicar. Na interação com a família, esta percebe que a mulher não apresenta a alegria esperada e comum a muitas com a chegada do primeiro filho:

[...] Ai... Sei lá, ela parece que não curtia a criança sabe assim, com alegria! Sabe aquela coisa que a gente tem né, com o primeiro filho? (Mãe da mulher I).

Porém, a solidão que experimenta na interação com seus familiares é atribuída também à percepção de que eles desvalorizam o que ela sente:

Eu me sentia muito sozinha... Sozinha demais! E por mais que tivesse gente na minha casa, aqueles problemas, aquelas coisas que eu sentia ninguém dava valor; então, era eu e eu. Era uma solidão pela falta de valorização sobre o que eu estava sentindo (Mulher G).

Não é somente o comportamento da família consigo que as fazem se sentir sozinhas, mas também a ausência delas na maior parte do tempo que necessitam.

Sentindo solidão pela ausência da família

A ausência física das famílias tanto a de origem quanto a do marido imprime-lhe uma caminhada pesada no dia a dia de rotina de cuidados com seu filho:

[...] Eu passava dias arrastando chinelo naquela casa, sozinha porque não tinha mãe, não tinha pai, não tinha cunhada, essa família gigante que você viu, ninguém. Meu marido trabalhando, e eu arrastando chinelo pela casa (Mulher E).

A mulher então se vê tendo que organizar a sua vida com seu filho de modo a não contar com a presença da família. Essa decisão vem acompanhada de muito sofrimento, sendo esse reforçado quando do retorno do marido ao trabalho remunerado depois de findado o período de licença paternidade.

As atitudes das pessoas, relacionadas ao desempenho de ser mãe impõe o sentimento de solidão, ou seja, ela é a principal responsável pelo andamento das coisas em relação ao filho e desse modo deve sozinha desempenhar sua função.

Esse comportamento também se apresenta na dependência do modo como funcionam as famílias e a disponibilidade de seus membros no envolvimento das questões relacionadas ao atendimento das necessidades que vão surgindo ao longo da vida.

Além de se perceber sozinha em relação à família de origem e a família do marido, se sente sozinha também pelas frequentes ausências deste (marido) no ambiente doméstico.

Logo nos primeiros dias de pós-parto a ausência física do homem no ambiente doméstico além de provocar o sentimento de solidão, provoca-lhe a sensação de abandono. Quando chega a sua casa, ela percebe que o homem/companheiro prossegue com sua vida normal, com suas atividades laborais e recreativas aos finais de semana fora do domicílio, deixando-a sozinha, ou até mesmo excluindo-a dos compromissos extra trabalho. Isso acontece mesmo após sinalização de sua necessidade de tê-lo junto a si, situação esta que ele percebe como normal e corriqueiro para o período pós-parto.

Para a mulher, não é o ficar em casa que lhe causa mal estar, mas sim, ser preterida pelo marido em favor de outras necessidades dele, o que nem sempre é entendido por ele, que se propõe a deixá-la em casa de outras pessoas da família quando estiver fora para atividades recreativas, atitude essa firmemente rejeitada por ela que se sente tratada como um objeto a ser transportado.

Quando a ausência frequente do marido do ambiente doméstico persiste, além de provocar nela a sensação de solidão e abandono também lhe traz a percepção de que a família que se propuseram a formar já está nascendo de maneira inadequada, ou seja, separada. O homem, logo após o nascimento do filho fica descolado e sem função de pai e companheiro, pois até então o significado de pai não existia para ele.

Ao ver o marido continuando com sua vida anterior ao nascimento do filho, se vê a si e ao filho, excluídos da vida desse, ao mesmo tempo em que se sente abandonada por ele em relação ao

desenvolvimento dos cuidados ao filho, onde, dia após dia, passa a desenvolvê-los solitariamente:

[...] ele na época ia prá lá pra casa dos amigos, ia para o bar, e eu aqui. Finais de semana ele passava o dia na chácara dos outros e eu ficava aqui. Se eu precisasse de alguma coisa ou mesmo conversar, não tinha. Parecia que estava apartada a família, não existia a família (Mulher G). Quando eu saía dois minutos para ir ali ela já falava (Homem G). Os seus dois minutos eram duas horas (Mulher G).

A mulher se percebe abandonada pelo marido o qual tem dificuldade de atender as necessidades de conformação de uma família tal como ela deseja. Ou seja, uma família onde todos estão juntos se apoiando e cooperando mutuamente.

Independente dos motivos, o afastamento do homem do ambiente doméstico, pode se tornar também estressante para ela quando existe outro filho que depende de seus cuidados.

Ao ficar sozinha com os filhos (o recém-nascido e outro filho), a mulher se estressa por não dar conta de cuidá-los adequadamente ao mesmo tempo a depender da idade, necessidades e nível de compreensão do filho maior que demanda uma atenção completamente diferente da que ela dedica ao recém-nascido. Nessa situação, em meio à solidão e ansiedade de ter que dar conta de atendê-los conjuntamente, se esforça para manter o controle:

[...] ele (o marido) dava aula à noite e eu ficava sozinha com as duas crianças, uma de um ano e cinco meses e o outro de um mês, ainda bebê. Tinha dia que eu sentava no sofá e ficava assim: cruzava a perna, ficava brincando de cavalinho com o mais velho e o outro mamando no peito. Ai eu comprei um pacote de balão, eu soprava o balão e soltava o balão e o outro corria atrás do balão, era assim que eu conseguia controlar os dois porque eu ficava assim que eu não sabia o que fazer, isso foi me deixando estressada,

estressada, estressada, porque não dava conta com os dois bebês sozinha à noite e ele dando aula à noite, dando aula, e uma coisa assim que eu percebi que eu já até te falei, que eu acho que ele arrumou esse monte de aula, pra se afastar, não estou falando como culpa não, porque ele não dava conta de suportar isso (o seu choro constante) e eu fiquei assim sozinha (Mulher H).

A constatação de que está sozinha e se vê sobrecarregada, cansada nos cuidados dos filhos, se faz presente em seu relato. Ao mesmo tempo ela aponta a situação de desvantagem em que se encontra em relação ao marido que se exime dos cuidados aos filhos (e dela também). Ela pondera sobre os comportamentos dele, enfatizando ora a dificuldade que ele tem de suportar as manifestações que ela exhibe (como por exemplo, o choro) e ora justifica o comportamento do companheiro destacando sua imaturidade e inexperiência na época.

Ao se perceber sozinha em relação às pessoas da família relacionada à sua ausência física e a dificuldades de se fazer entender, ela se percebe perdendo o controle de si mesmo.

PERDENDO O CONTROLE DE SI MESMA

A subcategoria **PERDENDO O CONTROLE DE SI MESMA** refere-se às percepções da mulher de si mesma onde se observa em constante e progressivo afundamento e desconexão (consigo mesma) bem como a sensação de estar aprisionada e encurralada pela depressão.

A subcategoria **PERDENDO O CONTROLE DE SI MESMA** contém: **Percebendo que não queria cuidar de si mesma; Desligando-se de si mesma e do ambiente em que vive; Sentindo-se aprisionada pela depressão; Sentindo vontade de por fim ao sofrimento em que vive; Chorando várias vezes ao dia e Percebendo-se com comportamentos diferentes.**

Percebendo que não queria cuidar de si mesma

Percebendo que não queria cuidar de si própria e de sua aparência, revela o abandono da mulher dos cuidados com a estética corporal que mantinha anteriormente, da rotina de cuidados higiênicos com seu corpo e também daqueles relativos à nutrição adequada do mesmo.

Ela se vê recusando a alimentação diária e também se alimentando compulsivamente, o que se conforma na única forma de prazer desfrutada no período. Tanto a subalimentação quanto a alimentação exagerada lhe acarreta problemas em demasia, causando-lhes tanto o emagrecimento progressivo quanto o exagerado ganho de peso, sendo estes dois extremos, difíceis de lidar. Ao mesmo tempo em que rejeita a forma física que em si se delineia, não consegue controlá-la e retomar aos padrões anteriores.

A aparência física afetada pela depressão incomoda a mulher e é mais rejeitada por ela do que as mudanças no corpo decorrentes da gravidez e pós-parto:

E por causa da depressão eu fiquei muito magra, perdi muito cabelo. [...] Mas assim, é... Essa mudança no corpo eu não senti tanto a mudança depois da gravidez, eu senti como um reflexo da depressão mesmo, de eu ficar muito magra, de meu cabelo cair, entendeu? Eu acho que a DPP afetou mais minha aparência física do que a gravidez em si e o pós-parto (Mulher I)

A mulher percebe mudanças em seu corpo físico que extrapolam o processo de involução puerperal; mudanças essas que fogem ao seu controle e intervenção, pois se relacionam às manifestações da DPP, da qual ainda não reconhece e não tem controle.

Não somente as mudanças físicas decorrentes da DPP a incomodam e são percebidas. A sensação de que está entrando em um estado de prostração e apatia e que está de certo modo

desligando-se de si mesma e do ambiente em que vive se faz presente. Nesse processo, ela se sente desanimada e sem vontades, sendo o desânimo relacionado à execução de qualquer atividade, inclusive os cuidados com o filho.

A sensação de que o corpo não obedece aos seus comandos traduzidos na vontade de permanecer deitada são destacados além de se sentir com “esvaziamento mental”, e a sensação de que está se desligando de si mesma e do ambiente em que vive.

A percepção de que está desconectada de si mesma durante alguns momentos da depressão, refere-se ao fato de ter momentos em que não consegue interagir com ninguém, nem mesmo consigo:

[...] até que eu acho que assim que o cérebro estava tentando desligar porque não aguentava mais aquele sofrimento né? (Mulher H)

Ela não está sozinha na percepção sobre si mesma; o homem também observa a apatia dela; mas essa percepção é tida mediante a observação que ele faz da interação dela com o filho, onde constata pouca interação com o mesmo, especificamente em relação a contatos físicos.

Além da percepção relacionada ao não envolvimento físico com o filho, chama a atenção do marido, o abandono de algumas atividades que desenvolvia rotineiramente antes da DPP, como por exemplo, as atividades esportivas.

Esse comportamento observado pelos familiares e pelo marido, pode se tornar oscilante, ou seja, há períodos em que ela emerge da depressão para poucos dias depois imergir nela novamente. Este comportamento preocupa a família:

Ela voltava a ser ela às vezes. Amanhecia bem. Ai eu falava: “Oh graças a Deus ela voltou!” [...] Eu falo assim porque ela voltou ao normal, porque ela conversava normal conosco, ela conversava,

ela perguntava, ela fazia as coisas. [...] ai pra mim ela ficava alegre e eu tava vendo ela boa. Mas ai outro dia amanhecia, e ela já não era ela mais (chorando)... (Irmã da Mulher F).

O comportamento da mulher é percebido pela família permeado por oscilações de estar e não estar presente na situação, em um ir embora de si e em um retornar a si. Essas idas e vindas apresentadas no curso da doença vão acendendo e apagando repetidamente a esperança da família em sua recuperação.

Impregnada por algo que não conhece e que não faz parte de si, a mulher se percebe encurralada pela depressão e cada vez mais para ela perdendo suas forças. Ela cada vez mais vai **sentindo-se aprisionada pela depressão**.

Concomitantemente sente-se sendo empurrada para baixo e isso toma contornos concretos de um local fundo, escuro e de difícil saída. Um local semelhante a um buraco e onde a possibilidade de encontrar um apoio para a saída se torna praticamente impossível. Junto a isso, os cuidados que dispensa ao filho parecem debitar cada vez mais de si as energias que poderia poupar para conseguir de lá sair.

Essa situação pode piorar quando ela se percebe sem o apoio da família de origem para compartilhar os cuidados consigo mesma e com o filho o que a faz se sentir sozinha e sem valor.

Além de se sentir em um buraco, sozinha e desvalorizada em relação à família, da nítida sensação de que está sendo aprisionada, ela se percebe sendo invadida por algo que não conhece e se vê desse modo, perdendo terreno para “uma invasora” (a depressão), que cada vez mais vai sequestrando-a de si mesma e tomando o seu lugar.

Porém ela resiste a essa posse total, ao perceber que alguma coisa em si estava muito fora do contexto que seria normal para o momento e começa a alimentar a ideia de tomar o controle de si e de sua vida:

Eu tenho essa sensação de que teve uma impostora aí que me raptou que me deixava em cativeiro, observando minha vida e tomando conta das coisas. Em vários momentos eu tive essa sensação de que eu precisava me recuperar de mim mesma, entendeu? De tomar essa rédea de volta, né? (Mulher E).

Ao pensar na situação em que se encontra se percebe como alguém que deve agir para de lá sair, da situação de dominada pela depressão pós-parto para ter o controle de si novamente.

Uma das maneiras de se libertar do aprisionamento em que vive, é o enfrentamento da DPP, tomando dela, o controle de si. Assim, se vê **sentindo vontade de por fim ao sofrimento em que vive** como uma das possibilidades de libertação.

Contudo outras maneiras são alimentadas por ela, e o suicídio aparece como uma das estratégias de finalizar o seu sofrimento. A poucas pessoas é verbalizado o desejo de por fim ao sofrimento através do suicídio e dentre elas está o marido que se vê diante da gravidade do que ouve, na difícil e delicada tarefa de manter seu próprio controle, o controle da mulher e da situação, para que tudo não tenha um desfecho drástico:

Chegou um momento assim que ela falava em se matar, em se jogar embaixo de um carro... Ou algo assim, entendeu (diminui a voz e enche os olhos de lágrimas). Ela falava aí eu conversava com ela e tudo. E eu falava: “não é assim né, aí dava conselho prá ela, tudo”. [...] Eu mantinha a calma, mantinha a calma e conversava com ela bastante, mantinha a calma falava que não era assim, que tinha que mudar né? Orava com ela, pegava na mão dela, conversava bastante com ela, falava de Deus para ela, aí ela me ouvia, mas teve momentos assim dela se alterar [...] Me passava aquela sensação de querer ajudar e da cura né? Eu me sentia muito preocupado, eu via que aquilo não era normal, eu queria a cura e o restabelecimento de vez (Homem B). (Esse comportamento seu foi

frequente?) *Foi. Foi muito frequente...* (fala muito baixo, chorando muito) (Mulher B).

