**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

HUDSON PIRES DE OLIVEIRA SANTOS JUNIOR

**A TRAJETÓRIA DE MULHERES BRASILEIRAS NA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: O DESAFIO DE (RE)MONTAR O
QUEBRA-CABEÇA**

**SÃO PAULO
2013**

HUDSON PIRES DE OLIVEIRA SANTOS JUNIOR

**A TRAJETÓRIA DE MULHERES BRASILEIRAS NA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: O DESAFIO DE (RE)MONTAR O
QUEBRA-CABEÇA**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

**SÃO PAULO
2013**

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

Santos Junior, Hudson Pires de Oliveira

A trajetória de mulheres brasileiras na depressão pós-parto:
o desafio de (re)montar o quebra-cabeça / Hudson Pires de
Oliveira Santos Junior. -- São Paulo, 2012.

163 p.

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Dulce Maria Rosa Gualda

Área de concentração: Enfermagem

1. Saúde da mulher 2. Depressão pós-parto
3. Enfermagem I. Título.

NOME: HUDSON PIRES DE OLIVEIRA SANTOS JUNIOR

TÍTULO: A trajetória de mulheres brasileiras na depressão pós-parto: o desafio de (re)montar o quebra-cabeça.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à Prof.^a Dr.^a Dulce Gualda pelo seu constante apoio, por acreditar e estimular minha capacidade e por me apresentar um mundo de possibilidades. Sua inteligência, bom humor, discernimento e paixão pela vida e pelo ensino estarão sempre comigo.

Obrigado às Professoras Doutoras Lídia Rossi, Fátima Silveira, Regina Bousso e Maria Alice por se disponibilizarem a participar na minha banca e pelas contribuições nessa pesquisa.

Agradeço a meu pai, às minhas irmãs e aos demais familiares por sempre torcerem e desejarem o melhor para mim.

Obrigado a todos os meus amigos, especialmente ao Gustavo, ao Lucas, à Suse e à Maiara, por compartilharem, de diferentes maneiras, um pouco da vida.

Agradeço a todos os funcionários e docentes da EEUSP e, particularmente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, por serem sempre tão eficientes e dedicados. Carinho especial para Lúcia Nepomuceno por sempre estar presente e por sua eficiência.

Agradeço muito às mulheres e a seus familiares, que se disponibilizaram a participar dessa pesquisa: sem vocês seria impossível a elaboração desse trabalho. Obrigado ao Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo por viabilizar o contato com o campo de pesquisa.

Imensa gratidão à Universidade de São Paulo, à University of North Carolina at Chapel Hill e à University of British Columbia at Vancouver. Essas instituições me permitiram abrir a mente para novos horizontes.

I would like to thank Dr. Magarete Sandelowski for sharing some of her knowledge on qualitative research with me. The things that I have learned with her already made difference on my life as a nurse scientist. I will never forget her brilliant mind and passion for research.

I also would like to thank Dr. Wendy Hall for supporting me through a hard time in my dissertation and academic life. Her intelligence and passion for teaching will always inspire me.

Many thanks to Beth and Tal Black for taking care of me and for giving me a hand at the times that I was too anxious.

Especially, I would like to thank Amanda Black, who has changed my life and made my last year of the doctoral program to be more enjoyable. She is the most impressive and intelligent woman I have ever met.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
(FAPESP) pelo apoio financeiro.

Santos Junior, HPO. A trajetória de mulheres brasileiras na depressão pós-parto: o desafio de (re)montar o quebra-cabeça. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno do humor que pode afetar mulheres de diversas culturas, já sendo considerado um problema internacional de saúde pública. Contudo, há ainda pouco conhecimento científico sobre as características qualitativas da experiência da depressão pós-parto no contexto latino-americano, incluindo o Brasil. Diante dessa lacuna, o objetivo dessa pesquisa foi compreender a trajetória de um grupo de mulheres brasileiras na experiência da DPP. Trata-se de um estudo interpretativo descritivo. Os participantes foram 15 mulheres com diagnóstico clínico de DPP e 9 familiares indicados por elas. A coleta de dados foi realizada na cidade de São Paulo no período de maio de 2011 a janeiro de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram submetidos à análise temática indutiva. Como resultado, compreende-se que a trajetória das mulheres na experiência da DPP as levou a vivenciar uma maternidade fora dos padrões idealizados que, como consequência, modificou a forma como elas entendiam a própria identidade. A analogia de um quebra-cabeça é utilizada para descrever o desarranjo causado pela DPP na imagem mulher-mãe composta pelas peças “identidade” e “maternidade”. O fator que mais afetou a peça maternidade foram os pensamentos que as mulheres vivenciaram de machucar os filhos. Em resposta a isso, elas descreveram diferentes formas de exercer a maternidade. A peça identidade ficou em segundo plano devido à importância sociocultural dada à maternidade. Assim, mesmo os sintomas depressivos tendo afetado a capacidade individual das mulheres e a própria percepção sobre si mesmas, foi apenas a falha em cuidar da criança que despertou a questão da depressão e gerou a necessidade por assistência. Apoio familiar, retorno ao convívio social e tratamento psicofarmacológico foram as principais estratégias adotadas pelas mulheres para recuperar a condição de saúde. Porém, pode-se concluir que as peças do quebra-cabeça mulher-mãe não voltaram a se encaixar como antes. O desarranjo causado pela DPP não foi revertido e, por isso, as mulheres tiveram que se adaptar a um novo “normal”, no qual a identidade pessoal, a percepção sobre a maternidade, a relação com os filhos e companheiros foram negativamente afetadas. A descrição e a interpretação apresentada nesse estudo podem ser utilizadas por profissionais de saúde para compreender o processo de adoecimento das mulheres na DPP, bem como fornecer inúmeras possibilidades para futuras pesquisas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher. Maternidade. Depressão. Depressão pós-parto. Enfermagem.

Santos Junior, HPO. The trajectory of Brazilian women in postpartum depression: the challenge of putting the puzzle back together. [Dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is a mood disorder affecting women from different cultures, and is considered to be an international public health problem. However, there is still little scientific knowledge regarding the qualitative characteristics of the experience of PPD in the Latin American context, including Brazil. Given this lack of knowledge, the objective of this study was to understand the trajectory of a group of Brazilian women's experiences with PPD. This was an interpretive description study. The participants were 15 women with the clinical diagnosis of PPD, and 9 family members chosen by them. Data collection was performed in the city of São Paulo in the period of May 2011 to January 2012, through semistructured interviews. The data underwent inductive thematic analysis. As a result, it was understood that the trajectory of the women experiencing PPD led them to experience motherhood outside of the idealized standards, which consequently modified the way in which they understood their own identity. The analogy of a puzzle is used to describe the rearranging of the woman-mother image, composed of the two pieces "identity" and "maternity," caused by PPD. The thoughts that the women experienced of hurting their children proved to be the factor most greatly affecting the puzzle piece "maternity." As a response to this, they described different ways of exercising their motherhood. The puzzle piece "identity" took second stage due to the sociocultural importance given to maternity. Therefore, even when the depressive symptoms had affected the woman's individual ability, or her perception of herself, it was only when there was a failure to care for the child when questions arose regarding depression, generating the need for help. Family support, returning to social activities, and psychopharmacological treatment were all named as the main strategies to recover their health condition. However, it may be concluded that the woman-mother pieces never fit back together as they once had. The rearranging caused by the PPD was not reverted; the women had to adapt to a new "normal," where their personal identity, their perception of motherhood, and their relationships with their children and partners had been negatively affected. The description and interpretation presented in this study may be used by healthcare professionals to understand the illness process of women in PPD, and provide innumerable possibilities for future research.

KEYWORDS: Women's health. Motherhood. Depression. Postpartum depression. Nursing.

Santos Junior, HPO. La trayectoria de las mujeres brasileñas en la depresión posparto: el desafío de (re)montar la rompecabezas. [Tesis]. São Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2013.

RESUMEN

La depresión posparto (DPP) es un trastorno de humor que puede afectar a mujeres de diversas culturas, y ya se considera un problema internacional de salud pública. Sin embargo, todavía hay poco conocimiento científico sobre las características cualitativas de la experiencia de la DPP en el contexto latinoamericano, incluso en Brasil. Para suplir esta carencia, el objetivo de este estudio fue comprender la trayectoria de un grupo de mujeres brasileñas en su experiencia con la DPP. Se trata de un estudio interpretativo descriptivo. Los participantes eran 15 mujeres con el diagnóstico clínico de DPP y 9 familiares escogidos por ellas. La recopilación de datos se realizó en la ciudad de São Paulo en el período de mayo de 2011 a enero de 2012, mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron sometidos a un análisis temático inductivo. Como resultado, se comprende que la trayectoria de las mujeres en la experiencia de la DPP las llevó a experimentar una maternidad que quedaba fuera de los patrones idealizados, y que como consecuencia, modificó la forma en la que ellas entendían su propia identidad. La analogía de una rompecabezas se utiliza para describir la quebradura que causa la DPP en la imagen mujer-madre, que se compone por las dos piezas "identidad" y "maternidad". El factor que más afectó la pieza "maternidad" fue los pensamientos que tuvieron las mujeres de lastimar físicamente a sus hijos. Frente esto, ellas describieron diferentes formas de ejercer la maternidad. La pieza "identidad" quedó en segundo plano debido a la importancia sociocultural atribuida a la maternidad. De esta manera, aunque los síntomas depresivos hayan afectado la capacidad individual de las mujeres y su propia percepción de ellas mismas, fue solamente la falta de cuidar al niño que provocó la cuestión de la depresión y generó la necesidad de atención. El apoyo familiar, el regreso a la convivencia social y el tratamiento psicofarmacológico fueron las principales estrategias nombradas por las mujeres para recuperar su condición de salud. No obstante, se puede concluir que las piezas de la rompecabezas mujer-madre no volvieron a encajar como antes. El desorden causado por la DPP no fue revertido, y por eso, las mujeres tuvieron que adaptarse a una nueva "normalidad", en la cual la identidad personal, la percepción sobre la maternidad y la relación con los hijos y la pareja se ven afectadas de manera negativa. La descripción e interpretación presentadas en este estudio pueden ser utilizadas por los profesionales de salud para comprender el proceso de enfermedad de las mujeres con DPP, y aportan innumerables posibilidades para futuras investigaciones.

PALABRAS CLAVES: Salud de la mujer. Maternidad. Depresión. Depresión posparto. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Exemplos de falhas e perdas de sentido na tradução das entrevistas corrigidas durante a análise e a interpretação dos dados	61
Figura 1 –	Temas e suas respectivas categorias analíticas	69
Tabela 1 –	Tipos de maternidade em resposta aos pensamentos ruins	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DPP	Depressão Pós-Parto
EPDS	Edinburg Postnatal Depression Scale
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
GaWC	Globalization and World Cities Study Group & Network
IPq-USP	Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
UNDP	United Nations Development Programme

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Revisão da literatura	20
1.1.1 Depressão pós-parto: estimativas e prevalências	21
1.1.2 Características clínicas, fatores de risco e impactos	22
1.1.3 Instrumentos para identificação da depressão pós-parto	26
1.1.4 Opções terapêuticas	29
1.1.5 O caso da depressão pós-parto no Brasil.....	32
2 OBJETIVO DO ESTUDO.....	37
2.1 Justificativas para o estudo	37
3 METODOLOGIA.....	41
3.1 Descrição interpretativa: a opção metodológica.....	41
3.2 Pressupostos teóricos	47
3.3 Processo metodológico	51
3.3.1 Aspectos éticos.....	51
3.3.2 Cenário e participantes da pesquisa.....	52
3.3.3 Coleta de dados.....	55
3.3.4 Tratamento e tradução dos dados	57
3.3.5 Análise dos dados	58
3.3.6 Rigor da pesquisa.....	63
3.3.7 Limitações da pesquisa	65
4 RESULTADOS	68
4.1 A imagem de mulher-mãe brasileira na depressão pós-parto: o desafio de (re)montar o quebra-cabeça.....	68
4.1.1 Maternidade na depressão pós-parto: do idealizado ao experenciado.....	73
A realidade da maternidade	73
Pensamentos ruins na maternidade.....	74
Maternidades frente aos pensamentos ruins.....	78
4.1.2 Identidade obscurecida pela depressão pós-parto	82
Indiferença para as necessidades pessoais.....	83

Desvio de olhar dos comportamentos das mulheres.....	88
Comportamento das mulheres resignificado	90
4.1.3 Caminhos e estratégias para enfrentar a depressão pós-parto ...	95
O esforço de lidar com a depressão pós-parto.....	96
Ajustando-se ao novo normal.....	104
5 DISCUSSÃO.....	110
5.1 Maternidade e identidade na depressão pós-parto	111
5.2 Pensamentos ruins.....	116
5.3 Tipos de maternidade.....	120
5.4 A experiência da depressão pós-parto e a (re)montagem do quebra- cabeça.....	124
5.5 Implicações para ensino, pesquisa e prática de enfermagem	132
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICES	157
ANEXOS.....	163

1 INTRODUÇÃO

Vez por outra nos deparamos com noticiários televisivos sobre mães que abandonaram bebês. Não menos frequente, porém mais chocante, são notícias de mães que tentaram ou cometeram infanticídio¹. Histórias que causam perplexidade da sociedade e são amplamente divulgadas pelos meios de comunicação como casos de terror, nos quais as mães são apontadas como desumanas. Na maior parte dos casos, os órgãos de segurança pública interpretam essas ações apenas na dimensão social e criminalizam tais mães. No caso dos exemplos apresentados (nota de rodapé), duas das mães foram localizadas e indiciadas por tentativa de homicídio, perdendo a guarda dos filhos. Todavia, pouquíssimas discussões consideraram a condição de saúde mental em que essas mulheres se encontravam (Araújo, 2006).

Fatos como esses não são uma realidade exclusiva do Brasil. Nos Estados Unidos, há inúmeros registros de mães que abandonaram ou mataram os filhos, bem como de mães que mataram os filhos e, em seguida, cometeram suicídio. Por longo período, muitos desses casos também foram interpretados na perspectiva de um ato de pura violência social. Porém, em 2001, a história de Melanie Stokes despertou a atenção da população e das autoridades para a condição de saúde das mulheres que vivenciam tal realidade. Melanie foi uma mulher que tinha planejado e desejado a

¹ Seguem alguns exemplos de histórias como essas: 1) no Paraná, uma mãe abandonou o filho recém-nascido em um buraco, porém a criança foi resgatada ainda com vida; 2) no Distrito Federal, um bebê foi encontrado em uma caixa de sapatos e morreu logo após ser levado ao hospital; 3) em Minas Gerais, uma mãe jogou a filha recém-nascida em uma lagoa, mas que, em seguida, foi resgatada por pessoas que passavam no local.

gravidez, porém, logo após o parto, ela desenvolveu um grave episódio depressivo, que progrediu para uma psicose. Mesmo recebendo apoio familiar e tratamento médico, através de antidepressivos, de eletroconvulsoterapia e de três internações hospitalares ao longo de sete semanas; a história de Melaine acabou com um ato de suicídio, pulando do décimo segundo andar de um hotel em Chicago. Esse foi um caso que chocou o país e que gerou uma corrente de movimentos sociais para a criação de políticas e estratégias de atenção à saúde mental das mulheres durante o pós-parto. Um dos resultados desses movimentos foi a criação e a aprovação da “The Melanie Blocker Stokes Mothers Act”, que garante recurso financeiro para criação e manutenção de programas assistenciais e desenvolvimento de pesquisas relacionadas à depressão pós-parto (DPP) e outros transtornos mentais do puerpério (United States, 2009).

Histórias como as mencionadas servem para nós ajudar a questionar a forma como a sociedade brasileira vem lidando com a condição de saúde da mulher no pós-parto; nesse caso, mais especificamente a saúde mental. No contexto prático-assistencial, eu vivenciei os desafios ligados à saúde mental das mulheres quando trabalhei como enfermeiro em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS²). Em certa ocasião, eu tive que ir prestar assistência domiciliar a uma mulher que estava com ideias constantes de matar o filho recém-nascido e que, por isso, não conseguia mais deixar que outras pessoas se aproximassem dela e da criança. Felizmente, essa

² Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços públicos de saúde mental, destinados a atender indivíduos com transtornos mentais graves. Esse serviço é resultado da reforma psiquiátrica, que busca substituir as internações em hospitais psiquiátricos, e tem como maior objetivo tratar a saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população e promovendo a reabilitação social dos pacientes pelo acesso ao trabalho e ao lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários (Brasil, 2004).

história não teve final trágico: a mulher foi encaminhada para tratamento psiquiátrico e, em poucos meses, recebi a notícia de que ela e a família estavam bem. Porém, ao longo dos anos em que trabalhei naquela instituição, muitas foram as mulheres e/ou os familiares que vieram buscar ajuda para lidar com sintomas de DPP. Essas mulheres geralmente vinham encaminhadas da atenção primária em saúde, pois os enfermeiros e os médicos não sabiam como intervir nessa questão. Esse encaminhamento gerava um problema adicional, pois os CAPS não são destinados ao tratamento de transtornos mentais leves e moderados (exemplos: transtorno de ansiedade, depressões leve); devido a essa característica, alguns profissionais se recusavam a prestar assistência às mulheres com DPP e as encaminhavam novamente, dessa vez para atendimento psiquiátrico e/ou psicológico ambulatorial.

Ao mesmo tempo, muitas mulheres deixavam claro que elas não tinham intenção de serem tratadas em uma instituição psiquiátrica. Isso porque elas queriam evitar os preconceitos sociais sobre a “doença mental”, fato que traria prejuízos para as relações sociofamiliares, devido aos questionamentos sobre a integridade mental para assumir o papel de mãe. Por fim, esse processo de encaminhamento e de falta de dinâmica entre os serviços de saúde para responder a demanda das mulheres no pós-parto gerava um problema a mais, pois o deslocamento do atendimento da atenção primária em saúde para os serviços de especialidade psiquiátrica refletia mais custos e lentidão no diagnóstico e no tratamento da DPP, bem como gerava a incerteza se as mulheres conseguiram acessar a assistência profissional que necessitavam.

As histórias e a experiência profissional descritas estimularam minha curiosidade para investigar o processo de adoecimento de mulheres brasileiras na DPP.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

Esse capítulo é baseado na revisão da literatura de artigos científicos e incorporou estudos publicados em português, inglês e espanhol entre 1990 e 2010 sobre a DPP. Este período foi definido a partir de uma revisão sistemática que aponta que as primeiras publicações, sobre o objeto em estudo, começaram a surgir no início da década de 1990 (Beck, 2008a). Utilizando os descritores, singularmente e em combinação, “women, women’s health, postpartum, postpartum depression, postnatal depression”, foram exploradas as seguintes bases de dados: Computerized Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Sociological Abstracts. Como resultado, foram inicialmente localizados 1.784 estudos, dos quais, após refinamento, restaram 106 artigos que de fato abordavam o tema depressão pós-parto (Santos Junior, Silveira, Gualda, 2009).

Para localização da literatura adicional, foram analisadas as listas de referências citadas pelos artigos relevantes para o desenvolvimento dessa pesquisa. Adicionalmente, foi feita busca por livros publicados por pesquisadores internacionalmente reconhecidos na área, por relatórios e por documentos oficiais de órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde

do Brasil, e órgãos internacionais, como a Organização das Nações Unidas. A seguir, são apresentados os principais pontos relacionados à DPP e que orientaram a definição dos objetivos de estudo dessa pesquisa.

1.1.1 Depressão Pós-Parto: estimativas e prevalências

A depressão está entre uma das principais causas de incapacidade entre as mulheres (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009; O'Hara, 2009), sendo a idade fértil o período com maior prevalência de episódios depressivos (Goodman, 2007; O'Hara, 2009). Transtornos mentais no pós-parto afetam mulheres de todos os grupos étnicos e culturais (Oates et al., 2004). Os transtornos mais comuns durante esse período são a disforia puerperal, a depressão e a psicose pós-parto. Em descrição breve, a disforia puerperal é caracterizada como uma simples alteração do humor, com prevalência entre 30 e 70%, que pode ocorrer no pós-parto imediato e geralmente tem remissão espontânea ao longo de duas semanas (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2005). Por outro lado, a psicose pós-parto é considerada o transtorno mental mais grave do puerpério; com prevalência em torno de 0,1 a 0,2% ao longo das duas primeiras semanas de pós-parto. Essa prevalência pode ser maior para mulheres com forte histórico familiar de transtorno bipolar ou esquizofrenia (Jones, Craddock, 2001).

A DPP, condição intermediária entre a disforia e a psicose puerperal, é um importante e frequente transtorno do humor que afeta mulheres de diversas culturas. Porém, mesmo já sendo considerado um problema de

saúde pública, muitas controvérsias ainda existem sobre a sua magnitude (Mann, Gilbody, Adamson, 2010). Estimativas mostram que a prevalência da DPP em países industrializados está entre 10% e 15%, podendo alcançar a taxa de até 40% em países não industrializados ou recentemente industrializados (OMS, 2009). Em relação ao contexto brasileiro, os estudos nacionais têm encontrado uma heterogênea estimativa de prevalência da DPP, que varia de 7,2% a 43% (Da-Silva et al., 1998; Faisal-Cury et al., 2004; Moraes et al., 2006; Ruschi et al., 2007; Tannous et al., 2008). Essa ampla variação de estimativas pode ser atribuída às diferenças metodológicas das pesquisas, como, por exemplo: tipo de escala e ponto de corte utilizado para identificação da DPP, diferentes momentos do pós-parto estudados e características da amostra (Mann, Gilbody, Adamson, 2010; OMS, 2009).

Apesar da inconsistência sobre as taxas de prevalência tanto no contexto brasileiro quanto no internacional, há consenso de que a DPP é um importante transtorno mental que não tem recebido o devido reconhecimento e que, por isso, tem sido uma condição clínica subdiagnosticada e subtratada ao redor do mundo (Gaynes et al., 2005).

1.1.2 Características clínicas, fatores de risco e impactos

A DPP pode afetar as mulheres em qualquer momento entre duas semanas e um ano de pós-parto (Heron et al., 2004), sendo caracterizada por sentimento de tristeza, perda de prazer e interesse nas atividades cotidianas, alteração de apetite e do sono, redução da libido, perda de peso,

sentimento de culpa e, em alguns casos, ideias suicidas, entre outros. Apesar das similaridades entre a DPP e a depressão não relacionada com a maternidade, a primeira é caracterizada por sintomas particulares ou mais intensos relacionados à maternidade, como: falta de interesse na criança, sentimentos de vergonha, desesperança, possíveis pensamentos de machucar a criança e/ou pensamentos obsessivos com a criança (RNAO, 2005).

Fatores multivariados podem contribuir como causas da DPP e estão apresentados em algumas meta-análises sob o nome de fatores de risco. Dentre os fatores de risco, alguns são apresentados como tendo moderada ou forte associação com a DPP, a saber: episódio depressivo ou ansioso durante a gestação, disforia puerperal, história pessoal de depressão, eventos de vida estressantes – incluindo estresse relacionado ao cuidado da criança –, relação conjugal conflituosa e pouco suporte social (Beck, 2000; O'Hara, Swain, 1996; Robertson et al., 2004).

Outros fatores são apontados, pela capacidade de aumentar a vulnerabilidade da mulher à DPP, sendo esses: pouco suporte do companheiro (Matthey et al., 2000); violência doméstica, conflito das expectativas sobre a maternidade (Figueiredo et al., 2006); gravidez indesejada e/ou não planejada (Beck, 2008a), entre outros. Adicionalmente, a baixa condição financeira tem sido associada com o aumento de sintomas depressivo no pós-parto (Ross et al., 2006). Por exemplo, mulheres norte-americanas com quatro fatores de risco socioeconômicos (baixa renda mensal, sem nível educacional universitário, não casada e desempregada) foram consideradas 11 vezes mais propensas para ter DPP durante o

terceiro mês de pós-parto do que mulheres que não apresentaram tais fatores de risco (Goyal et al., 2010). É importante notar que as meta-análises não apontaram raça ou etnia como fatores de risco para DPP (O'Hara, 2009), apesar de que alguns desses grupos – por exemplo, as pessoas da raça negra – serem frequentemente mais afetados por menor acesso educacional e menor nível econômico.

Em relação aos impactos da DPP para a mulher, o filho e o companheiro, duas importantes meta-análises desenvolvidas com estudos de países industrializados validam que a DPP pode ter efeitos negativos, tanto de longo quanto de curto prazo, na relação e na interação mãe-bebê (Beck, 1995; Field, 2010). Isso porque, mães deprimidas são significativamente menos sensíveis no cuidado materno quando comparadas com mães não deprimidas. Essas mães apresentam, com maior frequência, interação invasiva ou isolada com seus filhos, bem como práticas de cuidado inadequadas (Dennis, McQueen 2007; Field, 2010), como a dificuldade de amamentar (Dennis, McQueen, 2007).

Pesquisadores têm encontrado que a interação de mães com DPP e seus filhos difere qualitativamente da interação mãe-bebê na qual não há presença de sintomas depressivos (Sohr-Preston, Scaramella, 2006). Além disso, essas mães são menos prováveis de procurar e receber cuidado de saúde adequado para seu bebê (Cornish et al., 2006), estando esse fato relacionado à maior possibilidade de colocar as crianças em risco (Schwebel, Brezaussek, 2008). Uma vez que crianças de mães com DPP estão mais expostas a problemas decorrentes da inadequada prática e da ausência de estímulo materno (Lovejoy et al., 2000) que, em longo prazo,

podem resultar em sequelas, como: problemas mentais (Lieb et al., 2002), retardo no desenvolvimento cognitivo e da linguagem (Ertel, Rich-Edwards, Koenen, 2011; Sohr-Preston, Scaramella, 2006), comprometimento do desenvolvimento físico (Field, 2010), além da vasta gama de problemas neuroendócrinos e comportamentais (Field, 2010; Kessler et al., 2003).