A constatação da gravidade e anormalidade no que ouve, faz com que o homem procure apoio no Divino e o traga para a mulher na tentativa de dissuadi-la para outras saídas, como a ajuda profissional.

Entretanto, ao mesmo tempo em que ela pensa em se matar, ela elimina tais pensamentos quando vislumbra prejuízos futuros ao filho face ao seu ato e também mediante crenças que permeiam sua formação religiosa. Ela transcende a situação imediata que está vivendo no presente e se transporta para o futuro, imaginando seu filho órfão e os prejuízos que seu ato se realizado poderia causar ao seu filho.

Nesse pensar ela também considera preceitos religiosos que adota e que também serve de guia para sua decisão de não por fim a sua própria vida. O amor ao filho, junto às preocupações com seu futuro e preceitos religiosos presentes é o que a segura para seguir a vida, sem dela se livrar.

O homem se preocupa quando esta verbaliza não querer ficar sozinha com a criança e associa isso a possibilidade de suicídio ao reportar-se a esse tipo de acontecimento com pessoa próxima ao casal:

[...] nem falar 'chega', você pode. Porque você ainda vai se sentir, em outra vida, culpada por ter deixado o bebezinho sem mãe. É essa coisa assim de que você está sozinha, mas tem uma responsabilidade gigante com um bebezinho que você quis que você pôs no mundo, que é seu sangue, que é seu filho e você tem que cuidar, né? Você tem que tá lá, e tem que tá bem (chorando muito) (Mulher E) *Então, eu preocupava com os dois, primeiro com ela, né? A gente tem uma amiga nossa que se suicidou com depressão pós-parto [...] e ela (a mulher) até falava para mim, que ela ficava*

preocupada também de ficar sozinha com a criança... Então, eu tinha preocupação primeiro por ela, né? (Homem E)

O choro aparece como uma das mais fortes expressões de seus sentimentos. É constante na mulher que o associa à sua condição de depressão e a sensação de impotência pelas dificuldades que encontra ao lidar com as necessidades do filho recém-nascido. Ele aparece com frequência intercalada a outras situações de não choro, mas é acionado em resposta a qualquer situação que lhes exija um pouco mais de si.

Surge ainda misturado a outros sentimentos, mas as providências para contê-lo são empurradas para frente, pois ela acredita na maioria das vezes que o choro se resolverá com o tempo.

Assim, a decisão pela busca por ajuda para conter o choro é adiada cada vez mais até que ela se vê em uma situação em que se encontra **chorando várias vezes ao dia**. Tenta se controlar conversando consigo mesmo, mas com o tempo, percebe-se com muita dificuldade de contê-lo, o que a faz reavaliar sua ação de “esperar passar” e conseqüentemente decide pela busca por ajuda médica:

Ah, mas eu acho que a partir de uns quatro meses eu me vi chorando muito e falei “bom, isso vai passar, isso vai passar...” quando deu seis meses, não passou e eu falei “eu preciso tomar alguma providência”. E eu fui procurar o médico (Mulher E).

O choro é uma linguagem corporal que poderia ser considerada como a expressão mais clara de que algo não está bem, mas nem sempre isso acontece.

O marido mesmo sabendo que a mulher chorava muito, vê essa manifestação como parte do comportamento da mulher. Quando traz para a situação atual as experiências passadas onde o

choro esteve presente, ele define a situação atual como de normalidade dificultando a percepção dos problemas que vem cursando há algum tempo e a reboque, a decisão pela busca por ajuda:

Ela toda vida foi chorona... E eu achava que era quase normal tava normal! (Homem G).

Porém, o símbolo: choro da mulher, já faz parte do fato de ser mulher, significando para muitos homens que não há o que fazer, é parte, é inerente à característica feminina. A mulher chora comunicando um repertório interno, onde se vê exigida e sem condições de corresponder ao que se espera dela. O homem ao decodificar o choro da mulher como o padrão é assim mesmo, não age e sua não ação é codificada como indiferença para a mulher.

Enfim, há um significado já posto de que mulher chora mesmo, é assim. O homem não age porque é assim mesmo e consequentemente a mulher é isolada, ou seja, não é percebida em sua particularidade.

Existem situações na interação com a mulher que o homem percebe como anormal o choro apresentado por ela, mas ele tem dificuldades para lidar com a situação. Assim, ele lança mão de estratégias para manter o controle da situação e também para dela fugir.

Como fuga da situação, o homem se utiliza do aumento da carga horária de trabalho à que se submetia anteriormente e também, o afastamento do ambiente familiar coincidente aos momentos em que ela chora, retornando após seu restabelecimento.

Como tentativa de controle do choro dela, ele tenta acalmá-la e também evita conversar sobre o motivo, pois percebe que ela se torna mais descontrolada:

Às vezes, se eu falasse quanto mais eu ficava perguntando, mais ela chorava então eu evitava ficar preocupado de ficar perguntando as coisas para ela, então eu falava, não, não chora não, desconversava né? (Homem G). Para mim era como se ele não tivesse interesse (Mulher G – interrompendo).

O comportamento apresentado pelo homem, de fuga do ambiente nos momentos em que a mulher está chorando, suscita nela, sentimentos de solidão e abandono, além da percepção de desinteresse dele pelo que ocorre consigo, ficando claro então que tanto o homem quanto a mulher atribuem significados diferentes ao fato.

Diversos membros da família, especialmente outras mulheres, ao se depararem com o choro materno, tentam contê-lo e uma das maneiras é concretizada através da repreensão, a qual é realizada por mulheres mais velhas, especialmente as mães.

A repreensão materna direcionada à mulher vem justificada por vários motivos e dentre eles o mais frequente se respalda na ausência de motivos para a mulher chorar diante da perfeição física e fisiológica do filho. Esses motivos colocados pelas mulheres mais velhas cala a mulher e faz com que ela própria se recrimine tomando por base a justificativa de suas mães.

Ela é convocada a de certa maneira conter o seu choro e acomodá-lo dentro de si de tal forma que ele não escape, pelo menos à vista de outras pessoas de seu círculo. Ao ser impedida de expressar seu sofrimento publicamente, ela se vê chorando escondida das pessoas de seu entorno, isolando-se para poder expressar o que sente sem ser recriminada e cobrada por outros por assim se encontrar.

Percebendo-se com comportamentos diferentes

Na interação consigo mesma, com o filho e com outras pessoas percebe-se com comportamentos diferentes do que usualmente apresentava em suas relações.

A tristeza que identifica em si chama a sua atenção e tem, para ela, características diferentes da sentida por outras pessoas em outras fases da vida. A tristeza lhe é estranha, profunda, se expande em si tal como árvore frondosa. Como árvore, parece criar raízes, dando-lhe a impressão que ficará para sempre dentro dela, acompanhando-a e contaminando suas atividades cotidianas anteriormente consideradas prazerosas.

O aparecimento desse sentimento após o nascimento do filho a deixa intrigada por se sentir na contramão de um evento que deveria ser celebrado com alegria. Ela atribui seu comportamento de tristeza e também de irritabilidade, a privação do sono diante das demandas da maternidade e sendo assim, de normalidade para o pós-parto.

A percepção de normalidade também é tida por ter informações incompletas a respeito da DPP, frequentemente veiculadas na mídia televisiva que a enfatiza fortemente ligada ao infanticídio e ao suicídio:

[...] e eu comecei a pensar que não era depressão porque eu nunca quis me matar, até achava que era pouca coisa, eu achava que era pouca coisa para ser depressão pós-parto e eu achava que eu não tinha DPP (Mulher G).

Assim, na ausência de pensamentos mórbidos junto aos outros comportamentos que observa em si, acaba rechaçando a possibilidade da DPP, além de minimizar o que sente e segue tentando levar sua vida em um contexto dito como de normalidade.

A exclusão da possibilidade da DPP também é reforçada pelo homem, ao analisar a interação da mulher com o filho que também

parece estar impregnado pela concepção da DPP associados a comportamentos de rejeição ao filho e pela concepção cultural de comportamentos ditos normais para o pós-parto os quais se assemelham ao que a mulher apresenta em alguns momentos.

Em algumas situações, a percepção de que algo não está bem, é tida pelo marido anteriormente a ela, logo após o parto, indicando-nos que ele está atento às mudanças na mulher e as percebe antes dela, apesar de não ligar tais mudanças à possibilidade de DPP.

A mulher consegue enxergar que está fora do seu normal quando exhibe atitudes agressivas e extremistas na sua interação com o (os) filho (os) e com outras pessoas de seu convívio e, ao mesmo tempo em que as repudia, não consegue controlá-las e delas se libertar:

[...] Foi depois desse episódio de eu querer jogar a menina (mais velha) lá de cima que eu falei assim, que isso não estava normal, não estava certo (Mulher J).

[...] Eu sempre tive minhas opiniões, sempre defendi minhas coisas, mas sempre com cordialidade, com diplomacia, né? [...] E de repente, uma impostora tomou conta de mim, e virou esse monstro entendeu? E eu tinha consciência disso em alguns momentos do dia de que eu tinha extrapolado horivelmente, ao longo do dia em várias situações, entendeu? Mas, eu não conseguia simplesmente ter a razão para conter a explosão na hora em que a situação se manifestava (Mulher E).

Esses comportamentos exibidos são para ela, conscientes, mas fogem ao seu controle e por esse motivo a faz se sentir como se tivesse algo dentro de si que a transforma momentânea e completamente em outra pessoa que tem uma maneira completamente diferente de agir face às situações com as quais

interage. Ao refletir sobre seus comportamentos, os julga como anormais, horríveis e monstruosos, mas ao mesmo tempo sabe que não consegue controlá-los na interação com algumas situações.

Consciente de que aqueles comportamentos que desconhece e reprova não são seus, se desfazer deles e recuperar a sua maneira de ser em suas relações vai se tornando cada vez mais difícil para ela.

A percepção de que está diferente extrapola a observação de si consigo mesmo e abarca a percepção de si em relação a outras mulheres que também tem filhos recém-nascidos e com as quais tem contato nos serviços de saúde. Na interação com outras mães, ela compara seu comportamento com os delas e seus filhos recém-nascidos, e se sente incomodada por não identificar semelhanças consigo na interação com seu filho:

[...] Eu ficava me perguntando: será que alguém mais passa por isso? Será que isso existe mesmo ou só eu que estou assim? A gente vê às vezes eu ia prá policlínica levar a criança prá tomar vacina, alguma coisa assim, e eu via as outras mulheres, elas pareciam tão bem! (ênfatisa) [...] (Mulher C)

[...] Eu achava que estava estranho (ela) porque todas as mulheres que apareciam com filhos estavam alegres, estavam contentes, o leite descia normal. E eu ficava olhando aquilo... Meu Deus do céu! (Mulher G)

Sentindo-se diferente de outras mulheres de seu entorno, e, mais especificamente na forma como lidam com a maternidade e aspectos concernentes à habilidade no seu exercício, se vê destoando de todas, pois não encontra em ninguém algo com que se identifique.

Em sua interação com a família, nota que esta apesar de sabê-la diferente de antes, também não tem ideia do que de fato estivesse acontecendo com ela.

Para algumas famílias, a identificação da mulher como portadora de depressão pós-parto é algo complexo, pois elas presenciam situações e comportamentos maternos que fogem à regra no imaginário delas para ser considerado como DPP. Assim, ela é tida pela família, como tendo outros problemas, como por exemplo, a loucura, quando os sinais se apresentam de maneira exacerbada:

Que do jeito que ela ficou nós achávamos também que ela tava louca, que nós não sabíamos que isso era depressão pós-parto, nos achávamos que ela tava louca mesmo e falávamos “ah ela perdeu a memória de uma vez” (Irmã Mulher F).

Os comportamentos maternos são percebidos ora como normais, ora como diferentes e estranhos e associados com outros tipos de manifestação psíquica, sendo, a possibilidade de depressão pós-parto não cogitada pelos familiares e nem pelo marido.

O estranhamento que a mulher tem de seus comportamentos, principalmente os relacionados à sua interação com o filho que explicita publicamente ou que guarda para si através dos pensamentos que tem, servem como impulso para que ela busque ajuda, sendo essa realizada na leitura de materiais dos meios de comunicação que descrevem os distúrbios do pós-parto principalmente os disponíveis na internet:

[...] eu lia muito. Eu procurava ler na internet sobre depressão pós-parto e pensava: gente tá tudo se enquadrando, eu tô passando tudo isso daí, tô tendo tudo isso daí, tô pensando tudo isso daí, tá tudo desse jeito! [...] (Mulher C)

Através da busca por informações, ela encontra pistas sobre a sua percepção de ser uma estranha para si mesma, para sua família e em seu grupo que toma como referência de maternidade. Ao perceber semelhanças no que apresenta com o que ouve de outras pessoas e com as leituras que faz, começa a se situar em seu sofrimento e decide buscar ajuda profissional para alívio do que sente. Nessa busca, ela é apoiada pelos familiares, pelo marido e juntos começam o processo que os levam a assumir o controle da situação e consequente recuperação da DPP.

III. ASSUMINDO O CONTROLE

A categoria **ASSUMINDO O CONTROLE** diz respeito à decisão da mulher de buscar ajuda profissional e espiritual com consequente recuperação da depressão, a percepção de que está sendo cuidada diante dos apoios espiritual, profissional e familiar que recebe e, após sua recuperação, a tentativa de empreender uma caminhada diferente da que estava em curso. Essa categoria contém as subcategorias **BUSCANDO AJUDA PROFISSIONAL**, **BUSCANDO AJUDA ESPIRITUAL**, **PERCEBENDO-SE CUIDADA** e **TENTANDO UMA NOVA FORMA DE CAMINHAR**.

Após identificar o que acontece consigo nas informações que acessa nos meios de comunicação, que descrevem os distúrbios psicoemocionais do pós-parto e através do contato com outras pessoas (amigos, colegas de trabalho) que a alertam sobre a

possibilidade da depressão, a mulher decide pela busca por ajuda especializada para alívio de seus sofrimentos.

BUSCANDO AJUDA PROFISSIONAL

A mulher busca inicialmente por médicos que a atendiam anteriormente como homeopatas, clínicos, obstetras e por psicólogos e nesses encontros já se imagina com depressão.

A decisão por médico psiquiatra é em sua maioria protelada sendo feita basicamente quando ela se percebe com a exacerbação de seus sofrimentos através de comportamentos que não consegue controlar e que não foram amenizados e resolvidos através dos tratamentos instituídos pelos profissionais médicos e psicólogos:

[...] Então, quando deu uns quatro a cinco meses, que eu tava tomando a homeopatia, eu tinha conseguido controlar um pouco o choro. Mas, eu via que a angústia, a braveza, a irritação, a sensação de arapuca, né? De estar enclausurada, em uma situação... de ter um monstro dentro de mim, pronto para morder qualquer um a qualquer momento, isso aí não tinha passado... Eu falei 'não, isso aí não tá legal'. E aí eu conversando com uma amiga, que teve depressões, não foi pós-parto, mas... Ela falou 'olha, você tem que tomar o remédio mesmo, para segurar, tem que procurar, não tem que ter preconceito, porque a gente fica lá nessa linha natureba, não sei o que, mas não tem que ter preconceito, tem que se ajudar também. Vai ficar encarando esse monstro até quando?' Aí eu falei: Ah é! [...] na primeira sessão, ele viu (psiquiatra) que eu tinha muita racionalização do processo, mas ele falou, se eu quisesse procurar, fazer uma terapia, 'é uma opção sua, mas você não precisa'. Eu vou te dar o medicamento. E assim, foi. Às vezes ele me dava 3 a 4 receitas. E como eu disse: ele aceitou o diagnóstico (ri muito) (Mulher E).

Ela percebe que sua evolução para melhora se mostra arrastada durante o tratamento que buscou inicialmente e isso é constatado pela observação de que alguns dos sinais e sintomas que vinha apresentando não desapareceram com a terapia instituída. Desse modo, ela procura outras saídas da situação que se impõe a si, buscando outros profissionais, como o psiquiatra.

Algumas vezes a decisão por este especialista é tomada após conversas que tem com outras pessoas fora do círculo familiar que tiveram experiências semelhantes em outras fases da vida. Essa interação serve como um estímulo às mulheres no sentido de se despirem de preconceitos relacionados a tratamentos com psiquiatras.

A busca pela psicoterapia ocorre quando ela se vê em meio a novos eventos no decorrer do processo depressivo e que parecem contribuir para a agudização de seu estado. Dentre eles a impossibilidade de amamentar o filho, situação esta que lhe provoca intensos sentimentos de culpa e, a vinda de outro filho que, conseqüentemente a coloca em uma situação em que tem que se desdobrar para o atendimento das necessidades deste e do filho que já tinha e que ainda depende muito de seus cuidados.

Enfim, a busca pelo tratamento com psicóloga acontece quando percebe que sozinha não consegue lidar com outros elementos e situações que vão surgindo, o que a deixa em piores condições pela sobrecarga que experimenta ao tentar lidar com o seu estado e com as situações que vão se somando a ele.

Contudo, essa busca pode se conformar de maneira tardia, quando do retorno ao trabalho remunerado, após o término da licença maternidade. Ela se percebe tendo rejeição e medo de retornar para o ambiente familiar findado o expediente de trabalho quando inevitavelmente se depara com os cuidados do filho. A percepção que tem de si, quando se vê chorando diante desse fato, é de anormalidade e de que necessita de ajuda:

[...] Ah, eu lembro que na hora de voltar prá casa (depois do trabalho) eu voltava chorando, porque eu ia ter que me deparar com a criança, com o cuidado, eu tinha medo. E aí... Assim, eu comecei a perceber que aquilo não era normal né? Ai eu me lembro de que foi mais ou menos essa situação que eu fui buscar ajuda (psicóloga) (Mulher I).

A busca por auxílio psicoterápico é feita pela mulher que apresenta melhores condições financeiras e que já possui compreensão da importância desse tratamento para sua recuperação:

Mas o momento que ela estava passando eu falava: “vamos procurar uma psicóloga, vamos procurar, prá gente entender o que está acontecendo né”? Às vezes assim, eu alterava um pouco né? Porque não é fácil né? Ai eu falava: vamos procurar uma psicóloga. Daí ela foi, e chegou na época dela marcar com a gente, os dois juntos e acabei não indo né? Por causa do trabalho. E aí, com o passar do tempo foi melhorando (Homem B).

A psicoterapia é realizada somente pela mulher, pois o homem, apesar de estimulá-la a buscar ajuda se nega a participar do tratamento mesmo quando solicitado a comparecer. Ele justifica sua ausência ao fato de não conseguir ajustar seu horário de trabalho aos horários da psicoterapia.

Na interação com psiquiatras e psicólogos, a mulher se sente respeitada em seu tempo de recuperação da doença, além de se sentir acolhida mediante informações detalhadas sobre o que acontece consigo sua evolução e possibilidades de superação.

Outras fontes de alívio dos sofrimentos como a espiritualidade, são buscadas pela mulher, ora isoladamente ora conjuntamente com o marido.

BUSCANDO AJUDA ESPIRITUAL

A busca para alívio dos sofrimentos por intermédio da religião a qual pertence se situa através de orações diárias, em companhia do marido e de representantes da igreja a que pertence. Essa busca é realizada por ela, pelo marido e também pela família, quando percebem a exacerbação dos sinais e sintomas da depressão e a frequente verbalização sobre o desejo de por fim ao que vive.

A família, ao mesmo tempo em que busca e apoia a inserção de práticas religiosas para o alívio dos sofrimentos da mulher, se põe a condená-las e rejeitá-las, quando percebe que a mulher se envolve com a prática de maneira irracional, adquirindo comportamentos típicos de fanatismo religioso. Além disso, a família se preocupa também com prejuízos físicos a criança e a mulher ao vê-la frequentando a igreja diariamente:

[...] Ai eu via que ela já tava muito encucada com aquele negócio de muita igreja na cabeça dela e nem tinha nem acabado o repouso dela. Ele era evangélico, era aquele evangélico demais, obcecado! Ai nos falávamos: “não fica levando ela pra igreja!” né, bem no começo “tá com nenezinho novo”... Não teve repouso. Ele carregava ela assim mesmo, e ela queria ir também! Ela já ficava tão nervosa quando eu falava que ela não podia ficar indo pra igreja, ela ficava louquinha pra ir pra igreja... E ele carregava ela! (Irmã Mulher F). É que a gente lá, a gente começa se apegar né, a gente começa se apegar na palavra do pastor. Nas pregações, pregam um pouco o que a gente tá passando né, ai você começa a se envolver com aquilo (Mulher F).

Essas observações são rechaçadas pela mulher que se mantém praticando a sua religiosidade, frequentando a igreja a que pertence, pois por meio dessa prática, consegue se identificar e

sentir-se envolvida pelas palavras que escuta nas celebrações, o que lhe traz alívio de seus sofrimentos.

PERCEBENDO-SE CUIDADA

A mulher vê que em vários momentos a família se preocupa e cuida dela. Na prestação desses cuidados há uma maior participação das mulheres da família, durante o tempo em que elas julgam necessário e também quando solicitadas pela mulher.

As mulheres da família se mobilizam, independentemente do acúmulo de funções que possam ter no contexto familiar e vida profissional e as grandes distâncias que tem que percorrer. Além disso, na prestação de cuidados à mulher e aos filhos dessa, elas se organizam através da divisão de tarefas entre os membros da família:

[...] ela (a mãe) ia embora, passava uns 15 a 20 dias com meu pai (em outra cidade distante) e voltava aqui porque eu só podia contar com ela, porque a família dele (do marido) não me ajudou; uma das minhas cunhadas, que eu ia na casa dela conversar, chorar, era uma pessoa que me ouvia, acho que na época só tinha ela não tinha outra mais... [...] ela (a cunhada) sempre vinha aqui, pegava o meu filho mais velho e levava pra casa dela colocava as meninas dela pra ajudar a cuidar pra eu ficar mais tranquila porque sabia que no final de semana, sábado à tarde eu tava sem empregada (Mulher H).

Para a distribuição de cuidados na família, a coesão entre seus membros se torna um dos elementos facilitadores.

A distribuição dos cuidados varia entre os cuidados prestados diretamente às crianças e a mulher e, também a observação e proteção dela em eventos que possam potencializar a piora de seu estado. O cuidado da mulher, na dependência de suas condições

torna-se prioridade para a família que tenta envolver o maior número de pessoas para o atendimento das necessidades que identificam na mulher:

[...] Que o nenê nós sabíamos que a sogra ia cuidar bem do nenê. Nós não tínhamos essa preocupação né, depois que minha mãe entregou o nenê (para a sogra), nós sabíamos que ela (a sogra) ia cuidar bem do nenê, nós ficávamos preocupados com ela, pra ela ficar boa logo né (Irmã mulher F). Mas ela (a irmã) foi assim mais da parte da saúde, pra médico foi ela, mas o negócio de emoção foi minha mãe (Mulher F). Nós ficamos bem unidos. Bem unidos, pra ela, ai sempre nós estávamos ali né. Ai vinham minhas sobrinhas que ela gostava e gosta demais das minhas sobrinhas. Minhas sobrinhas vinham finais de semana pra conversar com ela, ficar com ela, só que ela não reagia né? Ficava quieta daquele jeito. Ela conhecia assim, só que não conversava mais. Mas sempre nós estávamos ali tentando né, conversar com ela pra ela voltar a ser ela de novo (Irmã mulher F).

A situação que se apresenta em curso faz com que as mulheres da família se envolvam por meio da formação de uma rede de colaboração e solidariedade, onde agem cooperando umas com as outras, compartilhando e distribuindo cuidados, suprimindo as necessidades de atendimento médico e social afetivas da mulher, objetivando o seu retorno ao comportamento anterior à depressão pós-parto.

Mesmo com toda a colaboração, muitos dos cuidados prestados pelos familiares através das mulheres são direcionados aos cuidados do (os) filho (os). Essa atitude familiar acaba por aliviar a sobrecarga física e psíquica da mulher, confortando-a demasiadamente, pois ela se sente também cuidada através da atenção dispensada ao seu filho. Esses cuidados também são solicitados pela mulher:

[...] Eu precisava dormir e a nenê chorava, chorava, chorava... Ai eu entreguei e falei (para a cunhada): “pega, cuida que eu não estou aguentando mais!” Ai eu voltei prá dentro do quarto e dormi, ai, quando eu acordei, ela já estava bem; tava dormindo tava banhadinha... (Mulher C)

Em sua maioria, as mulheres da família, prestam cuidados que objetivam o atendimento das necessidades básicas do recém-nascido e outros filhos. Esses visam à proteção das crianças do comportamento materno e o alívio dos sofrimentos da mulher ao diminuírem a sobrecarga dela relacionada aos cuidados do filho.

Além dessa preocupação que as mulheres da família dispensam ao binômio mãe-filho, as mais velhas na interação com a mulher e seu companheiro, se empenham na proteção da união conjugal do casal, por meio de diálogos informativos ao homem ou no controle de comportamentos de intolerância dele para com a companheira, observados quando de sua interação com o casal:

Eu não sabia o que fazer, mas eu falava com o marido dela: “Y tenha muita paciência com a X! Não cobra muito da X!, ela não tá boa, ela não tá bem! Tenha paciência com ela. No que você puder ajudar, ajuda, e não atrapalha. Porque ela não tá certa!” Era assim que eu podia fazer por ela...(Sogra C).

Uma coisa que eu acho importante falar é que no período da DPP, eu acho que ele (o marido) não queria perguntar prá ela porque ele não queria que ela soubesse que ele estava incomodado entendeu? Agora, como ele é uma pessoa muito inteligente assim, com poucas palavras você entende né? Ele chegou, pediu socorro, conversamos muito, a gente conversava sempre sobre ela e foi muito bacana. Isso ajudou muito. Eu dizia que sei lá, que era normal, que a maternidade não era fácil, que por mais que a gente tivesse preparada, não era fácil (Mãe da mulher I).

Nas conversas entre as mulheres da família e o homem, elas deixam claro a ele a necessidade de que mantenha uma relação protetora com a mulher, embasada na paciência, no suporte emocional, além de esclarecimentos sobre as dificuldades que ela possa encontrar no exercício inicial da maternidade.

Com esse comportamento as mulheres mais velhas se permitem e imaginam através de suas próprias experiências as dificuldades que a mulher pode ter na lida com o filho. Elas se utilizam de suas próprias experiências para se colocarem no lugar daquela com DPP, além de servirem como mediadoras de uma relação conjugal permeada por elementos estressantes. Tomam por base um mundo seu de experiências relacionadas à maternidade para proteger a mulher e sua relação conjugal.

Todo esse cuidado desenvolvido pelos familiares provoca na mulher, mesmo que temporariamente, a sensação de conforto, acolhimento e equilíbrio.