Além disso, sabe-se que as respostas das mulheres com DPP à maternidade é influenciada ou inibida pela situação pessoal da mulher, suas atitudes/crenças culturais, situação socioeconômica, preparação educacional e suporte comunitário e social (Meleis et al., 2000). Adicionalmente, estudos têm encontrado que mães com DPP são geralmente mais irritadas, ansiosas, menos engajadas e menos sensíveis à maternidade (Lovejoy et al., 2000), bem como enfrentam maior dificuldade para tomada de decisões sobre a rotina de cuidado ao bebê (Dennis, Ross, 2005). Mordoch e Hall (2008) encontraram que a maternidade pode se tornar mais complexa quando as mães estão tendo dificuldades para responder à própria condição mental.

Mulheres com sintomas depressivos possuem alto risco de desenvolver transtorno de ansiedade, uso abusivo de álcool e outras drogas, dificuldade de autocuidado e risco de suicídio. A DPP também tem sido relacionada com maior estresse na relação conjugal (Tammentie et al., 2004), aumento de depressão paterna, maior estresse paterno e diminuição de qualidade na relação pai-bebê (Goodman, 2008). Contudo, apesar da substancial quantidade de pesquisas demonstrando os efeitos negativos da DPP na interação e na relação mãe-bebê (Beck, 1995; Field, 2010; Field, Hernandez-Reif, Diego, 2006; Murray et al., 1996), pesquisadores brasileiros

não identificaram diferença estatisticamente significativa na interação entre mães deprimidas e não deprimidas com seus filhos (Frizzo, Piccinini, 2007), sendo poucas as discussões científicas considerando aspectos qualitativos sobre a percepção e a descrição das mulheres em relação à maternidade durante a experiência da DPP (Barr, 2008).

Considerando as características clínicas e os possíveis impactos da DPP na vida das mulheres, dos seus filhos e dos parceiros, cabe ressaltar que quanto mais cedo ocorrer a percepção dos sintomas e a procura de ajuda, mais rapidamente pode ocorrer a remissão do episódio depressivo (Glavin, Ellefsen, Erdal, 2010), evitando-se, assim, prejuízos na relação e na interação mãe-pai-bebê.

1.1.3 Instrumentos para identificação da depressão pós-parto

Apesar da relevante prevalência da DPP e de suas particularidades clínicas, nem o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da American Psychiatric Association (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 2000), nem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10; OMS, 1993), classificam a DPP como uma categoria separada. Ao invés disso, a DPP é considerada parte do grupo nosológico dos transtornos depressivos, com a diferenciada de ter seu início no pós-parto.

A insatisfação com – e a limitação clínica desses critérios generalizantes – levou pesquisadores a desenvolverem escalas que

favoressem o rastreio e a identificação específica da DPP. Dentre essas escalas, as duas mais amplamente utilizadas são a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (Edinburg Postnatal Depression Scale – EPDS) (Cox, Holden, 2003) e a Escala de Rastreamento de Depressão Pós-Parto (Postpartum Depression Screening Scale – PDSS) (Beck, Gable, 2000). Dentre essas duas escalas, a EPDS é a mais utilizada, podendo ser acessada gratuitamente. Já foi validada em inúmeros países, incluindo o Brasil (Santos et al., 2007) e em pelo menos 23 idiomas (Cox, Holden, 2003). A EPDS é uma escala autorreferida, composta de 10 itens, cada um com quatro opções. Para responder, as mulheres são orientadas a escolher uma opção de cada item, de modo que melhor represente a forma como elas têm se sentido nos últimos sete dias da aplicação da escala. O escore máximo dessa escala é 30, porém estudos têm mostrado que um escore a partir de 10 é indicativo de sintomatologia depressiva (Cox, Holden, 2003; Santos et al., 2007).

Devido à simplicidade de aplicação e interpretação, a EPDS tem sido apontada como um bom instrumento de rastreio da DPP para ser incorporado à rotina clínica, podendo ser aplicada por profissionais na atenção primária à saúde, inclusive pelo enfermeiro, durante os momentos que entram em contato com a mulher na fase puerperal. Contudo, apesar da grande popularidade e adesão, EPDS tem sido criticada, pois não contém itens específicos relacionados à experiência da mulher com a maternidade. Sendo assim, apesar de ainda possuir em seu nome o termo “pós-parto”, já tem sido considerada como uma escala de diagnóstico geral de depressão

que pode ser utilizada em diferentes contextos e condições clínicas (Cox et al., 1996).

A PDSS foi desenvolvida com base em três estudos qualitativos sobre DPP conduzidos pela enfermeira norte-americana Cheryl T. Beck (Beck 1992, 1993, 1996). O primeiro foi uma pesquisa fenomenológica pela qual foram identificados temas que descrevem a essência da experiência das mulheres com a DPP, sendo representada por sentimentos, como: solidão insuportável, pensamentos obsessivos e culpa sufocante (Beck, 1992). Em seguida, Beck (1993), usando a Teoria Fundamentada nos Dados, desenvolveu uma teoria substantiva sobre a DPP chamada “Oscilando na Borda (Teetering on the Edge)”, a qual mostra que a perda de controle das mulheres na DPP é o principal processo sociopsicológico. Considerando os resultados dos estudos anteriores, Beck (1996) conduziu um segundo estudo fenomenológico, no qual esta pesquisadora avaliou o significado da experiência da interação mãe-filho para mulher com DPP. Nesse estudo, a pesquisadora concluiu que as mães se sentiam sobrecarregadas com as responsabilidades de cuidar das crianças, o que tirava delas todo o sentido de prazer relacionado à maternidade.

Com base nos dados das três pesquisas qualitativas, Beck e Glabe (2000) desenvolveram a PDSS, que é uma escala de autoavaliação para DPP. Esse instrumento é composto de 35 itens em sete dimensões (cada uma com cinco itens): distúrbio do sono/apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa/vergonha e pensamentos suicidas. Todos esses itens foram criados usando falas das mulheres que participaram dos estudos qualitativos anteriores. Nessa

escala, as mulheres são solicitadas a indicar o grau de concordância ou discordância com cada item, em uma faixa de opções que vai de concordar completamente (1) até discordar completamente (5).

Em um estudo comparativo do desempenho de escalas para identificação de mulheres com sintomas de DPP, a PPDS foi a que obteve melhor combinação de sensibilidade (95%) e especificidade (91%). Essa escala já foi validada no idioma espanhol e vem sendo validada para a identificação da DPP entre mulheres latinas residentes nos Estados Unidos. No Brasil, a PPDS foi validada em português com mulheres brasileiras, obtendo-se alta sensibilidade (93,7%) e especificidade (95,2) (Cantilino, 2007). Contudo, não há descrição na literatura sobre o uso dessa escala no contexto assistencial brasileiro. Essa dificuldade talvez ocorra por se tratar de uma escala com direitos reservados, cujo acesso se dá através da compra de pacotes (exemplo: 10 ou 25 escalas).

Diante dos benefícios e das limitações específicas de cada escala, um dos poucos consensos internacionais sobre o rastreio da depressão pós-parto é que a população estudada, o período do pós-parto no qual a escala é aplicada e o idioma utilizado são fatores que influenciam no desempenho das escalas e na taxa de identificação de mulheres com DPP.

1.1.4 Opções terapêuticas

O rastreio e a identificação da DPP são apenas o primeiro passo. Tendo em vista a morbidez relacionada à depressão, tratamentos efetivos são necessários para assistir as mulheres. Pesquisas descrevem dois

principais polos de intervenções, um deles com maior orientação na perspectiva biológica – medicações antidepressivas, terapia hormonais, regulação da privação do sono e fototerapia – e outro com orientação psicossocial, que inclui: terapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental, suporte dos pares ou companheiro, massoterapia, exercícios físicos, dentre outros (Dennis, 2004; Dennis, Stewart, 2004).

Apesar do amplo leque de intervenções disponível, estudos apontam que a terapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental e os antidepressivos – isolados ou em combinação com uma das duas terapias – são os tratamentos que têm alcançado melhores resultados para mulheres com DPP (O'Hara, 2009). Contudo, devido ao limitado número de ensaios clínicos randomizados avaliando a eficácia desses tratamentos, não é possível afirmar qual a melhor prática para tratar mulheres com DPP (Dennis, 2004).

Na construção desse campo de conhecimento, muitas contribuições têm sido originadas de pesquisas conduzidas por enfermeiros. Algumas dessas pesquisas são descritas a seguir e contemplam intervenções através de terapia de grupo, educação pré-natal, grupo de apoio pós-parto, grupos de mulheres, grupos de familiares, suporte telefônico e visitas domiciliares semanais (Beck, 2008b).

Nos Estados Unidos, Ugarizza (2004), através de um estudo quasi-experimental, identificou significativa redução de sintomas de DPP em mulheres que participaram, por 10 semanas, em terapia de grupo composta por informação educacional, técnicas de redução de estresse, desenvolvimento de rede de apoio social e reestruturação cognitiva.

Estudos subsequentes, que avaliaram o uso de terapia por telefone durante 10 semanas, também identificaram redução significativa de sintomas de DPP. Nesse caso, a intervenção consistiu de terapia cognitivo-comportamental, estratégias de resolução de problemas e técnicas de relaxamento (Ugarriza, Schmidt, 2006).

Em Taiwan, um estudo comparativo identificou que mães depressivas, que participaram de um grupo de apoio no pós-parto, tiveram significativa redução dos sintomas de DPP quando comparadas com mães que não participaram desse grupo. Em tal estudo, a intervenção foi composta de quatro seções de grupo de apoio no pós-parto, nos quais foram discutidos os temas: transição para maternidade, controle de estresse no pós-parto, estratégias de comunicação e planejamento de vida (Chen et al., 2000). Ainda em Taiwan, outro estudo experimental demonstrou redução de sintomas depressivos em três meses de pós-parto para mães que participaram de um grupo de apoio para troca de informações sobre a maternidade (Heh, Fu, 2003).

No Canadá, enfermeiros treinaram mulheres que já tinham experienciado a DPP para dar apoio, por telefone, a mães que estavam com DPP. Esse estudo experimental revelou que as mães que receberam esse suporte por pares tiveram importante redução de sintoma de DPP em comparação a mães do grupo controle (Dennis, 2003).

Contudo, nem todos os estudos de intervenções conduzidos por enfermeiros obtiveram resultado significativo para redução de sintomas depressivos. Na Austrália, um estudo experimental testando a eficácia de uma intervenção que consistia em grupos de apoio nos períodos pré e pós-

natal não obteve redução significativa dos sintomas depressivos no pós-parto (Stamp, Williams, Crowther, 1995).

Assim, a grande contribuição de todos esses estudos é demonstrar a importância de uma intervenção adequada, estando o enfermeiro em uma posição favorável para criar e executar tais intervenções. Fato já constatado na Inglaterra, onde enfermeiros “comunitários”, treinados para detecção e tratamento da DPP, através de apoio comunitário e grupos pós-parto, conseguiram reduzir a sintomatologia depressiva, bem como o período de morbidade das mulheres (Elliot et al., 2001; Morrell et al., 2009).

Apesar da necessidade contínua por novas pesquisas, há consenso nos estudos descritos que os enfermeiros devem ser sensíveis ao contexto cultural das mulheres, pois esse é o único meio que permite compreender as diferentes maneiras que elas conceituam e apresentam sintomas de depressão, bem como definem a preferência por tratamento (Dennis, Chung-Lee, 2006) – portanto, a limitada compreensão sobre os aspectos qualitativos da DPP no contexto latino-americano se configura uma lacuna na atual literatura científica sobre o tema.

1.1.5 O caso da depressão pós-parto no Brasil

O Brasil é um país multicultural, recentemente industrializado e que está entre as dez maiores economias do mundo (Leahy, 2011). Apesar da posição econômica favorável, o Brasil ainda enfrenta muitos desafios na esfera da saúde da mulher, incluindo a maior taxa de cirurgias cesáreas do mundo e a elevada taxa de mortalidade materna – em torno de 75 mortes

por 100.000 nascidos, sendo que a taxa aceitável para alcançar um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio está em 35 mortes por 100.000 nascidos (United Nations Development Programme [UNDP], 2012). Outro desafio latente é a saúde mental das mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, a qual vem sendo longamente negligenciada (Santos Junior, Silveira, Gualda, 2009).

A DPP tem recebido atenção mínima por parte de governantes, profissionais e serviços de saúde no contexto brasileiro. Através da revisão sistemática da literatura, foi possível constatar que o limitado número de pesquisas sobre a DPP tem como foco principal o estudo de prevalências e/ou validação de escalas. Além disso, o Ministério da Saúde não possui nenhum protocolo ou guia prático estabelecido para dar suporte e orientar os profissionais sobre a experiência das mulheres com a DPP, as formas de rastreio, o diagnóstico e o tratamento. Essa ausência de protocolos ou de guias práticos aponta para uma deficiência na política pública de saúde para assistir mulheres com transtorno mentais durante o período pós-parto (Santos Junior, Silveira, Gualda, 2009). Pouco se sabe sobre a experiência das mulheres brasileiras da DPP, sendo esse um conhecimento fundamental para o avanço de pesquisas e adequadas definições de intervenções clínicas.

Apesar da limitação na atenção e na pesquisa sobre DPP, não se pode negar os avanços obtidos na área de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde, que forneceu acesso universal e gratuito à população, e o estabelecimento da atenção primária em saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes de profissionais da ESF localizam-se nas

comunidades e são responsáveis pela promoção da saúde e pela prevenção de doenças no espaço geográfico comunitário. Dentre as atividades relacionadas à saúde da mulher, enfermeiros e médicos são os responsáveis por prestar assistência desde o planejamento da gravidez até o pós-parto. O atual protocolo assistencial recomenda que as mulheres tenham pelo menos seis consultas pré-natais com enfermeiros e/ou médicos, os quais acompanham a evolução do processo gestacional, com o objetivo de prevenir co-morbidades. Após o parto, o protocolo assistencial recomenda duas consultas com as mães, uma na primeira semana e a outra por volta de 40 dias de pós-parto, que têm como objetivos garantir o aleitamento materno e prevenir infecções, dentre outros. Contudo, nenhuma dessas consultas tem enfoque nos transtornos mentais decorrentes do processo gravídico-puerperal.

Depois desse período, não há assistência formal às mulheres, pois as consultas médicas e de enfermagem são focadas na saúde da criança. Dessa forma, as mães não precisam ir até a unidade de saúde, pois qualquer familiar pode levar as crianças para o atendimento com enfermeiros e/ou médicos, os quais avaliam o processo de desenvolvimento infantil e as imunizações (Brasil, 2001). A forma como esse processo assistencial é estabelecido facilita que os profissionais percam de vista mães com sintomas depressivos, pois essas dificilmente sairão de casa para ir à unidade de saúde (Dennis, McQueen, 2007), como já discutido previamente.

A descrição dessa política assistencial é para enfatizar que, apesar de não termos estudos brasileiros implantando e/ou avaliando intervenções de DPP por profissionais da atenção primária, o contato das mulheres com

enfermeiros e médicos da ESF durante toda a gestação e o pós-parto coloca esses profissionais em posição favorável para identificar, diagnosticar e tratar mulheres com DPP; sendo o rastreio e o tratamento precoce os únicos meios para prevenir o agravamento do processo depressivo e minimizar os potenciais danos decorrentes da DPP. Contudo, a falta de foco na saúde da mulher durante o pós-parto é um fator que afeta o contexto de saúde brasileiro.

Assim, devido ao limitado conhecimento sobre a experiência das mulheres com DPP no Brasil, bem como nos demais países latino-americanos, faz-se necessária a elaboração de pesquisas para explorar e compreender as particularidades desse processo de adoecimento nesses contextos, de forma a favorecer a compreensão global sobre a DPP.

Para contribuir na construção desse conhecimento, essa pesquisa de doutorado foi elaborada para estudar a trajetória de um grupo de mulheres brasileiras na experiência da DPP e buscou responder as seguintes questões:

- Como as mulheres brasileiras compreendem a experiência de adoecimento com a DPP?
- Como se dá o envolvimento entre as mulheres e seus familiares na trajetória da DPP?
- Que tipo de apoio e cuidados as mulheres necessitam?

2 OBJETIVO DO ESTUDO

Para responder as questões de pesquisa estabelecidas com base nas reflexões feitas a partir das considerações da introdução e da revisão da literatura, esta pesquisa de doutoramento tem como objetivo de estudo:

- Compreender a trajetória de um grupo de mulheres brasileiras na experiência da depressão pós-parto.

2.1 JUSTIFICATIVAS PARA O ESTUDO

A justificativa para o desenvolvimento da pesquisa baseia-se na sua relevância clínica/social e científica, visando contribuir para o desenvolvimento e a consolidação de uma linha de conhecimento original, ainda não devidamente explorada no Brasil, e subsidiar novas pesquisas, políticas públicas e programas para o enfrentamento do problema

No que concerne a relevância clínica/social, devido aos sérios e potenciais efeitos adversos da DPP na vida das mulheres e de suas famílias, é imperativo que tenhamos conhecimento empírico sobre os desafios enfrentados por essas mulheres e a forma como respondem as demandas sociais e maternas; pois, se não receberem a devida atenção, correm sério risco de sofrer maiores prejuízos de saúde, econômicos e sociais.

Em relação à relevância científica, nos últimos 20 anos, houve um impressionante aumento no número de pesquisas sobre DPP nos países industrializados. Nações como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e

Austrália possuem extensa literatura sobre a natureza, a experiência, a prevalência, o curso, os fatores de risco, os fatores protetores e as intervenções clínicas sobre a DPP (Beck, 2002; Dennis, Letourneau, 2007; O'Hara, 2009). Por outro lado, é latente a necessidade de produção de conhecimento específico sobre a DPP no contexto latino-americano, pois os estudos atuais são limitados em número e, alguns, em aprofundamento científico-tecnológico (Santos Junior, Silveira, Gualda, 2009); particularmente o Brasil, que tem ganhado destaque como uma potência econômica emergente (Kleinert, Horton, 2011) e que está entre uma das 189 nações comprometidas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, dentre os quais está a melhoria da saúde da mulher (UNDP, 2012). Pouco se conhece sobre os aspectos qualitativos da experiência de mulheres brasileiras com a DPP, a relação delas com os bebês e as estratégias assistências disponíveis para essas mulheres no contexto nacional.

No âmbito clínico, científico e político, profissionais de saúde, pesquisadores e governantes têm direcionado pouca atenção para os transtornos mentais do pós-parto (Santos Junior, Silveira, Gualda, 2009). Bick, Bastos e Diniz (2008) sugerem que essa carência de atenção à saúde da mulher no puerpério é decorrente da percepção de que o pós-parto é um período menos importante quando comparado com a fase pré-natal e ao parto em si. Como fator agravante, o Ministério da Saúde do Brasil não tem política pública que claramente oriente os profissionais de saúde para assistir às mulheres com DPP no período pós-parto (Santos Junior, Silveira, Gualda, 2009) e pouco se sabe sobre grupos de apoio ou outros dispositivos de cuidado para mulheres com DPP.

Assim, pode-se afirmar que existe carência latente de conhecimentos científicos e clínicos sobre a DPP no contexto brasileiro. Frente a isso, é imperativa a necessidade de mais pesquisas para explorar a experiência das mulheres com DPP, pois a devida compreensão dos aspectos envolvidos nessa experiência é o alicerce para a elaboração de futuros estudos, que, em conjunto, podem contribuir para o avanço das políticas e práticas de assistências culturalmente alinhadas com a realidade das mulheres brasileiras, favorecendo assim a melhoria da atenção à saúde no puerpério.

Ao nível pessoal, esta pesquisa deu continuidade a meu interesse sobre transtornos mentais relacionados ao período puerperal, bem como contribuiu para o meu amadurecimento científico, favorecendo-me desenvolver competências técnicas, científicas e ético-políticas no âmbito da investigação, assistência e ensino em Enfermagem.

3 METODOLOGIA

A opção por uma abordagem metodológica não deve ser guiada pelo desejo dos pesquisadores; não simplesmente porque querem usá-la, porque têm mais familiaridade ou mesmo facilidade. Essa escolha deve sempre estar pautada nas possibilidades que a opção metodológica oferece para responder, da melhor forma possível, à questão de pesquisa. Assim, em virtude da natureza do estudo proposto, optou-se pela abordagem de pesquisa qualitativa em saúde (Morse, 2010; Thorne, 2011), pois esta permite explorar como as pessoas interpretam e dão sentido aos seus comportamentos, às perspectivas, aos sentimentos e às vivências. Especificamente, trata-se de um estudo descritivo interpretativo (Thorne, 2008; Thorne, Kirkham, MacDonald, 1997; Thorne, Kirkham, O'Flynn-Magee, 2004), envolvendo amostragem intencional por critério de inclusão (Patton, 2002), entrevista retrospectiva semiaberta (Patton, 2002; Sandelowski, 1999) e análise temática dos dados (Braun, Clarke, 2006).

3.1 DESCRIÇÃO INTERPRETATIVA: a opção metodológica

I begin to see that the whole idea of a method for discovering things is ex post facto. You succeed in doing something, or you do something well that yourself want to know how you did it. So you go back; trying to re-create the steps that led you, not quite by accident, no quite by design, to where you wanted to be. You call that re-creation your "method" (Koller, 1983, p.88).

Sandelowski (2008) usou a citação acima no prefácio do livro *Intepretative Description* para mencionar que essa "re-criação" metodológica

é o que de fato acontece no mundo “real” da condução de projetos de pesquisa, pois ele, astutamente, compreende que os métodos não são procedimentos para serem seguidos de forma rigidamente padronizada, mas são re-criados pelos pesquisadores em cada projeto para que possam alcançar resultados com qualidade avançada. A rígida aderência às recomendações encontradas nos livros e manuais de pesquisa qualitativa – denominada metodolatria, criteriologia – pode gerar fragilidade ao invés de fortalecer a abordagem de pesquisa (Janesick, 1994; Sandelowski, 1993a; Schwandt, 1996).

Tal concepção nos leva à essência da descrição interpretativa, a qual propõe uma integração eclética, fundamentada e consciente de aspectos teóricos e técnicos dos métodos de pesquisa para produzir o conhecimento e a compreensão que os enfermeiros – e outros profissionais da saúde – necessitam para alcançar sua missão social de amenizar o sofrimento humano frente às questões de saúde-doença (Thorne, 2008).

Pode-se argumentar que as metodologias qualitativas tradicionais (exemplos: etnografia, fenomenologia, teoria fundamentada nos dados), quando adaptadas, são suficientes para responder à necessidade de conhecimento das ciências da saúde. Contudo, apesar de, ao longo dos anos, essas opções metodológicas terem contribuído enormemente para produção de conhecimento no campo da saúde, incluindo da enfermagem, sabe-se que sempre há uma necessidade/demanda latente dos pesquisadores para criar aplicabilidade do conhecimento gerado, rompendo, assim, a um dos princípios centrais da epistemologia que sustenta os métodos citados, pois, com seus fundamentos originários das ciências

sociais (exemplos: antropologia, sociologia), o objetivo principal da produção de conhecimento é a teorização sobre a natureza central dos comportamentos e as experiências humanas dos grupos sociais (Cody, 1994; Morse, 1994). Em direito contraste, as ciências da saúde (como a enfermagem e a medicina) teorizam, e frequentemente o fazem de modo brilhante (Sagar, 2012), porém, o fundamento para isso é que a teorização irá gerar a melhor aplicação do conhecimento, pois o mandato social dessas disciplinas é utilizar o conhecimento para tentar atenuar as necessidades de saúde de indivíduos e grupos sociais (Miller, Crabtree, 1994; Thorne, 2008).

Essa tensão entre integridade teórica e aplicabilidade do conhecimento representa o contexto no qual a descrição interpretativa foi originada. Ela parte das abordagens de pesquisa qualitativa tradicionais, nas quais os enfermeiros pesquisadores não se sentem completamente satisfeitos com a pura descrição de um fenômeno e estão sempre explorando significados e explicações que possam produzir implicações práticas. Usando abordagens analíticas indutivas, característica da descrição interpretativa, pesquisadores buscam a compreensão de fenômenos clínicos para iluminar a sua estrutura, as características e os padrões de alguma maneira teoricamente útil no campo da saúde.

Dito de forma simples, a descrição interpretativa, como abordagem metodológica, fornece orientação para o desenvolvimento de uma produção interpretativa que é gerada do questionamento informado, usando técnicas reflexivas e avaliação crítica, e que, em última instância, pode guiar e orientar o pensamento clínico em alguma maneira (Thorne, Kirkham, O'Flynn-Magee, 2004). Descrição interpretativa é, então, uma estratégia

metodológica designada para identificar similaridades da experiência de fenômenos de saúde-doença, enquanto mantém atenção para as variações individuais. Com o intuito de responder questões de pesquisa com relevância clínica, o processo de interpretação busca ultrapassar o que é autoevidente, com o propósito de identificar temas, padrões e individualidades sobre a experiência saúde-doença, em formas que possam ser usadas por profissionais de saúde para compreensão de casos clínicos na prática assistencial.