Entretanto, em sua interação com o marido, a mulher percebe que esses colaboram nos cuidados de si e dos filhos de maneira pontual. Ela nota nele a preocupação na busca e manutenção de apoio logístico necessário para o funcionamento da casa, como prover mão de obra remunerada que a auxilie no seu dia-a-dia. Para o homem, esse comportamento mais pontual só acontece quando familiares estão envolvidos nos cuidados da dupla mãe-filho. Nessa situação ele vê oportunidades de atender suas próprias necessidades.

Além do acolhimento que sente e recebe da família, a mulher com DPP, se percebe acolhida por profissionais especializados para seu atendimento, bem como pelos membros da comunidade religiosa a qual pertence. O apoio e cuidados recebidos das comunidades religiosas a que pertence se concretizam, ao ser visitada e assistida por pastores e por mulheres que compõem algumas sociedades internas às igrejas:

É uma igreja bem aberta para várias questões e o pastor veio aqui em casa e conversou conosco. E a psicóloga também era evangélica né? Então se agrupou mais com o pastor né? Foi bem legal (Homem B)

Na Igreja, tem uma sociedade de mulheres que se chama “Sociedade socorro” e realmente algumas irmãs foram um socorro; elas vinham me ver, elas faziam algumas coisas prá mim... em minha casa... tem um programa desse grupo que se chama professoras visitantes onde duas irmãs visitam uma irmã e algumas vezes, algumas professoras visitantes elas vieram, elas limpavam a casa, elas faziam a limpeza [...] elas vinham aqui em casa, elas vinham me ver, elas conversavam comigo, mandavam cartinhas. Isso me reconfortava, dava uma sensação de, por mais que a gente pensa que tá abandonada, não está. Foi ótimo! (Mulher G)

Após a experiência vivenciada no contato com a igreja e seus membros, e receberem ajuda profissional e espiritual, a mulher, os familiares e o marido, se sentem confortados, acolhidos, orientados e fortalecidos para seguir a vida.

Com o tempo e recuperação da DPP, a mulher começa a examinar o passado da depressão ao mesmo tempo em que tenta uma nova forma de caminhar.

TENTANDO UMA NOVA FORMA DE CAMINHAR

A subcategoria **TENTANDO UMA NOVA FORMA DE CAMINHAR** contém: **Lutando para construir uma boa maternidade; Tentando resgatar sua autoestima e autoconfiança; Tendo alguns comportamentos parecidos com os da depressão pós-parto e Tentando retomar o padrão de funcionamento da vida conjugal.**

Nessa nova forma de caminhar, a mulher se vê **lutando para construir uma boa maternidade**, onde ela recrimina-se por ter sido agressiva com o filho e, invadida pelo sentimento de compaixão todas as vezes que se lembra do sofrimento impingido a ele. Ela se recrimina, penalizada que se sente em relação ao filho, ao reviver as atitudes que com ele teve durante o processo depressivo:

[...] toda vez que eu lembro, dessa época, eu fico pensando: tadinho! Ai eu começo a sentir certa compaixão né [...] (Mulher C).

Assim, ela passa por um bom tempo após a DPP revivendo as atitudes que teve com o filho, recriminando-se e sentindo-se errada e inadequada pelos comportamentos de agressividade experimentados na interação com ele durante a DPP. Principalmente por imaginar que poderia ter agido de outra maneira com o filho; maneira essa que não conseguiu praticar em um passado em que não tinha controle absoluto de seus atos e que também não sabia o que consigo acontecia.

Passado o período depressivo se avalia enquanto mãe que conseguiu e pode ser como uma mãe ruim principalmente quando revisa comportamentos explosivos que teve com o filho. Assim, ao se perceber como uma mãe ruim, ela se vê lutando para construir uma boa maternidade, ou seja, luta para se transformar em uma mãe diferente da que estava em curso e a qual reprova e rejeita, apesar de dela não ter tido o controle total:

[...] É tipo assim, você não é uma mãe boa, você briga com ele, bate nele (Mulher G).

Compreende que poderia ter sido uma mãe afetivamente melhor com seu filho e assim, se vê preocupando-se com as possíveis consequências da depressão pós-parto sobre ele. No decorrer do crescimento do filho, começa a relacionar as respostas

comportamentais dele como negativas e problemáticas, associando-as diretamente à interação estabelecida com ele durante o processo depressivo pelo qual passou.

Os comportamentos do filho, considerados como problemas pela mulher que conseqüentemente os relaciona à depressão pós-parto são variados. Dentre esses estão a agressividade, problemas alimentares, dificuldades de concentração, identificação com o sexo oposto, insegurança, sentimentos de ser por ela rejeitado e o egocentrismo, entre outros.

Esses comportamentos que o filho vai apresentando ao longo de seu crescimento faz com que ela os relacione estreitamente à depressão pós-parto, sinta-se culpada e, preocupada, parta em busca de apoio psicoterápico para o filho.

Além de achar que os comportamentos apresentados pelo filho, guardam estreita relação com a interação que estabeleceu com ele na época da depressão pós-parto, ela também os associa como conseqüentes às desavenças e desentendimentos conjugais nessa fase e onde muitas vezes o filho não foi poupado.

Entretanto, em algumas situações ela se preocupa antecipadamente com as conseqüências da depressão pós-parto em seu filho, mesmo antes de elas se apresentarem:

Ainda hoje eu falo: “nossa o que será com ele? Quais serão os efeitos que esse processo vai ter em cima do emocional, do psicológico do meu filho ao longo da vida, né?” Porque a gente não sabe né? O que vai ser [...] Você deve ter visto e meu filho também deve ter visto coisas incríveis né? Você devia fazer essas entrevistas com eles né: “E ai como que foi ter uma mãe assim, de uma história dessa, de todo esse carrossel, nessa montanha russa?” (Mulher E)

Na luta que trava para minimizar no filho o que acredita ser conseqüência de seu comportamento na depressão pós-parto a mulher se vê em busca de mudanças em seu próprio

comportamento que trás alguns traços do que tinha quando em depressão, sendo esses vistos por ela, como prejudiciais ao bom desenvolvimento do filho.

Ela percebe que durante a depressão pós-parto, desenvolveu comportamentos extremamente protetores com o filho, provendo todas as suas necessidades, independentemente de ser por ele solicitado. Percebe que tais comportamentos prejudicaram a independência e o crescimento do filho, mas que não conseguia e não consegue se libertar dessas atitudes que ainda persistem atualmente.

Em alguns momentos ainda se percebe irritada e agressiva, mas tenta controlar essas manifestações investindo em comportamentos que tragam segurança e bem estar ao filho, como a demonstração de afeto e amor.

Enfim, passado o período da depressão pós-parto, ainda mantêm algumas atitudes que tinha, mas que luta atualmente para delas se libertar e ao mesmo tempo adquirir outras que façam bem ao filho:

Às vezes eu acho que eu sou meio que pegajosa! Trato ele de maneira infantil, como se ele ainda fosse um bebê... E ele já tem 5 anos! Eu vejo que ele já está crescendo, que já está grandinho e eu estou tentando mudar esse meu jeito com ele. [...] Às vezes ele mesmo (o marido) me dá uma chamada né? "XXXX, deixa esse menino andar, ele não é mais bebê, deixa de pegar ele no colo!" (Mulher B) [...] Ai eu falei: "filho, você já está um rapazinho, um molecote! você tem que descer do carro e ir andando. Eu vou pegar na sua mão, mas não vou carregar você mais!" (Homem B) [...] era uma coisa que eu não enxergava né, ai ele deu o toque: "já está grande, vamos tirar do colo!" Ai eu olhei e falei "é, realmente está grande"! (Mulher B)

Na luta para mudar traços de seu comportamento com o filho, adquiridos na depressão pós-parto, conta com a participação firme do marido que preocupado com a relação que se estabeleceu entre mãe e filho, muitas vezes interfere nessa para auxiliá-los a se tornarem independentes. Ao mesmo tempo ele auxilia o filho a se tornar independente da assessoria constante da mãe, objetivando seu desenvolvimento saudável.

Além da preocupação para mudar seu comportamento com o filho, a mãe também tenta retornar ao que era anteriormente à depressão. Nesse processo de recuperação, seja através de medicamentos ou de psicoterapia, ela se sente assumindo o controle de si e isso é marcado pela recuperação de sua autoestima, autoconfiança e o cuidado com sua saúde mental e física. Entretanto, esse processo vem permeado por comportamentos que a ameaçam, como a presença de algumas características típicas da depressão pós-parto que exhibe diante de novas e desafiadoras situações que surgem.

No movimento em que se vê **tentando resgatar sua autoestima e autoconfiança** a mulher se percebe executando e tendo mais vontade de cuidar de seu corpo físico.

Esses cuidados se relacionam à preocupação com seu estado higiênico e com a sua estética corporal, como o retorno ao uso de maquiagens, cuidados com os cabelos e com suas vestimentas, ou seja, ela progressivamente retoma cuidados que mantinha anteriormente ao adoecimento.

Por meio de cuidados dispensados a si mesmo se percebe recuperando e ao mesmo tempo fortalecendo sua identidade feminina (de mulher vaidosa e preocupada com sua aparência) que ficou obscurecida pela depressão e pelas demandas no exercício das funções maternas. Através desses cuidados proporcionados a si mesmo ela intenciona investimentos no relacionamento conjugal:

Ai, agora eu estou me sentindo melhor. Estou querendo me cuidar mais [...] Eu voltei a cuidar de meu corpo, eu emagreci já estou gostando de novo de me maquiar, de me vestir, de cuidar do cabelo, já não estou mais tão desleixada como antes! Você me vê desse jeito aqui, com minhas unhas pintadas, era uma coisa impossível de se ver; era o tempo todo com a sobrancelha grandona, o cabelo descabelado! Tinha dia que nem escovar os dentes eu queria! Eu acordava de manhã e daquele jeito eu passava o dia todo [...] hoje eu não tenho mais esse negócio da autoestima baixa demais, essa falta de amor próprio. Já tenho mais estímulos de me cuidar, já tenho mais vontade de ficar bonita pro meu marido. (Mulher C).

Além da recuperação dos cuidados com seu corpo físico, também se preocupa com a manutenção de sua saúde mental, através de práticas alternativas.

Apesar de muitas vezes se sentir em uma condição mental em que se considera recuperada, se percebe em determinadas situações (naquelas em que tem que fazer enfrentamentos de novos problemas que vão surgindo), alguns comportamentos semelhantes aos que tinha durante a depressão pós-parto como a impaciência exagerada, a irritabilidade, a agressividade, o ‘desligamento’ do ambiente, ou seja, ela em alguns momentos se percebe **tendo alguns comportamentos parecidos com os da depressão pós-parto.**

Esses comportamentos também são percebidos na interação com seu companheiro que os identifica como iguais aos que ela apresentava no curso da doença, e são considerados por ela, como um sinal de alerta de que deve se manter atenta no controle dos mesmos:

Ainda por uns bons seis meses (após término da terapia medicamentosa), eu ficava com uma coisa assim ‘será que eu

estou? ’ (olha por cima do ombro) tendo a sensação de que ela (a depressão) pode voltar. Às vezes dá uma carga de irritação, eu falo ‘não, espera aí, controla esse monstro, esse monstro que tá enjaulado né? joga a chave fora, né? (Mulher E).

A mulher se sente ameaçada pela possibilidade do retorno dos comportamentos observados em si na depressão pós-parto. Ela conversa consigo sobre o que está acontecendo e ordena-se a manter o controle da situação através do aprisionamento da irritabilidade que parece querer instalar-se e novamente envolvê-la.

Ela ainda guarda dentro de si, alguns resquícios do comportamento que tinha na época da depressão e que ainda necessitam serem controlados.

Além do autocontrole que exercita diante desses comportamentos, também busca o desenvolvimento de atividades que lhe traga bem-estar e lhe permita desviar seus pensamentos sobre os comportamentos que possam se apresentar.

Porém, a mulher que teve comportamento agressivo com o filho no passado da depressão pós-parto, ao apresentar tais comportamentos após a recuperação da doença, luta para mantê-los sob controle. Nesse processo, muitas vezes quando se vê na eminência de agredi-los novamente, reflete sobre os resultados desses no passado, ou seja, ela examina o passado de agressões ao filho e tenta controlar o seu comportamento no presente para não imprimir-lhe prejuízos no futuro.

A vida conjugal também se torna objeto de seu cuidado após a depressão, onde ela tenta retomar o padrão anterior.

Tentando retomar o padrão de funcionamento da vida conjugal

A mulher vê esse processo como algo que lhe provocou mudanças intensas e remete a situação em que se encontrava à sensação de que algo muito forte passou em sua vida provocando a desorganização do modo como funcionava “as coisas” de sua vida,

impondo-lhe um novo funcionamento e no qual não conseguia se situar e ter o controle.

Ao tentar dimensionar a situação em que se encontrava, faz analogias com alguns fenômenos da natureza:

Olha, pra mim pareceu que foi um furacão na minha vida, assim (faz um movimento giratório com as mãos), sabe? Quando uma coisa te tira, chega e muda tudo, e foge do seu controle? Então, eu senti isso, parece que a minha vida saiu do meu controle e mudou muito e tudo. E eu não consegui me situar naquilo (Mulher D).

[...] foi tudo planejadinho, certinho e eu não imaginava, e daqui a pouco... Foi uma tromba d'água né? (Mulher B).

Esse descontrole afetou o relacionamento conjugal marcado por desentendimentos constantes decorrentes de sua dificuldade em entender as situações que ocorriam no dia a dia tal como elas eram postas a si, pelo companheiro. Na interação com o marido, a dificuldade de entendimento por ela das várias questões que se apresentavam é bem percebida por ele:

[...] mas eu achava assim, muita coisa assim era da cabeça dela... (Marido G).

A mulher, na visão do marido interpretava as situações e definia-as para si de acordo com suas perspectivas, a sua verdade, as quais eram diferentes das dele. Isso em um momento de tensão provocado pela situação que se estabeleceu em um ambiente de depressão pós-parto acarretou grandes desentendimentos entre o casal.

Assim, ela apresentou períodos de grandes dificuldades no entendimento das coisas que aconteciam e principalmente na comunicação com o cônjuge. Isso foi provocando desgastes

progressivos e consequente distanciamento da relação, sendo o distanciamento afetivo sexual um dos mais sentidos pelo homem, mas que ele tentava entender e suportar:

Foi quase 1 ano sem (atividade sexual)... Você me entendeu? Mas eu entendia o que ela estava passando né? Eu passei a suportar isso. Não foi fácil, mas eu passei a suportar né? Foi uma fase assim, crítica! (Homem B).

O distanciamento conjugal, também foi para ela, provocado pela dificuldade que tinha em otimizar seu tempo no atendimento das demandas do filho, de si própria e do marido, ficando este, para ela, em último nível de prioridade.

Ela também se via desinteressada pelo marido e sentia a reciprocidade do mesmo nesse sentido. Entretanto eles (o casal) não deixam de se ressentirem pela perda do modo como o casamento funcionava anteriormente. Tanto o homem quanto a mulher, têm a certeza de que as brigas e discussões nesse período foram provocando desgastes na relação, afastando-os enquanto casal e levando-os a uma condição de solidão, mesmo vivendo sob o mesmo teto e a qual eles se referem como a solidão a dois.

Embora considerado como um tempo que provocou grandes sofrimentos, desorganização e consequente distanciamento na vida conjugal, ambos afirmam que após o tratamento da depressão pós-parto, conseguiram restabelecer a maneira como funcionava o casamento.

Para isso, também tiveram que exercitar uma nova forma de se abordarem, onde passaram a cuidar do processo de comunicação entre eles, a contornar os problemas que surgiram no dia a dia, aliado ao exercício do autocontrole e ponderação nos momentos de tensão conjugal.

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo evidenciou que comportamentos de descontrole presentes na mulher são percebidos pela família que se vê com dificuldades para apoiá-la e controlar esses eventos. Dos membros integrantes da família, o homem é pela proximidade com ela (mulher), um dos alvos desses comportamentos e procura, na interação entre eles, formas para manter o controle de si e amenizar a tensão que se estabelece. Dentre as estratégias buscadas por ele, está o distanciamento físico da mulher por períodos de tempo variável, principalmente diante do choro desta e de seu descontrole verbal a ele direcionado, além do silêncio mediante esse último comportamento por ela expressado.

A pesquisa de Letourneau et al. (2012) que objetivou descrever as preferências e necessidades de apoio para os homens cujas parceiras tiveram DPP, apontou que tanto os homens que tinham sintomas de depressão associados à DPP de suas parceiras quanto os que não relataram nenhum sintoma, foram indistinguíveis em delinear suas necessidades e preferências de apoio profissional e informal, sendo este último de amigos e famílias. Nessa investigação, os homens apontaram que além do apoio profissional para o casal, havia ainda a necessidade de alguém com quem conversar e compartilhar a carga que percebiam carregando relativa ao adoecimento da mulher.

Nos dados obtidos por nossa pesquisa, o comportamento do homem de se afastar e de manter o silêncio nos momentos de tensão contribui para a exacerbação da irritabilidade da mulher e de seu descontrole para com ele. Além disso, ela sente-se sozinha e desvalorizada perante a atitude do marido e com dificuldades de se expressar verbalmente sobre o que sente. O estudo de Montgomery et al. (2009), revela que as mulheres frequentemente falavam sobre suas dificuldades em articular verbalmente seu sofrimento para que os seus maridos entendessem as suas necessidades e essas

dificuldades contribuíram para o caos na família e para as relações conjugais tensas.

Entretanto, passado essa fase, após recuperar-se da DPP, a mulher de nosso estudo percebe que o homem tinha que se manter em equilíbrio para manter o controle do funcionamento da vida familiar, endossando ela mesmo, a necessidade de afastamento temporário dele das situações de tensão provocadas pelas reações dela em meio à DPP.

No levantamento feito por Edhborg et al. (2005) foi descrito que as mulheres achavam que seus parceiros ficavam muito ausentes de casa, trabalhavam muito, não se engajavam com elas e com os filhos, além de não as ajudarem com eles. Elas se sentiam com muita raiva, irritadas e desapontadas com seus maridos, afirmando que o comportamento deles tirou muito da alegria e da felicidade que elas esperavam sentir com o nascimento de seus filhos (Edhborg et al., 2005).

Para as mulheres abordadas pela análise de Montgomery et al.(2009), estar sozinha em casa foi percebido como uma situação em que toleravam e a contra gosto, especialmente quando os maridos se ausentavam por longos períodos por motivo de trabalho.

Segundo Burke (2003), mulheres deprimidas impactam significativamente os humores de seus parceiros e a depressão é frequentemente acompanhada por dificuldades de relacionamento com uma alta prevalência de desarmonia conjugal.

O autor destaca que nessas situações, sempre há dificuldade para verificar qual veio primeiro, a desarmonia, ou a depressão, com a direção da causalidade sendo difícil de identificar. Cônjuges vivendo com um paciente deprimido relataram mais humor deprimido do que a população em geral e a carga aumentada de viver com um parceiro nesta situação está intimamente relacionada com o aparecimento de humor deprimido (Burke, 2003).

As mulheres envolvidas na abordagem de Martins e Pires (2008) rejeitaram os companheiros demonstrando agressividade na

relação com eles. Para esses autores, uma mulher com depressão pós-parto é uma mulher que está menos disponível para o companheiro e para o bebê, então, é natural que este comprometimento tenha um impacto significativo nos demais que a rodeiam.

A depressão pós-parto das mães foi descrita como um tempo difícil, de grande sofrimento para o casal. Um tempo de dor e confusão, também para o pai, que se vê apanhado de surpresa numa situação que não previu, não tem controle e nem sabe como resolver. Os pais referem não ter saudades desse tempo descrevendo a vivência familiar como um verdadeiro caos, pautado pelo cansaço e desespero (Martins e Pires, 2008).

O afastamento e também o silêncio do homem de nosso estudo, face à turbulência provocada pela depressão pós-parto, além de ser uma maneira de tentar proteger a unidade familiar é também consequente ao não saber conduzir a situação, por desconhecimento, despreparo e dificuldades em lidar com aspectos emocionais.

A maior parte dos homens entrevistados por Martins e Pires (2008), relatou ter sentido certa perplexidade face ao comportamento da companheira. Por vezes essa perplexidade surgiu acompanhada de sentimentos de choque, incompreensão, confusão ou desilusão.

O homem das famílias por nós abordadas tem o comportamento congruente com os do estudo de Martins e Pires (2008) e de Rolland (1994) sendo que este último afirma que em situação de doença, o homem pode apoiar a mulher, mas fica desconfortável em lidar com a tristeza e necessidades emocionais dela. Isso para ele acontece porque os homens tendem a enfrentar os aspectos práticos ou instrumentais de enfrentamento e evitam o lado emocional do seu cônjuge e deles mesmos.

Ao explorar a experiência dos homens relacionada à depressão pós-parto de suas mulheres Engqvist e Nilsson (2011),

destacaram que eles descrevem reações e sentimentos fortes no período inicial da doença relacionado com a dificuldade em entender o que está acontecendo com sua esposa, definindo a vivência com elas como dias cheios de reações estressantes.

Esses comportamentos dos homens do estudo acima descrito são congruentes com os comportamentos do homem de nosso estudo onde o descontrole da mulher causa desconfortos, sofrimentos e estranhamentos para ele que, além de ser alvo, não reconhece o que se apresenta como parte da personalidade da mulher. Entretanto, esse estranhamento também é experimentado por outros familiares especialmente por outras mulheres da família, que convivem com a mulher com DPP.

A maneira como a mulher com DPP expressa o que está se passando consigo não é compreendida pelos que a cercam. Apesar disso, o apoio nesses momentos vem em grande parte com a ajuda das mulheres da família. Esse é direcionado aos cuidados da criança e da própria mulher, sendo desta sob a forma de atendimentos às suas necessidades físicas e controle de suas reações direcionadas à criança, além da proteção da unidade familiar ameaçada pelo comportamento da mulher com DPP. Ficando evidente que as mulheres da família (mães, sogras, irmãs da mulher com DPP) desenvolvem um papel importante no equilíbrio familiar.

No estudo de Gutierrez e Minayo (2009), sobre o papel da mulher na produção de cuidados da saúde no âmbito familiar, essas estudiosas destacam a prevalência da ideia de que a mulher tem um lugar central no equilíbrio da família, onde, além de outras funções ela é responsável pelo sucesso desta e pelo clima afetivo das interações familiares.

Walsh (2005) nos diz que independentemente do tipo, natureza da crise e de qual membro familiar é afetado por ela (pela crise), as mulheres (mães, filhas adultas, noras) tendem a assumir a maior parte das demandas de cuidados da família. E isso em uma

família onde há divisão tradicional dos papéis dos sexos, as mulheres provavelmente ficarão sobrecarregadas, esgotadas e desprotegidas, enquanto os homens permanecem periféricos na situação.

Em nosso estudo, mesmo com a presença das mulheres nos cuidados da mulher e família, não percebemos o homem como periférico à situação e sim que ele aproveita alguns momentos em que as mulheres cuidam da mulher com DPP e demais membros da família, para se afastarem da situação, sendo que isso lhe confere melhores condições emocionais para posteriormente atendê-los.

A presença de depressão na mulher para Frizzo et al. (2010), pode trazer dificuldades no relacionamento conjugal, sendo o processo de comunicação especialmente quanto à forma de resolução de conflitos mais difícil nos casais com esposas deprimidas. Afirmam que no geral, esses casais têm dificuldade de exprimir as diferenças por um grande medo de que o conflito aumente e ocasione violência ou ruptura do casamento.

Os dados levantados em nossos questionamentos mostram que embora o homem se esforce na proteção da unidade familiar, a possibilidade de separação conjugal também é por ele pensada em alguns momentos, principalmente quando a tensão conjugal se exacerba e ele se acha sem saída, perdendo o controle da relação e também de si mesmo. Entretanto, percebemos que em algumas situações, a tensão é amenizada e controlada com a presença e apoio das mulheres da família através do atendimento das necessidades da mulher e seu filho e também quando elas assumem o papel de mediadoras no processo de comunicação entre o homem e a mulher.

Nos relatos apresentados, podemos destacar as dificuldades da mulher em comunicar o que acontece consigo ao marido e a família. Essa dificuldade está ligada também a impossibilidade de fazer revelações que confrontam o modelo de maternidade aceito socialmente, o qual é reforçado nas atitudes das mulheres da família

que a alerta sobre a necessidade de ela se manter firme no controle e exercício das tarefas inerentes à maternidade. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que as mulheres da família suavizam a tensão estabelecida, elas também provocam situações que afetam a mulher com DPP, principalmente as relacionadas ao atendimento do modelo de maternidade que acreditam ser o correto e ao qual elas esperam que a mulher a ele se encaixe.

A maior dificuldade expressada pelas mulheres com DPP envolvidas pela pesquisa de Dennis e Chung-Lee (2006) foi falar sobre seus sentimentos, sendo esse reforçado pela relutância dos parceiros, membros da família, e profissionais de saúde de reconhecerem e responderem as necessidades emocionais e práticas das mães. A falta de conhecimento das famílias das mulheres e particularmente do pai sobre a depressão pós-parto foi uma das barreiras para que a busca por ajuda fosse feita mais cedo.

Em nosso estudo, o desconhecimento dos familiares e da própria mulher sobre o que lhe acontecia contribui para a exacerbação das dificuldades relacionais familiares, desorientação e descontrole da mulher. Em contrapartida, o diagnóstico de DPP contribui para a localização e direcionamento de toda a família sobre o que fazer para amenizar os sofrimentos da mulher e para o controle da unidade familiar afetada pelo problema.

O comportamento descontrolado da mulher de nosso estudo cresce em si, dia após dia e o medo de não conseguir contê-lo se faz presente, especialmente em seu contato com o filho. Ela percebe que o descontrole que experimenta na relação com as pessoas de seu entorno ocorre à sua revelia e a possibilidade que isso ocorra no contato com o filho a assusta e a faz ficar em constante vigília sobre si mesmo, no sentido de proteger o filho dos comportamentos que possa ter em sua interação com ele.

Ugarriza (2002) relata que as mulheres expressam choque, vergonha e culpa pelo sentimento de querer prejudicar seus bebês, apesar de dizerem que nunca agiram de acordo com seus impulsos

de machucá-los. Elas se diziam desapontadas consigo mesmas, surpresas com os seus pensamentos e aliviadas quando eles desapareciam.

Em uma revisão de literatura Frizzo e Piccinini (2005), discorrem que a extensão do impacto da depressão materna para o bebê depende de vários fatores como, idade da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo, apático ou intrusivo da mãe deprimida.

Para os autores, esses dois estilos de interação mãe – bebê tem relação direta com o comportamento que o bebê passaria a apresentar. Ou seja, ele pode desenvolver um estilo de interação deprimido, com baixo padrão de atividade e apatia, como pode apresentar um comportamento hiperativo; com irritação e grandes níveis de atividade.

Nem todas as interações da mulher com seu filho foram descritas como explicitamente agressivas. Isso acontece pelo fato de ela também se preocupar em proteger a integridade física e psíquica do filho em face da possibilidade de, na interação com ele esse comportamento se apresentar, visto que muitas vezes, na interação com outros membros da família e outras pessoas próximas, elas o percebam se manifestando à sua revelia, ou seja, sem o seu controle.