Essa opção metodológica, contudo, não é uma abordagem completamente nova ou distinta que propõe o uso de métodos não conhecidos, nem tampouco é – e não pode ser – uma sequência prescritiva e circunscrita de passos que, se seguidos, vão levar a novas descobertas. O que diferencia a descrição interpretativa são o uso e a associação crítica dos métodos existentes para estabelecer a melhor relação entre as técnicas de pesquisa e a produção de conhecimento particular sobre fenômenos clínicos e os desafios enfrentados durante a condução do projeto de pesquisa (Thorne, 2008; Thorne, Kirkham, MacDonald, 1997).

A descrição interpretativa reflete o desafio de manter a coerência e a integridade da abordagem teórica de produção de conhecimento enquanto suporta defensiva variação – em acordo com as características particulares do contexto, da situação e da intenção da pesquisa. Fazendo isso, dar-se ênfase à lógica do desenho de pesquisa como selo de excelência para descrição qualitativa dos fenômenos que concernem à área de saúde. Sandelowski (2008), Thorne, Kirkham e O’Flynn-Magee (2004) sugerem que é necessária uma abordagem metodológica pluralista para capturar os

temas e os padrões que sustentam o conhecimento clínico, gerado por meio da experiência das pessoas que os vivenciam. Para isso, o pesquisador precisa ter amplo e profundo conhecimento sobre métodos qualitativos, pois ele é o responsável por identificar as abordagens analíticas que melhor servem para responder a questão de pesquisa, bem como justificar tais escolhas e as adaptações estabelecidas (Hunt, 2009; Thorne, 2008; Thorne, Kirkham, MacDonald, 1997).

Dessa forma, estudos descritivos interpretativos podem variar de um para outro em relação a técnicas para coletas de dados e abordagens para análise de dados; contudo, seus fundamentos filosóficos garantem a coerência que distingue uma descrição interpretativa dos outros tipos de abordagens qualitativas (Albersheim, Lavoie, Keidar, 2010; Hunt, 2009; Janssen, Henderson, Vedam, 2009; Thorne, 2008).

A descrição interpretativa possui base filosófica no inquérito naturalístico (Lincoln, Guba, 1985), mas recentemente denominado paradigma construtivista pelos pesquisadores Guba e Lincoln (1989). Esses autores definem paradigma como um sistema de crenças e uma visão de mundo que guiam o pesquisador aos fundamentos ontológicos e epistemológicos da metodologia de pesquisa a ser adotada (Guba, Lincoln, 2005). Todos os paradigmas podem ser caracterizados por um conjunto próprio de premissas, que correspondem às respostas para três questões filosóficas (Guba, 1990):

1) Questão ontológica: qual a natureza da realidade e, portanto, o que é que se pode conhecer sobre ela?

2) Questão epistemológica: qual é a natureza da relação entre o pesquisador e o conhecimento?

3) Questão metodológica: como o investigador deve buscar o conhecimento que responde a questão de pesquisa?

No paradigma construtivista, as respostas para tais perguntas são (Guba, Lincoln, 1989): (1) as realidades são apreensíveis em forma de múltiplas e intangíveis construções mentais e, portanto, significam um conhecimento relativo; (2) o pesquisador precisa interagir com os pesquisados para poder acessar as múltiplas compreensões de realidade que possam existir; e (3) deve buscar por pensamentos convergentes e divergentes sobre o fenômeno em estudo, o que pode trazer à luz ideias e pontos de vista conflitantes, de forma a ultrapassar uma compreensão superficial.

Baseando-se nos fundamentos epistemológicos descritos, os estudos descritivos interpretativos (Thorne, 2008):

- São conduzidos nos ambientes mais naturais possíveis dos participantes, de forma a respeitar seu conforto e seus direitos éticos
- Reconhecem explicitamente o valor do conhecimento subjetivo e experiencial como uma das fontes fundamentais do discernimento clínico
- Direccionam o mesmo foco de interesse tanto para os padrões quanto para as individualidades expressas na experiência humana

- Refletem sobre questões que não são limitadas por tempo e contexto, mas consideram atentamente o tempo e o contexto em que a expressão atual da experiência está relacionada
- Reconhecem a experiência humana como um elemento socialmente construído e que não pode ser significativamente separado da sua essência natural
- Reconhecem que, no mundo da experiência humana, a “realidade” envolve múltiplas realidades construídas e que essas podem se parecer contraditórias
- Reconhecem uma relação inseparável entre o conhecedor e o conhecimento, de modo que o pesquisador e o “objeto” de investigação interagem para influenciar um ao outro

Por compreenderem o mundo dessa maneira particular, pesquisadores, na descrição interpretativa, iniciam seus estudos assumindo que nenhuma teoria, *a priori*, pode englobar as múltiplas realidades sobre o fenômeno clínico a ser investigado; mas sim reconhecem que teorias sobre fenômenos clínicos devem ser originadas/construídas a partir do próprio fenômeno.

3.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Nessa pesquisa, não limitei-me ao uso de um referencial teórico específico para orientar o processo de coleta e análise dos dados. Essa decisão foi tomada com base no reconhecimento de que pouco se sabe sobre a experiência de mulheres brasileiras na DPP e, portanto, adotar

referencial específico, apenas pela inclinação filosófica do pesquisador, poderia limitar “os alternativos ângulos de visão que teriam potencial para melhor iluminar os problemas analíticos e a interpretação” (Thorne, 2008, 2011) sobre o fenômeno clínico da experiência da DPP. Além disso, nesse estudo, a Enfermagem é entendida como um campo teórico e, portanto, supõe-se que tal orientação disciplinar terá impacto na pesquisa, pois é da afiliação à Enfermagem que partiram as motivações, o viés e, conseqüentemente, o ângulo de investigação interpretativa que fundamentam esse estudo.

Sandelowski (1993b) argumenta que a orientação teórica pode não ser explicitamente relacionada a um referencial, mas está sempre implícita na forma como o problema de pesquisa é apresentado, na literatura revisada e, mais importante, na seleção e na descrição do método de pesquisa em si. Pesquisadores nunca iniciam e conduzem um projeto como uma *tabula rasa*, pois sempre têm consigo as perspectivas gerais da disciplina ao qual são associados, os próprios interesses de pesquisa e biografias, e certas orientações filosóficas, teóricas e metodológicas (Charmaz, 1990).

Alinhada com esses pensamentos, a descrição interpretativa, como opção metodológica, não requer que o pesquisador explicitamente adote uma ou outra teoria, pois pretende manter possíveis ângulos de interpretação abertos para ser adotados frente aos dados que são gerados.

Diferente de alguns métodos qualitativos, que sugerem aos pesquisadores suspender suas pressuposições iniciais (Sandelowski, 1993b; Ray, 1994), a descrição interpretativa requer que o pesquisador assuma que existe algum conhecimento teórico, conhecimento clínico observacional e

bases científicas nas quais todos os estudos sobre fenômenos de saúde-doença humana são gerados (Thorne, Kirkham, O'Flynn-Magee, 2004). Assim, uma revisão crítica da literatura sobre o fenômeno em investigação (Sandelowski, 1993b), como conduzido nessa pesquisa, forma a base para o preliminar referencial teórico analítico com o qual o pesquisador define a amostra, os participantes do estudo, os métodos de coleta de dados e as decisões analíticas iniciais (Thorne, 2008; Thorne, Kirkham, O'Flynn-Magee, 2004).

Outro importante ponto, a descrição interpretativa, implica que o pesquisador localize a natureza da disciplina na qual o estudo é desenvolvido (Thorne, 2008). A Enfermagem, como já mencionado, é a disciplina na qual esta pesquisa está alinhada; e, devido a sua inerente dialética entre filosofia e prática, o conhecimento de Enfermagem possui tanto perspectivas teóricas quanto práticas, configurando-se como um tipo de conhecimento inerentemente multifacetado, complexo e diverso, pois requer razão, filosofia e ciência em dosagens similares (Hall, 2005).

Assim, esse estudo de descrição interpretativa é fundamentado em três pilares teóricos:

1. Nos fundamentos do paradigma construtivista (Guba, Lincoln, 1989), já descritos anteriormente
2. No conhecimento adquirido sobre a DPP, por meio da revisão sistemática da literatura (Santos Jr, Gualda, Silveira, 2009) e da minha experiência clínica como enfermeiro – descrita no Capítulo 1
3. No reconhecimento da Enfermagem como campo teórico no qual tenho minha formação acadêmica

Colocando-me enquanto enfermeiro, afirmo que é preciso enxergar o indivíduo holisticamente, para poder compreender a forma como ele expressa as experiências que vivencia. No caso deste estudo, caminhei em uma linha tênue entre teoria e prática para poder compreender a dimensão da experiência de adoecimento de mulheres com DPP, seus padrões e suas singularidades.

O principal meio que se tem para acessar essa experiência são as narrativas da experiência da doença. Uma abordagem centrada na experiência permite reconhecer dimensões importantes da aflição e do cuidado à saúde. Para abordar a experiência da doença segundo a concepção dos sujeitos, faz-se necessário compreender que o conhecimento pessoal é marcado por zonas de imprecisão, que refletem o conjunto de experiências por meio do qual a pessoa constrói os significados. Antes de ser uma questão intelectual sobre a qual se possa teorizar, a doença é uma questão prática e a Enfermagem deve assumir o compromisso de se posicionar e atuar frente a essas dimensões teórica e assistencial para poder produzir conhecimento clínico efetivo.

Em resumo, esses múltiplos – porém não incoerentes – pressupostos teóricos foram adotados porque têm o potencial de me permitir, durante o processo analítico, mover além do que já está dito sobre o fenômeno em investigação, de modo a avançar no processo de descrição, gerando interpretações que podem iluminar o fenômeno de investigação de forma nova e significativa para a prática clínica. Particularmente na Enfermagem, o produto final desse tipo de trabalho pode possibilitar a produção de conhecimento que enfatiza a descrição do fenômeno e a interpretação entre

seus padrões e suas singularidades, em uma forma que possa ser compreendida por profissionais tanto no âmbito teórico quanto no prático.

3.3 PROCESSO METODOLÓGICO

A seguir, descreve-se a operacionalização desta pesquisa, dialogando com alguns fundamentos que justificam as escolhas tomadas.

3.3.1 Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes emanadas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos. Para operacionalização, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), recebendo anuência deste órgão (Apêndice I), bem como solicitou-se autorização para contatar os participantes no Instituto de Psiquiatria da USP (IPq-USP) (Anexo I). Para a participação no estudo, foi solicitada, aos voluntários, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices I e II), o qual foi elaborado em linguagem acessível. O anonimato foi preservado e os voluntários tiveram a opção de desistir da participação na pesquisa, se assim desejassem, bem como solicitar informações sobre o estudo ao pesquisador.

3.3.2 Cenário e participantes da pesquisa

Essa pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo, capital do estado de São Paulo, localizada na região sudeste do Brasil. Com uma população estimada em 10.886.518 habitantes, o município é o principal centro financeiro da América Latina, sendo também considerado como a 14ª cidade mais globalizada do planeta, recebendo a classificação de cidade global alfa, por parte do *Globalization and World Cities Study Group & Network* (GaWC) (Taylor et al., 2010).

Dentre as várias unidades de assistência à saúde na cidade de São Paulo, as voluntárias participantes dessa pesquisa foram localizadas a partir do IPq. Esse instituto possui uma equipe de profissionais – psiquiatras, nutricionistas e psicólogos – especialistas em transtornos mentais durante o ciclo reprodutivo, sendo a principal referência da cidade de São Paulo para o tratamento de mulheres com DPP. Assim, esses profissionais foram esclarecidos sobre a proposta de pesquisa (Apêndice III) e encaminharam mulheres com diagnóstico clínico de DPP para participação na pesquisa. Essa estratégia foi adotada porque um estudo piloto prévio mostrou que as mulheres identificadas com DPP na atenção primária em saúde são frequentemente encaminhadas para centros psiquiátricos ou outros serviços de saúde mental (Santos Junior et al., 2012).

Para contatar as participantes, eu tive uma sala disponível no IPq-USP durante os dias em que os profissionais atendiam as mulheres com DPP. Assim, os profissionais comentavam sobre a pesquisa com as mulheres e elas decidiam se gostariam de obter mais informações comigo,

momento que era feito o convite para participação dela e de um familiar na pesquisa.

A seleção das participantes desse estudo se deu através da técnica de amostragem intencional por critério de inclusão, que é uma estratégia de amostragem para se obter informantes-chave que atendam aos critérios considerados importantes para compreensão do fenômeno em investigação (Patton, 2002). Assim, as mulheres foram incluídas quando atenderam aos seguintes critérios: a) ter diagnóstico médico de DPP; b) ter filho vivo e saudável; e c) que se sentiam capazes de narrar sua experiência de DPP. Os critérios de exclusão adotados foram: a) mulheres que foram consideradas pelos profissionais estando na fase aguda da DPP – essa foi uma recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP para evitar maior estresse nas mulheres; b) mulheres que tiveram parto traumático e/ou c) tivessem outro transtorno mental paralelo à DPP (exemplo: transtorno bipolar do humor), pois o caso (b) pode envolver a experiência de estresse pós-traumático e o caso (c) a experiência de transtorno mental crônico.

Dessa forma, 15 mulheres foram incluídas nesse estudo, entre elas 13 estavam em tratamento no IPq-USP e outras 2 que receberam o diagnóstico de DPP, mas que decidiram buscar outras formas para lidar com a depressão. Para complementar o grupo de participantes, foi solicitado a todas as mulheres para indicar o familiar que mais lhes tinham apoiado durante a trajetória da DPP. Assim, nove familiares foram incluídos no estudo. Eles atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) ser indicado pela mulher participante e b) ter a acompanhado/apoiado durante o período

de DPP. Os familiares seriam excluídos se a participação trouxesse algum constrangimento ou estresse para as mulheres.

Assim, o grupo de participantes desse estudo foi composto por 15 mulheres e 9 familiares. Todos os convidados atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo por livre e espontânea vontade, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como características sociodemográficas e clínicas dos participantes, no momento de participação nessa pesquisa, a idade média das mulheres foi 35 anos, a maior parte delas casadas ou em relação consensual e com nível educacional universitário. A média da renda familiar foi de 3 mil reais (variando de 600 a 11 mil reais). Em relação ao número de filhos, sete mulheres correspondiam ao primeiro filho, as demais tinham entre dois e quatro filhos. A maioria delas não tinha história clínica de depressão e todas estavam com DPP pela primeira vez. A média de tempo entre o diagnóstico e a participação na pesquisa foi dois anos e quatro meses, enquanto que do tempo entre o diagnóstico da DPP e o início de tratamento foi em torno de três meses. Em relação ao tratamento, 13 delas estavam em terapia psicofarmacológica, uma estava fazendo terapia psicológica e a outra não adotou tratamento formal.

Em relação ao grupo de familiares, seis eram maridos ou parceiros das mulheres, duas eram as mães e uma era irmã. Todos moravam ou tinham contato diário com as mulheres. Em relação ao nível educacional, seis deles possuíam nível médio e os demais nível universitário. A renda dos que moravam com as mulheres foi incluída da descrição da renda mensal

delas; para os demais, a renda girou em torno de dois mil reais. Quatro dos familiares tinham históricos clínicos de depressão.

3.3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre maio de 2011 e janeiro de 2012, por meio de entrevista retrospectiva semiaberta e registro sistemático em diário de campo. A entrevista retrospectiva foi utilizada devido à impossibilidade de acessar as mulheres durante o período inicial da experiência da DPP. Sandelowski (1999, p. 82) argumenta que a habilidade para articular a experiência depende, em certo modo, de os participantes terem tempo suficiente para refletir sobre o fenômeno: “para transformar o fenômeno experienciado em fenômeno narrado”.

A entrevista semiaberta foi realizada com cada um dos participantes em horários e locais escolhidos por eles. Todas as entrevistas foram gravadas com aparelho mp3 e a maioria foi conduzida na casa das mulheres. Contudo, cinco mulheres preferiram ser entrevistadas em uma sala reservada na EEUSP e dois familiares preferiram ser entrevistados nos escritórios onde trabalhavam. Durante as entrevistas, ficava presente apenas eu e o participante para garantir o conforto e a confidencialidade. A entrevista com as mulheres teve duração média de 62 minutos, porém 5 dessas duraram em torno de 23 minutos. Em relação aos familiares, a duração da entrevista variou entre 40 e 47 minutos.

A entrevista com as mulheres (Apêndice IV) incluiu os seguintes tópicos: a) como se sentiram depois do parto; b) como percebiam a condição

de saúde; c) como receberam/procuraram ajuda e/ou tratamento; d) a experiência delas durante esse período; e) o suporte que receberam; f) a relação entre elas e os filhos, marido e outros membros familiares; e g) condição de saúde atual. Os tópicos incluídos nas entrevistas com os familiares (Apêndice V) foram: a) como percebiam a mulher depois do parto; b) percepção sobre a condição de saúde da mulher; c) tipo de apoio e suporte prestado; d) relacionamento com a mulher; e e) percepção sobre a atual condição de saúde dela.

Durante o processo de entrevista, foram utilizadas questões para esclarecer informações e/ou adquirir mais profundidade sobre o tema narrado; os tipos de questões utilizadas foram: Você pode me explicar melhor o que acabou de me dizer? Você pode me falar um pouco mais sobre esse ponto? O que isso significa para você?

Logo após os momentos nos quais tive contato com os participantes, fiz notas sistemáticas em diário de campo para registrar: a) tons de voz e emoções ao narrar a própria experiência da DPP; b) a forma como se relaciona com outras pessoas que estavam próximas; c) a maneira que se referiam aos filhos e aos demais membros familiares. Essas notas de campo foram utilizadas para complementar os dados coletados nas entrevistas.

O encerramento da coleta de dados ocorreu quando eu e minha orientadora concordamos que os dados apresentavam redundância (Sandelowski, 1995a).

3.3.4 Tratamento e tradução dos dados

Em paralelo à coleta de dados, realizei a transcrição das entrevistas. Nessas transcrições, busquei manter o ritmo e o conteúdo narrado pelos participantes. Cada transcrição foi, então, conferida linha a linha em relação ao áudio das entrevistas, para garantir que o conteúdo estava preciso.

Finalizada esta etapa, iniciei os preparativos para participação em um estágio de pesquisa no exterior (“estágio sanduíche”).

Na colaboração internacional, mesmo quando o pesquisador responsável pela coleta de dados é falante nativo do idioma dos participantes, a barreira de linguagem entra no processo de pesquisa, em relação ao pesquisador colaborador, que não tem domínio do idioma de origem dos dados (Temple, 2004). Consequentemente, tradutores foram introduzidos no processo de pesquisa, com o objetivo de minimizar essa lacuna de linguagem textual. Como os dados dessa pesquisa foram coletados em português, foi preciso traduzi-los para o inglês, para torná-los disponíveis na língua nativa das demais pesquisadoras (Dra. Margarete Sandelowski, professora emérita da Escola de Enfermagem da University of North Carolina – Chapel Hill; e Dra. Wendy Hall, professora titular da Escola de Enfermagem da University of British Columbia – Vancouver). Para conduzir a tradução, contratei um tradutor de origem inglesa, que tinha experiência profissional com pesquisa qualitativa em saúde e que morava no Brasil por volta de 10 anos. Recomendei ao tradutor para manter tanto o conteúdo quanto o fluxo das narrativas, com especial atenção para manter os significados das palavras expressas pelos participantes.

Concluída essa etapa inicial de tradução, os textos em inglês foram encaminhados para um falante nativo de português e fluente em inglês, para realizar a tradução de volta das entrevistas: inglês-português. Então, comparei as versões ‘inglês-português’ e ‘português-inglês’ para verificar as perdas de significado e os erros de tradução apontados pelo segundo tradutor. Uma vez identificadas tais fragilidades, os arquivos foram encaminhados para os dois tradutores para iniciar uma discussão sobre a forma de tradução que melhor representaria o conteúdo original. Esse processo durou em torno de um mês e foi considerado concluído quando houve concordância da tradução entre os tradutores e os pesquisadores. Tal estratégia de tradução é amplamente recomendada na literatura sobre pesquisas qualitativas que envolvem múltiplos idiomas (Chen, Boore, 2010).

3.3.5 Análise dos dados

A análise de dados dessa pesquisa ocorreu durante o período de estágio de pesquisa no exterior e contou com o suporte e a co-orientação da Dra. Sandelowski e da Dra. Hall. Devido a essa colaboração, a análise dos dados e a escrita dos resultados ocorreram em inglês e, em seguida, os resultados foram reescritos em português.

Nesse estudo, utilizei uma abordagem indutiva através da análise temática. Esse tipo de análise é um método para identificação, análise e descrição de padrões presentes nos dados. Esse tipo de análise é adequado para pesquisas que não adotam referencial teórico para análise dedutiva, bem como reconhece o papel ativo do pesquisador como instrumento para

construção dos resultados, pois esses não “emergem dos dados” (Braun, Clarke, 2006). Como descreve Thorne (2008), resultados não emergem dos dados por si só, mas sim são construídos por meio do engajamento estratégico e construtivista do pesquisador no processo de análise.

Em preparação para iniciar a análise temática, realizei inúmeras leituras das entrevistas e das notas de campo para me familiarizar com o conteúdo dos dados. Nessa fase, os dados foram inicialmente organizados em relação à resposta de cada participante aos tópicos das entrevistas, bem como em relação às características sociodemográficas e clínicas. Essa estratégia foi utilizada para facilitar a visualização e o acesso dos dados em parte ou no todo.

À medida que a análise progredia, criei matrizes para dispor códigos iniciais gerados de cada entrevista e códigos presentes do conjunto total dos dados; estratégias denominadas “*within-case and across-case*” (Ayres, Kavanaugh, Knafl, 2003) foram criadas. Essas matrizes permitiram reorganizar os dados para identificar detalhes e melhorar a compreensão sobre o seu conteúdo, bem como me permitiram identificar linhas temáticas iniciais para cada participante e para todo o grupo.

Durante esse processo, percebi que uma relação linear com a versão dos dados traduzidos em inglês seria uma abordagem autolimitada, porque, ao longo da análise, surgiram questões sobre o uso específico de determinadas traduções que me guiaram para a versão dos dados em português, para comparar e assegurar que a versão em inglês correspondia com exatidão ao significado expresso no texto original.

De acordo com Sandelowski (1995b, p. 372), tanto a preparação quanto a análise dos dados devem ser vistas como operações que “(re)presentam e (re)organizam os dados em formas que vão permitir a interpretação”. Essa autora também descreve que enquanto a análise significa quebrar os dados à parte, a interpretação envolve criar alguma coisa nova desses dados. Se a análise permite ao pesquisador ver os dados de outra forma, a interpretação é a criação do pesquisador que permite a outras pessoas ver o fenômeno estudado em uma nova forma.

Assim, para otimizar o avanço da análise e da interpretação dos dados, eu fui e voltei constantemente entre as versões em inglês e português dos dados, para garantir exatidão e consistência da abordagem e do conteúdo descrito e interpretado. Para isso, eu convidei uma tradutora para dar suporte nessa transição de análise e interpretação dos dados entre os dois idiomas. Essa tradutora, Amanda Black, é falante nativa do inglês, com mestrado em tradução literária, tem fluência em português e uma década de experiência em pesquisa qualitativa e em tradução e interpretação na área de saúde com a população latina. Seu profundo conhecimento cultural sobre população latino-americana foi importante para a compreensão do contexto das narrativas e das metáforas presentes nos dados.

Na medida em que avançava a interpretação dos dados, novas questões sobre o conteúdo dos dados surgiram e, conseqüentemente, novas compreensões eram alcançadas. Cada vez que uma nova compreensão era elaborada, eu e a tradutora voltávamos para os dados originais, para garantir que o significado estava sendo preservado em ambos os idiomas. Esse foi

um processo iterativo de português-inglês e inglês-português que construiu e reconstruiu a interpretação dos dados, de modo a preservar o significado da fala dos participantes na descrição dos resultados. Algumas mudanças de significado e falhas de tradução foram encontradas durante esse constante refinamento (Quadro 1):

Quadro 1 – Exemplos de falhas e perdas de sentido na tradução das entrevistas corrigidas durante a análise e a interpretação dos dados

	Português	Tradução inicial	Refinamento da tradução
Exemplo 1:	“Eu tinha <u>muitos</u> pensamentos ruins”.	“I had <u>very</u> bad thoughts”.	“I had <u>many</u> bad thoughts”.
Exemplo 2:	“Eu estava <u>aterrorizada</u> sobre...”	“I had <u>attacks</u> of panic about...”	“I was <u>terrified</u> about...”

O primeiro exemplo representa o uso de adjetivo de intensidade quando era suposto usar um de quantidade. O segundo exemplo representa uma mudança de significado, na qual ataques de pânico foram atribuídos para um caso no qual a mulher descrevia sentimentos de terror. Essas falhas de tradução não foram identificadas na fase de preparação dos dados, quando foi realizada a conferência da tradução inicial. Esse pode ser um problema quando se trabalha com uma base de dados qualitativa relativamente larga (180 páginas, em torno de 81 mil palavras), na qual técnicas lineares e singulares, tradução ‘português-inglês’ e tradução de volta ‘inglês-português’ (Chen, Boore, 2010), não são suficientes para

identificar todas as falhas de tradução ou, simplesmente, traduções que desviam o significado do conteúdo original.

Tendo esse processo de conferência da tradução como pano de fundo da análise e da interpretação dos dados, eu iniciei a organização dos códigos gerados em temas. Os primeiros temas gerados descreviam a experiência das mulheres como um processo mais simples do que elas e os familiares haviam descrito. Dessa forma, discutindo a interpretação com a orientadora e a co-orientadora, chegou-se à conclusão que se precisaria retornar aos códigos, pois a primeira descrição proposta não representava adequadamente a experiência estudada.

Ao aprofundar o processo de análise de dados, percebi que as mulheres usavam uma metáfora implícita, descrevendo várias partes da experiência como se fossem peças que não se encaixavam. Assim, novos temas foram criados, levando-se em conta tal percepção, pois, como descreve Sandelowski (1998), o uso das metáforas é um exercício teórico e, se bem utilizadas na descrição dos dados, podem ajudar a dar coerência e a iluminar, com maior clareza, a mensagem alcançada na interpretação.

Assim, iniciei um processo de discussão com a orientadora e a co-orientadoras sobre os temas identificados e o uso do quebra-cabeça como metáfora para descrever a trajetória das participantes na experiência da DPP. Para isso, utilizamos a recomendação para questionamento sobre os temas, da seguinte forma: O que está acontecendo aqui? O que mais isso pode significar? O que estou aprendendo com isso? (Thorne, 2008). Nessa etapa de interpretação, discutimos a composição de cada tema individualmente e em relação um ao outro, os vários processos, estruturas e

esquemas que poderiam iluminar e qual a ordem e a sequência de descrição poderiam mais eficientemente representar o conhecimento alcançado.

Assim, os resultados desse estudo serão apresentados por três temas e cinco categorias, que compõem um tema central denominado: “a imagem de mulher-mãe brasileira na depressão pós-parto: o desafio de (re)montar o quebra-cabeça”.

Nesses temas e categorias, os participantes serão identificados pelas letras “M”, para mulher, e “F”, para familiar, seguidas do número de sequência da entrevista realizada com cada grupo, a saber: (a) “M1” significa a primeira mulher entrevistada; enquanto (b) “F1” significa o primeiro familiar entrevistado. Recortes das falas desses participantes serão utilizados para ilustrar ou promover ideia mais concreta sobre um tópico descrito, bem como para representar pensamentos, sentimentos e formas de expressão dificilmente capturadas pela descrição. Contudo, as falas não serão utilizadas de forma excessiva, pois sua função principal é servir como ferramenta para avançar a compreensão dos resultados (Sandelowski, 1994) e criar uma imagem evocativa de determinados fatos/experiências descritos pelos participantes.

3.3.6 Rigor da pesquisa

Existem inúmeras concepções sobre o rigor na pesquisa qualitativa; contudo, sabe-se que a validade científica desse tipo de pesquisa não é inerente à propriedade particular de um método, mas sim é o resultado da integridade epistemológica, das características e qualidades relacionadas ao

uso dos dados, das descrições e conclusões alcançadas por meio do uso de determinado método em determinado contexto para determinado objetivo de estudo (Maxwell, 2012). Muitos pesquisadores qualitativos evitam usar o termo ‘validade’ por ser frequentemente associado com o paradigma positivista que rege o leque de pesquisas quantitativas (Miller, 2008); contudo, nessa pesquisa, eu adoto o termo validade como sinônimo de compreensão da realidade (Maxwell, 2012). Nesse sentido, Maxwell (2012) descreve três tipologias de validade (compreensão): descritiva, interpretativa e teórica.

Validade descritiva é representada por meio da coerência e da fidelidade da descrição dos dados como foram observados/narrados (Maxwell, 2012). Para garantir alcançar esse tipo de validade, foi mantida transparência a cerca da coleta de dados e a clara descrição dos processos analíticos, porque essas ações apóiam a concordância dos pesquisadores sobre o rigor e a fidelidade da descrição do fenômeno estudado. Por outro lado, validade interpretativa se refere aos aspectos *êmicos* da descrição ou significados da experiência construídos pelo pesquisador (Maxwell, 2012). Assim, as interpretações dos dados foram construídas para representar, da melhor forma possível, a complexidade do fenômeno estudado, garantindo que os fatos não estavam sendo distorcidos e que os significados estavam sendo preservados. Para assegurar tanto a validade descritiva quanto a interpretativa, durante todo o processo de análise de dados, eu tive reuniões semanais com a orientadora e/ou as co-orientadoras, para discutir e determinar a fidelidade *êmica* dos resultados em relação à experiência dos participantes. Além disso, eu engajei ativamente a colaboração de uma

tradutora, para me mover entre as versões de tradução da entrevista e para garantir exatidão e consistência na descrição e na interpretação dos resultados.

Validade teórica representa a explicação, bem como a descrição e a interpretação, do fenômeno em estudo na perspectiva alcançada pelo pesquisador, com base na fidelidade aos significados presentes nos dados (Maxwell, 2012). Esse tipo de validade pode ser entendido pelo uso da analogia metafórica do quebra-cabeça para explorar a trajetória dos participantes na experiência da DPP. Essa analogia foi originalmente descrita pelos participantes como referência aos vários aspectos da experiência que não se encaixavam. Assim, essa exploração avança na descrição do fenômeno ao mesmo tempo em que mantém coerência ao uso dos significados dos conceitos e das palavras expressos para descrever o fenômeno pelos participantes (Maxwell, 2012).

3.3.7 Limitações da pesquisa

No presente estudo, dois anos e quatro meses foram a média de tempo entre o momento em que as mulheres foram diagnosticadas com DPP e o momento no qual elas foram entrevistadas. Isso implica na possibilidade de que as mulheres resignificaram as experiências delas ao longo do tempo – e que essa resignificação influenciou na forma como elas descreveram a trajetória e a atual compreensão sobre a experiência de DPP. Apesar de a entrevista retrospectiva ter essa limitação, de não investigar o fenômeno no momento que ele acontece (Silverman, 1998), os resultados que

encontramos nesse estudo permitiram apontar questões importantes sobre a experiência da DPP, que até o momento não tinham sido suficientemente descritas na literatura científica.

Uma segunda possível limitação está relacionada ao conteúdo de algumas entrevistas. Apesar de utilizarmos o mesmo tópico semiestruturado para conduzir todas as entrevistas, quatro mulheres não descreveram com amplos detalhes as experiências na DPP; a média de tempo da entrevista dessas quatro mulheres foi de 25 minutos (variando entre 23 e 27 minutos). Contudo, o conteúdo das outras 11 entrevistas, bem como a entrevista com os 9 familiares, foi extremamente detalhado, o que nos permitiu avançar na análise e na interpretação dos dados.

Uma terceira potencial limitação está ligada à tradução português-inglês e inglês-português das entrevistas, o que foi necessário para o período de estágio de pesquisa no exterior (estágio sanduíche). Apesar da adoção das estratégias descritas no capítulo de metodologia, para minimizar o impacto da tradução nos resultados da pesquisa, mover de uma língua para outra sempre constitui um risco de perda de significado na fala dos participantes.

Tendo compreensão de todos os aspectos metodológicos mencionados, o capítulo seguinte apresenta os resultados alcançados.

4 RESULTADOS

4.1 A IMAGEM DE MULHER-MÃE BRASILEIRA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: O DESAFIO DE (RE)MONTAR O QUEBRA-CABEÇA

O tema central desse estudo, **A imagem de mulher-mãe brasileira na DPP**, representa uma analogia com o quebra-cabeça para explicar a combinação de aspectos da imagem que representa a experiência de um grupo de mulheres brasileiras na maternidade e a percepção sobre a própria identidade da DPP. Em um quebra-cabeça, se as peças se desarranjaram há o risco de não voltarem à forma original; da mesma forma, a DPP provocou um desarranjo nas peças, decorrente da realidade vivida na maternidade que, em conflito com o idealizado, ocasionou alteração na própria identidade³; pois, a experiência angustiante de não conseguir responder às expectativas do papel materno abriu espaço para um conflito entre o ideal e o vivido que, permeado pela DPP, modificou a forma como as mulheres compreendiam a si mesmas e exerciam a maternidade.

Metaforicamente, identidade e maternidade não são peças autossustentáveis ou independentes; as duas constituem a imagem da mulher-mãe desarranjada pela DPP. Apesar de serem peças complementares, durante o período de pós-parto, as mulheres descreveram a peça da maternidade como a que recebeu o maior destaque dentro do seu contexto sociocultural. A identidade das mulheres – nesse estudo,

³ Nesse estudo, identidade é compreendida como a consciência que a pessoa tem dela própria, o que a torna diferente das outras pessoas (Maheirie, 2002).

representando a percepção das mulheres sobre os próprios pensamentos e comportamentos – foi negligenciada em comparação com a importância sociocultural dada à maternidade. Dessa forma, foram as “falhas” das mulheres para exercer os cuidados maternos que conscientizaram tanto as mulheres quanto os familiares sobre a DPP.

Atentos a essa característica sociocultural identificada nos dados dessa pesquisa, nosso desafio é reconhecer a identidade das mulheres separadamente da maternidade, evitando o mesmo desvio de atenção sociocultural no pós-parto para a maternidade. Os resultados a seguir são apresentados tanto fazendo distinções entre identidade e maternidade na experiência das mulheres, quanto intercalando essas duas dimensões, pois, na trajetória das mulheres, essas dimensões são comumente encaixadas e inter-relacionadas, enquanto que, na depressão pós-parto, são desencaixadas.

Na analogia do quebra-cabeça, os temas e as suas respectivas categorias metaforicamente representam peças do quebra-cabeça mulher-mãe que foram desarranjadas pela depressão pós-parto. O tema central que sintetiza o estudo é formado por três outros temas, cada um com suas respectivas categorias (Figura 1).

**A IMAGEM DE MULHER-MÃE BRASILEIRA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
O DESAFIO DE (RE)MONTAR O QUEBRA-CABEÇA**

Figura 1 – Temas e suas respectivas categorias analíticas

O primeiro tema, **A maternidade na Depressão Pós-Parto: do idealizado ao experienciado**, compõe as peças do quebra-cabeça, correspondendo ao confronto entre a expectativa e a realidade da experiência da maternidade vivida pelas mulheres na DPP e, como consequência, a presença de pensamentos de machucar os filhos e os tipos

de comportamento adotados diante da situação. Essas peças são representadas pelas categorias e subcategoria:

1) “***A realidade da maternidade***”

1.1) “*Pensamentos ruins na maternidade*” e

2) “***Maternidades frente aos pensamentos ruins***”

Tais categorias descrevem que a imagem idealizada que as mulheres tinham sobre a maternidade, como um evento alegre e de satisfação, foi alterada por uma imagem triste, na qual pensamentos de machucar os filhos estavam presentes. Como resposta a esses pensamentos, as mulheres elaboraram diferentes formas de cuidado maternal, as quais basicamente tinham a função de tentar proteger as crianças de algum mal decorrente dos ‘pensamentos ruins’.

O segundo tema, **Identidade obscurecida pela Depressão Pós-Parto**, compõe as peças críticas na imagem desarranjada da mulher-mãe que representa os variados comportamentos e sentimentos vivenciados pelas mulheres. Essas peças são representadas pelas categorias:

1) “***Indiferença para as necessidades pessoais***”

2) “***Desvio de olhar dos comportamentos das mulheres***” e

3) “***Comportamentos das mulheres resignificado***”

Tais categorias descrevem como os familiares e as próprias mulheres passaram da posição de ‘desvalorização’ das necessidades e comportamentos das mulheres para a compreensão e o reconhecimento de

que tais necessidade e comportamentos significavam que algo de errado estava acontecendo com elas.

O último tema, **Caminhos e estratégias para enfrentar a Depressão Pós-Parto**, compõe a trajetória pela qual as mulheres e seus familiares tentam encaixar as peças da imagem mulher-mãe. As peças da trajetória são representadas pelas categorias:

- 1) ***“O esforço para lidar com a depressão pós-parto”*** e
- 2) ***“Ajustando-se ao novo normal”***

A primeira categoria, na analogia do quebra-cabeça, representa os caminhos e as estratégias adotadas pelas mulheres como modo de reconstruir a imagem que tinham antes. Contudo, apesar de as mulheres sentirem que conseguem lidar melhor com a DPP, elas indicam que as peças na verdade nunca voltaram a se encaixar da mesma forma. Assim, a segunda categoria descreve as percepções, tanto das mulheres quanto dos familiares, que indicam que as mulheres mudaram e não são as mesmas de antes da depressão pós-parto. Na analogia do quebra-cabeça, a imagem mulher-mãe está configurada diferentemente e não pode alcançar o estado de ser anterior – as peças do quebra-cabeça não se encaixam perfeitamente, correspondendo, assim, a uma representação metafórica da – ainda em progresso – trajetória de um grupo de mulheres brasileiras na experiência da DPP.

4.1.1 Maternidade na Depressão Pós-Parto: do idealizado ao experienciado

Na analogia do quebra-cabeça, esse tema descreve como a experiência das mulheres com DPP alterou a percepção delas sobre si mesmas como mães. A mudança nas peças do quebra-cabeça modificou a visão das mulheres sobre si mesmas, de forma que esta visão não mais se encaixa com as imagens maternas que idealizavam. Frustração com a maternidade experienciada, pensamentos de machucar as próprias crianças, autoavaliação da própria competência como mãe/mulher e suporte familiar foram fatores que contribuíram para o desarranjo da imagem mulher-mãe na DPP.

A realidade da maternidade

“Todo mundo desenha a maternidade como uma coisa fantástica, mas nem tudo são flores, nem tudo é fantástico” (M12).

No contexto estudado, as mulheres descreveram tensão entre a percepção idealizada da maternidade e a realidade vivida. A diferença entre a imagem que as mulheres tinham sobre mãe “ideal” e a real experiência da maternidade levou estas mulheres a se sentirem infelizes e frustradas. Por não conseguirem amenizar tais sentimentos, elas acabaram entrando em uma situação de tristeza profunda. A fala a seguir ilustra a percepção de uma mãe sobre o que a levou ao sentimento de tristeza:

“O povo fala da maternidade como algo fantástico (...). Eu tive pouco contato com pessoas que me dissessem: ‘você vai se sentir um trapo, você vai ficar cansada, terá dias que você vai detestar ser mãe’. Só que depois que minha filha nasceu, eu percebi que nem tudo são flores, nem tudo é fantástico. Eu deixei de ouvir o que eu sentia e a tristeza veio muito rápido” (M12).

As mulheres descreveram que sua percepção de que algo estava errado começou ao perceberem que eram incapazes de cuidar dos filhos da forma como desejaram e imaginaram que poderiam cuidar:

“Todo mundo desenha a maternidade como uma coisa fantástica. Eu não tinha aquele negócio que todo mundo pega, faz carinho, todo mundo acha o neném bonito, menos você. Eu não tinha muito esse afeto pela criança, não tinha prazer com ele” (M2).

Pensamentos ruins na maternidade

Nessa realidade da maternidade, a experiência delas tendo pensamentos de machucar os filhos foi descrita como o maior desafio frente à idealização e/ou às experiências passadas de maternidade. Isso porque sete das mulheres descreveram a si mesmas como o agente agressor dos pensamentos que tinham de machucar as crianças – três dessas chegaram a exercer algum tipo de agressão; enquanto outras seis mulheres temeram que outros agentes pudessem fazer mal às crianças, como, por exemplo, uma doença.

As mulheres que tiveram pensamentos de machucar os filhos descreveram essa experiência como sendo ter “pensamentos ruins”. Para a maioria das mulheres, os pensamentos ruins começaram na primeira

semana de pós-parto e ocorreram mais intensamente quando elas estavam cuidando das crianças. As mulheres indicaram que os familiares foram incapazes de perceber esses pensamentos, porque elas os mantiveram para si mesmas até o momento que temeram exercê-los ou, de fato, o exerceram. Em concordância, os familiares indicaram que apenas souberam desses pensamentos quando as mulheres decidiram contá-los:

“Não foi eu que percebi, foi ela que me contou sobre as ideias de machucar o bebê” (F9).

As mulheres que descreveram a si mesmas como os agentes da agressão nos pensamentos ruins recordaram-se imaginando cenas nas quais estavam jogando os bebês pela janela, jogando lençóis de cama em cima dos bebês, afogando os bebês na banheira, dando murro neles ou machucando os bebês com uma faca. Uma mulher recordou duas cenas:

“Eu pensava assim: ‘será que se eu jogá-lo ele vai morrer’? Na hora do banho, a mesma coisa. Eu pensava assim: ‘se eu soltar ele na banheira será que ele vai conseguir se salvar’?” (M2).

Quando os pensamentos ruins surgiam, essas mulheres sentiram uma intensa vontade de machucar as crianças; duas dessas mulheres descreveram um ou dois atos de agressão física quando elas estavam cuidando das crianças. Essas duas mulheres não planejaram e nem desejaram a gravidez. Elas mencionaram:

“Eu o sufoquei por volta de dois minutos com um travesseiro. Assim, não totalmente enforcando ele. Eu sempre fazia coisas más com ele, todo o tempo” (M1).

“Eu peguei ela e joguei no berço” (M3).

Uma terceira mulher descreveu que não machucou fisicamente o filho, mas que frequentemente gritava contra ele:

“Eu nunca agredi, mas cheguei ao ponto de gritar com ela” (M6).

Independente se elas apenas pensaram em machucar ou se de fato machucaram os filhos, as mulheres estavam tão aterrorizadas pela ideia de fazer mal às crianças que acabaram ficando emocionalmente vulneráveis.

Como uma delas observou:

“Você sabe aquela contradição. Era tipo assim, eu queria jogar ela pela janela, mas eu sabia que não podia fazer isso. Isso foi muito estressante” (M7).

As duas mulheres que fisicamente machucaram os bebês tinham consciência de que estavam fazendo algo errado, mas essa compreensão não foi suficiente para interrompê-las. O que preveniu essas mulheres de cometerem maiores males foi a falta de reação dos bebês quando elas esperavam choro e agitação. Uma delas menciona, brevemente, mas outra descreve a reação do filho dela com melhores detalhes:

“Eu joguei ela no berço. Ela ficou de um jeito calado, me olhando. Ela não teve uma reação” (M3).

“Acho que o que me segurou de não fazer um mal pior foi porque ele não reagia. Ele ficava me olhando com uma carinha de anjo, sem medo, confiando em mim” (M1).

Em contraste com as mulheres que viram a si mesmas como fontes de ameaça para os próprios filhos, têm-se seis mulheres para as quais os pensamentos ruins eram centrados em outras fontes de ameaça ou agressão; porém, tais fontes foram descritas de forma vaga; por exemplo: uma doença inespecífica ou alguma outra coisa ou alguém tentando matar os bebês. Essas mulheres temiam que os filhos pudessem morrer a qualquer momento. Uma dessas mulheres, sem histórico depressivo e que desejou e planejou a gestação, descreveu tal medo claramente:

“Eu tinha medo de que meu filho pudesse morrer. Eu passava a noite acordada com esse medo. Quando ele estava no berço, eu pensava ‘será que ele vai sufocar, será que ele vai sobreviver?’” (M11).

Similarmente, outra mulher com primeiro filho mencionou o medo de que o bebê pudesse morrer, mas não especificou a razão dessa morte:

“Tinha medo de meu filho morrer. Eu passava a noite ao lado do berço dele com esse medo” (M10).

Na trajetória da DPP, os pensamentos negativos foram a experiência que marcou a realidade da maternidade e que fundamentalmente afetou os ideais que as mulheres tinham sobre si mesmas e sobre o papel materno.

Maternidades frente aos pensamentos ruins

Como resposta aos pensamentos ruins e como estratégia para tentar proteger a si mesmas e aos filhos, as mulheres descreveram a adoção de quatro diferentes tipos de maternidade: transferido, compartilhado, forçado e superprotetor. As mulheres que transferiram o cuidado não assumiram nenhum cuidado dos bebês, delegando essa responsabilidade para familiares. Essas mulheres se distanciaram dos bebês a tal ponto que não os aceitaram como sendo seus filhos e não quiseram cuidar deles. Entre essas mulheres está uma das mães [M1] que machucou fisicamente o filho. Um membro familiar descreve a perspectiva pessoal sobre a transferência de cuidados maternos:

“Eu observava que ela não queria ficar perto das crianças. Ela não queria pegar, não queria amamentar. Ela sempre ficava afastada dele [bebê] (...), quando ela pegava [o bebê] nos braços, ela ficava mais atacada, ficava com medo de fazer alguma coisa com ele” (F5).

Em todos esses casos, os familiares descreveram ter que cuidar dos bebês por período de dois anos – tempo necessário para que essas mulheres comesçassem desejar e a se sentir capazes de cuidar dos próprios filhos, como um familiar referiu:

“Eu comecei a cuidar do garoto (...). Ela só começou a cuidar pouquinho dele quando ele tinha um ano e oito meses de vida” (F2).

Em contraste com as mulheres que transferiram cuidado para outros, têm-se as mulheres que pediram ajuda de familiares (esposo, mãe ou irmã) para dividir a responsabilidade de cuidar dos bebês. Nesse grupo, está uma mulher [3] que machucou o bebê fisicamente. Nesse cuidado compartilhado, as mulheres foram responsáveis por amamentar, dar banho e mudar as fraldas dos bebês, enquanto os familiares foram responsáveis por passar maior tempo com os bebês – brincando, levando para passear, dado alimentação complementar, quando as mães não podiam ou não queriam amamentar, e confortando os bebês quando eles estavam chorando. Essas mulheres desejavam cuidar das crianças, mas elas tinham medo de ficar sozinhas e machucá-las quando os pensamentos ruins se intensificavam. Para garantir a segurança dos bebês contra esse potencial perigo, as mulheres conscientemente procuraram por um familiar para dividir as responsabilidades maternas. Essa estratégia deu a elas a chance de se distanciar dos bebês nos vários momentos que tiveram os pensamentos ruins. Uma dessas mulheres descreveu:

“Eu mesma tomei o cuidado de me distanciar da minha filha, porque eu não queria fazer nenhum mal para ela. Eu estava protegendo ela” (M6).

Quando as mulheres não tiveram ou não receberam suporte de familiares disponíveis, elas se sentiram forçadas a cuidar das crianças por si só. Elas não tiveram acesso a esse tipo de suporte familiar ou porque moravam muito distante da família ou porque os maridos/companheiros delas não quiseram ajudá-las. Por não terem essa necessidade de suporte

pessoal reconhecida pelo companheiro, as mulheres se sentiram sobrecarregadas para manejar os sentimentos e os desafios enfrentados no dia a dia. Elas sentiram que a maternidade era vista como a principal atividade. Ter que continuar cuidando das crianças sob tais circunstâncias aumentou o sentimento de tristeza; como uma mulher, que tinha dois filhos, mencionou:

“Eu tive que continuar cuidado do meu filho, mas isso foi muito depressivo”
(M7).

Um marido que não deu suporte à esposa sugeriu que a falta de apoio familiar influenciou na tristeza da mulher:

“Não ter parentes por perto para ajudar teve um grande impacto na saúde dela. Essa depressão não teria acontecido se tivéssemos familiares por perto” (F11).

As seis mulheres que pensaram que algum agente externo (exemplo: doença) fosse fazer mal aos filhos descreveram uma forma superprotetora de cuidado maternal. Elas vigiavam os bebês todo o tempo; sem dormir ou dormindo pouco para garantir que os bebês estivessem seguros. Elas não deixaram nenhuma outra pessoa cuidar dos bebês, protegendo-os contra qualquer um ou qualquer coisa. Elas se sentiam responsáveis por proteger a criança contra qualquer circunstância. Também pensavam que deveriam aproveitar cada instante para ficar perto das crianças. Não aceitavam dividir esse cuidado com outras pessoas, porque pensavam que isso seria perigoso

para seus bebês e elas estariam perdendo a oportunidade de prestar o melhor cuidado. Uma dessas mulheres, que teve uma gravidez planejada e desejada, descreveu:

“Eu não tive problema para cuidar do meu filho. Eu fui superprotetora. Eu tinha que fazer tudo, eu tinha que fazer todas as mamadeiras, eu que dava todos os banhos, porque eu entendia que eu tinha que aproveitar cada segundo, com essa sensação de que ele poderia morrer, e isso foi muito forte” (M10).

Essas mulheres reconheceram que a natureza desse tipo de cuidado, de certo modo, estava machucando/fazendo mal aos bebês. Ao avaliarem esse tipo de cuidado materno, elas indicaram que os comportamentos não representaram uma maternidade típica ou normal, como uma delas mencionou:

“Eu sufoquei ele nesse período, no sentido de ficar muito em cima dele, muito tempo com ele no colo” (M13).

Um marido descreveu esse tipo de cuidado superprotetor como uma forma de obsessão:

“Ela desenvolveu uma espécie de obsessão pela criança e eu notava isso na minha esposa. Ela só pensava em cuidar do bebê” (F11).

Esse tipo de cuidado sufocante foi compreendido como uma má forma de cuidar das crianças, pois não dava espaço para que elas explorassem os ambientes sociais e interagissem com outras pessoas.

Em contraste com as 13 mulheres que mencionaram (pensamentos ruins) temor de algum tipo de mal acontecer para seus filhos, têm-se duas mulheres (M14, M15) que não mencionaram esse tipo de experiência. Nenhuma delas tinha histórico de depressão e ambas desejaram a gravidez, mas apenas uma delas planejou. Uma dessas mulheres transferiu o cuidado do filho para um familiar, lembrando que se sentiu culpada por não ter cuidado da criança.

A segunda mulher compartilhou o cuidado da criança. Ela descreveu o desapontamento por ter tido uma filha, enquanto o marido desejava um filho. O marido dela ajudou a cuidar da criança, mas a mulher permaneceu emocionalmente reservada e não pensou sobre o bem-estar da criança, como mencionado:

“Eu não queria saber o que era feito. Eu falava assim: “eu vou dar a mamadeira, trocar a fralda e você [marido] que se vire com ela [bebê], porque eu não quero saber de nada” (M14).

4.1.2 Identidade obscurecida pela Depressão Pós-Parto

Esse tema apresenta a mudança de compreensão expressada pelas mulheres e seus familiares sobre a condição de saúde delas. Essa peça do quebra-cabeça, metaforicamente, representa o meio pelo qual mulheres e familiares identificam a DPP como o fator que alterou a identidade das mulheres e a resposta delas à maternidade.

Indiferença para as necessidades pessoais

Em paralelo com a complexa experiência de lutar contra a realidade do cuidado materno sob a influência de pensamentos ruins, as mulheres também experienciaram distúrbios de comportamentos e sentimentos individuais. Apesar de as mulheres estarem claramente conscientes de que esses comportamentos e sentimentos provavelmente afetaram as habilidades delas como mães, essa categoria descreve momentos nos quais as mulheres se referem a si mesmas enquanto mulheres e não apenas como mães.

Pensando sobre si mesmas enquanto indivíduos, todas as mulheres descreveram que durante o período pós-parto elas entraram em uma nova realidade, com uma identidade na qual elas não se reconheciam. Elas não tinham vontade de se autocuidar e toda energia que tivessem era gasta cuidando das crianças. Elas não sentiam vontade de comer, beber ou tomar banho. Elas apenas choravam e sentiam-se triste, como uma delas descreve:

“Eu não tinha vontade de tomar banho, eu não tinha vontade de comer, eu não tinha vontade de me cuidar. Eu estava passada. Eu estava completamente inativa (...). Não importava qual era o lugar, eu simplesmente não fazia nada, era tipo assim: eu parava, sentava e chorava. Não tinha vontade de ir a lugar nenhum” (M2).

Algumas mulheres também mencionaram mudanças corporais e comportamentais, que elas não conseguiam compreender, por exemplo:

problemas de sono, que poderia ser dormir o dia todo ou não conseguir dormir o suficiente para se sentir descansada, e substancial perda de peso.

“Eu não dormia mais, eu passei dez meses dormindo no máximo duas horas por dia” (M10).

“Eu comecei a perder peso. Eu perdi dezessete quilos, muito rápido. Era muito difícil para eu comer porque a comida não tinha sabor” (M3).

Além dos sentimentos e dos comportamentos mencionados, três mulheres também descreveram terem tido dores físicas durante o período pós-parto, como dores de cabeça, dores lombares ou dores renais. A mulher que mais mencionou essa experiência descreveu:

“Eu comecei sentindo dor eu meus rins, dor lombar. Eu não sabia se era nos meus rins. Eu sentia dor na costa e eu comecei a ficar fora de mim” (M3).

Exames médicos não encontraram nenhum problema físico que justificassem as dores dessas mulheres. Assim, as mulheres foram levadas a reconhecer alguma outra razão para as experiências corporais ao invés de um problema físico. Nesse caso, uma mulher adotou a crença de que ela ainda tinha um feto dentro do útero para explicar as dores abdominais:

“A dor não passava. Então, eu coloquei na minha cabeça que durante o parto o médico tinha tirado um bebê e deixado outro dentro de mim” (M3).

Autoisolamento também foi mencionado por todas as mulheres. Algumas mulheres mencionaram ter se isolado de ambientes sociais ou

porque elas se sentiam incapazes de criar a energia necessária para interagir com outras pessoas ou porque elas temiam essas outras pessoas como uma fonte de perigo que poderia machucar a elas mesmas e aos filhos. Duas das participantes indicaram que o medo de sair de casa as impedia de levar os filhos para consultas médicas:

“Eu tinha muito medo de sair de casa, medo de acontecer alguma coisa ruim (...). Eu não conseguia sair de casa. Eu não levava meu filho para as consultas, quem levava era a minha irmã” (M4).

Outra mulher descreve que não queria sair de casa, pois não tinha vontade de ter contato com outras pessoas. Ela descreve esse complexo sentimento sobre contatos sociais e ambientes:

“Eu não queria sair para ficar com o povo. Quando eu saía, eu sentia tipo uma palpitação, uma falta de ar, parece que eu ia morrer; uma tristeza” (M8).

O isolamento das mulheres também foi relacionado à falta de desejo de estar próximo dos familiares e até mesmo dos maridos. Interessantemente, existiu uma contradição nas entrevistas das mulheres. Por um lado, elas descreveram que não queriam ter contato com familiares, porque elas pensavam que esses familiares não eram capazes de ajudá-las ou que iriam vê-las como querendo ganhar atenção – um caso de “frescura”. Por outro lado, elas se ressentiram por os familiares não terem agido para resgatá-las dessa tristeza profunda.

Assim, para a maior parte das mulheres, o marido foi visto como uma pessoa incapaz de ajudar; elas não tinham tolerância com eles e preferiam que eles se afastassem:

“O meu esposo virou uma figura idiota para mim. Para mim ele era incapaz de cuidar dele, incapaz de me ajudar e de cuidar do nosso filho. Então, eu não queria ele por perto” (M10).

Esses modos de isolamento também são refletidos pelas formas como as mulheres exerceram a maternidade. Durante visitas de familiares e amigos para conhecer o bebê, as mulheres que desenvolveram uma forma superprotetora de maternidade usaram as crianças como uma razão para se distanciarem ou se isolarem dos familiares, como descrito por uma das mulheres e um familiar:

“Então, eu aproveitava quando eu tinha que dar a mamadeira, pegava e levava ela para o quarto, me trancava lá, com a desculpa que ela estava mamando, que ela estava dormindo” (M11).

“Ela se isolou. Ela ficava afastada (...). Ela ia dar mamadeira para o bebê e ficava distante das visitas” (F7).

Uma forma diferente de isolamento foi também mencionada pelas mulheres que dividiram o cuidado da criança com um familiar. Essas mulheres se isolavam do cuidado das crianças e dos familiares durante os momentos que elas tiveram pensamentos de machucar os filhos. Isso foi descrito como uma maneira de não comentar sobre esses pensamentos com familiares e também não correr o risco de praticar algum mal para a criança:

“Nos momentos que eu tinha pensamentos ruins sobre o meu filho, eu me distanciei dele e das pessoas que estavam por perto. Eu estava com medo e não queria correr o risco de machucar meu filho. Também eu não queria falar para o povo que eu estava tendo esses tipos de pensamentos” (M13).

Enquanto a maioria das mulheres se isolou dos familiares e dos ambientes sociais para evitar interação ou mesmo para evitar que as pessoas percebessem que elas não estavam bem, uma única mulher entendeu que a experiência dela era um processo individual, o qual requeria que ela ficasse sozinha para compreender o que estava acontecendo consigo mesma e tentar resolver:

“Não era apenas que eu não queria conversar com eles, mas eu acho que eu estava em um processo tão meu, que eu achava que eu tinha que eu resolver sozinha” (M12).

Apesar de vivenciar esse amplo leque de sentimentos e comportamentos, tais sinais das mulheres não foram inicialmente interpretados pelos familiares e até mesmo por algumas mulheres como uma questão de saúde. Os sentimentos e/ou os comportamentos que foram interpretados como problemáticos estavam interferindo claramente na capacidade das mulheres para exercer o papel materno. Pensamentos, sentimentos e desafios individuais das mulheres foram vistos como secundários em relação à maternidade. Assim, fatores que afetam a mulher como indivíduo – mas que parecem não afetar a habilidade delas como mãe – não foram considerados como importantes:

“Ela começou a perder peso, mas todo mundo pensou que isso era porque ela estava amamentando muito” (F4).

“Ela só chorava, não queria comer. Ela ficava distante e não interagia nas conversas com a gente, mas eu não percebi que isso era uma doença” (F7).

Desvio de olhar dos comportamentos das mulheres

Alinhado com as expectativas socioculturais sobre a maternidade, nas quais todas as mães são felizes e capazes de cuidar dos filhos durante o pós-parto, está a negação ou a desvalorização do fato que as mulheres podem vivenciar dificuldades emocionais no pós-parto. Mulheres e familiares que nunca tinham vivenciado um caso de depressão tiveram dificuldades para compreender que os comportamentos e as emoções das mulheres eram parte de um sério processo de adoecimento, como um deles menciona:

“Eu via que ela não estava bem, mas eu não achava que era nada sério” (F7).

Nesses casos, a maioria dos familiares acreditou que as mulheres estavam “fingindo” (ou com “frescura”) para poderem receber mais atenção:

“No começo, sinceramente, eu achava que era frescura, porque eu não entendia a depressão” (F12).

“Eu sentia tristeza e ele achava que era frescura, que eu queria mais atenção” (M5).

Por acreditarem que as mulheres estavam “fingindo” a própria condição de saúde, alguns familiares resistiram a prestar suporte a elas. A mãe de uma das participantes reportou que o marido da filha falava:

“Tome água que você melhora” (F2).

Algumas mulheres mencionaram que a descrença dos familiares sobre o que elas estavam vivenciando fez com que elas se sentissem ainda mais afetadas. Uma das mulheres descreveu a percepção do marido e como isso a afetou:

“Ele achava que era frescura minha e isso me deixava pior (...). Ele dizia ‘isso é coisa que você colocou na sua cabeça, pare com isso!’ E então, eu chorava, parecia que não ia parar de chorar” (M7).

A posição dos familiares de não acreditar na realidade dos sentimentos das mulheres é explicada por um dos maridos como sendo uma resposta para problemas invisíveis:

“Eu só acredito no que estou vendo. Para mim, ela só estava querendo mais atenção” (F5).

Uma das mulheres também menciona como ela entendia essa percepção por parte dos familiares e amigos – e o efeito dessa inicial falta de suporte na sua condição de saúde:

“As pessoas acham que você está com preguiça e que não tem motivo para ficar daquele jeito. As pessoas não entendem o que é essa doença. O que aconteceu? Foi passando os dias e eu fui entrando em desespero porque eu não melhorava, porque eu estava afundando” (M3).

Baseando-se em experiências passadas com depressão, apenas poucos familiares tiveram percepção diferente sobre os sentimentos e os comportamentos das mulheres. No entanto, a atenção desses familiares também estava focada nas habilidades maternas. E foi, na maior parte das vezes, a “falha” da mulher para cuidar adequadamente das crianças que fez com que os familiares pensassem que se tratava de um problema mais sério.

Comportamento das mulheres resignificado

Essa categoria representa as novas formas com que mulheres e familiares resignificaram a percepção sobre a condição de saúde delas durante o período pós-parto. Essa peça do quebra-cabeça é complexa de ser identificada na trajetória das mulheres na DPP, porque, como já discutido nas outras categorias, os comportamentos das mulheres não foram vistos como sinais de um problema, mas como uma parte ou uma parcela do papel de mãe.

Essa indiferença não é apenas mencionada por familiares. Inicialmente, as mulheres não definiram os sentimentos e os comportamentos pessoais (exemplo: dificuldade para dormir ou isolamento) como sendo um problema de saúde. Apesar de elas perceberem que algo

estava errado, elas tomaram isso como sendo as dificuldades que tinham com a maternidade. Oito das participantes dessa pesquisa mencionaram que nunca pensariam que estavam deprimidas, porque elas atribuíram seus comportamentos com o fato de serem mães e um episódio depressivo não era esperado na maternidade que haviam idealizado e planejado:

“Eu nunca perceberia que estava deprimida, por que isso não é esperado na maternidade (...). Porque todas as pessoas, até os profissionais, falam que as mães ficam supersensíveis: ‘você está chorando? É normal! Você está sofrendo sem dormir? É normal, você tem um bebê!’” (M10).

Familiares e mulheres que tomaram outros pontos em consideração, além da maternidade, perceberam que algo estava errado no pós-parto, mas não conseguiram identificar o que era isso:

“Eu sabia que alguma coisa de ruim estava acontecendo comigo, mas eu não sabia dizer o que era” (M6).

Essa falta de conhecimento sobre possíveis problemas emocionais relacionados à maternidade no pós-parto foi mencionada como uma barreira para que pudessem identificar o que as mulheres estavam vivenciando. Tal falta de compreensão atrasou a busca por ajuda profissional pelas mulheres e/ou familiares. Eles não procuraram por ajuda, porque não foram capazes de dar nome ao que estava acontecendo e, assim, esclarecer o que precisavam fazer. Uma das familiares articulou tal sentimento:

“Se eu tivesse a experiência que eu tenho agora, eu tinha detectado o problema dela antes, mas a gente não sabia. Então a gente não espera [a depressão] ou fecha os olhos para não ver” (F10).

Nesse contexto cultural, o único indicador que deu suporte à percepção de que algo estava de fato errado – e que requeria ajuda profissional – foi a incapacidade das mulheres para cuidar das crianças. Como já vem sendo discutido em outras categorias, a maternidade é o ponto de atenção principal da família. Apenas se algo comprometeu a capacidade das mulheres para cuidar da criança, então os familiares, amigos – e as próprias mulheres – interpretaram os comportamentos como problemático. Outra forma de compreender a interpretação familiar pode ser observada pela descrição de uma das mulheres que apresentou forma superprotetora de cuidar do filho. Para ela, o marido percebia que ela tinha sinais de depressão, mas acreditou não ser nada importante, porque a mulher não deixou de cuidar da criança. As falas a seguir apresentam tais percepções:

“Eu percebi porque ela estava insegura para cuidar da criança, estava preocupada em machucar a menina. Ela pensava que não estava sendo uma boa mãe” (F13).

“Eu percebia que existia sintomas de depressão, mas não deve ter sido uma depressão muito acentuada, porque não a incapacitou de cuidar da nossa filha” (F14).

Apenas comportamentos como a agressividade ou a mulher levantar da cama durante a noite e ir para a rua usando pijamas, fizeram os familiares relacionarem às condições delas com sérios problemas emocionais:

“Eu estava muito agressiva, parecia que queria me defender de algo que não estava me atacando. Então, minha mãe falou que eu não estava bem e mandou procurar um médico” (M14).

“Ela acordou mal um dia, uma hora da manhã com falta de ar. Outro dia ela desceu as escadas usando camisola e foi para a rua porque estava nervosa. Aí a gente viu que a coisa era séria mesmo” (F4)

O marido de uma das mulheres fez uma pesquisa na internet para determinar o que estava acontecendo e acabou associando os sentimentos e os comportamentos da esposa com a depressão pós-parto. Para esse casal, esse foi o momento que perceberam que estavam lidando com um problema de saúde sério:

“Meu marido estava se sentindo um pouco perdido sobre o que estava acontecendo comigo. Ele foi fazer uma pesquisa e puxou pela internet que era depressão. Lá na internet tava dizendo que depressão era uma doença grave, quais os sintomas, as causas, o que provoca a depressão pós-parto e como a pessoa se sente. Foi quando ele me mostrou essa pesquisa e disse: ‘olha aqui o que está acontecendo’” (M3).

Cinco participantes descreveram compreender o que elas estavam experienciando. Elas mencionaram que estavam deprimidas – ou porque já tinham vivenciado um episódio depressivo ou porque tinham convivido com um familiar que teve depressão –, mas a consciência delas não acelerou o processo de busca por ajuda com familiares ou com profissionais de saúde. Para algumas das mulheres, o reconhecimento da presença da depressão iria “estragar” a experiência delas com a maternidade. Outras mulheres tinham receios de que os familiares e os amigos pensassem que elas estavam com “frescura”:

“(...) Eu não queria aceitar [a depressão]. Eu sabia que estava deprimida, mas eu falava: ‘eu sou uma boa mãe’, mas não era” (M13).

“Eu omiti um pouco isso, talvez por fraqueza minha de assumir que eu estava com depressão. Eu achava que as pessoas não iriam me ajudar e que teriam preconceito. Achar que é frescura e dizer: ‘aquela está com frescura de dizer que está deprimida’” (M12).

Um dessas mulheres descreveu reconhecer os sentimentos e os comportamentos como um episódio de depressão, mas não teve força para buscar uma solução. Os sentimentos de tristeza drenaram a energia que as mulheres tinham, tanto como mulheres quanto como mães, de modo que, mesmo percebendo que algo estava errado, elas não tiveram capacidade de reagir. Uma mulher mencionou:

“Eu mesma já reconhecia que eu estava com depressão, porque eu já tinha visto minha mãe com depressão, mas eu não tinha força, não tinha força para reagir” (M15).

Algumas mulheres mencionaram que a depressão pós-parto foi diferente da depressão que tiveram anteriormente, mas elas não conseguiram articular o próprio pensamento para explicar as percepções de diferença. Nos poucos pensamentos que elas conseguiram articular, descreveram que em outros episódios depressivos elas se sentiram vazias, mas na experiência delas atual, supostamente, não havia motivos para se sentirem dessa forma, porque tinham acabado de ter filho e a ideia da maternidade é que um filho vai trazer felicidades:

“A depressão que eu tive antes era apenas uma tristeza, mas quando ele nasceu eu me senti feliz por ele está comigo (...). Eu posso estar falando besteira, mas eu me sentia muito triste, com um vazio, mesmo tendo um motivo para sorrir e ficar alegre” (M14).

As peças do quebra-cabeça que levaram as mulheres e/ou os familiares a reconhecer a DPP foram majoritariamente os sentimentos e os comportamentos que demonstraram que as mulheres estavam “falhando” com a maternidade, porque o foco do contexto social está na criança e não nos sentimentos que afetam apenas a mulher no período pós-parto. Como consequência, as mulheres desviaram o olhar dos sentimentos e comportamentos até um ponto que elas não mais puderam manejá-los. Nesse ponto, familiares definiram a necessidade de dar suporte às mulheres para elas exercerem a maternidade; familiares e/ou profissionais de saúde entraram em cena para ajudar as mulheres a serem mães.

4.1.3 Caminhos e estratégias para enfrentar a Depressão Pós-Parto

Na analogia do quebra-cabeça, esse tema representa os caminhos que as mulheres percorreram para enfrentar a DPP, na tentativa de encaixar as peças do quebra-cabeça que representa a imagem mulher-mãe antes de ser desarranjada pela DPP. Contudo, esse quebra-cabeça não se encaixou de acordo com a perspectiva das mulheres e familiares, pois a DPP modificou a estrutura individual e materna das mulheres.

O esforço de lidar com a depressão pós-parto

No contexto social das mulheres, o caminho formal de tratamento foi representado majoritariamente pela assistência psiquiátrica tradicional, cuja característica principal foi o uso de medicação. Uma vez que as mulheres e/ou familiares definiram a necessidade de assistência com profissional de saúde, eles buscaram ajuda com profissionais que conheceram durante o período pré-natal – na maioria dos casos, as mulheres e os familiares entraram em contato com psicólogos das unidades de saúde nas quais realizaram consultas pré-natais. Esses profissionais foram os primeiros a identificar a condição de saúde das mulheres, fornecendo o diagnóstico clínico de depressão pós-parto. Contudo, nenhum desses profissionais recomendou intervenções clínicas; ao invés disso, eles encaminharam as mulheres para atendimento no IPq-USP. Uma das mulheres reporta esse processo de encaminhamento:

“A psicóloga viu que eu não estava bem e me disse que era depressão pós-parto. Imediatamente ela ligou para um psiquiatra e foi daí que eu comecei a fazer tratamento da depressão pós-parto no Hospital das Clínicas” (M4).

Mulheres que não receberam esse tipo de encaminhamento enfrentaram um processo mais longo para encontrar um local de tratamento. Uma das mulheres descreveu que em uma unidade básica de saúde da família a médica a diagnosticou com DPP, mas disse que era uma condição de saúde complexa e que ela precisaria procurar um psiquiatra. Nesse caso, a médica não encaminhou a mulher para nenhum outro serviço de saúde.

Em conversa com outras pessoas, essa mulher ficou sabendo do IPq-USP e buscou tratamento lá. Independente do caminho, doze mulheres participantes dessa pesquisa realizaram tratamento no referido Instituto de Psiquiatria, pois esse era o único lugar na cidade de São Paulo que oferecia assistência gratuita e especializada para mulheres com DPP.

No IPq-USP, as 12 mulheres receberam consultas periódicas com psiquiatras e seis delas também tiveram atendimento psicológico individual. Para essas mulheres, a média de tempo entre o diagnóstico de depressão pós-parto e o início de tratamento mencionado foi de 3,2 meses. A terapia psicológica teve duração média de três meses; contudo, o uso de medicamentos foi mencionado como contínuo e por período indeterminado de tempo. Um dos principais pontos que as mulheres reportaram relacionados ao tratamento foi o uso das medicações antidepressivas. Para elas, a medicação era muito forte e fazia com que se sentissem ainda mais doentes. Tal percepção também foi mencionada por alguns familiares, como apresentado nas narrativas a seguir:

“O início do tratamento foi difícil, porque os medicamentos que eles me deram eram fortíssimos. Eu tomava a medicação, mas eu ficava completamente dopada porque era muito forte” (M1).

“Encaminharam ela para o psiquiatra e ela começou a tomar remédio, só que o primeiro remédio que ela tomou era muito forte e fazia ela passar mal” (F4).

Segundo as mulheres e os familiares, o período de adaptação ao uso dos antidepressivos foi longo e difícil. Três mulheres decidiram parar com o tratamento medicamentoso temporariamente, porque os psiquiatras pediram

para elas interromperem a amamentação. Nesses casos, apesar de as mulheres não estarem totalmente satisfeitas com o processo de amamentar, elas afirmaram que a amamentação era um dos poucos fatores que as mantinham conectadas com as crianças. Parar de amamentar foi interpretado pelas mulheres como uma forma de fazer maior mal para a criança:

“A medicação era forte, mas não fazia muito efeito (...). Ele [psiquiatra] queria que eu parasse de amamentar; mas eu não quis, mesmo amamentando pouco. Eu não queria parar de amamentar. Eu não queria fazer mal para meu filho. Eu acabei parando o tratamento por um tempo, mas eu tive que voltar para o tratamento depois” (M2).

Algumas mulheres também referiram que inicialmente não gostavam de fazer tratamento em um hospital psiquiátrico, porque essa era uma instituição destinada ao tratamento de ‘loucos’ e elas não estavam loucas:

“Eu não gostava de ser tratada no Instituto de Psiquiatria. Eu perguntava para minha médica: ‘o que eu estou fazendo aqui? Eu não sou louca!’ Demorei muito tempo para me adaptar ao tratamento” (M6).

Apesar das dificuldades iniciais com o uso de medicações e com a aceitação em realizar tratamento em uma instituição psiquiátrica, as mulheres, de forma geral, avaliam o tratamento positivamente. Ao mesmo tempo, todas elas referiram que tinham medo de interromper o uso de medicamentos e, como consequência, vivenciar um novo episódio de

depressão. Algumas dessas mulheres já estavam sob terapia medicamentosa por período superior a três anos:

“Eu me sinto melhor, mas sinceramente eu não me sinto segura para parar de tomar o medicamento” (M5).

“Hoje eu não sinto que tenho depressão, mas tenho medo de parar o medicamento e voltar a depressão, por isso eu não paro” (M7).

Com uma perspectiva diferente, nem todos os familiares concordaram que a terapia baseada somente em medicação foi benéfica para as mulheres. Para alguns desses familiares, a medicação não foi capaz de fazer com que a mulher ficasse bem. Eles propuseram que as mulheres buscassem alguém para falar sobre os problemas que estavam vivenciando:

“Eu digo para ela que só o fato de tomar remédio não vai adiantar. Ela precisa procurar alguém para poder conversar, por que nessas conversas é que sai às coisas ruins” (F5).

De modo geral, as participantes desse estudo sugeriram que existe uma grande falta de informação sobre a natureza da DPP e as possibilidades de tratamento. A falta de informação e a incerteza quanto à condição de saúde foram expressas por algumas perguntas das mulheres:

“O que é essa depressão? O que implica a cura? É medicação? Uma terapia? Uma atividade?” (M5).

“Quanto tempo dura o tratamento? Será que vou voltar a trabalhar? A verdade é que ninguém sabe de nada (...)” (M8).

Em contraste a esse grupo, três mulheres não seguiram a trajetória tradicional de tratamento que leva ao IPq-USP. Essas mulheres são as que possuíam maior grau de escolaridade e melhor condição financeira. Uma dessas três mulheres e o marido dela são profissionais de saúde. Esse casal decidiu enfrentar a depressão através de suporte mútuo entre eles; divisão de tarefas domiciliares, de cuidado ao bebê e retorno da mulher para o convívio social. Essa mulher descreve a estratégia adotada da seguinte forma:

“Eu não usei medicação. Nós decidimos lidar com isso [depressão pós-parto] em casa. Meu marido começou a me ajudar, no sentido de me poupar e assim eu poder descansar mais. Então, eu comecei a conseguir dormir uma noite inteira e isso faz uma diferença enorme. Eu também comecei a sair de casa, nisso eu saía daquela loucura. Voltar para o mundo que eu estava inserida antes me ajudou” (M10).

A percepção holística do marido apóia a decisão da esposa. Uma forma diferente de pensar também foi compartilhada pelo marido de uma das outras duas mulheres que seguiram o caminho informal de tratamento:

“Eu acho que as mulheres devem procurar uma alternativa antes de começar com a medicação. Eu acredito que o diálogo e o apoio são mais importantes” (F9).

“A gente utilizou todas as ferramentas que tínhamos, colocamos a cabeça para funcionar. Conversamos muito. Também começamos fazendo uma alimentação mais saudável, porque a alimentação interfere na qualidade do pensamento” (F11).

O retorno ao convívio social também foi mencionado pelas outras duas mulheres. Uma delas referiu que retornar para as práticas religiosas lhe ajudou a compreender o que estava acontecendo e a tomar decisões. Ela também buscou consultas particulares com um psicoterapeuta, o qual tinha conexão com a ideologia religiosa da qual ela era adepta:

“A religião foi muito importante, minha família é espírita e a primeira coisa que eu fiz foi retornar para esse núcleo religioso onde eu sentia certo equilíbrio. Então, eu fui clareando minha mente e as coisas foram aparecendo. Apareceu o terapeuta que entendia minha religião e as coisas foram caminhando” (M10).

A terceira mulher se referiu ao convívio social como o momento que ela voltou a trabalhar e passou a frequentar a aula de Pilates para mulheres no pós-parto. Além dos exercícios de Pilates, essa mulher mencionou que o convívio com outras mães fez com que ela percebesse que outras mulheres também tiveram problemas emocionais durante o pós-parto. A interação social a ajudou a se sentir menos culpada sobre o que estava sentido e a compreender melhor a complexidade da maternidade. Como ela mencionou:

“Além de voltar a trabalhar, eu comecei um curso de Pilates duas vezes por semana. Eu senti que o Pilates me ajudou no sentido de tirar meu pensamento da minha filha. Esse convívio com outras mães começou a me dar energia, porque quando você começa a dividir os problemas e sentimentos você começa a perceber que não é um extraterrestre” (M12)

Apesar dessa experiência positiva da mulher com os exercícios de Pilates e com o convívio com outras mães, ela considerou que se tivesse buscado tratamento formal talvez tivesse sofrido menos com a depressão:

“Eu não procurei ajuda profissional. Não fui procurar um psicólogo. Não tomei nenhuma medicação e eu acho que isso não foi muito positivo. Naquele momento eu achava que era correto, mas olhando agora eu acho que eu poderia ter sofrido menos, porque eu demorei muito para encontrar uma solução para mim (...)” (M12).

Similarmente à perspectiva citada acima, uma das mulheres que seguiu o caminho formal de tratamento indicou que o ponto central na experiência com a DPP é procurar um tratamento, pois a depressão não vai embora por si só:

“Não adianta ficar dentro de casa e esperar alguma coisa acontecer, porque não vai acontecer. Tem que procurar algum tipo de tratamento. Eu pensava ‘acho que vou ficar boa,’ mas nunca ficava. Cheguei a ficar em um estado lastimável. Acho que se eu tivesse buscado tratamento mais rápido, acho que eu teria evitado muitas coisas (...)” (M13).

As mulheres que seguiram o caminho tradicional de tratamento também relacionaram o retorno delas ao convívio social como um fator positivo para melhorar o bem-estar. Para essas mulheres, o convívio social foi representado como o retorno ao trabalho. Um fator em comum, independentemente se a mulher seguiu a rota formal ou informal de tratamento, foi que o suporte familiar serviu como um ponto positivo que influenciou o bem-estar emocional das mulheres. Os familiares exerceram

papel de apoio emocional através de escutas, divisão de responsabilidade para cuidar do bebê e incentivo, dizendo às mulheres que tudo iria ficar bem. Essas são algumas das falas ilustrando esse tipo de suporte familiar:

“Quando as coisas da depressão estavam extrapolando, assim: não tomava banho, ficava de camisola o dia todo. Eu falava para ela: ‘por favor, começa a se arrumar, quando acordar veste uma roupa (...). A gente sabe que você está doente, mas vamos melhorar a sua vida’. Todos os dias quando eu estava no trabalho eu ligava para ela para perguntar: ‘já levantou da cama’? Quando a resposta era não, eu ligava novamente em dez minutos. Assim eu ia estimulando e também conversávamos muito” (F10).

“Durante todo esse tempo meu marido foi quem tomou controle de toda a situação até que eu me sentisse melhor. Ele que me ajudava a tomar a medicação correta, me acompanhava para todos os lugares. Meu marido praticamente não dormia para proteger meu filho e eu mesma. Outra pessoa importante foi minha cunhada, porque ela me acompanhava e cuidava do meu filho quando eu estava com a depressão” (M1).

Esse suporte oferecido pelos familiares não foi mencionado como uma atividade simples por todos eles. Para alguns familiares, o oferecimento de suporte para as mulheres representou um período complexo e cansativo; eles tinham que dividir o tempo para manter as atividades diárias e fornecer apoio à mulher. Um dos familiares comentou, de forma breve e clara, essa experiência:

“Para falar a verdade foi um pouco difícil para mim também. Porque eu trabalhava em casa, tinha que cuidar do meu filho, ajudar a cuidar do filho dela e dar atenção para ela. Esse foi um período sacrificante” (F7).

Nem todas as mulheres tiveram suporte familiar; algumas delas moravam muito distantes dos familiares. O limitado acesso ao convívio com familiares foi interpretado como um fator negativo para a recuperação das mulheres, pois elas não tiveram ninguém com quem dividir a responsabilidade de cuidado da criança, bem como não tinham familiares com quem elas pudessem dividir o que estavam experienciando.

Ajustando-se ao novo normal

Essa categoria representa a avaliação das mulheres sobre a trajetória delas na experiência da DPP. A principal avaliação das mulheres foi que “as coisas” – materna e individualmente – não se encaixaram da forma como eram antes; percepção também descrita pelos familiares. Metaforicamente, ajustando-se ao novo normal ilustra essa questão de uma nova realidade, pois as peças do quebra-cabeça não se encaixaram como desejado.

No contexto da maternidade, uma das coisas que não se encaixou como a versão idealizada foi que a maioria das mulheres se sentia culpada em relação aos pensamentos ruins que tiveram contra os filhos – e por não terem sido capazes de cuidar adequadamente da criança na fase aguda da DPP. Como resultado, as mulheres descreveram que a relação atual com os filhos tem algum tipo de fragilidade; elas não se viam como boas mães e sentiam como se existisse um tipo de barreira na relação delas de mãe-filho. Algumas das mulheres disseram:

“Minha relação com ele é boa, mas acaba não sendo igual. Parece que não é muito de mãe (...). Por mais que eu tente parece que ele não é muito meu filho. É difícil explicar, a gente se dá bem em tudo, mas parece que tem uns bloqueios na nossa relação” (M2).

“Hoje meu filho esta quase com quatro anos e eu continuo considerando que não sou uma boa mãe. Eu acho que traumatizei meu filho quando ele era um bebê, e não tem como corrigir isso” (M1).

Devido a esse sentimento de falha, as mulheres acreditam que elas deveriam dar o máximo de atenção para os filhos (exemplo: jogando ou indo passear com eles), sendo essa uma forma de compensar a ausência ou as limitações iniciais de cuidado materno durante a DPP.

Outra avaliação é que todas as mulheres afirmaram que têm medo de engravidar novamente e vivenciar outro episódio de depressão. Elas temem que um segundo episódio de DPP possa levá-las a machucar a si mesmas e aos bebês. Algumas mulheres mencionam a possibilidade de praticar aborto e até mesmo suicídio caso engravidem:

“Hoje seu eu souber que vou ter outro filho eu cometo um aborto ou um suicídio. Eu não posso nem pensar em ter outra depressão dessas. Eu tenho medo de ter outro filho e fazer coisas horríveis com ele. Não quero nem imaginar em ficar grávida” (M3).

A descrição das mulheres sobre a visão de uma nova maternidade indicou que o novo normal já incluiu percepções não idealizadas sobre ser mãe. Na analogia do quebra-cabeça, essas peças sofreram modificação, de modo que não se encaixam novamente. Outra parte do quebra-cabeça que não se encaixou como antes foi a relação sexual do casal. A mudança foi

ênfatizada pelos maridos das mulheres como um elemento que tem afetado o convívio dos casais:

“A depressão pós-parto interferiu na nossa relação sexual de forma bastante evidente. Eu acho que a depressão modificou muito ela [mulher], no sentido de a gente não fazer sexo porque ela não sente vontade. Isso é um aspecto importante, porque a nossa vida sexual tem interferido em muitos aspectos da nossa convivência” (F11).

A questão central, tanto em relação à maternidade quanto ao nível individual, foi que as mulheres não eram mais as mesmas de antes; a identidade delas foi modificada em todos os aspectos. A partir das perspectivas dos familiares, as mulheres não se vestiam como antes, não possuíam o mesmo desejo sexual e nem a mesma autonomia e autoestima:

“Ela mudou da água para o vinho. Ela não é mais a mesma filha que eu criei. Ela era independente, tinha uma força de vontade enorme. Mas depois dessa depressão, ela não voltou a ser a mesma pessoa” (F10).

“Ela se desligou da vida! Antes ela saía, arrumava o cabelo, fazia a unha, sabe? Agora ela não se arruma bem como se arrumava antes. E relação [sexual] já vai fazer nove meses que não temos relação. Depois desse último filho, ela está totalmente diferente” (F4).

As percepções das mulheres sobre a mudança de identidade foi um pouco mais variada. Algumas mulheres acreditavam que a DPP não tem cura e elas nunca vão voltar a ser como eram – o quebra-cabeça nunca teria as peças de volta no lugar que estavam. Outras achavam que estavam lentamente se adaptando com a nova realidade após a experiência de depressão. Por último, algumas se consideravam curadas, mas não

pensavam em parar de tomar antidepressivos, porque elas tinham medo de a depressão retornar. Tais percepções são representadas pelas falas a seguir:

“Eu me sinto mal, porque acho que é uma coisa que não vai melhorar nunca. Já faz três anos que eu tomo remédio e ainda não sou quem eu era antes, não me sinto normal” (M9).

“Com o tempo eu estou voltando ao normal, já tem algumas coisas que eu fazia antes da depressão e agora eu estou começando a fazer novamente. Mas concordo com meu marido que estou diferente, não sei quando vou voltar ao normal” (M8).

“Em minha opinião eu estou bem, hoje eu cuido do lar, cuido dos meus filhos (...). Parece que não preciso do remédio, mas no fundo eu sei que ainda preciso dele” (M9).

Os resultados desse estudo mostram que as mulheres vivenciaram diferentes tipos de mudanças decorrentes da experiência com a DPP. Uma mulher descreveu as negativas consequências da experiência da DPP na vida de quem a experienciava:

“Essa depressão te muda, ela te marca e é para sempre. Ela muda o seu comportamento, ela muda a sua vida, ela muda até quem convive com você” (M11).

A experiência da DPP levou as mulheres desse estudo a uma nova realidade – um novo normal. Essa experiência modificou a forma como as mulheres percebiam as próprias identidades, bem como a forma como elas percebiam e exerceram a maternidade. Essas mudanças criaram um novo normal das mulheres, que é caracterizado por medos sobre ter depressão

novamente, sentimentos de ter falhando de algum modo como mãe, relacionamento com o marido/companheiro afetado e identidade e maternidade significativamente alteradas. Dessa forma, na trajetória descrita até esse ponto, as peças do quebra-cabeça mulher-mãe não se encaixam da mesma maneira que se encaixavam antes de as mulheres experienciarem a depressão pós-parto.

5 DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa fundamentam que a DPP interferiu negativamente na experiência materna das mulheres e na forma como elas compreendem a própria identidade. O quebra-cabeça foi a analogia utilizada para descrever a trajetória de mulheres brasileiras na experiência da DPP, na qual a maternidade (metaforicamente compondo uma parte das peças do quebra-cabeça) e a identidade (demais peças) ficaram desarranjadas, devido ao confronto do idealizado e do experienciado, com comprometimento para sua saúde física e emocional, bem como de seu filho e familiares.

Pensamentos ruins de machucar as crianças foram descritos com muita vivacidade pelas mulheres e foram pontos de tensão na experiência da maternidade. Como resposta, as mulheres descreveram quatro formas diferentes de preservação de cuidado maternal, a saber: (1) transferência total ou (2) parcial do cuidado da criança para um familiar; (3) ver-se forçada ao cuidado por não ter apoio familiar; e (4) superproteger a criança.

Suporte familiar, convívio social e tratamento com profissionais de saúde foram as principais estratégias adotadas para se tentar encaixar as peças do quebra-cabeça mulher-mãe desarranjado pela experiência da DPP. Contudo, apesar das tentativas, as mulheres não conseguiram encaixar as peças – maternidade e identidade – na trajetória da experiência da DPP.

Diante dessa compreensão, a discussão a seguir tem foco nos principais resultados dessa pesquisa, de forma a articular um diálogo com a

literatura científica nacional e internacional disponível. Os tópicos a serem apresentados são: 1) Maternidade e identidade na DPP; 2) Pensamentos ruins; 3) Tipos de maternidade; e 4) A experiência da DPP e a remontagem do quebra-cabeça. Então, são apresentadas as implicações para a Enfermagem.

5.1 MATERNIDADE E IDENTIDADE NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Essa seção trata especificamente sobre aspectos particulares das peças relacionadas à experiência da maternidade e à identidade das mulheres na DPP. Em muitas culturas, a maternidade é vista como um evento que traz satisfação e plena felicidade para as mulheres. A imagem da maternidade como um evento fácil e alegre é largamente apresentada pela mídia e está presente nas expectativas sociais. Estudos ocidentais descrevem que tais expectativas são relacionadas à capacidade das mulheres de interagirem com as crianças, prestarem cuidados, como amamentação, banho e troca de roupas (Gichia, 2000), promoverem desenvolvimento (Flanagan et al., 1995) e sentirem prazer e gratificação ao cuidar do bebê (Mercer, 1985). Além disso, espera-se que as mulheres tenham comprometido relacionamento com as crianças e sintam-se responsáveis pela segurança, crescimento e desenvolvimento dessas (Goulet et al., 1998).

Essa imagem da maternidade é derivada da ideologia de que as mulheres são mães inatas, altruisticamente capazes de cuidar de suas crianças e de se sentirem satisfeitas com o exercício da maternidade

(Woollett, Marshall, 2000). Tal ideologia é dominante na concepção popular e serve de parâmetro para definir uma ‘boa’ ou ‘má’ mãe; parâmetro também usado pelas mulheres para se compararem como outras mães e definirem o próprio desempenho materno (Choi et al., 2005; Mauthner, 2002). A idealização da maternidade também é fortemente presente no contexto cultural brasileiro, como foi possível perceber nos resultados desse estudo. Azevedo e Arrais (2006) mencionam que a idealização romanceada da maternidade é fortemente presente no contexto cultural brasileiro, tendo sido criada ao longo dos últimos séculos e dando sustentação a um sistema patriarcal e de domínio masculino. Nesse idealismo, a maternidade é compreendida como um papel inato das mulheres, com uma expectativa social de que elas exerçam a maternidade de forma natural e tranquila.

Essa compreensão e expectativa sociocultural sobre a maternidade explica o foco de atenção social para o papel materno durante o pós-parto; resultado encontrado nessa pesquisa. O foco primário de atenção dos familiares foi o exercício da maternidade; e as mulheres – como em resposta às expectativas socioculturais mencionadas – direcionam maior parte da energia para se dedicar ao exercício de uma maternidade ‘ideal’. A identidade das mulheres, enquanto ser individual, foi deslocada a um segundo plano e mesmo as mulheres tendo apresentado tristeza profunda, perda de peso, alteração do sono e outros sinais e sintomas da depressão que sinalizavam para as necessidades individuais, foi apenas a “falha” em exercer a maternidade que chamou atenção para a condição de saúde delas.

Devido à DPP, as mulheres se depararam com uma realidade de maternidade fora das expectativas socioculturais nas quais estavam inseridas. A DPP levou as mulheres desse estudo a experienciarem conflitos entre a imagem de mãe depressiva, que não conseguiu responder às demandas de cuidados das crianças, e a imagem de mãe, feliz e satisfeita, que elas idealizaram ser.

Independentemente de serem primíparas ou multíparas, as mulheres desse estudo descreveram uma luta interna para não aceitar a realidade de que algo (a DPP) as estava impedindo de exercer plenamente a capacidade materna. Por não quererem aceitar que algo errado estava acontecendo, as mulheres chegaram a desconsiderar as necessidades pessoais, os sentimentos e os comportamentos que sinalizavam o adoecimento delas com a DPP. Elas descreveram que admitir essas necessidades e sentimentos de depressão era um sinal de fraqueza, indicando a falha delas na maternidade.

A discrepância entre as expectativas socioculturais sobre a maternidade e a real experiência das mulheres tem sido repetidamente relatada por pesquisas qualitativas como um fator para o desenvolvimento da DPP (Beck, 2002; Homewood et al., 2009). Sentimentos de desespero e tristeza por não conseguir responder às expectativas maternas levam as mulheres a um turbilhão de emoções, culminando na DPP. Nessa experiência, as mulheres veem a si mesmas como mães ruins ou anormais; elas também sofrem de condenação moral por familiares e podem ser apontadas como mães que falharam (Beck, 2002). Um estudo indica que as mulheres tentam ao máximo responder as expectativas socioculturais sobre

a maternidade, quando elas não conseguem e admitem que algo está errado, socialmente isso irá significar que algo está errado com elas (Schreiber, 1996).

O contexto cultural pode intensificar essas expectativas conflituosas e a experiência da maternidade (Beck, 2002). Alguns estudos, ancorados na perspectiva feminista, argumentam que sinais depressivos na maternidade não devem ser visto como uma doença. Esses estudos defendem que a DPP deve ser interpretada como um evento normal da experiência da mulher. Além disso, argumentam que a depressão só é vista como doença devido à imagem social da maternidade como evento que deve trazer felicidade (Mauthner, 1999; Nelson, 2003). Contudo, revisão da literatura aponta que a experiência da maternidade por mulheres que não tiveram DPP é um processo menos complexo, visto que elas não têm que lidar com os sentimentos depressivos (Logsdon, Wisner, Pinto-Foltz, 2006).

A partir dos resultados encontrados nessa tese, compreende-se que afirmar que a DPP como um evento normal durante a maternidade é uma forma de minimizar as experiências que as próprias mulheres relatam como anormais, pois o grupo de brasileiras que participou dessa pesquisa descreveu claramente o negativo impacto da DPP na experiência da maternidade e na identidade pessoal delas.

Os familiares inicialmente não compreendem que os comportamentos e os sentimentos individuais das mulheres, como choro e isolamento, representavam um processo de adoecimento e apontaram os comportamentos das mulheres como “frescura”. Essa é uma expressão popular comumente usada por brasileiros para sugerir ironicamente que a

água é o remédio para uma pessoa que se comporta como doente, mas que, na verdade, não está. Essa compreensão faz com que os familiares não deem a devida importância para as necessidades individuais das mulheres. Dessa forma, a identidade das mulheres é deslocada do cenário central da maternidade.

Outro estudo brasileiro, que analisou a vivência de familiares com a experiência da DPP, também descreve resultados similares relacionados à percepção dos familiares (Matão et al., 2011). No referido estudo, familiares salientaram que, inicialmente, o caso de DPP na mulher foi tido como “mentira ou manha” (p. 290). Assim, destaca-se que esse tipo de compreensão não é descrito na literatura internacional, podendo essa expressão representar uma forma de expressão sociocultural brasileira à depressão.

Na literatura, a mudança de identidade é também descrita como a perda ou o luto, porque a maternidade envolve mudanças de papel social, corporais e psicológicas (Nicolson, 1990). Tal perspectiva é baseada na compreensão de que uma mudança de *status* social (exemplo: se tornar mãe) está relacionada com a perda do *status* anterior. Paradoxalmente, se tornar mãe (em cada ocasião) representa tanto uma mudança do *status* (socialmente visto como positivo) quanto envolve uma ruptura com a identidade anterior das mulheres (Nicolson, 1999). Em outras palavras, o antigo *status* de não-mãe é anulado devido à importância central do *status* da maternidade em relação à identidade feminina.

Essas perdas de identidade, decorrentes da maternidade, são descritas como perdas temporárias. Por serem temporárias, as mulheres re-

emergem dessa experiência de perdas em um movimento que sai de uma fase de estresse para uma fase de maior congruência psicológica (Beck, 2002; Nicolson, 1999). Contudo, apesar de a literatura apresentar essa mudança de identidade como uma experiência passageira – e que, de certa forma, as mulheres vão recuperar a identidade perdida –, os resultados desse estudo mostram que as mulheres brasileiras experienciaram grandes desafios para manejar os contraditórios aspectos entre identidade e maternidade afetadas pela DPP. Essa mudança não foi descrita como um evento temporário; novamente, destaca-se que tanto as mulheres quanto seus familiares reportam que elas não são as mesmas de antes. Essa mudança de identidade afeta a percepção das mulheres sobre a realidade materna, a forma como compreendem a própria identidade, a relação delas como os companheiros e como se comportam socialmente.

Schreiber (1996), ao analisar a experiência de mulheres com diferentes tipos de depressão, também menciona que a identidade das mulheres não volta ao que era antes. A autora refere que as mulheres e o mundo delas mudaram e que, desse momento em diante, nada é o mesmo.

5.2 PENSAMENTOS RUINS

Pensamentos de machucar os filhos foram descritos como uma forte tensão entre a idealização da maternidade e a percepção da identidade das mulheres, pois elas se sentiram culpadas e não se reconheciam por pensar em machucar os filhos. A experiência de pensamentos ruins levou a maioria

das mulheres a temer que algum mal acontecesse com os filhos, seja esse mal causado por elas mesmas ou por outro agente.

Jennings et al. (1999) conduziram um dos estudos mais importantes sobre pensamentos de mães de machucar os filhos. Para esses autores, a porcentagem de mulheres que apresentam tais pensamentos é indeterminada. A dificuldade dessa determinação está relacionada aos sentimentos de vergonha das mulheres e/ou à sua incapacidade de comentarem esses pensamentos com familiares e ou profissionais de saúde, pois temem ser julgadas como mães inadequadas e perder a guarda dos filhos (Barr, Beck, 2008).

Na literatura científica, os pensamentos de machucar as crianças têm recebido diferentes nomes, como: pensamentos intrusivos (Fairbrother, Woody, 2008; Humenik, Fingerhut, 2007), pensamentos de machucar (Jennings et al., 1999) e pensamentos agressivos obsessivos (Abramowitz, Schwartz, Moore, 2003). Todos esses termos se referem a pensamentos indesejados que as mulheres podem experienciar durante o pós-parto (Fairbrother, Woody, 2008). As mulheres brasileiras os descreveram utilizando majoritariamente o termo “pensamentos ruins”.

O período inicial e de maior intensidade desses pensamentos parece girar em torno das duas primeiras semanas de pós-parto (Jennings et al., 1999). Essa informação está em concordância com os dados desse estudo, pois 9 entre as 15 brasileiras descreveram que o primeiro episódio de ‘pensamentos ruins’ ocorreu nos 10 primeiros dias de pós-parto; para o restante das mulheres, o tempo médio foi 1,6 meses. Contudo, a maioria das pesquisas, que especificamente analisaram a experiência de ‘pensamentos

ruins', é quantitativa e foi conduzida depois de quatro meses de pós-parto (Humenik, Fingerhut, 2007; Jennings et al., 1999), justificando a atual demanda por aprofundamento dos aspectos que compõem essa experiência (Humenik, Fingerhut, 2007).

Outra lacuna de conhecimento é a diferenciação do conteúdo e da natureza desses pensamentos. Pesquisadores têm descrito o conteúdo desses pensamentos como: perdendo o bebê devido a uma doença ou a uma contaminação (Fairbrother, Woody, 2008); bebês caindo da mesa (Beck, 1996); colocando um cobertor em cima da cabeça do bebê (Beck, 1996, 2002); e empurrando ou jogando os bebês pela janela ou pela varanda (Fairbrother, Woody, 2008). Em nosso estudo, as mulheres, além de descreverem conteúdos semelhantes com os encontrados na literatura, especificaram dois possíveis agentes que machucariam as crianças, sendo: 1) as próprias mulheres e 2) um agente inespecífico.

As mulheres que identificaram a si mesmas como agente dos pensamentos descreveram vivenciar uma intensa vontade de machucar os filhos – duas dessas mulheres, de fato, agrediram fisicamente os bebês. Nesse tipo de pensamento, as mulheres tinham uma participação ativa no ato de agressão, que geralmente foi descrito por cenas do tipo jogar os filhos pela janela ou sufocá-los. Por outro lado, as mulheres que descreveram um agente desconhecido (ou externo) como possível fonte de perigo para as crianças, não possuíam participação ativa nos pensamentos. Elas eram passivas na ideia de que algo poderia acontecer, mas não foram capazes de elaborar essa percepção de forma clara, apenas referiram que alguém

poderia machucar a criança ou que a criança poderia morrer a qualquer momento devido a uma doença ou a outro fator.

Beck (1992) não encontrou descrição de pensamentos ruins em seu primeiro estudo fenomenológico, mas deixou claro que algumas mulheres contemplaram machucar os filhos. Em estudo posterior, Barr e Beck (2008) identificaram que mulheres com tais pensamentos descreveram uma correlação entre os pensamentos de machucar os filhos e as ideias suicidas; a ideação suicida foi descrita como uma forma de punir a si mesmas. Essa correlação não é claramente presente na descrição das mulheres do nosso estudo, pois apenas duas delas mencionaram pensamentos suicidas. Entre essas duas mulheres, uma não mencionou ter experienciado nenhum tipo de ‘pensamento ruim’ de machucar a filha e a outra mulher tinha histórico clínico de depressão. Contudo, assim como em outros estudos (Barr, Beck, 2008; Beck, 2002; Sempreviso, 1996), as mulheres brasileiras descreveram forte sentimento de culpa e falha consigo mesmas, pois não aceitavam a possibilidade de pensar em machucar os próprios filhos.

Assim, a descrição das mulheres nesse estudo sinaliza a nomenclatura ‘pensamentos ruins’ que essa experiência pode ser acessada futuramente, bem como relaciona os conteúdos dos pensamentos com o agente que executa a ação, sendo que tais agentes e nomenclatura ainda não haviam sido descritos na literatura científica sobre DPP.

5.3 TIPOS DE MATERNIDADE

As respostas das mulheres à experiência de pensamentos ruins as levaram a adotar um entre quatro tipos de cuidado maternal, a saber: transferido, compartilhado, forçado e superprotetor (Tabela 1). Outras pesquisas também relacionaram que pensamentos de machucar os filhos podem interferir na forma como a mulher exerce a maternidade (Fairbrother, Woody, 2008; Humenik, Fingerhut, 2007). Contudo, até o momento, a literatura científica ainda não havia descrito quatro modos de maternidade em uma única população estudada, como foi o caso das mulheres entrevistadas nesse estudo.

Tabela 1 – Tipos de maternidade em resposta aos pensamentos ruins

	Mulheres (n=7) que identificaram a si mesmas como possível agente de agressão nos pensamentos ruins	Mulheres (n=6) que identificaram outras fontes como agente de agressão nos pensamentos ruins	Mulheres (n=2) que não descreveram pensamentos ruins
Tipos de cuidado maternal			
Transferido	2	0	1
Compartilhado	4	0	1
Forçado	1	2	0
Superprotetor	0	4	0

Entre as 15 mulheres participantes dessa pesquisa, 3 descreveram a transferência total de cuidado do filho para familiares. Nos pensamentos ruins, tais mulheres eram os agentes que machucavam as crianças. Esse grupo foi o que descreveu menor apego e menor aproximação com os bebês, pois as participantes não se viam como mães dessas crianças. Trata-

se de um distanciamento físico e emocional das mães para os bebês – e isso ocorreu logo nos primeiros dias do pós-parto e durou por volta de dois anos. As mulheres não justificaram o porquê de não quererem ficar com as crianças, apenas não se sentiam satisfeitas com a situação.

Contudo, nem todas as mulheres foram incapazes de cuidar dos bebês; dividir o cuidado com um familiar foi a resposta de algumas mulheres dessa pesquisa. Os familiares que apoiaram as mulheres viviam próximos a elas e se deslocavam até a casa das mulheres para dividir o cuidado da criança. As mulheres se distanciavam dos bebês principalmente nos momentos que tinham pensamentos ruins. Para essas cinco mulheres, distanciar-se dos filhos foi descrito como uma estratégia para proteger as crianças de qualquer mal que poderia lhes acontecer devido aos pensamentos ruins. Felizmente, os familiares se fizeram disponíveis para dividir o cuidado das crianças. Ao compartilhar os cuidados maternos com um familiar, as mulheres evitaram o estresse de serem as únicas responsáveis pelos bebês. Elas concluíram que o suporte familiar as ajudou a terem oportunidade de descansar e ter mais tempo para pensar no que estava acontecendo e, conseqüentemente, decidir que precisavam de ajuda para enfrentar a depressão.

Jennings et al. (1999) identificaram, em um estudo com 100 mães deprimidas, que 25% das que tiveram ‘pensamentos ruins’ expressaram medo de ficar sozinhas com os seus bebês, enquanto outros 11% descreveram incapacidade de cuidar das crianças. Distanciar-se dos filhos tem sido descrito como uma resposta das mulheres para minimizar a ansiedade que os bebês lhe causavam (Beck, 1996, 2002; Wood et al.,

1997). Afastar-se das crianças também foi mencionado como uma ideia de abandono, na qual a mulher se sentia tão deprimida e incapaz que pensava em abandonar os filhos (Wood et al., 1997).

Na categoria de cuidado compartilhado, pode-se incluir as mulheres que descreveram evitar o cuidado maternal no momento que sentiam raiva das crianças. Essas mulheres culpavam as crianças por demandar muita energia no cuidado diário e, por isso, dividiam a responsabilidade do cuidado com os familiares (Beck, 1996). O concreto suporte de um familiar no exercício da maternidade pode ajudar as mulheres a melhor compreender o que está acontecendo com elas. Por outro lado, a falta de suporte pode aumentar a sensação de isolamento e a alienação no cuidado maternal (Hall, Wittkowski, 2006).

Em nosso estudo, três mulheres não tiveram o suporte de familiares e, portanto, viram-se forçadas a cuidar das crianças por si mesmas. Essa obrigação em cuidar foi descrita como uma experiência ainda mais desgastante para as mulheres. A não opção de compartilhar ou de parar de cuidar das crianças deixou as mulheres em “profunda depressão” (como elas descreveram), pois tinham que enfrentar os pensamentos ruins, bem como os demais sintomas depressivos, ao mesmo tempo em que seguiam na maternidade. Apesar de ter sido uma experiência complexa e desgastante, as mulheres descreveram que exerciam esse tipo de maternidade de forma consciente. Em contraste com esses resultados, Barr (2008) descreve um tipo de cuidado mecânico, no qual as mulheres tomam conta dos bebês, mas o fazem de forma mecânica e sem a clara consciência sobre as atividades que estão executando. No estudo da autora, o cuidado mecânico

foi algo que as mulheres sentiram-se forçadas a fazer e por isso exerceram o cuidado de forma automática.

Em grande contraste com as mulheres que delegaram todo ou parte do cuidado das crianças para familiares ou que se viram forçadas a assumir esse cuidado estão às mulheres que demonstraram cuidado superprotetor. Todas as mulheres que demonstraram esse tipo de cuidado tiveram pensamentos ruins, nos quais um agente desconhecido poderia machucar as crianças. Como forma de proteção contra esse agente, as mulheres não estabeleceram limites para cuidar das crianças; elas se tornaram hipervigilantes e não confiavam em ninguém para ajudá-las. Por cuidarem das crianças, os familiares demoraram mais tempo para perceber que as mulheres tinham DPP, pois elas não ‘falharam’ no cuidado maternal. Contudo, as próprias mulheres reconheceram que a forma como elas cuidaram das crianças não foi adequada, bem como apontaram que o cuidado superprotetor também pode ser compreendido como uma forma de machucar as crianças; pois, figurativamente, as mulheres desse grupo sufocaram os seus bebês, no sentido de não permitir a interação deles com outras pessoas ou de experienciar coisas fora dos limites da vigilância maternal.

Outro estudo apontou para um tipo de cuidado hipervigilante (Hall, Wittkowski, 2006), o qual possui características similares ao cuidado superprotetor. Tais similaridades são a desconfiança da mulher para dividir o cuidado das crianças com qualquer outra pessoa, pois acreditam que são as únicas capazes de cuidar e proteger as crianças do mal iminente. Contudo, no estudo de Hall e Wittkowski (2006), apesar de as mulheres terem sido

hiperprotetoras, elas descreveram que viam as crianças como intrusas e, portanto, ao mesmo tempo em que supercuidavam, elas sentiam raiva das crianças.

Wood et al. (1997) descreveram que a hipervigilância do cuidado infantil pode gerar um estresse gradativo e se tornar um comportamento obsessivo que sobrecarrega as mulheres. Beck (2002) observou que mulheres sofrendo de DPP se sentem sobrecarregadas com a responsabilidade de cuidar das crianças, ao ponto de se sentirem fracas, frágeis e vulneráveis. Como Beck (2002) aponta, os sentimentos de sobrecarga podem ser culturalmente influenciados. No nosso estudo, essa sobrecarga está presente em dois diferentes tipos de maternidade: cuidado forçado e superprotetor.

Descrições qualitativas sobre a forma como as mulheres respondem à maternidade na experiência da DPP ainda são uma lacuna na literatura científica. Porém, sabe-se que mulheres deprimidas têm reduzida gratificação no cuidado infantil (Logsdon, Wisner, Pinto-Foltz, 2006) e que essas dificuldades de maternidade se configuram como um fator de risco de longo prazo para os desenvolvimentos comportamental, social e emocional das crianças (Field, 2010).

5.4 A EXPERIÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A (RE)MONTAGEM DO QUEBRA-CABEÇA

Nesse estudo, a análise e a interpretação dos dados nos permitiram compreender que a trajetória de um grupo de mulheres brasileira na DPP é

um processo complexo que envolve diferentes dimensões relacionadas à experiência com a maternidade e à identidade das mulheres, pois, tanto na sua percepção como na dos familiares, a experiência da depressão modificou a forma como as mulheres experienciaram a maternidade, bem como compreenderam a própria identidade.

Trata-se de uma trajetória na qual as mulheres não conseguiram retornar ao ponto de partida, pois, até o momento em que a pesquisa foi realizada, as mulheres ainda não haviam conseguido remontar todas as peças do quebra-cabeça desarranjado pela experiência da DPP. Apesar de indicarem que qualquer experiência de maternidade pode resultar em mudanças na vida das mulheres (Mercer, 2006), os resultados dessa pesquisa apontam que as mudanças descritas foram fundamentalmente relacionadas ao processo depressivo. Em concordância com essa interpretação, 7 das 15 mulheres entrevistadas, que já eram mães, reportaram as mudanças decorrentes da DPP como algo que não se encaixa com a identidade passada e as expectativas e experiência que tinham com a maternidade.

A mudança de identidade das mulheres e as dificuldades com a experiência materna têm sido frequentemente relatadas por outros estudos sobre DPP. Contudo, não há referência prospectiva sobre a percepção das mulheres e/ou de familiares sobre a condição delas na trajetória da DPP (Beck, 1993, 2002, 2007). Esse tipo de lacuna de conhecimento ocorre porque a maioria dos estudos sobre a experiência da DPP foi realizada com mulheres durante o período depressivo. Assim, não houve tempo suficiente para que elas pudessem avaliar o impacto dessa experiência na identidade.

Esse tipo de resultado foi encontrado nessa tese porque as mulheres foram entrevistadas retrospectivamente. Elas já não estavam na fase aguda da DPP e, dessa forma, puderam elaborar e descrever o impacto dessa experiência na trajetória de suas vidas. Tal achado é extremamente importante, pois chama atenção para os efeitos da DPP em longo prazo na identidade das mulheres; até então pouco mencionado na literatura.

Essa literatura tem focado bastante atenção no impacto da depressão na relação mãe-filho e no desenvolvimento infantil (Field, 2010; O'Hara, 2009). Os estudos de Beck (1993, 2002, 2007) são um dos poucos que têm foco na experiência da DPP de forma holística. Porém, ao mencionar as mudanças na identidade da mulher, esses estudos descrevem a reestruturação dessa identidade e o retorno da mulher ao normal. Ao longo de 20 anos de pesquisa, e particularmente por meio de uma teoria emergente (Beck, 2007) e de uma metassíntese (Beck, 2002), a referida pesquisadora tem tentado conceituar os diferentes aspectos envolvidos na experiência da DPP e, quando possível, articular as similaridades e/ou as diferenças em relação a contextos culturais diversos. Através do desenvolvimento de uma teoria substantiva, intitulada "Oscilando na Borda" (Beck, 1993), a autora foi a primeira pesquisadora a conceituar e descrever qualitativamente os aspectos da experiência da DPP. Em seguida, utilizando a teoria fundamentada nos dados, Beck (2007) conduziu uma revisão da literatura para avançar no desenvolvimento da teoria, passando de substantiva para emergente, com dados sobre a experiência da DPP de mulheres de diferentes contextos e aspectos socioculturais, a saber: Estados

Unidos, Canadá, Europa, Austrália, Oriente Médio, Ásia – incluindo mulheres de diferentes raças, imigrantes e outras minorias.

Na teoria emergente “Oscilando na Borda” (Beck, 2007, p. 280), estão descritos quatro estágios pelos quais é conceituada a perda de controle como o principal problema psicossocial decorrente da experiência da DPP.

1) “Encontrando Terror” representa a condição das mulheres ao se deparar com a DPP. Nesse estágio, as mulheres descrevem “terríveis ataques de pânico, pensamentos obsessivos de ser uma mãe horrível e perda de concentração”;

2) “Morte do Eu” descreve três consequências da DPP que resultam na mudança da identidade das mulheres, as quais são: “a alarmante realidade no pós-parto, o isolamento pessoal e os pensamentos e tentativas de suicídio”;

3) “Lutando para Sobreviver” descreve as estratégias adotadas pelas mulheres na tentativa de se recuperar da depressão, as quais envolvem “o enfrentamento do sistema de saúde, a reza por alívio e a busca por consolo em grupos de apoio de DPP”;

4) “Recuperando o Controle”, que é o estágio final da teoria, descreve um processo lento de recuperação das mulheres. Nesse, as mulheres descrevem que a recuperação envolveu uma transição imprevisível na qual alguns dias elas se sentiam bem e, em outros dias, se sentiam ruins, mas que ao final elas recuperam a vida que tinham, referindo: “finalmente de volta”.

Uma vez que “Oscilando na Borda” descreve que as mulheres retornam – mesmo que com marcas e lembranças da DPP – ao estado de

ser anterior, pode-se afirmar que o estágio denominado “Morte do Eu” é temporário, pois a mulher consegue reconstruir a própria identidade (Beck, 2007). Contudo, voltar ao normal não é uma realidade para todas as mulheres. Uma canadense, que foi parte de um dos grupos explorados para expansão da teoria, menciona que a experiência da DPP modificou quem ela era definitivamente: “eu sou uma mulher diferente” (Berggren-Clive, 1998, p.114).

Uma importante diferença entre a experiência das mulheres brasileiras participantes desse estudo e a experiência descrita na referida teoria é que as brasileiras não mencionam claramente o termo “recuperação”, no sentido de retornar ao que eram antes, pois elas não conseguiram encaixar novamente todas as peças do quebra-cabeça desarranjado pela DPP.

A metassíntese conduzida por Beck (2002) incluiu 18 artigos qualitativos sobre a experiência de mulheres norte-americanas, europeias e australianas na DPP. A autora descreve que 11 dos 18 artigos analisaram aspectos relacionados à recuperação das mulheres. Sintetizando esses dados, a autora descreve um processo de “reintegração e mudança” (p. 469), no qual a recuperação das mulheres se deu através do ajustamento das altas expectativas que tinham sobre si mesmas na maternidade. Na análise da autora, trata-se de um processo de reconstrução da identidade e retomada de controle da própria vida, que se dá no momento em que as mulheres dão importância para as necessidades pessoais e acham meios de atendê-las.

Contudo, o enfrentamento das necessidades pessoais parece se configurar de forma mais complexa para as mulheres brasileiras entrevistadas. Assim, os resultados dessa pesquisa chamam a atenção para o fato de que as mulheres brasileiras não descreveram esse caminho de reconstrução da identidade (ou remontagem do quebra-cabeça) como um processo concluído. Aspectos relacionados à identidade das mulheres serão retomados no próximo tópico.

Nesse estudo, os familiares exerceram papel importante de ajudar as mulheres na busca por recuperação/reconstrução da identidade. Para algumas mulheres, os familiares foram os responsáveis totais ou parciais pelo cuidado da criança. Apesar da importância dos familiares na experiência das mulheres, elas inicialmente não mencionaram os sintomas de depressão. Elas tentaram suportar e/ou não deram a devida importância a esses sintomas, pois não queriam ser vistas como mulheres incapazes de cuidar dos filhos. Tal característica também foi encontrada em uma revisão sistemática, na qual as mulheres não dividiram os sentimentos com os familiares e os profissionais de saúde, porque acreditaram que ser de responsabilidade própria lidar com os sintomas depressivos, bem como temiam que os outros lhe tirassem a guarda dos filhos e lhe apontassem como mães loucas ou problemáticas (Dennis, Chung-Lee, 2006).

Beck (2002) chama atenção para o fato de que as mulheres desejam que os familiares percebam a condição de saúde delas, sem que elas precisem mencionar, e tomem uma iniciativa para ajudá-las. Suporte familiar e ter alguém para conversar são universalmente descritos como benéficos na DPP (Dennis, Chung-Lee, 2006; Oates et al., 2004). Contudo, nessa

pesquisa, os familiares demoraram a perceber que as mulheres estavam deprimidas, pois não deram à devida importância às necessidades pessoais das mulheres. Os familiares estavam mais focados nos aspectos relacionados ao cuidado do bebê e acreditavam que os comportamentos depressivos das mulheres se tratavam de uma estratégia para ganhar mais atenção (característica discutida no próximo tópico). Em concordância com a literatura (Dennis, 2004), as mulheres descrevem que, além do apoio familiar, o retorno ao convívio social e ao trabalho, a interação com outras mães e a prática de exercícios físicos são fatores que as ajudaram na recuperação da fase crítica/aguda da DPP.

Na busca por essa recuperação, preconceito e falta de conhecimento sobre a DPP são uma barreira para o tratamento de mulheres, pois muitas delas, e seus familiares, estão desinformados e confusos sobre o que acontece no pós-parto e são incapazes de definir algum tipo de ação (Logsdon, Wisner, Pinto-Foltz, 2006). Em concordância com o nosso estudo, mulheres durante o período pós-parto não sabem para onde ir quando estão necessitando de serviços de saúde mental. Portanto, os profissionais de saúde na atenção primária devem estar preparados para orientar e dar assistência às mulheres e aos familiares; quando isso não for possível, devem ser pelo menos capazes de orientá-las sobre as opções de tratamento e realizar o devido encaminhamento (Dennis, Chung-Lee, 2006).

Essa não foi a realidade das mulheres desse estudo, pois, na busca por assistência, mulheres e familiares, primeiramente, buscaram as unidades de saúde localizadas na comunidade em que residiam; porém, não

receberam nenhum tipo de intervenção devido à falta de preparação dos profissionais.

Resultados de um estudo piloto mostraram que médicos e enfermeiros da atenção primária em saúde não possuíam os conhecimentos e as habilidades necessárias para rastrear e oferecer cuidado apropriado às mulheres deprimidas no pós-parto (Santos Junior et al., 2012). A invisibilidade desse problema para alguns profissionais de saúde pode resultar em graves consequências para a saúde e a segurança das mulheres e das suas crianças, sendo esse um desafio que precisa ser enfrentado. Todavia, não é um desafio apenas brasileiro, pois outros estudos também têm identificado falha de formação dos profissionais (Goldsmith, 2007).

Essas mulheres, seja por encaminhamento por parte dos profissionais ou por meio da indicação de colegas e familiares, acabaram indo buscar tratamento no IPq. Nesse instituto, as mulheres receberam terapêutica psicofarmacológica. Contudo, apesar de inúmeras evidências científicas demonstrando a eficácia desse tipo de terapia no tratamento da DPP (O'Hara, 2009), as descrições das mulheres desse estudo sinalizam que tal estratégia terapêutica não tem alcançado o objetivo esperado, pois foram relatados efeitos colaterais e de interferência nas atividades e na amamentação, sendo que algumas não aderiram ao tratamento e outras apresentaram dificuldade, para sua interrupção, mesmo após o seu uso por período de três ou mais anos, por medo de voltarem a ficar deprimidas. O tratamento da DPP no contexto brasileiro é uma grande lacuna científica, necessitando de urgente atenção para definição de preferências e respostas das mulheres em face de diferentes opções terapêuticas.

5.5 IMPLICAÇÕES PARA ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A partir dos resultados desse estudo, sugerem-se importantes implicações para o ensino, a pesquisa e a prática clínica da Enfermagem.

No que concerne ao ensino e à prática clínica, a DPP é um fenômeno complexo que afeta não apenas a mulher, mas os filhos e os demais membros familiares. Para ajudar as mulheres e os familiares a lidar com a DPP, os profissionais de Enfermagem precisam conhecer os aspectos e os significados envolvidos na experiência da DPP. Apesar disso, a DPP não tem sido devidamente descrita nos guias práticos do Ministério da Saúde (Santos Junior, Silveira, Gualda, 2009) e, como consequência, não é comumente incluída como um tópico de estudo e discussão para a formação dos profissionais de enfermagem e de saúde, no geral.

Apesar de não termos estudos brasileiros implantando e/ou avaliando intervenções de DPP por profissionais da atenção primária, o contato das mulheres com enfermeiros da atenção primária em saúde, durante toda a gestação e o pós-parto, colocam esses profissionais em posição favorável para identificar, diagnosticar e tratar mulheres com DPP. Sendo o rastreio e o tratamento precoce os únicos meios para prevenir o agravamento do processo depressivo e minimizar os potenciais danos decorrentes da DPP. Contudo, assim como nessa pesquisa, na qual as mulheres acabaram sendo encaminhadas para um hospital psiquiátrico, outros estudos (Gualda, 2012) têm demonstrado que os profissionais de enfermagem têm pouco conhecimento sobre a DPP, não conseguem reconhecer a sintomatologia e,

consequentemente, não realizam o rastreio e as intervenções de mulheres deprimidas no pós-parto.

Narchi (2010), em uma análise crítica da formação dos profissionais de Enfermagem, afirma que a falha de conhecimento desses profissionais sobre saúde materna tem resultado em inadequado suporte às mães e aos familiares durante o período pós-parto. Goldsmith (2007) defende que o desenvolvimento de uma grade curricular, incluindo unidades sobre DPP, e o desenvolvimento de manual de prática clínica, que oriente os profissionais, podem trazer grandes melhorias no rastreio, no diagnóstico e no tratamento da DPP.

Como implicação para prática clínica, a Enfermagem precisa ser preparada para lidar com as expectativas e os contextos socioculturais relacionados à maternidade, os quais amplamente afetam a saúde mental das mulheres no pós-parto. Na pesquisa, verificou-se que tal característica deve merecer maior aprofundamento em futuros estudos. Pesquisas que investiguem a concepção de mudança de identidade das mulheres na DPP podem trazer importante contribuição para a produção de conhecimento relacionada à depressão e às expectativas da maternidade. Além disso, a expressão, utilizada por familiares, que caracteriza essa condição como “frescura”, pode ser explorada para determinar se essa é uma expressão cultural brasileira, pois, caso seja, pode ser utilizada por profissionais da Enfermagem na prática clínica para rastrear sinais depressivos no pós-parto.

Além disso, outra implicação clínica é que os enfermeiros precisam estar atentos para a possibilidade de que os pensamentos de machucar os filhos podem estar presentes na experiência da mulher na DPP e que isso

pode significar perigo iminente para a segurança das crianças. Jennings et al. (1999) chamam atenção para o fato de que esse tipo de pensamento não é comumente revelado para os profissionais de saúde logo no início da experiência das mulheres. Elas geralmente só comentam sobre tais pensamentos quando não se sentem mais afetadas por eles. Reconhecer a forma como essas mulheres se referem a tal experiência é importante, pois sinaliza o termo que os profissionais de saúde podem utilizar para investigar e analisar a condição clínica da mulher no pós-parto, bem como é um termo que pode ser utilizado em futuras pesquisas que objetivem explorar o fenômeno.

Relacionado à prática clínica, as principais escalas utilizadas para o rastreio da DPP (Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh e Escala de Rastreamento de Depressão Pós-parto), bem como o DSM-IV, não incluem pensamentos de machucar as crianças como um sinal e/ou sintoma de DPP. Esse silêncio em relação aos pensamentos das mães (de machucar as crianças) apenas serve para desviar o foco de atenção dos profissionais de saúde sobre esse importante e perigoso sintoma, pois os pensamentos ruins podem colocar em grande risco os bebês e as próprias mães. Assim, futuras pesquisas explorando descrições, incidências e intensidades desse tipo de pensamentos, a partir de diferentes perspectivas culturais, podem contribuir para mostrar a importância de incluir sintomas mais específicos nas escalas de rastreio, bem como nos critérios diagnósticos da DPP.

No campo da pesquisa e da prática, as diferentes formas como as mulheres responderam/exerceram a maternidade precisa ser cuidadosamente analisadas para determinar se a resposta materna das

mulheres pode exercer alguma influência na adesão e na eficácia de diferentes tipos de intervenção. Em outras palavras, qual a melhor opção terapêutica para mulheres que transferem totalmente o cuidado da criança para um familiar? Essa pergunta é apenas para ilustrar a possível conexão que pode ser estabelecida em relação à resposta das mulheres à maternidade e uma possível intervenção clínica na DPP. Outra perspectiva seria comparar a resposta materna de mulheres com e sem DPP; bem como analisar a transição de um tipo de maternidade para outro na experiência dessas mulheres.

Pesquisas comportamentais na área de relacionamento materno-infantil têm descrito duas principais formas de interação mães-filhos, sendo elas: interação comportamental reservada (ou pouco estimulante) e intrusiva (hiperestimulante) (Field, 2010; Field, Hernandez-Reif, Diego, 2006). Pode-se sugerir uma investigação futura que analise as possíveis associações entre cuidado superprotetor com a relação intrusiva; e transferência total ou parcial de cuidado e/ou cuidado forçado com a relação reservada, sendo que todas essas formas de cuidado maternal podem ou não representar resposta aos pensamentos de machucar as crianças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa, foi possível compreender a trajetória de mulheres brasileiras na experiência da DPP como um processo que as levaram a vivenciar uma maternidade fora dos padrões idealizados e que, como consequência, modificou a forma como elas entendiam a própria identidade. Por meio de uma análise indutiva, ancorada nos princípios metodológicos da descrição interpretativa, foi possível alcançar uma interpretação inovadora dos dados dessa pesquisa, que leva a compreender a experiência das mulheres na DPP através da analogia com o quebra-cabeça.

No quebra-cabeça mulher-mãe desarranjado pela DPP, a identidade e a maternidade se configuram como peças independentes, porém se intercalam e se influenciam ao longo da trajetória das mulheres. A peça da maternidade sobrepõe à identidade da mulher, uma vez que toda a atenção sociocultural é voltada para o papel materno. Em resposta aos sintomas depressivos, incluindo pensamentos de machucar os filhos – pensamentos ruins – as mulheres descreveram a adoção de diferentes tipos de maternidade, como: transferir o cuidado total ou parcial do bebê para um familiar; cuidar do bebê sentindo-se forçada, pois não tinha familiares para dividir ou evitar tal responsabilidade; ou se tornar superprotetora da criança, pois não confiava em outras pessoas para essa atividade.

Reconhecer que as mulheres respondem de forma diferente à maternidade é um achado clinicamente relevante, pois pode ser explorado futuramente como um meio de se estabelecer intervenções e de acessar a

condição clínica das mulheres no pós-parto, uma vez que é o foco de atenção sociocultural no contexto estudado.

Por outro lado, a identidade das mulheres foi silenciada no pós-parto. Mesmo com todas as alterações comportamentais e de humor decorrentes da DPP, as próprias mulheres e seus familiares têm dificuldade para associar as necessidades clínicas pessoais com um processo de adoecimento. Quando o fazem, tentam desconsiderar a ideia de depressão para que não ‘estraguem’ a experiência materna. Contudo, uma vez que resignificam tais comportamentos e sentimentos, as mulheres, com apoio dos familiares, iniciam um caminho de busca por tratamento com profissionais de saúde para ajudá-las a voltar ao normal e para poderem ser a mãe que planejaram. Apesar das tentativas, as mulheres acabam tendo que se adaptar a um novo normal, uma vez que não conseguiram remontar as peças do quebra-cabeça mulher-mãe distorcido na DPP.

Assim, mesmo com as potenciais limitações relacionadas ao uso de narrativa retrospectiva das participantes, ao limitado aprofundamento descritivo de quatro entrevistas e ao processo de tradução dos dados, pode-se afirmar que essa pesquisa traz importantes contribuições científicas para compreensão da trajetória de mulheres brasileiras na DPP, nos seguintes aspectos:

- Inovadora conceptualização com a analogia de um quebra-cabeça para descrever a complexa mudança e a tentativa de reconstrução da imagem mulher-mãe desarranjada na DPP
- Descrição da experiência das mulheres de pensamentos de machucar as crianças com introdução, na literatura, do termo

“pensamentos ruins” e descrição de dois agentes que exercem a ação nas cenas desses pensamentos

- Categorização e descrição de quatro tipos de cuidado maternal na experiência da DPP: (1) transferido; (2) compartilhado; (3) forçado; e (4) superprotetor
- Implicação para a necessidade de avaliação sobre práticas assistenciais disponíveis para mulheres brasileiras que sofrem com a DPP

As contribuições mencionadas formam um conjunto de conhecimento relevante para despertar a sensibilidade dos profissionais de Enfermagem e demais áreas da saúde – e para expandir a consciência clínica e social da estrutura que envolve a experiência de mulheres brasileiras na DPP, pois esse tipo de conhecimento permite comunicar padrões de comportamentos das mulheres na DPP que podem ajudar os profissionais de saúde a tomar decisões frente a casos clínicos que encontrem na prática assistencial.

Por fim, considerando que a DPP é uma experiência complexa e dolorosa para as mulheres e seus familiares, salienta-se a necessidade de pesquisadores, profissionais de saúde e governantes compartilharem o compromisso de produzir conhecimentos e estabelecer estratégias que possam efetivamente ajudar as mulheres brasileiras a (re)montarem o quebra-cabeça mãe-mulher antes que sofram irreparáveis frustrações na maternidade e indesejadas mudanças de identidade decorrentes de um processo patológico. A trajetória de mulheres na experiência da DPP, apresentada nesse estudo, é apenas mais um bloco para construir uma

compreensão ampliada sobre as similaridades e as diferenças que permeiam a DPP em diferentes nações e contextos socioculturais.

Referências

REFERÊNCIAS

Abramowitz J, Schwartz S, Moore K. Obsessional thoughts in postpartum females and their partners: Content, severity, and relationship with depression. *J Clin Psychol Med Settings*. 2003;10(3):157-64.

Albersheim SG, Lavoie PM, Keidar YD. Do neonatologists limit parental decision-making authority? A Canadian perspective. *Early Hum Dev*. 2010;86(12):801-5.

American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington: APA; 2000.

Araújo G. Mães abandonam filhos por razões desconhecidas. G1 [periódico na Internet]. 2006 [citado em 2012 out. 10]. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,AA1311267-5598,00.html>

Ayres L, Kavanaugh K, Knafl KA. Within-case and across-case approaches to qualitative data analysis. *Qual Health Res*. 2003;13(6):871-83.

Azevedo K, Arrais A. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol: Reflex Crít*. 2006;19(2):269-76.

Barr J. Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: A phenomenological hermeneutic study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(3):362-9.

Barr J, Beck C. Infanticide secrets Qualitative study on postpartum depression. *Can Fam Physician*. 2008;54(12):1716-U93.

Beck CT. The live experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nurs Res*. 1992;41(3):166-70.

Beck CT. Teetering on the edge: a substantive theory of postpartum depression. *Nurs Res*. 1993;42(1):42-8.

Beck CT. The effects of postpartum depression on maternal-infant

interaction: a meta-analysis. *Nurs Res.* 1995;44(5):298-304.

Beck CT. Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nurs Res.* 1996;45(2):98-104.

Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2000;50(5):275-85.

Beck CT. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res.* 2002;12(4):453-72.

Beck CT. Exemplar: Teetering on the Edge: a continually emerging theory of postpartum depression. In: Munhall PL, editor. *Nursing research: a qualitative perspective*. 4 ed. Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2007. p. 273-92.

Beck CT. State of the Science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed-part 1. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008a;33(2):121-6.

Beck CT. State of the science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed-part 2. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008b;33(3):151-6.

Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res.* 2000;49(5):272-82.

Berggren-Clive K. Out of the darkness and into the light: women's experiences with depression after childbirth. *Can J Commun Ment Health.* 1998;17(1):103-20.

Bick D, Bastos MH, Diniz SG. Revelando o potencial do cuidado eficaz para a saúde maternal e infantil por toda vida: a necessidade de abordar o serviço 'invisível' no período pós-natal. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(3):416-21.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96, dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência

humanizada à mulher. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília; 2004.

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.

Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G, Sougey EB. Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcult Psychiatry.* 2007;44(4):672-84.

Charmaz K. 'Discovering' chronic illness: using grounded theory. *Soc Sci Med.* 1990;30(11):1161-72.

Chen CH, Tseng YF, Chou FH, Wang SY. Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res.* 2000;49(6):395-9.

Chen HY, Boore JR. Translation and back-translation in qualitative nursing research: methodological review. *J Clin Nurs.* 2010;19(1):234-9.

Choi P, Henshaw C, Baker S, Tree J. Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *J Reprod Infant Psychol.* 2005;23(2):167-80.

Cody W. The language of nursing science: if not now, when? *Nurs Sci Q.* 1994;7(3):98-9.

Cornish AM, McMahon CA, 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.

Cox JL, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord.* 1996;39(3):185-9.

Cox J, Holden J. Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). London: Gaskell; 2003.

Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res.* 1998;31(6):799-804.

Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Can J Psychiatry.* 2003;48(2):115-24.

Dennis CL. Treatment of postpartum depression, part 2: a critical review of nonbiological interventions. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(9):1252-65.

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, Letourneau N. Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(5):389-95.

Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr.* 2007;96(4):590-4.

Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth.* 2005;32(3):187-93.

Dennis CL, Stewart DE. Treatment of postpartum depression, part 1: a critical review of biological interventions. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(9):1242-51.

Elliot S, Gerrard J, Ashton C, Cox J. Training health visitors to reduce levels of depression after childbirth: An evaluation. *J Ment Health.* 2001;10(6):613-25.

Ertel KA, Rich-Edwards JW, Koenen KC. Maternal depression in the United States: nationally representative rates and risks. *J Womens Health.*

2011;20(11):1609-17.

Fairbrother N, Woody S. New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11(3):221-9.

Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health*. 2004;7(2):123-31.

Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior & Development*. 2010;33(1):1-6.

Field T, Hernandez-Reif M, Diego M. Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*. 2006;26(1):15-30.

Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attach Hum Dev*. 2006;8(2):123-38.

Flanagan PJ, McGrath MM, Meyer EC, Garcia Coll CT. Adolescent development and transitions to motherhood. *Pediatrics*. 1995;96(2):273-7.

Frizzo GB, Piccinini CA. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicol: Reflex Crít*. 2007;20(3):351-60.

Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess*. 2005;119:1-8.

Gichia JE. Mothers and others. African-American women's preparation for motherhood. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2000;25(2):86-91.

Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nurs*. 2010;27(3):255-62.

Goldsmith ME. Postpartum depression screening by family nurse

practitioners. *J Am Acad Nurse Pract.* 2007;19(6):321-7.

Goodman JH. Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Ment Health J.* 2008;29(6):624-43.

Goodman SH. Depression in mothers. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:107-35.

Goulet C, Bell L, St-Cyr D, Paul D, Lang A. A concept analysis of parent-infant attachment. *J Adv Nurs.* 1998;28(5):1071-81.

Goyal D, Gay C, Lee K. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues.* 2010;20(2):96-104.

Gualda DMR. Depressão pós-parto: conhecimento e vivência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família [Relatório de Pesquisa]. São Paulo: USP; 2012.

Guba EG. *The Paradigm dialog.* London: Sage; 1990.

Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation.* London: Sage; 1989.

Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In: Denzin N, Lincoln YS, editors. *Handbook of Qualitative Research.* 3 ed. London: Sage; 2005. p. 191-216.

Hall A. Defining nursing knowledge. *Nurs Times.* 2005;101(48):34-7.

Hall PL, Wittkowski A. An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(5):321-30.

Heh SS, Fu YY. Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *J Adv Nurs.* 2003;42(1):30-6.

Heron J, O'Connor T, Evans J, Golding J, Glover V, Team AS. The course of

anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004;80(1):65-73.

Homewood E, Tweed A, Cree M, Crossley J. Becoming occluded: the transition to motherhood of women with postnatal depression. *Qual Res Psychol.* 2009;6:313-29.

Humenik A, Fingerhut R. A pilot study assessing the relationship between child harming thoughts and postpartum depression. *J Clin Psychol Medic Settings.* 2007;14(4):360-6.

Hunt MR. Strengths and challenges in the use of interpretive description: reflections arising from a study of the moral experience of health professionals in humanitarian work. *Qual Health Res.* 2009;19(9):1284-92.

Janesick V. The dance of qualitative research design: metaphor, methodolatry, and meaning. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of Qualitative Research.* Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p. 209-19.

Janssen PA, Henderson AD, Vedam S. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. *Birth.* 2009;36(4):297-304.

Jennings K, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord.* 1999;54(1-2):21-8.

Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry.* 2001;158(6):913-7.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289(23):3095-105.

Kleinert S, Horton R. Brazil: towards sustainability and equity in health. *Lancet.* 2011;377(9779):1721-2.

Koller, A. *An unknown woman: A journey to self-discovery.* Toronto: Bantam; 1983. p. 88.

Leahy J. Brazil claims it is fifth largest economy in world. *Financial Times*

[periódico na Internet]. 2011 [citado em 2012 jun. 15]. Disponível em: <http://www.ft.com/cms/s/0/89ad55ba-45d7-11e0-acd8-00144feab49a.html#ixzz1HFE3E6sB>

Lieb R, Isensee B, Höfler M, Pfister H, Wittchen HU. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(4):365-74.

Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. London: Sage; 1985.

Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of postpartum depression on mothering. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):652-8.

Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(5):561-92.

Maheirie K. Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. *Interações*. 2002;7(13):31-44.

Mann R, Gilbody S, Adamson J. Prevalence and incidence of postnatal depression: what can systematic reviews tell us? *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(4):295-305.

Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Oliveira LN, Martins VR. Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. *R Enferm Cent O Min*. 2011;1(3):283-93.

Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord*. 2000;60(2):75-85.

Mauthner NS. "Feeling low and feeling really bad about feeling low": women's experiences of motherhood and postpartum depression. *Can Psychol*. 1999;40(2):143-61.

Mauthner NS. *The darkest days of my life: stories of postpartum depression*. Cambridge: Harvard University Press; 2002.

Maxwell JA. Understanding, validity, and evidency. In: Maxwell JA, editor. A realist approach for qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2012. p. 127-50.

Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12-28.

Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):649-51.

Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. *Nurs Res*. 1985;34(4):198-204.

Miller A. Validity. In: Given L, editor. The SAGE encyclopedia of qualitative research methods. Thousand Oaks, CA.: Sage; 2008. p. 909-10.

Miller WL, Crabtree BF. Clinical research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p. 340-52.

Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):65-70.

Mordoch E, Hall WA. Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. *Qual Health Res*. 2008;18(8):1127-44.

Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ*. 2009;338:a3045.

Morse JM. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. London: Sage; 1994. 388 p.

Morse JM. How different is qualitative health research from qualitative research? Do we have a subdiscipline? *Qual Health Res*. 2010;20(11):1459-

64.

Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev.* 1996 ;67(5):2512-26.

Narchi NZ. Atenção pré-natal por enfermeiros na zona leste da cidade de São Paulo - Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):266-73.

Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(4):465-77.

Nicolson P. Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. *J Adv Nurs.* 1990;15(6):689-95.

Nicolson P. Loss, happiness and postpartum depression: the ultimate paradox. *Can Psychol.* 1999;40(2):162-78.

Oates M, Cox J, Neema S, Asten P, Glangeaud-Freudenthal N, Figueiredo B, et al. Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *Br J Psychiatry.* 2004;184:S10-S6.

O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8(1):37-54.

O'Hara M. Postpartum Depression: What We know. *J Clin Psychol.* 2009;65(12):1258-69.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO Press; 1993.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2009.

Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 3 ed. Newbury Park, CA.: Sage; 2002.

Ray MA. The richness of phenomenology: philosophic, theoretic, and methodologic concerns. In: Morse JM, editor. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, CA.: Sage; 1994. p. 117-33.

Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. *Interventions for postpartum depression*. Toronto: RNAO; 2005.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289-95.

Ross LE, Campbell VL, Dennis CL, Blackmore ER. Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry*. 2006;51(11):704-10.

Ruschi G, Sun S, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiqu Rio Gd Sul*. 2007;29(3):274–80.

Sagar PL. *Transcultural nursing theory and models*. New York: Springer; 2012.

Sandelowski M. Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. *Adv Nurs Sci*. 1993a;16(2):1-8.

Sandelowski M. Theory unmasked: the uses and guises of theory in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1993b;16(3):213-8.

Sandelowski M. The use of quotes in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1994;17(6):479-82.

Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1995a;18(2):179-83.

Sandelowski M. Qualitative analysis: what it is and how to begin. *Res Nurs Health*. 1995b;18(4):371-5.

Sandelowski M. Writing a good read: strategies for re-presenting qualitative

data. *Res Nurs Health*. 1998;21(4):375-82.

Sandelowski M. Time and qualitative research. *Res Nurs Health*. 1999;22(1):79-87.

Sandelowski M. Foreword. In: Thorne S, editor. *Interpretive description*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2008. p. 11-15.

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577-88.

Santos Junior HPO, Gualda DMR, Silveira MFA, Hall W. Postpartum depression: the (in) experience of Brazilian primary health care professionals. *J Adv Nurs*. 2012;In Press.

Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gualda DM. Depressão pós-parto: um problema latente. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30(3):516-24.

Schreiber R. (Re)Defining my self: women's process of recovery from depression. *Qual Health Res*. 1996;6(4):469-91.

Schwandt T. Farewell to criteriology. *Qual Inq*. 1996;2(1):58-72.

Schwebel DC, Brezausk CM. Chronic maternal depression and children's injury risk. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(10):1108-16.

Semprevivo DM. The lived experience of postpartum mental illness [dissertation]. Chicago: Rush University; 1996.

Silverman D. The quality of qualitative health research: the open-ended interview and its alternatives. *Soc Scienc Health*. 1998;4(2):104-17.

Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2006;9(1):65-83.

Stamp GE, Williams AS, Crowther CA. Evaluation of antenatal and postnatal

support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial. *Birth*. 1995;22(3):138-43.

Tammentie T, Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Tarkka MT. Family dynamics of postnatally depressed mothers - discrepancy between expectations and reality. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):65-74.

Tannous L, Gigante L, Fuchs S, Da Busnello E. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *Bmc Psychiatry*. 2008;8.

Taylor PJ, Ni P, Derudder B, Hoyler M, Huang J, Witlox F. Global urban analysis: a survey of cities in globalization. London: Earthscan Publications Ltd.; 2010.

Temple B, Young A. Qualitative research and translation dilemmas. *Qual Res*. 2004;4(2):161-78.

Thorne S. *Interpretive Description*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2008.

Thorne S. Toward methodological emancipation in applied health research. *Qual Health Res*. 2011;21(4):443-53.

Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health*. 1997;20(2):169-77.

Thorne S, Kirkham S, O'Flynn-Magee K. The Analytic Challenge in Interpretive Description. *Int J Qual Methods*. 2004;3(1).

Ugarriza DN. Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. *Arch Psychiatr Nurs*. 2004;18(2):39-48.

Ugarriza DN, Schmidt L. Telecare for women with postpartum depression. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2006;44(1):37-45.

United Nations Development Programme. The Millennium Development Goals [homepage na Internet]. 2012. United Nations [citado em 2012 Apr.

28]. Disponível em:

<http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html>.

United States. Melanie Blocker Stokes MOTHERS Act. Washington: 111th Congress; 2009.

Wood AF, Thomas SP, Droppleman PG, Meighan M. The downward spiral of postpartum depression. MCN Am J Matern Child Nurs. 1997;22(6):308-16.

Woollett A, Marshall H. Motherhood and mothering. In: Usshe JM, editor. Women's health contemporary international perspectives. Leicester: BPS Books; 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Termo de consentimento livre e esclarecido para as mulheres

Meu nome é Hudson Pires de Oliveira Santos Junior. Sou aluno do curso de doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e sob orientação da Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda estou desenvolvendo uma pesquisa com o título “Dar à luz e ficar às escuras: a experiência das mulheres-mães com a depressão pós-parto”.

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender a experiência das mulheres com a depressão pós-parto. As informações serão coletadas por meio de entrevista que será gravada em aparelho *mp3*. A entrevista é individual e será realizada em local, data e horário da sua escolha. Você pode se sentir emocionalmente desconfortável quando estiver contando a sua experiência de adoecimento, mas isso poderá lhe ajudar a repensar o que se passou, além de que terá contato com outras mulheres que passaram por situações semelhantes.

Assim, você tem liberdade de se recusar a participar e ainda desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. O contato poderá ser feito por meio do telefone do pesquisador e, se necessário pelo e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa.

Você não será identificada no estudo, pois não utilizaremos seu nome verdadeiro, para prevenir que quando alguém ler sua entrevista não saiba que foi você que falou. Todas as informações que você fornecer serão utilizadas apenas nesse trabalho, que poderá ser publicado em revistas científicas e/ou apresentado em eventos (congressos, seminários e outros).

Este documento é elaborado em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e outra com o pesquisador.

Consentimento Livre e Esclarecido: tendo em vista os esclarecimentos acima apresentados, eu concordo em participar da pesquisa:

Nome do Participante da Pesquisa
Pesquisa

Assinatura do Participante da

Assinatura do Pesquisador

Telefone e endereço dos pesquisadores para contato ou esclarecimento:

Hudson Pires O. Santos Junior (Enfermeiro, Pesquisador). Email: HUDSONJR@USP.BR
Profa. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda (Professora, Pesquisadora). Email: DRGUALDA@USP.BR
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) Rua Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 05422-970 São Paulo-SP. Tel.: (11) 3061-7601.
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Email: EDIPESQ@USP.BR

APÊNDICE II

Termo de consentimento livre e esclarecido para os familiares

Meu nome é Hudson Pires de Oliveira Santos Junior. Sou aluno do curso de doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e sob orientação da Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda estou desenvolvendo uma pesquisa com o título “Dar à luz e ficar às escuras: a experiência das mulheres-mães com a depressão pós-parto”.

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa porque (nome da mulher participante) lhe indicou como uma familiar que esteve presente e acompanhou ela durante a experiência da depressão pós-parto. Nessa pesquisa queremos conhecer sua percepção sobre a experiência das mulheres com a depressão pós-parto. As informações serão coletadas por meio de entrevista que será gravada em aparelho *mp3*. A entrevista é individual e será realizada em local, data e horário da sua escolha.

Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. O contato poderá ser feito por meio do telefone do pesquisador e, se necessário pelo e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa.

Você não será identificada/o no estudo, pois não utilizaremos seu nome verdadeiro, para prevenir que quando alguém ler sua entrevista não saiba que foi você que falou. Todas as informações que você fornecer serão utilizadas apenas nesse trabalho, que poderá ser publicado em revistas científicas e/ou apresentado em eventos (congressos, seminários e outros).

Este documento é elaborado em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e outra com o pesquisador.

Consentimento Livre e Esclarecido: tendo em vista os esclarecimentos acima apresentados, eu concordo em participar da pesquisa:

Nome do Participante da Pesquisa
Pesquisa

Assinatura do Participante da

Assinatura do Pesquisador

Telefone e endereço dos pesquisadores para contato ou esclarecimento:

Hudson Pires O. Santos Junior (Enfermeiro, Pesquisador). Email: HUDSONJR@USP.BR
Profa. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda (Professora, Pesquisadora). Email: DRGUALDA@USP.BR
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) Rua Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 05422-970 São Paulo-SP. Tel.: (11) 3061-7601.
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Email: EDIPESQ@USP.BR

APÊNDICE III

Carta de solicitação de autorização para a instituição

Por meio desta solicito autorização para utilizar esta instituição como campo de contato com mulheres que fazem tratamento de depressão pós-parto. Estas serão convidadas para participar da pesquisa “A depressão pós-parto no contexto sócio-familiar da mulher”, que tem como objetivo compreender a experiência das mulheres com a depressão pós-parto. Peço autorização também para quando necessário acessar o prontuário clínico das mulheres participantes do estudo.

Trata-se de um projeto de pesquisa de Doutorado, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, dos Campi São Paulo e Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Esclareço que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP) e recebeu anuência deste órgão.

Em anexo uma cópia do projeto, disponível para análise dessa instituição.

O endereço para quaisquer esclarecimentos é:

Orientadora: Prof^a Dr^a Dulce Maria Rosa Gualda

Pesquisador: Hudson Pires de Oliveira Santos Junior

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) R. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 05422-970 São Paulo-SP. Tel.: (11) **3061-7548**

APÊNDICE IV**Roteiro de entrevista para as mulheres**

Nome: _____	Idade: _____
Ocupação: _____	Renda: _____
Estado Civil: _____	
Nº Gravidez/Aborto: _____	Nº Filhos: _____
Histórico de depressão/depressão pós-parto: _____	

1. Fale-me sobre sua gravidez e o parto.
2. Conte-me sobre você depois do parto.
3. Fale-me de você com seu filho depois do parto?
4. Conte-me quando você percebeu que poderia ter algum problema de saúde.
5. O que lhe fez perceber isso?
6. Conte-me como foi seu comportamento nesse momento.
7. Conte-me como você soube que de fato estava doente.
8. Fale-me como foi esse período para você.
9. Como você se sentia quando estava com sua família?
10. Fale-me de sua relação com seu companheiro e/ou sua família.
11. Como você buscou ajuda/tratamento? Quem lhe ajudou nesse momento?
12. Fale-me sobre sua experiência nesse período.
13. E agora, como tem sido sua vida atualmente?

APÊNDICE V**Roteiro de entrevista para os familiares**

Nome: _____	Sexo: () M () F
Idade: _____	Estado Civil: _____
Ocupação: _____	Renda: _____
Grau Parentesco: _____	Nº Filhos: _____
Histórico de depressão: _____	

1. Como era sua relação com (nome da mulher) durante a gravidez e o parto.
2. Conte-me como você percebeu a condição de saúde dela.
3. Fale-me como foi esse período para você.
4. Em que momento vocês definiram que ela precisava de ajuda.
5. Conte-me sobre “Onde e Como” vocês buscaram ajuda.
6. Conte-me o que você fez para ajudá-la.
7. Porque você acha que ela lhe considera importante durante essa fase?
8. Como está a relação de vocês atualmente?

ANEXOS

ANEXO I

Ofício de aprovação do comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 03 de janeiro de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

Ref. Processo nº 1025/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0031.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **"Dar à luz... e ficar às escuras... a depressão pós-parto no contexto sócio-familiar da mulher"**, 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

Conte
Recebi Dulce MRG Gualda