Em algumas situações, a mulher se vê perdendo o controle de si nos cuidados com o filho, porém ela tem consciência do olhar vigilante, controlador a si e protetor a seu filho em seu entorno. A consciência que tem do que é errado e o temor de ser recriminada caminham juntos com sua dificuldade e seu medo de não conseguir controlar o que se apresenta em si e corresponder ao que se espera dela em seu papel materno, ou seja, de cuidados e proteção ao filho.

Analisando seus atos de descontrole imaginados ou executados, a mulher se recrimina e não se perdoa pelos comportamentos que teve. Sente-se errada, inadequada e culpada, mesmo sabendo-se sem controle absoluto de suas atitudes em meio

à depressão pós-parto. O arrependimento e o sentimento de culpa por seus atos em relação ao filho se manifesta pela certeza de que em vários momentos se manteve no lado contrário do qual deveria estar, ou seja, o de proteção ao mesmo.

A culpa que a mulher sente em relação às atitudes que teve com o filho se faz presente porque socialmente a depressão pós-parto não tem sido vista como uma doença que apesar de se manifestar no período pós-parto não obedece às regras do exercício da maternidade. A depressão segue o seu curso à revelia do que socialmente se construiu sobre a maternidade, sendo necessário que a mulher vitimizada pela doença seja vista (e também se veja) de maneira especial, ou seja, como uma mulher que não tem condições de corresponder ao que socialmente dela se espera.

Essa dificuldade de se ver e ser vista além das atitudes maternas não convencionais, pode ser uma barreira muito grande para que ela não revele e nem explicita publicamente seus reais sentimentos durante o período da DPP.

Seu comportamento de proteção ao filho se faz presente em várias situações, nas quais ela se empenha para sua execução. Uma delas é a de tentar manter o marido mais tempo em casa consigo e com o filho. A presença deste com ela também lhe confere segurança e proteção, além de se sentir mais valorizada.

Em relação à presença física dos maridos junto às mulheres em casa, Montgomery et al. (2009), relatam que isso diminuía o medo delas em relação as manifestações da DPP. Foi representada como uma oportunidade para elas expressarem verbalmente suas preocupações e incertezas. Entretanto, afirma que elas revelaram que foram seletivas e estratégicas sobre o que, como e quando elas conversavam com os seus maridos, avaliando constantemente os riscos e benefícios de suas revelações sobre seus sentimentos.

Esses autores afirmam que a presença dos maridos em casa deu às mulheres a oportunidade de verbalizar sentimentos e

pensamentos embora seletivos, mas que possivelmente diminuiu o caos emocional e desequilíbrio interior que elas sentiam.

Sobre a presença do pai junto à mãe com depressão pós-parto, Tammentie et al. (2004), observou em sua pesquisa que a presença do pai foi também de grande importância para a mãe, pois o apoio dado pelo pai no cuidado do bebê uniu mais os cônjuges e ajudou a entender melhor o tumulto emocional em que a mãe estava imersa.

Frizzo e Piccinini (2005) dizem que os esposos de mulheres deprimidas tendem a ficar mais envolvidos com seus filhos do que pais cujas esposas não são deprimidas, provavelmente numa tentativa de compensar as dificuldades dela com a depressão. O pai poderia amenizar os possíveis efeitos da depressão materna para seus filhos, ao prover um modelo de interação sensível e responsivo às necessidades das crianças, quando sua esposa pode não estar conseguindo fazê-lo.

As investigações feitas por Goodman (2008) contrapõem esta ideia, dizendo que homens cujas parceiras estavam deprimidas tinham escores de depressão e estresse significativamente mais alto e menos interação boa pai-bebê do que os homens cujas parceiras não estavam deprimidas.

Os dados obtidos em sua análise fornecem evidência de que, quando uma mulher está tendo depressão durante o início do período pós-parto, a interação pai-bebê é afetada negativamente. Diferentemente da opinião de que os pais podem compensar as interações da mãe deprimida com o bebê, os achados deste autor sugerem que os pais não melhoram as suas interações com o bebê de uma maneira que possam apoiá-lo ou protegê-lo quando a mãe está deprimida, mas que, ao contrário, a interação pai-bebê sofre quando a mãe está deprimida (Goodman, 2008).

As declarações obtidas em nossa investigação mostram o distanciamento do homem com o filho e com a mulher em alguns momentos específicos e este está associado com o comportamento

predominante de rejeição afetiva dela com ele em algumas situações. Entretanto, esse afastamento funciona para ele como possibilidade de alívio da tensão estabelecida e o retorno posterior em melhores condições emocionais para lidar com a mulher, o filho e todo o contexto por ela afetado. O padrão que predomina é o de afastamento dele nos momentos de grandes turbulências provocadas pela depressão pós-parto como uma estratégia para manter o seu equilíbrio emocional e a proteção da relação conjugal.

Nesses períodos, o apoio que os familiares dão aos cônjuges especialmente as mulheres da família, facilita as saídas do homem da situação.

Estudando a dinâmica de famílias de mães deprimidas no pós-parto, Tammentie et al. (2004), observaram que os casais acabaram optando pela separação conjugal diante das dificuldades relacionais que se estabeleceram, sendo que a separação foi resultado de uma situação onde os cônjuges se viram com extrema incapacidade de discutir a situação e explicar seus pontos de vista um para o outro.

Os desentendimentos do casal levantados pelas declarações obtidas para nossa análise, diz respeito também à discordância do homem relacionado à maneira da mulher cuidar do filho, estando essa afetada pela doença e muito combatida pelo homem, gerando muitos desentendimentos conjugais. Esses comportamentos apesar de serem perceptíveis para a mulher fogem ao seu controle.

Rolland (1994) nos lembra de que uma das nossas promessas de casamento mais importante nos obriga a cuidar do nosso companheiro na saúde e na doença. Destaca que muitos de nós celebrando um casamento, não tem ideia de como uma vida junto com uma doença significaria, pois uma doença séria ou deficiência de um cônjuge desafia as regras do relacionamento do casal. Lembramos que esses desafios podem se tornar maiores quando não se conhece o que se está enfrentando, como foi o caso das famílias deste estudo.

O fato de grande parte dessas mulheres, apresentarem a irritabilidade e agressividade muitas vezes descontroladas em suas relações contribui para que as pessoas com as quais convivam no contexto familiar, não as associem à depressão pós-parto e nem elas mesmas se percebam assim. Isso acontece pelo desconhecimento das formas de manifestações da doença. Também acreditamos que o comportamento delas, de irritabilidade e de agressividade, promova o afastamento das pessoas da própria família como uma forma de proteger as relações familiares, proteger a si mesmas e a mulher.

Beck e Indman (2005) chamam a atenção para a variedade de sintomas da depressão pós-parto e dentre esses, a irritabilidade, que pode variar em intensidade desde a intolerância até uma explosão destrutiva de grandes proporções. Aconselha que uma escala de triagem necessite ser o mais extensa possível para alcançar suficientemente mães sofrendo de depressão pós-parto, para que essas não sejam esquecidas e incorretamente identificadas como não estando deprimidas.

Nesse movimento intenso de dificuldades relacionais, a mulher começa a se perceber perdendo o controle de si mesma, de encarceramento na e pela depressão pós-parto e as ideias de colocar um fim no sofrimento em que vive através do suicídio começam a fazer parte de seus pensamentos. Esses comportamentos que se somam a irritabilidade intensa e a agressividade é que a faz se perceber, bem como ser percebida pela família como necessitada de ajuda especializada.

Entretanto, os comportamentos de prostração e desligamento do mundo em seu entorno, chamam mais a atenção da família de que algo com ela esteja errado. Embora todos esses comportamentos não obedeçam a uma sequência lógica crescente, ou seja, eles se apresentam variáveis e oscilantes, é a exacerbação deles que a faz buscar ajuda.

A sensação de desligamento de si e que seu corpo não obedece aos seus comandos, é parecida com o que Solomon (2002), denomina como colapso depressivo. Ou seja, uma fase em que a pessoa não consegue ter forças físicas para empreender qualquer tipo de atividade relacionada a elas mesmas e muito menos ao ambiente que a cerca. Isso é perceptível pelas famílias de nosso estudo, pois é nesta fase que ela (a mulher) não consegue desempenhar as tarefas inerentes aos cuidados do filho.

As oscilações no comportamento da mulher com depressão pós-parto surgem nas pesquisas de Ugarriza (2002), quando elas afirmam que experimentavam os sintomas, se sentiam aliviadas por um tempo e depois re-experimentavam os sintomas novamente. Esta flutuação de sintomas conforme a estudiosa acima, foi uma reclamação frequente das mulheres, pois a maioria delas não podia especificar a duração dos sintomas contínuos afirmando que os seus sintomas vinham e iam, ou seja, um dia estavam melhores, e depois se sentiam mal novamente.

A sensação de perda de forças e aprisionamento pela depressão faz com que a mulher de nosso estudo se sinta rendida por ela. Essa sensação toma contornos de terror, pois pensa na possibilidade de acabar com a própria vida e em contrapartida em sua responsabilidade com o filho. Nos dados levantados por Chan e Levy (2002), pelo menos dois terços das mulheres deprimidas no pós-parto, mencionaram que elas não conseguiam ver uma saída para sua situação exceto por meios violentos como o suicídio e também através do infanticídio.

Para Matão et al. (2011) uma das maiores dificuldades para os familiares de mulheres com depressão pós-parto é quando os sinais e sintomas se exacerbam em alguns momentos da crise e aparece o desejo de suicídio. Engqvist e Nilsson (2011) informam que os maridos se sentem tremendamente amedrontados ao perceberem suas esposas com comportamentos autodestrutivos, dentre eles o suicídio.

Os suicídios estão entre as mortes mais angustiantes para as famílias enfrentarem, em particular quando são impulsivos, supostamente sem sentido ou aparentemente destinados a magoar ou punir os entes queridos (Walsh, 2005).

Barr e Beck (2008) ao explorarem os pensamentos de suicídio que não levaram ao ato entre mães com depressão pós-parto, identificaram que esses frequentemente ocorriam simultaneamente aos pensamentos de infanticídio. Esse comportamento foi considerado pelas pesquisadoras como estando relacionados com sentimentos de responsabilidade distorcida em relação aos seus bebês. Elas concluíram que as mulheres ao pensarem em por fim a sua vida, sentiam-se irresponsáveis de deixar o bebê sem mãe e pensamentos de levá-los juntos a morte também se faziam presentes por conta dessa responsabilidade.

Essas estudiosas recomendam que nos contatos com essas mulheres que tem ideias de suicídio, os profissionais que as atendem devem abordar com cautela sua relação com o filho, pois na maioria das vezes elas têm pensamentos de machucá-los seriamente (Barr, Beck, 2008).

As informações por nós obtidas demonstram que apesar de a mulher por vezes pensar na possibilidade de acabar com a própria vida, pensam na responsabilidade com o filho e em seu futuro sem ela, além de levar em consideração crenças que permeiam sua formação religiosa.

A busca por ajuda espiritual foi um dos apoios necessários procurados pelas mulheres e seus maridos para o afastamento desses pensamentos e consequente controle da situação. Isso foi mais observado em casais evangélicos sendo que esses puderam contar com o apoio de membros de sua igreja bem como das sociedades internas a essas, para superação dos transtornos decorrentes da depressão pós-parto. Para Walsh (2005), a religiosidade oferece conforto e significado além da compreensão

diante da adversidade. Essa autora também diz que a fé pessoal apoia a crença de que podemos vencer nossos desafios.

Uma das manifestações também muito presente nas mulheres entrevistadas para essa investigação, foi o choro que apareceu com muita frequência. Essa manifestação de comportamento não foi valorizada como de anormalidade pela família e pelo marido, sendo em algumas situações associadas por eles às concepções cristalizadas do ser mulher.

Objetivando compreender a percepção de familiares sobre a depressão pós-parto e cuidados maternos prestados pelas mulheres com depressão pós-parto, Silva et al. (2010) observaram que as principais alterações emocionais relatadas foram o choro fácil e nervosismo. As puérperas sentiam-se frustradas e inseguras quanto ao exercício da maternidade. Como agravante foi observado que os familiares desconheciam o problema da depressão pós-parto.

Esse desconhecimento é destacado também no estudo de Dennis e Chung-Lee (2006) que sugerem que os membros das famílias por eles analisadas se mostraram incapazes de fornecer assistência ou promover a busca por ajuda devido a uma falta de entendimento sobre a depressão pós-parto.

Resultados semelhantes foram encontrados com todos os familiares abordados em nossa pesquisa, principalmente os relacionados à falta de percepção da família de que a mulher estivesse desenvolvendo sinais e sintomas característicos de depressão pós-parto.

Em relação ao choro da mulher, observamos uma intolerância do homem ao mesmo, que sem saber lidar com essa manifestação se afasta. Por outro lado, a contenção do choro materno por meio de repreensões feitas pelas mulheres da família contribui para o agravamento de sua situação e também para o retardamento pela busca por ajuda.

Dennis e Chung-Lee (2006) apontam que em algumas culturas, os membros da família podem ativamente desencorajar

mulheres de obter ajuda uma vez que é inaceitável admitir sintomas depressivos ou discutir tais dificuldades fora do contexto familiar.

A observação da mulher participante de nosso estudo do bem-estar na interação com a maternidade que outras mulheres exibem a deixa intrigada com seu próprio comportamento, além de com elas não conseguir se identificar. Esses resultados são convergentes com o estudo de Tammentie et al. (2004) onde as mulheres relataram a dificuldade de se encontrarem com outras que tinham filhos pequenos e apresentavam a imagem de sucesso como boas mães. Esses comportamentos percebidos por essas mulheres em outras mães as deixavam em uma situação muito difícil, pois não conseguiam com elas se identificarem.

As interações que a mulher estabelece consigo, com o marido e com os filhos, vão ficando cada vez mais piores, causando-lhes problemas. Entretanto, a interação com o filho é um dos principais elementos que a impulsiona para a busca de entendimento sobre o que está acontecendo consigo.

Quando a mulher é diagnosticada como estando com DPP, a família consegue olhar o passado recente e localizá-la (a DPP) em meio aos eventos e comportamentos maternos. Assim passa a se preocupar mais com ela, com as repercussões da doença e com o sofrimento em que estiveram imersos e sem condições de identificar o que se escondia atrás dos comportamentos percebidos.

Enfim, o diagnóstico ao mesmo tempo em que deixa a família perplexa por terem convivido e lutado com o que não conheciam (e não se deixava conhecer), a localiza em meio ao caos, dando-lhe condições de retomar o controle de seu modo de vida, além de proporcionar-lhes mais segurança para seguir em frente, apoiando a mulher na busca, tratamento e superação da DPP.

5 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A depressão pós-parto tem sido vista ao longo do tempo como um problema exclusivamente das mulheres e as descobertas reveladas pela nossa investigação apontam a necessidade de se considerar as implicações da depressão pós-parto para toda a família, incluindo especialmente pais (homens) e outros filhos presentes na família, que parecem ser os mais atingidos pelos comportamentos da mulher com DPP.

Os relatos apontam para as dificuldades da mulheres em explicitar o que sentiam e principalmente a diferença que percebiam em si, fato esse que nos permite inferir que elas não tinham habilidade para expressar o que estava acontecendo verdadeiramente com elas para os familiares.

A falta de entendimento sobre o porquê dos comportamentos maternos também esteve presente em todos os membros das famílias de nosso estudo que conviveram com a mulher no período da DPP. Esses entenderam o que de fato acontecia com a mulher, somente após o diagnóstico desta, feito por um profissional.

Porém, as nossas averiguações nos mostram que os desentendimentos entre os familiares, e em especial entre os casais, não desaparecem logo após o reconhecimento da depressão pós-parto. Entretanto, ficou evidente que, com o diagnóstico, a família, informada sobre o que está acontecendo, se percebe localizada e mais segura e isso permite a ela realinhar suas ações às necessidades da mulher e as de seus outros membros.

As pessoas apontadas pelas mulheres para junto com elas falarem sobre a experiência da depressão pós-parto foram as mulheres da família e os maridos/companheiros, sendo esses em maior proporção. Esses, de tal maneira marginalizados pelos serviços de saúde perinatal que tem como foco a mulher e o bebê, passam após o parto a terem que dar suporte a eventos para os quais não foram preparados.

A grande maioria das mulheres envolvidas em nossas averiguações que trataram da depressão pós-parto seja através de psicoterapia, seja através de medicamentos, o fizeram sozinhas, ou seja, os familiares não foram colocados como objeto de cuidado por quem as atendia. Como a DPP é um problema que afeta as relações familiares, os profissionais que atendem as mulheres nesse período devem conhecer as repercussões da mesma e atender a unidade familiar, especialmente os cônjuges e os filhos (independente de sua ordem de nascimento), os quais são os mais afetados pelo estado materno.

Além disso, atenção especial deve ser direcionada às outras mulheres da família (sogra, mães, irmãs) que podem estar sobrecarregadas no atendimento às necessidades da mulher com DPP. Essas mulheres podem apresentar desconhecimento em relação ao problema e consequente dificuldade de gerenciar os cuidados que presta em meio aos acontecimentos relacionados ao comportamento da mulher.

Este estudo demonstra que a depressão pós-parto acarreta sofrimentos para a mulher e para a família, além de desgastes nas relações conjugais, e nas relações entre a mulher e outros filhos, havendo a necessidade de os profissionais que atendem ao pós-parto, fiquem atentos e ativos na busca e detecção de possíveis casos para a depressão pós-parto.

As informações levantadas sinalizam para um caminho onde há que se desconsiderar a depressão pós-parto como um aspecto específico da mulher. A depressão mobiliza e também afeta a todos que com ela convivem, sendo necessário que toda a família seja tomada como objeto do cuidado a ser oferecido.

Os profissionais que atendem a mulher no ciclo gravídico puerperal podem através de ferramentas como o genograma de famílias, identificar mulheres com histórias potenciais para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Um genograma permite identificar situações que apontam para possibilidades da depressão

pós-parto nos dando ideia, do que e a que ficarmos atentos, ou seja, aos eventos de vida que podem colaborar fortemente para o desencadeamento de depressão pós-parto nas mulheres.

Outra ferramenta acessível e de fácil manuseio diz respeito à EPDS, que é um instrumento de rastreio de sintomatologia depressiva, simples e fácil de ser utilizado. Este instrumento não diagnostica a depressão pós-parto, mas é a ferramenta mais usada frequentemente para identificar mulheres em risco de desenvolvê-la. Essa escala já foi validada no Brasil e pode ser adotada nos serviços básicos de saúde.

Os profissionais que atendem a mulher devem promover espaços de comunicação através de grupos de apoio às famílias no período puerperal para discutirem seus sentimentos e preocupações em um ambiente seguro, sem julgamentos. A esses profissionais cabe também instrumentalizar a família com informações que lhes proporcionem conhecimento e entendimento da doença, de como ela se manifesta, bem como sobre sua potencialidade em afetar negativamente as relações familiares.

A formação de grupos de apoio pode auxiliar a quebra de tabus relacionados à revelação de sentimentos pela mulher e também das famílias sobre o enfrentamento das dificuldades relacionais advindas com a depressão pós-parto.

É necessário que os serviços de saúde apoiem melhor as famílias, os novos e também os velhos pais, considerando que o evento não se restringe ao nascimento do primeiro filho, instrumentalizando-os de maneira a terem condições de identificá-lo e buscar por ajuda, o que pode aliviar o sofrimento experimentado na lida com a mulher.

Profissionais da área da saúde costumam enfocar somente elementos positivos do ciclo gravídico puerperal nos contatos com as mulheres. Essa prática pode e deve ser conservada, mas também mescladas de elementos não tão agradáveis como a depressão pós-parto.

O pós-parto pode ser um período de ganhos, de felicidade, de encantamentos, de plenitude, mas também pode se transformar em um período com experiências completamente opostas a essas e, a possibilidade de que isso ocorra deve ser revelado à família.

REFERÊNCIAS

Amankwaa LC. Postpartum depression among African-American woman. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24(3):297-316.

American Medical Association. Guia essencial de depressão. Trad. de Claudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquariana; 2002.

American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM IV-TR to DSM-5. 2012. [Texto recuperado em 23 de novembro de 2014]. Disponível em: <http://psychiatry.org/dsm5>.

Ângelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva em enfermagem [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Ângelo M, Bousso RS, Rossato LM, Damião EBC, Silveira AO, Castilho AMCM, et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(n.esp. 2): 1337-41.

Araújo AC, Lotufo-Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM – 5. *Jornal de Psicanálise*. 2013; 46(85),99-116.2013.

Arrais AR. As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante [tese doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2005.

Ballone GJ. Depressão. PsiqWeb [Internet]. 2005a fev. 21 [citado 2008 set. 26]. Disponível em: www.psiqweb.med.br.

Ballone GJ. Depressão pós-parto. PsiqWeb [Internet]. 2005b mar.14 [citado 2008 set. 26]. Disponível em: www.psiqweb.med.br.

Ballone GJ. Depressão e relacionamento pessoal. PsiqWeb [Internet]. 2007 jul. 23 [citado 2008 set. 26]. Disponível em: www.psiqweb.med.br.

Barr JA, Beck CT. Infanticide secrets: qualitative study on postpartum depression. *Can Fam Physician*. 2008; 54(12):1716-7.e5.

Beck CT. Postpartum depressed mothers experiences interacting with their children. *Nurs Res*. 1996; 45 (2):98-104.

Beck CT. Teetering on the edge: a substantive theory of postpartum depression. *Nurs Res*. 1993; 42(1):42-8.

Beck CT. The live experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nurs Res.* 1992; 41(3):166-70.

Beck CT, Indman P. The many faces of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34(5): 569-76.

Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res.* 2000; 49(5): 272-82.

Beeghly M, Olson KL, Weinberg MK, Pierre SC, Downey N, Tronick EZ. Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in Black mothers during the first 18 months postpartum. *Matern Child Health J.* 2003;7(3):157-68.

Blumer RH. *Interaccionismo simbólico: perspectiva y método.* Barcelona: El Hora; 1982.

Botega NJ, Dias MK. Gravidez e puerpério. In: Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.* Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 285-97.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. *Agenda da gestante.* Brasília, DF; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.* Brasília, DF; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.* 3ª ed. Brasília, DF; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.* 2ª ed. Brasília, DF; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco.* Brasília, DF; 2012.

Bugdayci R, Sasmaz CT, Tezcan H, Kurt AO, Oner S. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after

delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health*. 2004;13(1):63-8.

Buist A. Childhood abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(3):370-8.

Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry*. 2003; 15(3): 243-55.

Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni A, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006; 33(2): 92-102.

Cantilino, A. Depressão pós-parto: Prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos. 2009,153 p. [tese] [Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2009.

Cantilino A. Tradução para o português e estudo de validação da Post Partum Depression Screening Scale na população brasileira [dissertação] [Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.

Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010; 37(6): 278-84.

Castro APW, Lotufo Neto F. Continuação do antipsicótico em depressão psicótica: relato de caso. *Rev Psiquiatr Clín*. 2004; 31(6):300-5.

Chan S, Levy V. Postnatal depression: a qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. *J Clin Nurs*. 2004; 13(1):120-3.

Chan SW, Levy V, Chung TK, Lee D. A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese diagnosed with postnatal depression. *J Adv Nurs*. 2002; 39(6): 571-9.

Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction an interpretation, an integration. 10th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2009.

Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(11):1284-92.

Chen CH, Wang SY, Chung UL, Tseng YF, Chou FH. Being reborn: the recovery process of postpartum depression in Taiwanese women. *J Adv Nurs*. 2006; 54(4):450-6.

Collins CH, Zimmerman C, Howard LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(1):3-11.

Cornish AM, McMahon CA, Ungerer JA, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year. *J Reprod Infant Psychol*. 2006; 24(2): 121-32.

Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34(34): 157-65.

Coutinho MPL, Gontiès B, Araújo LF, Sá RCN. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico (Porto Alegre)*. 2003; 8(2): 183-92.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal Of Psychiatry*. 1987; 150: 782-786.

Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31.

Coyne JC, Kessler RC, Tal M, Turnbull J, Wortman CB, Greden JF. Living with a depressed person. *J Consult Clin Psychol*. 1987; 55(3): 347-52.

Cruz EB, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.

Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998; 31(6):799-804.

Demissie Z, Siega-Riz AM, Evenson KR, Herring AH, Dole N, Gaynes BN. Associations between physical activity and postpartum depressive symptoms. *J Womens Health*. 2011;20(7):1025-34.

Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*. 2006; 33(4):323-31.

Dennis CL, Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. 2006; 56(6):588-99.

Dennis TR, Moloney MF. Surviving postpartum depression and choosing to be a mother. *Southern Online J Nurs Res* [Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 16]; 9(4). Available from: http://www.resourcenter.net/images/snrs/files/sojnr_articles2/Vol09Num04Art06.html

Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Edhborg M, Friberg M, Lundh W, Widström AM. "Struggling with life": narratives from women with signs of postpartum depression. *Scand J Public Health*. 2005; 33(4):261-7.

Edhborg M, Nasreen HE, Kabir ZN. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(4):307-16.

Engqvist I, Nilsson K. Men's experience of their partners' postpartum psychiatric disorders: narratives from the internet. *Ment Health Fam Med*. 2011; 8(3):137-46.

Figueira PG, Diniz LM, Silva Filho HC. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Rev Psiquiatr Rio Gde Sul* [Internet]. 2011 [citado 2011 set. 24]; 33(2): 71-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1343.pdf>.

Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Estudo*. 2005; 10(1): 47-55.

Frizzo GB, Brys I, Lopes RCS, Piccinini CA. Conjugalidade em contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebê. *Aletheia*. 2010; (31): 66-81.

Frizzo GB, Brys I, Lopes RCS, Piccinini CA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm*, 2010; 23 (3): 411- 6.

Furegato ARF, Candido MCFS, Costa Junior ML, Giacomini BA. Alunos de graduação em enfermagem: conhecimento e opinião sobre depressão. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(1):80-6.

Gao LL, Chan SW, You L, Li X. Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland China. *J Adv Nurs*. 2010; 66(2):303-12.

Glaser B, Strauss A. *The Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine; 2009.

Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Rev Adm Empres*. 1995; 35(2):57-63.

Gold LH. Postpartum disorders in primary care: diagnosis and treatment. *Prim Care*. 2002; 29(1):27-41.

Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004; 45(1):26-35.

Goodman JH. Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Ment Health J*. 2008; 29(6):624-43.

Gross KH, Wells CS, Radigan-Garcia A, Dietz PM. Correlates of self-reports of being very depressed in the months after delivery: results from the pregnancy risk assessment monitoring system. *Matern Child Health J*. 2002;6(4):247-53.

Gutierrez DMD, Minayo MCS. Papel da mulher de camadas populares de Manaus na produção de cuidados da saúde. *Rev: Saúde Soc*. 2009;18(4):707-720.

Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):125-33.

Hanley J, Long B. A study of Welsh mothers' experience of post natal depression. *Midwifery*. 2006; 22(2):147-57.

Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal breastfeeding duration. *Birth*. 2003; 30(3):175-80.

Hipwell AE, Reynolds S, Pitts Crick E. Cognitive vulnerability to postnatal depressive symptomatology. *J Reprod Infant Psychol*. 2004;22(3):211-27.

Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35(1):69-74.

Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Kara B, Unalan P, Cifçili S, Cebeci DS, Sarper N. Is there a role for the family and close community to help reduce the risk of postpartum depression in new mothers? A cross-sectional study of Turkish women. *Matern Child Health J*. 2008; 12(2):155-61.

Kirpinar I, Gözümlü S, Pasinlioglu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs*. 2009;19(3-4):422-31.

Knudson-Martin C, Silverstein R. Suffering in silence: a qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *J Marital Fam Ther*. 2009; 35(2):145-58.

Konradt CE, Silva RA, Jansen K, Vianna DM, Quevedo DMVLA, Souza LDM, et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33(2):76-9.

Krause KM, Østbye T, Swamy GK. Occurrence and correlates of postpartum depression in overweight and obese women: results from the active mothers postpartum (AMP) study. *Matern Child Health J*. 2009;13(6):832-38.

Lacoursiere DY, Baksh L, Bloebaum L, Varner MW. Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health J*. 2006;10(4):385-90.

Letourneau N, Tryphonopoulos PD, Duffett-Leger L, Stewart M, Benzie K, Dennis CL, et al. Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012; 26(1):69-80.

Lobato G, Moraes CL, Dias AS, Reichenheim ME. Postpartum depression according to time frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14(3): 187-93.

Mamun AA, Clavarino AM, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. Maternal depression and the quality of marital relationship: a 14-year prospective study. *J Womens Health*. 2009; 18(12): 2023-31.

Martins D, Pires AP. O comportamento parental de companheiros de mulheres com depressão pós-parto. *Mudanças Psicol Saúde*. 2008; 16(2): 106-15.

Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Oliveira LN, Martins VR. Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. *Rev Enferm Cent O Min*. 2011; 1(3): 283-93.

Mckee MD, Zayas LH, Jankowski KRB. Breastfeeding intention and practice in an urban minority population: relationship to maternal depressive symptoms and mother-infant closeness. *J Reprod Infant Psychol*. 2004; 22(3): 167-81.

Montgomery P, Bailey P, Purdon SJ, Snelling SJ, Kauppi C. Women with postpartum depression: "my husbands" stories. *BMC Nurs*. 2009;8:8.

Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):65-70.

Mott SL, Schiller CE, Richards JG, O'Hara MW, Stuart S. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(4):335-43.

Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev Psiquiatri Rio Gd Sul*. 2005;27(2):165-76.

Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 2:S34-40.

Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.

Póo FAM, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la CM, Hernández OT, Péres HC. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile*. 2008;136(1):44-52.

Ribeiro CS. A influência dos transtornos afetivos do puerpério sobre o recém-nascido. *PsiquWeb [Internet]*. 2005 [citado 2008 set. 26]. Disponível em: www.psiqweb.med.br.

Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile*. 2006; 134(6): 713-20.

Rolim Neto ML, Rocha V M, Silva LB. A depressão pós-parto em vozes que interpretam. *Psicol Saúde Doenças*. 2005; 6(1):109-15.

Rolland JG. Families, illness and disability: an integrative treatment model. New York: Basic Books; 1994.

Ross LE, Dennis CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. *J Womens Health*. 2009;18(4):475-86.

Roux G, Anderson C, Roan C. Postpartum depression, marital dysfunction, and infant outcome: a longitudinal study. *J Perinat Educ*. 2002; 11(4): 25-36.

Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2007 [citado 2009 set. 10]; 29(3): 274-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06.pdf>.

Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* [Internet]. 2005 [cited 2008 Nov 26]; 51:1087-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479513/>.

Santos, et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004 *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11):2577-2588, nov, 2007.

Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico (Porto Alegre)*. 2007; 12(2): 319-26.

Schwengber DDS, Piccinini CA. A experiência da maternidade no contexto da DPP materna no primeiro ano de vida do bebê. *Estudos Psicol*. 2005; 22(2): 143-56.

Schmidt EB, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico (Porto Alegre)*. 2005; 10(1): 61-8.

Séguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*. 1999;26(3):157-63.

Silva MCF, Furegato ARF, Costa MLJ. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2003; 11(1): 7-13.

Silva MR, Piccinini CA. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos Psicol (Natal)*. 2009; 14(1): 5-12.

Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta paul. enferm.* 2010; 23 (3): 411- 416.

Sintra T, Cordeiro OR. Distúrbios mentais maternos do pós-parto: dar à luz e... ficar às escuras. *Rev Saúde Infantil*. 1998; 20(1): 29-41.

Solomon A. O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.

Sotto-Mayor IMB, Piccinini CA. Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico (Porto Alegre)*. 2005; 36(2): 135-48.

Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Trad. de Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Surkan PJ, Peterson KE, Hughes MD, Gottlieb BR. The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample. *Matern Child Health J*. 2006;10(4):375-83.

Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Laippala P. Family dynamics and postnatal depression. *J Psychiatr Health Nurs*. 2004; 11(2):141-9.

Tedesco JJA, Zugaib M, Quayle J. Obstetrícia psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997.

Templeton L, Velleman R, Persaud A, Milner P. The experiences of postnatal depression in women from black and minority ethnic communities in Wiltshire, UK. *Ethn Health*. 2003;8(3):207-21.

Valentine JM, Rodriguez MA, Lapeyrouse LM, Zhang M. Recent intimate partner violence as a prenatal predictor of maternal depression in the first year postpartum among Latinas. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):135-43.

Ugarriza DN. Postpartum depressed women's explanation of depression. *J Nurs Scholarsh*. 2002; 34(3): 227-33.

Walsh, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca; 2005.

Wang L, Wu T, Anderson JL, Florence JE. Prevalence and risk factors of maternal depression during the first three years of child rearing. *J Womens Health*. 2011;20(5):711-8.

Wernet M, Ângelo M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(1):19-25.

Wright M, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. Trad. de Silvia Spada. São Paulo: Rocca; 2008.

Zanotti DV, Saito KC, Rodrigues MD, Otani MAP. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno associados ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Nursing (São Paulo)*. 2003; 6(61): 36-42.

Zinga D, Phillips SD, Born, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27 Supl 2:S56-64.

ANEXOS

ANEXO 1

Escola de
Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7548/8858 – Fax: (11) 3061-7548
São Paulo – SP – Brasil
E-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 02 de março de 2012.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo

Ref.: Processo nº 1105/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0123.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**As vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2

Para: LEONEL PEREZ CORRÊA

(Diretor Clínico do HJUM)

De: MARIA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA BARBOSA

(Enfermeira; Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso; Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP).

Sr Diretor,

Solicito autorização para o desenvolvimento de pesquisa de doutorado no serviço de psiquiatria desse conceituado hospital. A pesquisa terá como sujeitos de estudo mulheres que tenham experimentado a depressão pós-parto e que foram atendidas no serviço de psiquiatria do HJUM. Neste local farei a identificação do atendimento através dos registros disponíveis, identificando a mulher e posteriormente a localizarei em suas residências para proceder a coleta dos dados. O projeto de pesquisa intitula-se "As vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família" e faz parte de meus estudos nível Doutorado pelo Programa de Pós - graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE - EEUSP - Campus São Paulo-SP). Informo que estudos que abordam a temática Depressão Pós - parto tem sido considerados extremamente importantes na atualidade e recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Segue em anexo, cópia do projeto de pesquisa para melhor compreensão da proposta de estudo.

Informo que conforme normatização recente do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os projetos de pesquisa serão apreciados pelo CEP, mediante autorização prévia de pesquisa da instituição onde se pretende coletar os dados.

No aguardo de uma resposta positiva, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa

Cuiabá, 15/08/2011

Email: cidarodrigues@usp.br - Cel: 8404-9786; Fone res: 3642-1119

Dr. Leonel Perez Correa
Diretor Clínico do HJUM
CRM-MT 486

Autenticado
15/08/2011
Dr. Leonel Perez Correa
Diretor Clínico do HJUM
CRM-MT 486

Dr. Leonel Perez Correa
Diretor Clínico do HJUM
CRM-MT 486

ANEXO 3

Para: NEY DA SILVA PEREIRA
(Diretor Clínico do Hospital Geral Universitário)

De: MARIA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA BARBOSA

(Enfermeira; Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso; Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP).

Sr Diretor,

Solicito autorização para o desenvolvimento de pesquisa de doutorado no serviço de psiquiatria desse conceituado hospital. A pesquisa terá como sujeitos de estudo mulheres que tenham experimentado a depressão pós-parto e que foram atendidas no serviço de psiquiatria do HGU. Neste local farei a identificação do atendimento, através dos registros disponíveis, identificando a mulher e posteriormente a localizarei em suas residências para proceder a coleta dos dados. O projeto de pesquisa intitula-se "As vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família" e faz parte de meus estudos nível Doutorado pelo Programa de Pós - graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE - EEUSP - Campus São Paulo-SP). Informo que estudos que abordam a temática Depressão Pós - parto são considerados extremamente importantes na atualidade e recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Segue em anexo, cópia do projeto de pesquisa para melhor compreensão da proposta de estudo.

Informo que conforme normatização recente do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os projetos de pesquisa serão apreciados pelo CEP, mediante autorização prévia de pesquisa da instituição onde se pretende coletar os dados.

No aguardo de resposta positiva, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa

Cuiabá, 15/08/2011

Email: cidarodrigues@usp.br - Fone Cel: 8404-9786; Fone Res: 3642-1119

Ney da Silva Pereira
Diretor Clínico
CPHM - MT BGS
HGU - Hospital Geral Universitário
20/8/11

ANEXO 4

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 GERENCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOA

ANÁLISE DE REQUERIMENTO DE PESQUISA
 (Portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009)

Projeto em Pós-Graduação

Título: "As vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família "		
Nome do orientador: Profª. Drª. Margareth Ângelo		
Nome do pesquisador: Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa		
Instituição: EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo		

O PROJETO CONTÉM	SIM	NÃO
Justificativa? Acreditamos que as mulheres e suas famílias devessem ser ouvidas e que através de seus relatos podemos construir caminhos mais seguros para seu atendimento nos locais de assistência às mesmas, além de podermos contribuir com o meio científico, na compreensão da temática.	X	
Metodologia? Estudo exploratório e descritivo de caráter qualitativo.	X	
Cronograma? Conforme página 27.	X	

PARECER DA DIRETORIA ENVOLVIDA:

(X) Somos favoráveis a pesquisa, pois é relevante ao SUS.

() Não somos favoráveis a pesquisa, pois não é relevante ao SUS.

Silmayre Helena Silva
 Diretora da Atenção Básica

PARECER DA DIRETORIA ENVOLVIDA:

(X) Somos favoráveis a pesquisa, pois é relevante ao SUS.

() Não somos favoráveis a pesquisa, pois não é relevante ao SUS.

Rosane Marques Fontes Meciano
 Diretora da Atenção Secundária

Gerência de Desenvolvimento de Pessoas/CRH/SMS - Rua São Joaquim, 315 - Porto - Cuiabá/MT-cep.78020-150-Fone - Fax: 3617-7334 - E-mail:gdrrhms@ig.com.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERENCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOA

PARECER DA CRH:

(X) Somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 foram preenchidos, e por ser relevante ao SUS.

() Não somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 não foram preenchidos, e por não ser relevante ao SUS.

Marcondes Neves da Silva
Coordenador de Recursos Humanos

ANEXO 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora (Ou familiar)

Meu nome é Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa, sou professora da UFMT – Campus Cuiabá e estudante de Pós-Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof^a Dr^a Margareth Ângelo. Estou realizando um estudo sobre a família que vive a experiência da depressão pós-parto materna, por isso estou realizando entrevistas com a mulher e sua família, abordando como foi esse tempo de doença. Este estudo resultará na elaboração da minha tese de doutorado e os resultados serão divulgados em eventos e publicações científicas.

O conteúdo da entrevista será gravado e, posteriormente transcrito e analisado. As cópias ficarão guardadas comigo e serão utilizadas somente por mim e minha orientadora. As informações fornecidas serão mantidas em segredo e sua identidade não será revelada em nenhum momento. Você tem liberdade para retirar seu consentimento em participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo, mesmo depois de ter assinado este documento. Se, após a entrevista, você desejar que suas informações não sejam utilizadas poderá entrar em contato comigo e terá a fita e a cópia escrita, destruídas.

Sua participação não apresenta nenhum risco, seja pessoal, moral, físico ou familiar, não havendo despesas ou recompensa.

A pesquisa terá duração de aproximadamente 12 meses.

Diante do exposto, eu _____
_____ declaro
que fui esclarecido o suficiente sobre o estudo a ser realizado por
Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa e consinto em
participar.

Este documento possui 02 vias, ficando uma com o
colaborador e a outra com a pesquisadora.

Cuiabá, ____ de _____ de 2012.

Assinatura da entrevistada

Assinatura do pesquisador

Contatos:

Pesquisadora: UFMT – Campus Cuiabá – Fone: (65) 3615
8820/3615 8822.

Residência – Fone: (65) 3642 1119.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – Fone: (11) 13061-7548.

Você deseja receber informações sobre o resultado do estudo? Se sim, informe um endereço para que eu possa lhe enviar pelo correio.

Endereço da entrevistada:

ANEXO 6**FICHA DA FAMÍLIA**

Família n.º

Nome da família:

Endereço e local de referência:

Fone residencial/Celular/e-mail:

Data da entrevista:

Local/hora/tempo de duração da entrevista:

Entrevistados:

Idade:

Ocupação na época do evento:

Ocupação atual:

Membro da família que teve DPP: