



LETÍCIA AMICO MARQUES

**APOIO FAMILIAR ÀS MULHERES COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

**Rio Grande
2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

APOIO FAMILIAR ÀS MULHERES COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

LETÍCIA AMICO MARQUES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriane M. Netto de Oliveira

**Rio Grande
2015**

M357a Marques, Letícia Amico

Apoio familiar às mulheres com sintomas de depressão pós-parto

/ Letícia Amico Marques. - Rio Grande : [s.n], 2015.

81 f.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Adriane M. Netto de Oliveira

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande - Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Referências bibliográficas: f. 71-77.

1. Depressão Pós-Parto. 2. Apoio Social. 3. Família. 4. Saúde Mental
5. Enfermagem. I.Oliveira, Adriane M. Netto de. II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título

CDD 618.76

Catálogo na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques– CRB 10/2375

LETÍCIA AMICO MARQUES

**APOIO FAMILIAR ÀS MULHERES COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-
PARTO**

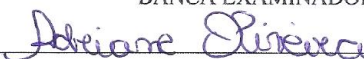
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 17 de dezembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Enfermagem e Saúde.



Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - FURG

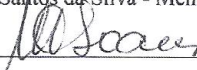
BANCA EXAMINADORA



Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira - Presidente (FURG)



Dra. Mara Regina Santos da Silva - Membro Interno (FURG)



Dra. Marilu Correia Soares - Membro Externo (UFPEL)

Dra. Daiane Porto Gautério Abreu - Suplente Interno (FURG)

Dr. Leandro Barbosa de Pinho - Membro Externo (UFRGS)

RESUMO

MARQUES, Letícia Amico. Apoio familiar às mulheres com sintomas de depressão pós-parto. 2015. 81 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

A Depressão Pós-Parto compreende um transtorno mental que ocorre, geralmente, no período de até 12 meses após o parto e possui como principais sintomas: humor deprimido, sofrimento, sentimentos de ansiedade e baixa autoestima. Algumas mães podem expressar sentimentos negativos ou contraditórios em relação a seus bebês, bem como dúvidas quanto à sua capacidade para exercer as funções parentais. Em uma situação de fragilidade como esta, é evidente a mobilização dos familiares para ajudar e cuidar destas mulheres, sendo essa participação, significativa e importante. A existência do apoio familiar efetivo resulta em efeitos positivos e sensações de pertencimento, carinho e bem-estar, fortalecendo o processo recíproco de cuidado entre os membros da família e favorecendo uma relação que gera efeitos tanto para quem recebe, como para quem oferece o apoio. Este estudo, de caráter exploratório descritivo e abordagem qualitativa, está vinculado ao macroprojeto intitulado: “Detecção precoce da depressão pós-parto: promoção da saúde da família. A coleta de dados realizou-se no período de agosto a setembro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada gravada nas residências das mulheres com sintomas de depressão pós-parto, detectadas por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo nos hospitais e residentes em áreas assistidas por Unidades de Estratégia de Saúde da Família, no município do Rio Grande/RS. As participantes foram 11 mulheres com sintomas de depressão pós-parto que foram assistidas nas maternidades dos hospitais: Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., que responderam as questões da referida escala. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin. De forma a contemplar os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, concernentes às pesquisas envolvendo seres humanos, o macroprojeto citado acima obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, com Parecer número 62/2012 e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados e discussões foram apresentados na forma de dois artigos científicos: O primeiro, “Percepção de mulheres com sintomas de depressão pós-parto acerca do apoio familiar”, com três categorias de resultados:

“Perspectiva das mulheres acerca do apoio familiar no pós-parto”, “Percepção do apoio familiar” e “Significado do apoio e importância da família neste contexto” e o segundo artigo, “A sintomatologia depressiva no período pós-parto e sua interferência nas interações familiares”, também com três categorias: “Percepção dos sintomas de Depressão Pós-Parto”, “A interferência dos sintomas na relação mãe-filho” e “O impacto dos sintomas nas interações familiares”. Os resultados deste estudo apontam que a família assume papel fundamental no auxílio ao enfrentamento da Depressão Pós-Parto, pois, geralmente proporciona, por meio do apoio, mais segurança e tranquilidade para que a mulher consiga superar os conflitos oriundos desta doença. Conclui-se que a sintomatologia depressiva interfere diretamente no microsistema familiar, na maioria dos casos, negativamente, acarretando conflitos e o afastamento das pessoas, em raras exceções, influencia de forma positiva, considerando-se os mecanismos para a superação das adversidades.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Apoio Social; Família; Saúde Mental; Enfermagem.

ABSTRACT

MARQUES, Leticia Amico. Family support to women with symptoms of postpartum depression. 2015. 81 p. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande / RS.

The Postpartum Depression comprises a mental disorder that usually occurs in up to 12 months after birth and has as main symptoms: depressed mood, suffering, anxiety feelings and low self-esteem. Some mothers can express negative or mixed feelings toward their babies, as well as doubts about their ability to perform the parental functions. In a fragile situation like this, the mobilization of the family to help and care for these women, and this participation, significant and important is evident. The existence of adequate family support and effective results in positive effects and belonging feelings, warmth and well-being, comprising a reciprocal process of care between family members and a relationship that produces effects both for those who receive it, as to who offers support. This study presents descriptive exploratory and qualitative approach. This research is linked to macroproject entitled "Early detection of postpartum depression: family health promotion. The study sites were the homes of women with symptoms of postpartum depression, detected by applying the Edinburgh Postpartum Depression Scale in hospitals and residents in areas assisted by the Family Health Strategy Units. The study participants were 11 women with symptoms of postpartum depression who were assisted in maternity hospitals: Charity Association Santa Casa do Rio Grande and University Hospital Dr. Miguel Riet Correa Jr., who have answered the questions of that scale. Data were collected from August to September 2015 through recorded semi-structured interview. These were analyzed by the content analysis proposed by Laurence Bardin, which is characterized by a set of techniques for analysis of communications. In order to consider the ethical aspects recommended by Resolution 466/2012 of the National Council of Health, pertaining to research involving human beings, macroproject quoted above was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande, with sound number 62/2012 and all participants signed the consent form. The results and discussions were presented in the form of two papers: The first, "Women's perception with symptoms of postpartum depression on family support," with three categories of results: "Perspective women about family support postpartum" "Perception of family support" and "Support the significance and importance of the family in this context" and the second article, "Depressive symptoms in the postpartum period and its interference in

family interactions", also with three categories: "Perception of symptoms of Postpartum Depression", "The interference of symptoms in the mother-child relationship" and "The impact of symptoms on family interactions." It is understood that the family plays a critical role in helping to face the Postpartum Depression therefore generally provides, through support, more security and tranquility so that women can overcome the conflicts arising from this disease. It is also considered that depressive symptoms interfere directly in the family microsystem. In most cases, negatively, causing conflict and the banishment of the people, in rare exceptions, influences positively, considering it is the mechanisms for overcoming adversity.

Descriptors: Postpartum Depression; Social support; Family; Mental health; Nursing.

RESUMEN

MARQUES, Leticia Amico. El apoyo familiar a las mujeres con síntomas de la depresión posparto. 2015. 81 p. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande / RS.

La depresión posparto comprende un trastorno mental que usualmente ocurre en hasta 12 meses después de su nacimiento y que tiene como principales síntomas: estado de ánimo depresivo, sufrimiento, sentimientos de ansiedad y baja autoestima. Algunas madres pueden expresar sentimientos negativos o mixtos hacia sus bebés, así como las dudas sobre su capacidad para desempeñar las funciones parentales. En una situación frágil como este, la movilización de la familia para ayudar y cuidar a estas mujeres, y esta participación, significativo e importante es evidente. La existencia de un apoyo adecuado de la familia y de resultados efectivos en los efectos positivos y sentimientos que pertenecen, la calidez y el bienestar, que comprende un proceso recíproco de la atención entre los miembros de la familia y una relación que produce efectos tanto para los que lo reciben, en cuanto a que ofrece apoyo. Este estudio presenta exploratorio descriptivo y cualitativo. Esta investigación está vinculada a macroproyecto titulado "La detección temprana de la depresión posparto: promoción de la salud familiar. Los sitios de estudio fueron los hogares de las mujeres con síntomas de la depresión posparto, detectada mediante la aplicación de la escala de depresión posparto de Edimburgo en los hospitales y los residentes en zonas asistidas por las Unidades de la Estrategia Salud de la Familia. Los participantes del estudio fueron 11 mujeres con síntomas de la depresión posparto, que fueron asistidos en los hospitales de maternidad: Asociación de Caridad de la Santa Casa do Rio Grande y el Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Correa Jr., que han respondido a las preguntas de esa escala. Los datos fueron recogidos entre agosto y septiembre 2015 mediante grabado entrevista semi-estructurada. Estos fueron analizados por el análisis de contenido propuesto por Laurence Bardin, que se caracteriza por un conjunto de técnicas para el análisis de las comunicaciones. Con el fin de tener en cuenta los aspectos éticos recomendados por la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, perteneciente a la investigación con seres humanos, macroproyecto antes citado fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Federal de Río Grande, con número de sonido 62 / 2012 y todos los participantes firmaron el formulario de consentimiento. Los resultados y discusiones se presentaron en forma de dos documentos: "la percepción de las mujeres con síntomas de la depresión posparto en apoyo a la familia", con tres categorías de

resultados: "mujeres Perspectiva sobre el apoyo postparto familia" "La percepción de apoyo familiar" y "apoyar el significado y la importancia de la familia en este contexto" y "Los síntomas depresivos en el puerperio y su injerencia en las interacciones familiares", también con tres categorías: "La percepción de los síntomas de la depresión posparto "" La interferencia de los síntomas en la relación madre-hijo "y" El impacto de los síntomas en las interacciones de la familia. " Se entiende que la familia juega un papel fundamental para ayudar a hacer frente a la depresión posparto, por tanto, en general, proporciona, a través del apoyo, más seguridad y tranquilidad para que las mujeres puedan superar los conflictos derivados de esta enfermedad. También se considera que los síntomas depresivos interfieren directamente en el microsistema familiar. En la mayoría de los casos, negativamente, causando conflictos y el destierro del pueblo, en raras ocasiones, influye positivamente, considerando que es los mecanismos para superar la adversidad.

Descriptores: Depresión postparto; Apoyo social; Familia; Salud mental; Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	19
3.2 REDE E APOIO SOCIAL.....	22
3.3 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
5 METODOLOGIA.....	35
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	35
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	35
5.4 COLETA DE DADOS.....	36
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	36
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	38
6.1 ARTIGO 1.....	39
6.2 ARTIGO 2.....	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	71
ANEXO 1 - ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL.....	78
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	79
APÊNDICE 1 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	80
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81

1 INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) compreende um transtorno mental que ocorre, geralmente, no período de até 12 meses após o parto e possui como principais sintomas: humor deprimido, sofrimento, perda de interesse ou prazer pelas situações cotidianas, sentimentos de ansiedade e baixa autoestima. Trata-se de um transtorno depressivo há muito tempo reconhecido como significativa causa de morbidade materna e que apresenta relevância, pois, além das graves consequências para a saúde, os sintomas depressivos acometem mulheres nos primeiros meses após o parto, afetando diretamente o ambiente familiar (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

O pós-parto conhecido como puerpério ou período puerperal compreende o tempo que sucede o parto e pode ser dividido em quatro períodos, sendo: imediato, a partir do nascimento do bebê; mediato, do 1º ao 10º dia; tardio, do 11º ao 45º dia e, remoto, a partir do 45º dia (ANDRADE, et al., 2015). Este é um período difícil para algumas mulheres. Nestas, os sintomas depressivos tendem a apresentar-se de maneira intensa, pois a puérpera passa por transformações físicas, psíquicas e sociais concomitantemente aos cuidados com o bebê (DANTAS, et al., 2012). Além disso, esse período, frequentemente, é marcado por alterações hormonais e mudanças nas interações sociais, na organização familiar e na sua percepção como mulher (KONRADT; SILVA; JANSEN, 2014).

Embora não haja um consenso no que se refere à etiologia da DPP, de modo geral, esta doença apresenta características muito semelhantes a outros transtornos depressivos, tendo como agravante, a ocorrência em um período de fundamental importância para a formação do vínculo mãe-bebê, podendo interferir na qualidade dos processos proximais entre esta díade, uma vez que ocorre nos primeiros meses de vida da criança (CARVALHO; MORAIS, 2014). Entende-se por processo proximal todas as relações e interações existentes entre as pessoas no ambiente, de modo a proporcionar seu desenvolvimento. Assim, no microsistema familiar, para que o bebê se desenvolva intelectual, emocional e socialmente de forma saudável é importante a participação ativa e a interação recíproca com as pessoas e objetos do ambiente no qual está inserido (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

No que se refere à prevalência, estudos realizados no Brasil mostram que a DPP atinge de 10% a 15% das mulheres na situação de puerpério, chegando a 39,4% de casos. Nos estudos internacionais a literatura descreve taxas de 13,2 a 27,2% (GUEDES, et al., 2011; GUIDOLIN; CÉLIA, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em pesquisa realizada recentemente, a depressão materna foi detectada em 26% das mulheres entre seis e

18 meses após o parto, sendo mais frequente entre as de baixa condição sócioeconômica (BRASIL, 2014). Estudo realizado em São Paulo constatou a prevalência de mulheres com sintomas de DPP em diferentes momentos do puerpério, sendo de 30,0% quando o bebê apresentava quatro meses de idade, 26,4% com idade de oito meses e 25% na idade de 12 meses (MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013).

Em diferentes países e excetuando-se aspectos culturais específicos de cada região, os fatores de risco para o desencadeamento da DPP são, em geral, muito semelhantes, tais como: gestação não planejada, estresse, gravidez na adolescência, história prévia de depressão e/ou transtornos mentais, dificuldades para lidar com o bebê, multíparas, conflitos conjugais ou ausência do companheiro, apoio social limitado ou inexistente, dificuldades econômicas e, ainda, mulheres pardas e indígenas (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010; BRASIL, 2014).

O evento de tornar-se mãe pode significar, além de uma fase de transição, uma outra conformação de ordem psíquica, pois há a necessidade de adaptar-se frente ao novo papel assumido. Com a chegada do filho, a mulher, que geralmente é a principal cuidadora do bebê e dos demais membros do microssistema familiar, vê-se diante de uma reestruturação em sua vida, considerando-se que as mudanças ocorridas a partir de então, podem intervir em vários aspectos a respeito de si mesma, acerca do bebê, com o companheiro e, também no que se refere aos demais membros da família, tal situação pode ser um fator de risco para o aparecimento e/ou agravamento dos sintomas da DPP (SOUSA; PRADO; PICCININI, 2011).

Após o nascimento do bebê costumam ocorrer transformações conscientes e inconscientes na mulher, principalmente de ordem emocional, ocasionada também por alterações hormonais, bem como modificações em seu contexto familiar e social, despertando assim, sentimentos e sensações inesperados, como medo, ansiedade e intensa tristeza. Na maior parte dos casos, esses sintomas desaparecem em torno de uma semana. No entanto, em algumas podem persistir por um tempo maior, caracterizando a DPP (CUNHA, et al., 2012).

Algumas mães podem expressar sentimentos negativos ou contraditórios em relação a seus bebês, bem como dúvidas e preocupações quanto à sua capacidade para exercer as funções parentais, sendo possível identificar intenções suicidas em casos mais graves. Se não for detectada e tratada, a DPP pode afetar não somente a puérpera, mas os demais membros da família, considerando-se que a convivência, na maioria das vezes torna-se difícil e conflituosa (ALVARENGA, et al., 2013).

As transições que ocorrem ao longo do ciclo vital, entre elas, o nascimento de uma criança, podem ter importante influência na vida das demais pessoas do microssistema familiar, devido às inter-relações existentes e as mudanças que ocorrem na vida destas

pessoas (BRONFENBRENNER E MORRIS, 1998). A mulher que se encontra na situação de depressão vivencia uma complexa adaptação a sentimentos e desejos ambivalentes que algumas mães compartilham, sendo que, para umas, tal situação é mais intensa do que para outras (GUSMÃO, 2014).

Uma mulher que apresenta sintomas depressivos manifestados no período pós-parto tende a se tornar ausente e desanimada, dificultando o vínculo e os cuidados com seu bebê, constituindo-se uma situação de vulnerabilidade. Nesta situação, as experiências pessoais, familiares e culturais são uma constante na construção do que é ser mãe, pois estas influências interferem na melhora ou agravamento da doença (CUNHA, et al., 2012). No entanto, se houver boa interação dos pais com a criança e outras pessoas, entre elas, os avós, os quais consigam estabelecer processos proximais regulares por um longo período de tempo, estes atuariam como fatores de proteção para o desenvolvimento emocional saudável do bebê, pois o mesmo estaria recebendo os afetos essenciais que necessita (BRONFENBRENNER, 2011).

Neste sentido, considerando-se a vulnerabilidade vivenciada pela mulher na situação de DPP, entendendo este conceito como a susceptibilidade de ser exposto a danos físicos ou morais devido à sua fragilidade, evidencia-se a necessidade do apoio social, que compreende o suporte no qual o indivíduo por meio da dimensão pessoal e da comunicação, satisfaz as necessidades de apoio de outra pessoa (VEGA-ANGARITA, 2011). O apoio social está diretamente relacionado ao emocional, às relações de afetividade, cuidado e atenção, oferecidos por membros da rede social do indivíduo, favorecendo que este se sinta mais seguro, viabilizando sensações de tranquilidade e controle sobre sua vida (SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010). De acordo com Carvalho e Moraes (2014), para a mulher é de extrema importância a procura e o recebimento de ajuda de outras pessoas ao enfrentar as atividades cotidianas, sendo que a percepção de apoio social acarreta sentimento de pertencimento a um determinado grupo ou rede social em que há a possibilidade de receber e oferecer afeto e ajuda.

A DPP, representando a manifestação sintomática do conflito da mulher diante da maternidade tem origem no intrapsíquico feminino e pode se agravar por circunstâncias externas, mas indiscutivelmente traz consequências prejudiciais ao bebê, pois altera, dificulta e, às vezes, impossibilita a relação com ele. Até mesmo as formas mais leves e implícitas da depressão materna podem afetar a criança, na medida em que ela percebe a pobreza de interação, a ausência ou pouca manifestação dos afetos (MORAES; CREPALDI, 2011).

O apoio oferecido pela família torna-se necessário à mulher com DPP, pois os familiares, normalmente, são as pessoas mais próximas no convívio cotidiano e experenciam

o reflexo da doença. O apoio familiar, portanto, encontra-se especificamente na dimensão pessoal e é efetivamente importante para quem precisa desse amparo. Justifica-se tal necessidade por entender que a mulher, ao se perceber doente, passa por momentos difíceis, de sofrimento e preocupações, sendo o apoio da família, em muitas situações, a representação de uma base confiável para a manutenção da saúde mental e o enfrentamento de situações estressantes, além de viabilizar o vínculo mãe-bebê (MATÃO, et al., 2011). Para que o apoio ocorra, é necessário que os processos proximais estejam fortalecidos no microsistema familiar e que aconteçam em intervalos regulares por um longo período de tempo, pois é por meio das relações e interações que o apoio se constrói (BRONFENBRENNER E MORRIS, 1998).

Estudo realizado na Bahia constatou que as mulheres que possuíam familiares disponíveis para apoiá-las durante o puerpério apresentavam menos sintomas depressivos, pois os efeitos benéficos da participação e da integração social podiam ser reconhecidos na sensação de bem estar psicológico, estando relacionadas à autoestima, ao aumento da satisfação com a vida, melhor percepção acerca de si mesma e à diminuição de alguns sintomas, como os de ansiedade (ALVARENGA, et al., 2013). O apoio familiar ameniza os possíveis efeitos patogênicos do estresse no organismo, tornando as pessoas mais capazes para lidar com situações complexas. Uma família saudável não é, necessariamente, aquela sem problemas, mas que possui potencial para solucionar os conflitos de forma adequada e que valoriza os ganhos advindos do enfrentamento das situações adversas (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Em uma situação de fragilidade como esta, é evidente a mobilização dos familiares para ajudar e cuidar destas mulheres. Essa participação é significativa e importante, pois as faz se sentirem amparadas e mais confiantes para enfrentarem as dificuldades apresentadas neste período do ciclo vital. A família, comumente consiste na primeira e mais significativa rede social da mulher, quando consegue apoiá-la frente a sua condição psíquica alterada. É no âmbito familiar que, geralmente as relações mais verdadeiras se estabelecem e as soluções para os problemas podem ser encontradas (BRUSAMARELLO, et al., 2011).

Para Inouye et al. (2010), a existência do apoio familiar adequado e efetivo resulta em efeitos positivos e sensações de pertencimento, carinho e bem-estar, compreendendo um processo recíproco de cuidado entre os membros da família e uma relação que gera efeitos tanto para quem recebe, como para quem oferece o apoio. Neste sentido, o contexto familiar,

em que existem pessoas em desenvolvimento, da mesma forma que influencia, é influenciado por múltiplos fatores sociais (BRONFENBRENNER, 2011).

Estudo realizado em Goiânia/GO mostrou que o apoio e a união familiar são muito presentes, sendo que, parte dos familiares não apresentava conhecimento quanto à doença e outros não aceitavam o quadro de DPP como um problema de saúde. Evidenciou-se também, que o cuidado com a puérpera é difícil, compreendendo um desafio para os envolvidos. O apoio oferecido pela família é fundamental para o enfrentamento das situações estressantes e proporciona à mulher a segurança necessária durante o período pós-parto (MATÃO, et al., 2011).

Outro estudo, realizado em Porto Alegre/RS, identificou que, embora o apoio recebido não anule o efeito das experiências negativas, o ameniza, possibilitando assim, que grande parte das mães vivencie esta fase de forma mais amena, pelo fato de terem sido apoiadas em suas tarefas diárias, bem como amparadas emocionalmente (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Contar com o apoio familiar pode amenizar os efeitos negativos e complexos da depressão ao desenvolvimento da criança, tendo em vista que o convívio do bebê com outros familiares possivelmente o deixa menos exposto aos sintomas depressivos da mãe (ZANCA, et al., 2013).

Com o passar dos anos, o setor da saúde redescobriu e evidenciou a família como unidade privilegiada de atenção ao implantar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ficando implícito nesta política governamental o reconhecimento de que o microsistema familiar encontra-se no centro das ações de cuidado (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011). Desta forma, a ESF, alicerçada no princípio da integralidade propicia recursos físicos e humanos para que os profissionais atuem, desde o pré-natal frente à problemática da DPP. Assim, compete a estes, especialmente aos enfermeiros, uma atuação clínica e humanizada, em que haja disponibilização de cuidados, conforto psicológico e afeto, de modo a ajudar no enfrentamento da vivência com DPP, não só pela mulher, mas por toda a família (SILVA, et al., 2010).

Deste modo, é importante que os profissionais sejam capazes, primeiramente, de identificar os fatores de risco e agravos à saúde da mulher e do seu bebê, para que seja possível a posterior orientação e tornem-se abertos ao diálogo com a puérpera e sua família, ao colocarem-se à disposição para apoio, além de sanar outras dúvidas que possam surgir (VALENÇA; GERMANO, 2010). Quando a família participa do tratamento, interagindo com os profissionais de saúde, buscando orientações e apoio, pode tornar-se mais fácil a maneira

como os familiares irão apoiar esta mulher. Ao conhecer a verdadeira situação em que sua familiar se encontra, as palavras de conforto e as medidas de cuidado serão específicas para as suas necessidades (MATÃO, et al., 2011).

Estes aspectos reforçam a importância de serem promovidas práticas em saúde mental, que possibilitem o fortalecimento dos laços entre as pessoas de uma comunidade, familiares e profissionais de saúde, de modo que sejam valorizados os espaços institucionais de ajuda e interação, tendo em vista que a rede social pode ser um fator de proteção às famílias expostas à DPP, contribuindo para a superação dos conflitos e das dificuldades encontradas (ZANCA, et al., 2013). A rede de apoio social precisa ser conhecida pelos enfermeiros e demais profissionais da saúde, para que seja possível o estabelecimento de parcerias para o enfrentamento do cuidado da pessoa que apresenta um transtorno mental, neste caso a DPP, bem como de seus familiares (BRUSAMARELLO, et al., 2011).

Neste contexto, elenca-se a importância do apoio oferecido pela família, pois esta constitui a parte da rede social mais próxima às mulheres, entendendo que, tais medidas de amparo constituem fatores de proteção para a nova vida social que se modifica com a chegada do bebê. Por isso, entende-se a relevância da realização deste estudo, o qual contemplará a família, como parte da rede de apoio social e suas implicações no contexto da DPP.

Estudar a temática da Depressão Pós-Parto representa um desafio, pois esta compreende uma doença que afeta não somente a mulher, mas também acarreta prejuízos negativos no que se refere à interação mãe-bebê, ao desenvolvimento da criança e à dinâmica familiar. Assim, quando são discutidas a presença e a importância da família neste contexto, entende-se que são inúmeras as relações e influências que ocorrem no ambiente e, portanto, optou-se por utilizar como embasamento para o estudo, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Urie Bronfenbrenner, cujos conceitos e considerações irão sendo adequados ao longo da realização deste trabalho.

O presente estudo busca responder à seguinte **questão de pesquisa**: *Qual a percepção das mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto acerca do apoio familiar proporcionado a elas ao longo do tempo de vivência da doença?*

2 OBJETIVOS

Compreender a percepção das mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto acerca do apoio familiar proporcionado a elas ao longo do tempo de vivência da doença;

Conhecer a percepção das mulheres acerca das interações familiares após a manifestação dos sintomas de Depressão Pós-Parto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Com a intenção de apresentar o embasamento teórico pautado na Revisão de Literatura, elencaram-se três temas relevantes para melhor compreensão do objeto de estudo, sendo eles: Depressão Pós-Parto; Rede e Apoio Social e A importância da família no contexto da Depressão Pós-Parto; os quais estão descritos a seguir:

3.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A gestação representa um processo esperado da vida reprodutiva da mulher, no entanto, muitas vezes, é permeado por dúvidas e incertezas, tendo em vista as mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem. Tais transformações e sentimentos persistem no período pós-parto, pois este constitui uma fase de transição na vida das mulheres, compreendendo uma etapa em que elas assumem efetivamente o papel de ser mãe (CUNHA, et al., 2012).

Na fase pós-parto, ocorrem também modificações de ordem familiar pela nova conformação estabelecida, bem como adaptações biológicas marcadas por alterações metabólicas complexas, tais como o processo de involução uterina ao estado natural, o estabelecimento da lactação e os primeiros momentos da experiência da amamentação, concomitantemente a uma sucessão de variações emocionais que podem acarretar comprometimentos interpessoais e psíquicos (FREITAS, et al., 2014). Nesse período, a mulher, geralmente encontra-se mais vulnerável e pode apresentar dúvidas no que se refere aos cuidados com seu bebê, bem como, em algumas são despertados sentimentos de ansiedade e insegurança (MATÃO, et al., 2011).

Tendo em vista as especificidades desta vivência, salienta-se a ocorrência de alterações hormonais, muitas vezes, de maneira rápida e significativa, contribuindo para a indisposição decorrente do processo de parturição. Sabe-se que na gestação, os níveis de estrógeno e progesterona são superiores àqueles vistos nas mulheres que não estão em período gestacional e esse valor pode estar diretamente envolvido com as alterações de humor que ocorrem a partir de então. Os desconfortos associados às adaptações fisiológicas oriundas da gravidez acarretam problemas de saúde no que tange o bem-estar físico e psicológico da mulher, portanto a queda brusca desses hormônios, associada a outros fatores pode desencadear a Depressão Pós-Parto (DPP) (GUERRA, et al., 2014).

O período que apresenta maior risco para o desenvolvimento de um transtorno mental é o puerpério, pois, após o nascimento do filho, a maioria das mulheres se direciona física,

psicológica e socialmente para a proteção e cuidados com o bebê, além disso, podem experimentar sentimentos contraditórios aos esperados na situação de maternidade idealizada que são aqueles que se referem à tranquilidade, felicidade e plenitude (FREITAS, et al., 2014).

Os transtornos depressivos encontrados no puerpério mostram que, além da DPP, as manifestações mais comuns neste período são: a *Baby Blues* ou tristeza materna e a Psicose Puerperal. Esta caracterização é importante e necessária, tendo em vista que os olhares e os cuidados são específicos para cada uma. Assim, a *Baby Blues* compreende uma alteração de humor transitória, por um curto período de tempo e ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto, com duração máxima de até duas semanas, tendo geralmente remissão espontânea (CARVALHO; MORAIS, 2014). A Psicose Puerperal, em casos mais raros, pode desenvolver-se, ocorrendo entre as duas primeiras semanas pós-parto e é caracterizada por ansiedade severa com a presença de alucinações e delírios, os quais, com frequência, requerem tratamento imediato e, por vezes, a hospitalização psiquiátrica (FREITAS, et al., 2014; GUSMÃO, 2014). Diferentemente da DPP, a *Baby Blues* apresenta sintomas passageiros e a Psicose Puerperal, além dos sintomas depressivos, também manifesta delírios relacionados ao bebê, como acreditar que o filho não nasceu, foi trocado, está morto ou apresenta sérias deformidades físicas (FREITAS, et al., 2014; DSM-5, 2014).

A DPP se desenvolve, principalmente, a partir das primeiras semanas após o parto, atingindo sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Esta doença, geralmente, apresenta o mesmo quadro clínico característico de depressão em outros momentos da vida da mulher, mas somado às particularidades relativas à maternidade e ao novo papel assumido frente à sociedade (KONRADT; SILVA; JANSEN, 2011; SILVA, et al., 2010). O quadro clínico desta doença é variável, apresentando alterações físicas, cognitivas e comportamentais, tais como: irritabilidade leve ou severa, tristeza, choro fácil, ansiedade, oscilações de humor, avolição, tendência ao isolamento, perturbações no sono, alterações gastrintestinais e, em casos mais graves, o pensamento suicida ou filicida (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

Este transtorno depressivo pode durar meses e afetar mulheres que estejam no período pós-parto, inclusive aquelas que vivem em famílias que têm uma boa dinâmica intrafamiliar ou que nunca sofreram algum tipo de desordem emocional, apresentando sintomas intensos que acabam impossibilitando as tarefas cotidianas atribuídas à mãe neste momento (KONRADT; SILVA; JANSEN, 2011). A DPP pode ser negligenciada pelos familiares, companheiro e, até mesmo, pela própria puérpera, pelo desconhecimento da doença. Estes

podem entender os sintomas apresentados como naturais do processo puerperal, associando a sobrecarga das tarefas domésticas e aos cuidados com o bebê. Nesta vivência, as mulheres apresentam também, a preocupação de não conseguir conciliar ser uma boa mãe e uma boa esposa e, ainda, o receio relativo às mudanças físicas que podem interferir na sua autoimagem e autoestima, bem como a retomada das suas atividades diárias, principalmente, quando tem um emprego (FRIZZO, et al., 2010; SOUZA; SOUZA; RODRIGUES, 2013).

A DPP é considerada um problema de saúde pública, pois as consequências, comumente negativas não atingem apenas a saúde da mulher, mas também da sua família, incluindo o desenvolvimento do seu filho, tendo em vista a dificuldade do estabelecimento de uma interação saudável e necessária entre os indivíduos envolvidos. Devido à complexidade da delimitação das fronteiras entre o fisiológico e o patológico, o diagnóstico da DPP é avaliado como difícil de ser realizado pelos profissionais da saúde (FREITAS, et al., 2014). Esta consideração é preocupante, pois, a partir da realização de um diagnóstico preciso, aliado ao apoio familiar, o tratamento terapêutico e farmacológico possibilita maior controle da doença, prevenindo as complicações e repercussões negativas na interação mãe-bebê (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

A influência da DPP no que se refere ao desenvolvimento e comportamento dos bebês depende da presença ou não de alguns aspectos, tais como: o apoio recebido pelo parceiro, família e amigos, associados a sua incapacidade para cuidar e interagir com o bebê e, ainda, o período, a duração e a gravidade que a doença apresenta. Assim, a detecção precoce da DPP é fundamental, pois a ausência do tratamento adequado poderá ocasionar sérios problemas ao longo do ciclo vital da família (MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013).

As escalas de rastreamento de sintomas depressivos podem ser aliadas ao trabalho dos profissionais de saúde no que tange à detecção precoce da doença, pois fazem parte da estratégia de busca ativa e são instrumentos muito utilizados em pesquisas, e podem ser usados também pelos serviços de saúde, tanto no âmbito hospitalar, quanto na rede de atenção básica à saúde, no entanto, ainda não foram incorporados de maneira efetiva à prática assistencial. Essa conduta pode estar relacionada a não familiaridade com o uso das escalas no cotidiano de trabalho, pelo desconhecimento deste tipo de instrumento ou, ainda, a falta de capacitação para utilizá-lo no cotidiano de trabalho dos profissionais, principalmente da saúde mental, da mulher e da criança (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) é uma das ferramentas mais utilizadas nos estudos referentes à detecção dos sintomas depressivos nas puérperas, tendo em

vista sua fácil aplicação e por ser considerada uma forma efetiva de triagem para a DPP. A partir da sua utilização é possível identificar os sintomas depressivos desde as primeiras manifestações, ou seja, desde o momento em que a mulher está na unidade de internação obstétrica, o que viabiliza o planejamento das ações de cuidado a elas prestadas (CARVALHO; MORAIS, 2014). A EDPE é composta por 10 perguntas que possuem quatro respostas cada. Por se tratar de uma escala Likert, cada uma destas respostas é atribuído um valor (0, 1, 2 e 3) e, ao término da aplicação da escala são somados os valores correspondentes às respostas. O somatório dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12. As mulheres que atingem o referido escore devem passar a ter acompanhamento de um profissional de saúde (OLIVEIRA, 2012).

A identificação precoce da presença de fatores predisponentes para o desencadeamento da depressão pós-parto é considerada fundamental para a promoção da saúde mental, pois as mulheres tendem a não procurar espontaneamente atendimento profissional específico na presença dos sintomas e, quando o fazem, é por incentivo de outras pessoas (GUERRA, et al., 2014). Em contrapartida, é difícil encontrar profissionais da saúde mental com efetiva qualificação para realizar as intervenções necessárias frente a esta problemática (TOSTES, et al., 2011).

Considerando-se a complexidade, a gravidade e as consequências que a DPP gera tanto para a mulher, quanto para sua família, elenca-se a necessidade do apoio social, sendo este oferecido pelas pessoas que compõem a rede social destas mulheres, em especial, os familiares, pois se considera que estes sejam os indivíduos que mais convivem com elas e que, portanto, geralmente estabelecem relações de confiança. Entende-se que esse amparo é indispensável para a recuperação da sua saúde, bem como dá o suporte necessário para que retorne às suas atividades habituais, sendo possível cuidar do seu bebê de modo efetivo.

3.2 REDE E APOIO SOCIAL

Neste contexto de vulnerabilidade e necessidade de apoio, é imprescindível salientar a diferença entre **apoio social** e **rede social**, pois constituem conceitos interligados, mas com diferenças entre si. Assim, constituem **a rede**, a família, os amigos, a vizinhança, as organizações religiosas e o sistema de saúde, enquanto o **apoio** é um reflexo da dimensão pessoal, que se manifesta pela dedicação das pessoas em aspectos como a confiança, demonstração de preocupação com o outro, valorização, comunicação e ajuda, sendo este amparo oferecido pelos membros da rede social. Este apoio normalmente se dá por pessoas

que tenham maior vínculo com a mulher, pois a relação de confiança se estabelece com maior facilidade (TAVARES; SILVA, 2013).

A rede social revela-se ainda, como um grupo de indivíduos com os quais as pessoas obtêm algum vínculo social ou, também, como uma rede de relações interpessoais da qual elas fazem parte e que determinam as características da pessoa tais como: hábitos, costumes, crenças e valores, e, desta rede, a mulher pode receber auxílio emocional, material e orientações. As redes sociais podem pertencer a duas diferentes classes, a **primária**, em que os vínculos firmados são constituídos por relações familiares, de amizade e companheirismo, e estão estabelecidos sob uma relação de reciprocidade e confiança, e a **secundária**, composta por instituições sociais que se caracterizam pela prestação de serviços de acordo com as demandas das pessoas, no caso, das instituições de saúde e dos grupos religiosos (ALVARENGA, et al., 2013).

Durante a vida, o indivíduo faz parte de uma rede social, a qual é permeada por relações interpessoais e, estas atuam como teias de relações que conectam a vida das pessoas, permitindo a ocorrência de união, trocas e mudanças em suas vidas (BRUSAMARELLO, et al., 2011). Uma rede social consistente, capaz de oferecer ajuda e satisfazer algumas necessidades da mãe, como por exemplo, cuidar do bebê por algum tempo ou fornecer informações úteis sobre os cuidados com ele, pode atenuar os efeitos negativos da DPP, tanto em relação à saúde da mãe, quanto no que se refere à qualidade da interação mãe-bebê (ALVARENGA, et al., 2013).

Segundo Garcia et al. (2012), as redes podem ser estruturadas de diversas maneiras e conformações, além de primárias e secundárias podem ser compostas por redes de relações **formais** e **informais**. As **informais**, constituídas por ligação de parentesco, amizade e vizinhança e, as **formais**, compreendem as relações com as instituições e profissionais da saúde, os quais prestam assistência a elas.

A importância do apoio social tem sido evidenciada pela literatura como um importante fator de proteção às mulheres com sintomas depressivos, conseguindo reduzir o impacto negativo dessa doença e oferecer possibilidades para que o bebê e a família de modo geral, possam manter relações saudáveis (DANTAS, et al., 2012). Quando alguém realmente significativo para as puérperas se disponibiliza a oferecer apoio, seja material ou emocional, há uma tendência de proteção a elas, de modo que as consequências desfavoráveis advindas da doença sejam minimizadas (CARVALHO; MORAIS, 2014).

O apoio social pode ser dividido em três categorias, sendo elas, o **apoio emocional**, onde há pelo menos uma pessoa que se disponibilize a dirigir palavras de conforto e incentivo, auxiliando por meio dos afetos e, no sentido de estar presente neste momento; o **apoio material e instrumental**, caracterizado pelas ações ou elementos que são proporcionados pelas pessoas com a finalidade de facilitar ou reduzir a sobrecarga das tarefas cotidianas; e, por fim, o **apoio de informação**, o qual se refere às orientações oferecidas, que ajudam no que tange à compreensão da situação vivenciada (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

O auxílio no enfrentamento da DPP realizado pelas interações sociais é um importante facilitador relativo ao prognóstico favorável desta psicopatologia, interferindo positivamente no desenvolvimento dos filhos que são criados em um ambiente onde existe a manifestação dos sinais e sintomas da depressão, considerando-se que a remissão dos sintomas na puérpera pode reduzir os efeitos negativos na criança (ZANCA, et al., 2013). Logo, quando a mulher recebe apoio e cuidados de pessoas próximas a ela, normalmente são despertados sentimentos positivos, bem como instintos maternos de autoconfiança e realização pessoal pelo fato de ser mãe, bem como, sua disposição para cuidar do seu bebê é aumentada, pois esta sente que não está sozinha para enfrentar este momento difícil em sua vida (RAPOPORT; PICCININI, 2011).

Ao vivenciar a maternidade, parte-se do princípio de que a mulher se torna mãe no momento em que passa por esta experiência e, mesmo com as pressões sociais e idealizações em seu imaginário, para algumas delas, a chegada do bebê representa uma responsabilidade maior do que esperavam nesta situação. Com o nascimento do filho, muitas mulheres experenciam sensações contraditórias àquela imagem idealizada da mãe tranquila, serena e compreensiva, tendo em vista as difíceis etapas de adaptação frente ao novo papel assumido (MORAES; CREPALDI, 2011).

Quando a mulher se depara com alterações em seu estado de saúde, sente a necessidade de cuidados e da ajuda de outras pessoas. Portanto, é importante que a família esteja ciente acerca dos efeitos positivos que o apoio oferecido neste momento, proporciona a familiar um enfrentamento mais seguro e tranquilo, de modo que o tratamento e o cuidado possam tornar o percurso pós-diagnóstico mais favorável (ALVARENGA, et al., 2013).

Para Inouye et al. (2010), o apoio familiar consiste em um tipo de apoio social presente na vida das mulheres, tendo em vista a proximidade, a confiança e as relações de aliança estabelecidas, e compreende um sistema complexo que envolve a interrelação entre os

diversos microssistemas composto por vários relacionamentos interpessoais, entre eles, conjugal, parental, fraternal e com a família de origem, incluindo-se aí os avós e netos. Cada uma dessas conformações equivale a um subsistema, o qual apresenta regras, costumes e limites específicos referentes à constituição familiar, estabelecendo e viabilizando a manutenção das relações.

A família, em muitos casos, é próxima à mulher, portanto a conhece melhor e pode identificar suas angústias mais facilmente e, desta forma, tenta estruturar sua vida a fim de preencher lacunas existentes e mantê-la emocionalmente tranquila. Além disso, o empenho para a construção de estratégias de enfrentamento pode ser diretamente afetado tanto por parte do familiar, quanto do doente, pelo fato de estarem psicologicamente abalados por esta nova realidade (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Na fase pós-parto, considera-se que o apoio recebido contribui efetivamente para a redução dos efeitos negativos da depressão, melhora da adaptação à nova fase e a possibilidade de exercer a função materna com maior qualidade. Neste período, o profissional enfermeiro tem importante papel no que tange a prevenção e a promoção da saúde, a partir dos conhecimentos adquiridos ao longo da prática assistencial. Neste sentido, para Silva et al., (2010), é indispensável que a relação de aliança com o profissional seja estabelecida desde as primeiras consultas, auxiliando a puérpera a superar as dificuldades de adaptação nesta fase, contribuindo para que ela consiga lidar com a sintomatologia da DPP, bem como integre e oriente a família para que seja possível oferecer um apoio efetivo em casa.

É relevante e necessário que o enfermeiro entenda que, desde a assistência à mulher no pré-natal devem ser considerados os múltiplos contextos em que ela está inserida, de modo a contemplar sua conduta, respeitando a família, a comunidade, sua vida e subjetividade, pois esta não vive sozinha, é influenciada pela sociedade e suas relações. No campo da Saúde da Família, em sua proposta de aproximar os profissionais da comunidade foi possível viabilizar um aumento na criação de vínculos de confiança e maior acompanhamento dos casos, trabalho este realizado com excelência pelo enfermeiro, pois sua assistência busca a resolução dos conflitos inerentes à DPP e até mesmo no que tange a prevenção desse agravo à saúde (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Ressalta-se o papel do enfermeiro nesta situação de apoio social, pois se entende que, se este conhecer a rede de apoio das puérperas será possível que a relação entre os membros da família seja fortalecida, pois este profissional se constitui em um elemento estratégico no diagnóstico e tratamento da doença, bem como ajuda no enfrentamento da situação imposta pela mesma. O enfermeiro pode representar uma importante fonte de orientações para a

família, sendo uma base confiável para que os familiares entendam os sintomas como patológicos e possam, a partir de então, reorganizarem-se para prestarem os devidos cuidados à mulher (TAVARES; SILVA, 2013).

Por isso é importante que haja atenção especial a esta problemática nos programas de saúde pública, no qual as ações e os cuidados sejam direcionados não somente às questões reprodutivas da população feminina, mas deve abranger também, a saúde da mulher de forma integral, levando em consideração sua saúde mental. Atuar de forma multidisciplinar no campo da prevenção pode contribuir de forma positiva para o preparo e o enfrentamento da mulher e sua família, de modo a superar eventuais episódios de DPP (GUSMÃO, 2014).

Neste sentido, destaca-se um programa e uma política de atenção à saúde das mulheres, os quais consideram sua singularidade, sendo eles, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), preconizando o atendimento à esta prestado a partir da percepção ampliada do contexto em que vive, considerando suas especificidades e condições enquanto cidadã capaz de se responsabilizar por suas escolhas (BRASIL, 2002). Dentro do PAISM, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), também merece destaque, pois garante a gestante o direito à assistência no pré-natal, parto e puerpério de forma humanizada e segura, baseado nos princípios gerais e nas condições estabelecidas na prática em saúde, de modo que sua assistência seja pautada no princípio da integralidade (BRASIL, 2004).

Assim, quando a assistência pré-natal atua, além das questões biológicas, proporcionando uma base consistente de apoio para a mulher e sua família, constitui-se em fator de proteção importante, pois viabiliza o cuidado obstétrico humanizado e integral, havendo uma efetiva redução da morbimortalidade materna e são possibilitadas modificações na realidade vivenciada pelas mulheres durante o período da gravidez e do pós-parto (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014). Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, podem e devem atuar como educadores, com sensibilidade e atenção no que se refere aos agravos emocionais que a mulher vivencia ao longo do período gravídico-puerperal, devendo sempre integrar seus familiares no cuidado (MATÃO, et al., 2011).

Entende-se que o apoio social oferecido pelos membros da rede social das mulheres com sintomas de DPP é extremamente importante e fundamental na redução dos agravos da doença. Salienta-se que o apoio mais evidente, normalmente, é aquele oferecido pelos familiares, tendo em vista sua proximidade e relação de confiança, sendo relevante sua participação neste momento mais vulnerável.

Elenca-se o papel dos profissionais enfermeiros no que tange a prevenção e promoção da saúde, bem como na sua atuação em saúde mental, de modo que o apoio seja direcionado às necessidades da puérpera, sendo esta assistida de modo integral. Os profissionais ainda podem atuar como bases confiáveis para que o apoio familiar aconteça com qualidade, pois muitos dos seus membros não entendem os sintomas depressivos na mulher, relacionando-os às dificuldades de adaptações inerentes ao puerpério.

3.3 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Como dito anteriormente, a DPP afeta a saúde biopsicossocial da mulher com repercussão direta na interação dela consigo mesma, com seu bebê e com as demais pessoas da sua rede social (GUSMÃO, 2014). Destaca-se, neste estudo, a necessidade do recebimento de apoio social, para que as mulheres se sintam mais preparadas em lidar com as situações, muitas vezes estressantes, que envolvem o puerpério, principalmente, na depressão.

Neste sentido, Rapoport e Piccinini (2011), apontam que a participação da família parece contribuir para a resolução de eventuais necessidades de cuidados com o bebê, bem como é capaz de propiciar à mãe maior tranquilidade para cuidar do seu filho e lidar com as novas situações, tendo em vista as relações de afinidade e confiança.

A família, geralmente, é a primeira instância no que tange a transmissão de valores e ensinamentos, pois atua de forma ativa no desenvolvimento pessoal e moral dos indivíduos, auxiliando no enfrentamento dos problemas, sendo considerada como referência para as pessoas em sua formação individual e social. Apesar das transformações que ocorrem na dinâmica familiar, esta ainda é vista como uma instituição privilegiada para a construção da identidade de seus membros (GOMES; SILVA; PESSINI, 2011; ARRAIS, et al., 2012). A família pode ser considerada ainda como a unidade primária do cuidado e, portanto, o apoio oferecido por ela pode ser muito importante, pois oportuniza que as necessidades dos indivíduos sejam mais facilmente supridas nos diversos aspectos da vida, inclusive aqueles relacionados à saúde e a doença (INOUE, et al., 2010).

É importante salientar, que o grupo familiar pode apresentar diversas conformações, sendo elas: a nuclear, abrangendo duas gerações, pais e filhos que, geralmente, residem na mesma casa; a extensa, na qual há vários membros com laços de parentesco, podendo ser composta por três ou quatro gerações; as adotivas, que podem ser bi-raciais ou multiculturais; as monoparentais, chefiadas somente pelo pai ou pela mãe; as homoafetivas, com ou sem filhos; e, ainda, aquelas famílias nas quais existem várias pessoas vivendo no mesmo

ambiente, com ou sem laços consanguíneos, apresentando compromisso e afeto mútuos (GOMES; SILVA; PESSINI, 2011).

Observando-se a presença de um quadro depressivo no âmbito familiar, faz-se necessário conhecer e entender que esta doença afeta os membros da família, mesmo que indiretamente e em níveis diferentes e, ainda assim, como consequência, a conformação habitual e funcional é alterada (SILVA, et al., 2010). A família compreende um grupo colaborador natural, que desde sempre compõe a rede social e de apoio de seus entes, podendo protegê-los ou não, dependendo da situação, sentimentos e dinâmica intrafamiliar. No entanto, espera-se que, ao menos uma pessoa se disponibilize a prestar este auxílio (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Em uma situação como da DPP, é comum que o funcionamento familiar seja modificado, enfrentando condições de sofrimento e tensão, fato este, que pode levar à desorganização de sua dinâmica, tendo em vista que o comportamento de cada membro vai precisar ser readaptado em função das novas demandas e necessidades da mulher, bem como, das expectativas de um indivíduo em relação a outro (ARAÚJO, et al., 2013).

Neste processo, diversos são os sentimentos que surgem na família, pois o período puerperal compreende uma fase de adaptação e aprendizado. Desta forma, o medo, a sensação de fragilidade e a preocupação são vivenciados, somados à sobrecarga de cuidados que assumem diante das demandas advindas da condição atual de sua familiar (BARBOSA, et al., 2011). Assim, as consequências da doença podem se estender ao sistema familiar, impondo a necessidade de que haja uma reorganização para atender às necessidades diárias e os cuidados com o enfermo, mudanças estas que podem afetar os relacionamentos interpessoais (SANCHEZ; FERREIRA, 2011).

Estando diante de um problema de saúde, a família é capaz de acionar mecanismos de enfrentamento com os meios construídos em sua própria trajetória, com disponibilidade de afeto e recursos específicos de cada núcleo familiar, portanto, um ambiente familiar que possibilite que a criança se desenvolva, apresenta maior capacidade de apoio e auxílio às necessidades desta díade, viabilizando a homeostase do sistema familiar e influenciando de forma positiva as relações interpessoais, promovendo o cuidado no âmbito familiar (ARAÚJO, et al., 2013; BARBOSA, et al., 2011).

Para Silva e Airoldi (2014), a primeira referência social e afetiva para a criança é a família, pois, é neste ambiente que ela vivencia suas experiências iniciais e onde lhe são fornecidas diversas possibilidades de atuação frente à sociedade, de modo que esta se

desenvolva e possa exercer seu papel enquanto cidadã. A família desempenha a função de mediadora entre a criança e a sociedade, possibilitando sua socialização, elemento fundamental para o desenvolvimento cognitivo e biopsicosocial infantil (SQUASSONI; MATSUKURA; PINTO, 2014).

Frente à depressão, algumas mães vivenciam uma inversão de papéis, e a família, em muitas situações, passa a assumir os cuidados da mãe e do bebê. Essa condição vulnerável e, por vezes, conflituosa é, geralmente, mediada por profissionais da saúde, dentre eles, os enfermeiros, na tentativa de estabelecer a retomada do equilíbrio da dinâmica familiar (MATÃO, et al., 2011). A relação existente entre o apoio familiar e a saúde mental da puérpera traduz a importância que a família representa enquanto sistema protetor ou amenizador das situações estressantes, pois colabora para a promoção e recuperação da saúde psíquica de seus integrantes, viabilizando um ambiente de equilíbrio e amparo (SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010).

De acordo com Pereira e Arpini (2012), a família e a sociedade são sistemas que se inter-relacionam desde os primórdios da humanidade e, conforme as situações sociais se transformam política, econômica, cultural e moralmente, estas alterações também influenciam as famílias, tendo papel fundamental na mudança social. Com o nascimento do bebê, a família busca realizar um movimento de reorganização e aproximação ao novo membro, mostrando-se unida e solidária (PINTO; MARCON, 2012). De modo geral, a sociedade e as famílias, ainda não estão efetivamente preparadas para acolher a pessoa com transtorno mental, pois existem lacunas no que tangem os cuidados na área da saúde mental, bem como a inserção da família nestes, considerando-se que uma das estratégias que possibilitariam um cuidado de qualidade é o fornecimento de orientações claras e precisas ao cuidador, de modo que este possa se organizar e se instrumentalizar para o cuidado, atendendo suas necessidades (SANTIN; KLAFKE, 2011; TESTON; OLIVEIRA; MARCON, 2012).

Após o parto, logo que sucede a alta hospitalar, os familiares vão, gradativamente, se deparando com as mudanças de comportamento da puérpera em seu cotidiano, as quais são demonstradas por meio de sinais e sintomas característicos da DPP, como choro fácil, distúrbios do humor, desinteresse em relação aos cuidados com o bebê e, até mesmo, a intenção suicida (MATÃO, et al., 2011). Assim, um fato importante a ser destacado é o desconhecimento de parte dos familiares acerca da problemática da DPP, pois, muitas vezes, os sinais e sintomas da doença são associados ao estresse fisiológico e a difícil adaptação inerente ao puerpério, ou ainda a um desinteresse por parte da puérpera em exercer o papel de

mãe. Desta forma, os sintomas tendem a se agravar e a situação tornar-se cada vez mais complicada, acarretando prejuízos para a mãe, o bebê e sua família, pois a dinâmica familiar sofre diretamente os efeitos da depressão (SILVA, et al., 2010).

Neste contexto, a família assume a responsabilidade dos cuidados dos seus membros e também do bebê, considerando a impossibilidade das mulheres de assumir tal função e, ajuda no enfrentamento da doença (GARCIA, et al., 2012).

Deste modo, o apoio familiar baseia-se em três principais dimensões, sendo elas, a **coesão**, que se refere ao grau de separação e conexão entre os membros da família, considerando-se o vínculo emocional que seus integrantes possuem entre si e composta pelas relações, vínculos, ligações de amizade, interesses em comum e recreação; a **adaptabilidade**, que se refere à capacidade da família de lidar com mudanças, sendo flexível, por meio de alterações no desempenho dos papéis e no desenvolvimento de novas capacidades como resposta a obstáculos ou eventos estressantes e a **comunicação efetiva**, sempre necessária para que os vínculos sejam mantidos e os sentimentos expressados (INOUYE, et al., 2010).

A dimensão afetiva do apoio familiar é caracterizada pela possibilidade de ter alguém próximo que expresse afeto à mulher por meio de atitudes, carinhos, abraços e qualquer outra demonstração que a faça sentir-se segura e amada. A família representa também, um refúgio seguro para os momentos difíceis, de vulnerabilidade, insegurança e solidão (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011). Por meio de interesses comuns, atitudes voluntárias e até mesmo por imposição da estrutura social, os indivíduos exercem papel importante quando apóiam-se nas diversas dimensões das funções que necessitam desempenhar ou na resolução de problemas (MARQUES, et al., 2011).

Como visto, a família pode representar importante fonte de apoio para a mulher que apresenta sintomas de Depressão Pós-Parto, pois, comumente, é no âmbito familiar que as relações mais sinceras e afetuosas se estabelecem. Este apoio vai além das palavras de conforto e incentivo, podendo ser oferecido também, auxílio nas tarefas diárias e nos cuidados com a criança, viabilizando que a interação mãe-bebê seja estabelecida e a puérpera possa exercer com tranquilidade e qualidade o papel de mãe.

4 TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Para que haja melhor compreensão das interações familiares existentes no contexto de Depressão Pós-Parto (DPP), optou-se por utilizar a Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano proposta por Urie Bronfenbrenner, a qual apresenta-se a seguir:

De acordo com Bronfenbrenner (2011), o desenvolvimento humano deve ser estudado tendo em vista as múltiplas influências que os indivíduos sofrem ao longo de sua vida, sendo estas, oriundas dos contextos e dos processos em que vivem, os quais, da mesma forma que os influenciam, são influenciados por eles. O autor considera que há uma relação de bidirecionalidade entre a pessoa e o ambiente em que atua. No caso da DPP, sabe-se que esta é uma doença que pode apresentar variadas causas, por múltiplas situações, tais como: ambientais, culturais e contextuais, as quais influenciam direta ou indiretamente a vida da mulher em um determinado momento e viabilizam o desencadeamento de sintomas depressivos, os quais são agravados com a chegada do bebê.

Conforme o autor, o desenvolvimento se refere à mudança duradoura na forma pela qual a pessoa percebe e lida com o seu ambiente, ou seja, é um processo por meio do qual a pessoa em desenvolvimento adquire uma concepção ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico, se tornando mais motivada e capaz de se envolver em atividades que revelam suas propriedades, sustentam ou reestruturam o ambiente em níveis de complexidade semelhante (BRONFENBRENNER, 1996, p.23).

O modelo bioecológico enfatiza as características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento, bem como apresenta o importante conceito de **processos proximais**, entendido como a particular interação entre organismo e ambiente que operam ao longo do tempo, compreendendo os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano, conceito que será abordado com maior profundidade, posteriormente. No referido modelo, quatro aspectos relevantes e inter-relacionados são apresentados, sendo eles: **pessoa, processo, contexto e tempo** (PPCT) (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

A **pessoa** é entendida considerando-se as características do indivíduo em desenvolvimento, suas convicções, nível de atividade, suas metas e motivações. Assim, estes aspectos têm considerável impacto na forma pela qual os contextos são experienciados pela pessoa, tanto quanto os tipos de contextos nos quais o sujeito está inserido, sendo que, nenhuma característica da pessoa pode existir ou exercer influência sobre o desenvolvimento isoladamente, pois há uma inter-relação entre estes (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Ainda no que se refere à **pessoa**, Bronfenbrenner e Morris (1998) apresentam três tipos de características que influenciam e moldam o curso do desenvolvimento humano. O primeiro compreende as **disposições** que podem colocar os processos proximais em movimento e continuam sustentando a sua atividade, o segundo refere-se aos **recursos bioecológicos** de habilidades, experiências e conhecimentos para que os processos proximais sejam efetivos em determinada fase do desenvolvimento e, por fim, o terceiro abrange as características da **demand**a, que incentivam ou desencorajam reações do contexto social que podem nutrir ou romper a construção e manutenção dos processos proximais.

O **processo** se refere às ligações entre os diferentes níveis e é constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Para que a interação seja efetiva, tem que ocorrer em uma base bastante regular em períodos estendidos de tempo. As formas duradouras de interação no ambiente imediato referem-se aos **processos proximais**, sendo exemplos destes as relações intrafamiliares, bem como o apoio proporcionado à mulher com sintomas de DPP. O **processo proximal** envolve uma transferência de energia entre o ser humano em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Essa transferência pode ocorrer em qualquer direção, ou seja, da pessoa em desenvolvimento para as características do ambiente e vice-versa, ou ainda, em ambas as direções, separadamente ou simultaneamente (BRONFENBRENNER; CECI, 1994; BRONFENBRENNER; EVANS, 2000).

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano considera que quanto maior for o impacto dos **processos proximais** no desenvolvimento de crianças que crescem em ambientes desordenados, maior a chance de que estas sejam saudáveis e, se os processos proximais não existirem ou forem frágeis, é esperado que ocorra alguma disfunção no desenvolvimento, como por exemplo, problemas emocionais, dependência psicológica, rupturas sociais ou outros padrões de comportamento agrupados sob o título geral de desordens do comportamento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Portanto, se a mulher que apresenta sintomas de DPP receber apoio familiar, é possível que a interação mãe-bebê seja mais tranquila e efetiva, de modo que a criança consiga se desenvolver de forma saudável, tendo em vista que, quando estes processos são efetivos, os membros da família podem auxiliar a mulher nos cuidados com o bebê e nas tarefas diárias.

Já, o **contexto** é referente ao ambiente ecológico em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos proximais. Os vários ambientes apresentados encontram-se um dentro do outro por relações de influência e são denominados **micro, meso, exo** e **macrossistemas**. Para os autores, o **microssistema** compreende o ambiente imediato da

pessoa ou local onde o indivíduo pode estabelecer interações face a face. É onde os processos de aproximação acontecem para produzir e sustentar o desenvolvimento. Sendo eles, a família, a escola, a creche, a universidade, entre outros locais nos quais, as características dos pais, parentes, amigos próximos, colegas ou outros que participam da vida da pessoa em desenvolvimento convivem em uma base bastante regular de tempo, geralmente por longos períodos da vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Para Bronfenbrenner e Morris (1998), atribui-se igual importância às conexões entre as pessoas presentes no ambiente, à natureza desses vínculos e à sua influência direta e indireta em relação à pessoa em desenvolvimento. O **microssistema** se constitui ainda como um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais que são experienciados pela pessoa em desenvolvimento em um determinado ambiente com características físicas e materiais específicas.

O **mesossistema** se refere aos sistemas dos microssistemas, ou seja, às inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais uma pessoa participa ativamente, podendo ser formado ou ampliado sempre que ela passe a fazer parte de novos ambientes. O **exossistema** compreende as relações e os processos que ocorrem entre dois ou mais contextos, onde a pessoa em desenvolvimento não é participante ativo, mas os eventos que ocorrem neste sistema influenciam indiretamente os processos dentro do local que a pessoa em desenvolvimento vive. Por fim, o **macrossistema** envolve os outros ambientes, representando um conjunto dos processos do micro, meso e exossistema, formando uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para a outra no que se refere às opiniões, recursos materiais, costumes e estilo de vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

De acordo com Bronfenbrenner e Morris (1998) o **cronossistema** envolve a mudança ou a consistência ao longo do tempo, não só no que diz respeito às características da pessoa, mas também, do ambiente no qual está inserida. Tais mudanças se referem àquelas que ocorrem ao longo da vida, como as modificações na organização familiar, de emprego, moradia, questões éticas e habilidades adquiridas em cada dia vivido. Estas modificações podem ser percebidas no microssistema familiar quando a mulher apresenta sintomas depressivos, pois, neste caso, há uma mudança de comportamento que pode gerar consequências na dinâmica familiar, considerando que esta pode sentir-se incapaz de cuidar do filho, bem como não conseguir interagir de forma harmoniosa com os membros da sua família.

Esta Teoria ainda apresenta a dimensão do **tempo** em três níveis: **micro**, **meso** e **macrotempo**. O **microtempo** refere-se à continuidade versus descontinuidade, dentro de

episódios contínuos do processo proximal. O **mesotempo** é a periodicidade destes episódios ao longo de intervalos maiores de tempo. Também inclui as mudanças de expectativas, no âmbito da sociedade, em uma geração e através dela, ao longo da vida. Por fim, o **macrotempo** focaliza as expectativas e eventos mutáveis na sociedade, tanto dentro, quanto através das gerações, uma vez que elas afetam e são afetadas por processos e resultados do desenvolvimento humano, ao longo das fases do ciclo vital.

Bronfenbrenner (2011) também aborda as questões referentes à rede social das pessoas em desenvolvimento que, muitas vezes, estão presentes na interconexão entre os ambientes, compondo assim o mesossistema. A família, enquanto microssistema apresenta papel fundamental no que tange a qualidade de vida da puérpera, auxiliando-a nesta transição do papel de mulher para assumir o papel de mãe, bem como viabilizando o crescimento normativo do bebê recém chegado em um contexto de DPP, tendo em vista as interações e influências que permeiam estas relações.

A abordagem bioecológica permite estudar as mulheres em seu ambiente, sendo possível conhecer sua realidade e como os processos proximais ocorrem ao longo do tempo.

O presente estudo mostra a interrelação entre os conceitos abordados pela teoria. No entanto, os que deram sustentação para a análise dos dados foram os processos proximais, os contextos nos quais as mulheres encontravam-se inseridas e a dimensão do tempo de vivência da doença.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa. De acordo com Deslandes e Gomes (2007), este tipo de abordagem contempla um vasto campo de possibilidades interpretativas para análise e é a partilha de alguns dos elementos epistêmicos que possibilitam o enquadramento de tão diversificadas perspectivas para esta denominação. Portanto, este tipo de pesquisa foi utilizada pelo fato de envolver relatos com expressão de sentimentos e emoções por parte das entrevistadas. Esta pesquisa está vinculada ao macro-projeto intitulado “*Deteção precoce da depressão pós-parto: promoção da saúde da família*”.

O referido macro-projeto está sendo realizado em duas etapas: a primeira delas consistiu na aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) (ANEXO 1) e questionário sócioeconômico em mulheres no pós-parto imediato, nas maternidades dos hospitais Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., no período de novembro de 2013 a novembro de 2014. Na segunda etapa, estão sendo realizadas visitas nas residências das mulheres que apresentaram escore 12 ou superior, para a reaplicação da EDPE e entrevista semiestruturada, a qual é gravada.

A escala citada é composta por 10 perguntas, que possuem quatro respostas; para cada uma destas é atribuído um valor (0, 1, 2 e 3), e ao término da aplicação da escala são somados os valores correspondentes às respostas de cada uma das 10 perguntas. O somatório dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12 (OLIVEIRA, 2012).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O local de estudo foi a residência das mulheres com sintomas de depressão pós-parto, detectados por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) nos hospitais e, residentes em áreas assistidas por Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram mulheres com sintomas de depressão pós-parto. Estas foram selecionadas por meio da primeira etapa do macro-projeto, na qual participaram 230 mulheres em pós-parto imediato no período de novembro de 2013 a novembro de 2014.

Foram excluídas quatro mulheres, as quais não atendiam aos critérios de inclusão: três por não residirem em Rio Grande e uma por óbito do recém nascido, totalizando, 226 puérperas. Destas, 35 obtiveram escore igual ou superior a 12, compondo o número inicial de participantes deste estudo, no entanto, nove não quiseram participar, oito não estavam em casa duas vezes ou mais e não foi possível realizar contato com elas, cinco mudaram-se de endereço e os vizinhos não souberam informar a nova moradia e duas moram em locais de difícil acesso, assim, totalizou de 11 mulheres, as quais participaram do presente estudo.

Caracterização das Participantes:

As participantes deste estudo residem na periferia da cidade do Rio Grande/RS, oito em casas de alvenaria e três em casas mistas, e todas possuem saneamento básico. Suas idades variaram de 17 a 33 anos.

Quanto à profissão, três se intitularam do lar, quatro desempregadas, uma estudante, uma contadora, uma trabalha em agência de importação e uma com higienização. No que tange ao estado civil, sete referem ser solteiras e quatro casadas.

Quanto ao número de gestações, três são primíparas e oito multíparas, dentre estas, duas já sofreram aborto espontâneo em gestação anterior. Quanto ao planejamento da gestação, oito referiram não ter planejado e três planejaram.

5.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada, realizada com as 11 participantes, contendo perguntas abertas que contemplam a questão e os objetivos da pesquisa. Estas foram gravadas, mediante autorização (APÊNDICE 1). O período da coleta de dados foi de agosto a setembro de 2015.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011), a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas para análise das comunicações.

Existem três distintas fases da análise de conteúdo temática, a primeira, chamada de pré-análise, a qual consiste na organização das ideias iniciais, a fim de operacionalizar e sistematizar os dados, com a retomada das hipóteses e dos objetivos da pesquisa em relação ao material coletado e a elaboração de indicadores que nortearam a interpretação final. A pré-análise é dividida em diferentes etapas: a leitura flutuante, na qual houve um contato preciso com o material da análise, de modo a conhecê-lo de forma aprofundada; a constituição do

corpus, que envolveu a organização do material respeitando as regras como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência e, posteriormente, a elaboração das categorias (BARDIN, 2011).

Na segunda fase foi realizada a exploração do material, sendo codificados os dados brutos, a fim de atingir as características relevantes contidas no texto elaborado a partir dos discursos das participantes. Desta forma foi finalizada a construção das categorias, as quais foram agrupadas por semelhanças das falas. A terceira fase contemplou a interpretação e discussão dos dados (BARDIN, 2011).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Contemplando os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do CNS, concernentes às pesquisas envolvendo seres humanos, o macro-projeto citado anteriormente obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), com parecer número 62/2012 (ANEXO 2) e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2).

De modo a preservar o anonimato das participantes, foi utilizada a sigla “M” de mulher, seguida do escore apresentado na EDPE. No caso de escores repetidos, foram adotadas as letras “a” e “b”.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo apresentam-se dois artigos científicos emergidos dos resultados obtidos na pesquisa. O primeiro artigo apresentado intitula-se “**PERCEPÇÃO DE MULHERES COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO ACERCA DO APOIO FAMILIAR**”. Sua elaboração seguiu as diretrizes da Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN, estrato Qualis A2.

O segundo artigo, intitulado “**A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO PERÍODO PÓS-PARTO E SUA INTERFERÊNCIA NAS INTERAÇÕES FAMILIARES**”, foi construído segundo as normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem, estrato Qualis A2.

6.1 ARTIGO 1

Percepção de mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto acerca do apoio familiar

Letícia Amico Marques¹

Adriane Maria Netto de Oliveira²

RESUMO

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, que teve por objetivo compreender a percepção das mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto acerca do apoio familiar proporcionado a elas ao longo do tempo de vivência da doença. Foi realizado nas residências das 11 mulheres com sintomas de depressão pós-parto, no período de agosto a setembro de 2015, mediante entrevista semiestruturada e analisadas por meio da Análise de Conteúdo. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, com parecer número 62/2012. De modo geral, as mulheres consideraram-se apoiadas pela família, elencando a importância e o significado deste apoio em sua vida. Entende-se que a família assume papel fundamental no auxílio ao enfrentamento da Depressão Pós-Parto, pois, geralmente proporciona, por meio do apoio, mais segurança e tranquilidade para que a mulher consiga superar a doença.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Apoio Social; Família; Saúde Mental; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O auxílio no enfrentamento da Depressão Pós-Parto (DPP), realizado por meio de interações sociais, é um importante facilitador relativo ao prognóstico favorável da doença, interferindo positivamente no desenvolvimento dos filhos que são criados em um ambiente onde ocorre um quadro depressivo, considerando-se que a remissão dos sintomas na puérpera pode reduzir os efeitos negativos na criança⁽¹⁾.

Quando existe tal problema é comum que o funcionamento familiar seja modificado, enfrentando condições de sofrimento e tensão, fato este, que pode levar à desorganização de sua dinâmica, tendo em vista que o comportamento de cada membro vai precisar se readaptar em função das novas necessidades e das peculiaridades da mulher, bem como, das expectativas de um indivíduo em relação a outro⁽²⁾.

A existência do apoio familiar adequado e efetivo resulta em efeitos positivos e sensação de pertencimento, carinho e bem-estar, compreendendo um processo recíproco de

cuidado entre os membros da família, em uma relação que gera efeitos tanto para os que recebem, como para quem oferece o apoio. Este é proporcionado por meio dos processos proximais, que são compreendidos por relações e interações familiares que ocorrem ao longo do tempo neste microsistema^(3,4).

Este estudo tem como embasamento a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Urie Bronfenbrenner e questão de pesquisa: *Qual a percepção das mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto acerca do apoio familiar proporcionado a elas ao longo do tempo de vivência da doença?* Como objetivo: *Compreender a percepção das mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto acerca do apoio familiar proporcionado a elas ao longo do tempo de vivência da doença.*

MÉTODOS

Esta pesquisa é resultante da dissertação de mestrado intitulada: “Apoio familiar a mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto”, oriunda do macro-projeto: “Detecção precoce da Depressão Pós-Parto: promoção da saúde da família”. Possui abordagem qualitativa e exploratória descritiva. O local do estudo foi a residência das mulheres com sintomas de depressão pós-parto, detectados por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) nos hospitais Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. e residentes em áreas assistidas por Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio Grande/RS.

As participantes deste estudo foram 11 mulheres com sintomas de depressão no pós-parto imediato, as quais apresentaram escore 12 ou superior. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2015, a partir da entrevista semiestruturada. Os mesmos foram revisados, digitados e, posteriormente, foi realizada leitura aprofundada. Estes foram analisados por meio da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin⁽⁵⁾, a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas para análise das comunicações.

De forma a contemplar os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do CNS, relativos às pesquisas envolvendo seres humanos, o macro-projeto citado acima obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), com parecer de número 62/2012. Todas as participantes foram convidadas a fazer parte da pesquisa, bem como informadas acerca de todas as etapas a serem realizadas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De modo a preservar o anonimato das participantes, estas foram identificadas com a letra “M” de mulher, seguida do escore apresentado na EDPE. No caso de escores repetidos, utilizou-se as letras “a” e “b”.

RESULTADOS

A organização, análise dos dados e interpretação dos resultados levaram a construção de três categorias: “**Perspectiva das mulheres acerca do apoio familiar no pós-parto**”, “**Percepção do apoio familiar**” e “**Significado do apoio e importância da família neste contexto**”.

Perspectiva das mulheres acerca do apoio familiar no pós-parto

A partir dos relatos das entrevistadas foi possível identificar quais as atitudes advindas dos familiares são consideradas como apoio nesta situação. Este torna-se possível por meio dos processos proximais, os quais podem ser fortes ou frágeis no microssistema familiar e compreendidos pelas interações entre seus membros. No entanto, em seus discursos, as mulheres referem-se à expectativa de apoio, ou seja, às diversas demonstrações dos familiares que fariam com que se sentissem apoiadas.

Um dos aspectos relevantes apontados pelas mulheres foi a importância dos familiares estarem atentos às suas necessidades frente aos sintomas de Depressão Pós-Parto (DPP), a fim de que possam, desta forma, compreender suas fragilidades e prioridades nesta situação, para que o apoio possa ser efetivo:

Eu acho que a palavra é consideração. Apoio familiar pra mim é estar atento à necessidade da outra pessoa. Às vezes a pessoa vem ajudar a lavar uma louça, fazer uma comida, mas tudo que eu preciso é que ela me escute, fique do meu lado, fazendo companhia, me deixando desabafar ou percebendo que eu preciso dormir, então ela cuidaria do meu bebê pra que eu pudesse descansar um pouco. (M12a).

A essência para que o apoio familiar ocorra de fato é a percepção da pessoa que está vivenciando determinada situação de vulnerabilidade. Percebe-se no discurso acima que o primeiro passo para que o apoio aconteça é reconhecer as necessidades da mulher que apresenta sintomas depressivos no período pós-parto. Esta sensibilidade é evidente em famílias nas quais os membros se apóiam mutuamente e que existem processos proximais consistentes em termos de quantidade e qualidade, cujas interações beneficiam os membros deste microssistema.

Colaborar com os cuidados do bebê quando as mães não conseguem realizá-lo, demonstrar os afetos e assumir as tarefas da casa, seriam atitudes significantes nesse momento de vulnerabilidade devido a DPP:

A minha mãe me apoiou muito, ela ficou aqui comigo até os dois meses dele, porque eu não conseguia me mexer muito por causa da cesárea, [...]fazia tudo que eu precisava, fazia a comida pra mim, cuidava do meu filho. (M13a).

O amor que ela sente por mim e pela minha filha é o maior apoio para mim. A presença dela, sempre comigo, cuidando da minha filha, ajuda em tudo que eu preciso (M12b).

Eu acho que é cuidando dela, a hora que eu não estiver aqui, quando eu precisar fazer alguma coisa, que eles fiquem com ela pra mim (M13b).

Dentre as entrevistadas, seis mulheres apresentaram ansiedade neste período de fragilidade no puerpério, algumas inclusive sentiam-se incapazes de cuidar de seus bebês em certos momentos, portanto, o apoio da família seria essencial, tanto para o bem-estar delas, pois poderiam descansar e cuidar de outras atividades da casa, como também para os bebês, que estariam interagindo com outras pessoas que, naquele momento, pudessem cuidá-los com maior tranquilidade, favorecendo o seu desenvolvimento saudável, uma vez que a mãe estava impossibilitada de realizar esta atividade, pois se encontrava estressada, triste ou excessivamente irritada para desempenhar seu papel parental.

Em algumas falas, pode-se perceber que, além da ajuda nas demais tarefas, há necessidade de apoio no que concerne à criação do bebê, para que o seu desenvolvimento seja adequado e elas sintam-se mais seguras quanto ao exercício da maternidade:

A família me apoiar é me ajudar na criação dela [...]Então é o apoio que eles me dão, me ajudam na criação dela, a educar, porque, muitas vezes, eu não consigo me impor e aí meu pai me ajuda com a experiência dele, me dizendo como eu tenho que fazer (M14).

Apoio da família é cuidar do bebê pra mim, ajudar na criação dele, dar atenção para ele quando eu estou mais distante, fazer uma comida, assumir um pouco a casa pra mim [...]Conversar quando eu preciso falar, se preocupar comigo (M18).

Uma das maiores preocupações das mães está relacionada à maneira de criar seus filhos, tendo em vista que estas apresentavam várias dúvidas e inseguranças em relação ao modo como deveriam proceder. Algumas delas tinham tendência ao isolamento, pois se sentiam tristes e desmotivadas na interação mãe-filho. Nestes casos, os familiares assumem papel importante na criação e educação dos bebês, pois, temporariamente, exercem a função de tutores, responsáveis pela transmissão de afetos, valores e conhecimentos a eles. É importante salientar que, nesta situação, a mãe deve ser incluída nos cuidados para que, mesmo distante ou apresentando dificuldades, a díade mãe-bebê não se torne ainda mais frágil ou ocorra rompimento da mesma.

Percebe-se a necessidade da presença dos familiares, fazendo companhia, mostrando-se disponíveis para apoiar das diferentes formas, entre elas, a escuta, o diálogo e os conselhos, manifestados por meio de suas experiências, a fim de que haja um espaço para o fortalecimento das interações familiares, de modo que a mulher possa sentir-se cuidada e mais segura:

Só de a família estar perto de mim, já me passaria muita segurança. Apoio da família é a presença deles, me ajudando aqui em casa, me orientando, me ajudando a ser mãe mesmo. Eu tinha necessidade de conversar, de me abrir. Meu marido está aqui para o que eu precisar, mas preferia que fosse outra pessoa, que fosse me entender mais (M21).

Quando eu precisei, meu marido estava do meu lado e me suportou nas crises, eu considero que esse foi o maior apoio que ele me deu. Ele me ajudava muito com as coisas da casa também, porque nem isso eu conseguia mais fazer. Só de estar do meu lado e me entender, ele já me apoiou muito (M17).

Estar presente nos momentos difíceis é considerado essencial como forma de apoio para as mulheres deste estudo. Muitos familiares têm certa resistência em compreender os sintomas da Depressão Pós-Parto como advindos de uma psicopatologia que não está atrelada a vontade das mulheres, os quais fazem com que ajam de forma diferente daquela determinada pela sociedade no que se refere ao exercício da maternidade. Quando a família consegue compreender a DPP como doença, as mulheres sentem-se amparadas, protegidas e mais aptas para lidar com os conflitos gerados por esta situação.

Como visto acima, as falas das entrevistadas expressam a perspectiva de apoio, ou seja, relatos de atitudes que a família poderia lhes proporcionar, que as fizesse sentirem-se apoiadas. Vários aspectos foram elencados, entre eles a presença, a escuta, o carinho, as orientações e os cuidados com o bebê.

A seguir, apresentam-se os discursos referentes à vivência deste apoio familiar, por meio dos quais, as mulheres mencionam o recebimento ou não desse apoio na situação de DPP, expressando seus sentimentos acerca desta experiência no microsistema familiar, considerando os processos proximais existentes no mesmo.

Percepção do apoio familiar

As falas contempladas nesta categoria demonstram a percepção das mulheres acerca do apoio da família, vivenciado ou não por elas no microsistema familiar, bem como, a expressão de sentimentos relativos a esta experiência.

Das onze mulheres, duas consideraram que não foram apoiadas, pois o que entendiam como apoio familiar, não foi oferecido pelos seus familiares:

De modo geral eu não me senti apoiada, eu esperava um pouco mais. Minha irmã e minha cunhada vieram aqui e conversaram um pouco, mas não me ofereceram ajuda em nada. A minha mãe mesmo não me ajudou em praticamente nada, só me dizia que eu tinha que me virar (M15a).

Eu esperava mais, aquilo que eu precisava, eu não recebi. O meu marido me compreendeu muito, ele sabia o porquê de eu estar assim, coitado, ele aguentou muita coisa, passou trabalho comigo. Eu achei que eu ia ter todo mundo na minha volta, até porque eles sabiam que eu já tinha apresentado esses sintomas com o primeiro filho, eu achei que ia receber aquele apoio de novo (M21).

Em uma das falas, a mulher relata que algumas pessoas a visitaram e conversaram um pouco, no entanto, não era somente essa sua necessidade naquele momento. Provavelmente, esperava mais apoio, principalmente no que se refere às tarefas da casa e aos cuidados com o bebê, pois pareceu sentir-se desamparada pelo fato de sua mãe não oferecer ajuda, afastando-se naquele momento. No segundo relato, a entrevistada considera que houve uma compreensão por parte do esposo, mas, mesmo assim, entende que suas necessidades não foram atendidas pelos demais familiares, até pelo fato de já ter apresentado sintomas depressivos na gestação anterior.

As demais entrevistadas referem o recebimento de apoio familiar. Algumas delas relatam que não houve a necessidade de solicitar este apoio, pois os familiares perceberam suas necessidades e se dispuseram a apoiar:

Eu tive apoio, com certeza. Tive da minha mãe. E foi uma coisa natural, um apoio que eu nem precisei pedir. Eu lembro que quando eu engravidei, eu passei pela fase da negação, foi difícil[...] e desde aquele momento ela não saiu do meu lado, sempre me ajudando em tudo. Minha mãe é maravilhosa (M12a).

Eu recebi apoio sem nem precisar pedir. A minha mãe me ajudou muito, a minha cunhada também. Até os meus filhos mais velhos e o meu marido, mesmo que só na parte financeira. Tive muito apoio em tudo (M13a).

A origem mais expressiva de apoio em situações de crise e mudanças nos papéis sociais, geralmente, vem do microssistema familiar, portanto, a ajuda oferecida por seus membros pode acontecer de forma espontânea, tendo em vista que a convivência no ambiente possibilita uma melhor percepção dos sintomas e das atitudes diferentes em sua familiar, devido ao estreitamento dos vínculos positivos, por meio das relações proximais.

Uma das entrevistadas conseguiu perceber o apoio oferecido pelo esposo somente após a remissão dos sintomas da doença, pois apresentava excessiva irritabilidade e, por conta disso, não via as atitudes dele como ajuda naquele momento:

Agora eu vejo que sim, que eu fui apoiada. Antes eu pensava que se ele não queria ajudar, não precisava, porque eu já estava tão irritada com tudo, que nem percebia direito o que ele fazia por mim. Mas agora eu vejo, ele esteve sempre do meu lado, me apoiou em tudo (M17).

Neste contexto, em que o microsistema familiar é mobilizado pela sintomatologia da Depressão Pós-Parto, entende-se que a mulher, na maioria das vezes, não consegue evitar a exacerbação de sentimentos e comportamentos negativos, tanto em relação ao seu bebê, quanto aos demais membros da família, podendo também, não perceber a dimensão do problema, interferindo no agravamento dos sintomas e nas interações familiares. O companheiro exerce papel fundamental no que concerne ao apoio familiar, pois está diariamente convivendo com esta condição e, muitas vezes, apóia sem compreender bem o que esses sintomas representam.

No relato das entrevistadas foi possível observar o importante papel da família apoiando-a na tomada de decisões, pois a mulher que apresenta sintomas depressivos pode mostrar dificuldades no desempenho de suas competências parentais, devido à sobrecarga emocional, confusão de sentimentos e até mesmo o isolamento, tendendo a atitudes que podem ter sérias consequências:

Eu recebi muito apoio da minha família. [...]Eles me ajudaram quando eu estava querendo doar ela, eles não deixaram eu fazer isso. Meu pai me ajuda, minha mãe também, até meus irmãos, mesmo com as brigas. Todo mundo sempre me apoiando (M16).

Eu recebi apoio [...]quando eu passava dois ou três dias mais triste, só deitada, eles sentiam, os mais velhos já começam a tomar conta da casa e dos pequenos (M18).

A família, enquanto parte importante da rede de apoio das mulheres que vivenciam a DPP pode exercer a responsabilidade de tomar decisões por elas, quando estas pretendem agir de forma precipitada, como no primeiro relato, em que a puérpera pensou em entregar o bebê para adoção, por não se sentir capaz de assumir o papel materno, em virtude do quadro depressivo. Ou, como se observa no segundo relato, isolar-se, não conseguindo exercer seu papel de mãe e cuidadora dos demais familiares, bem como dos afazeres domésticos. Tais

atitudes intensificam a fragilidade na construção do vínculo mãe-filho, havendo pouca ou ausência de interação, comprometendo o desenvolvimento saudável do bebê.

Os relatos acerca da vivência do apoio familiar demonstraram que, das onze mulheres entrevistadas, somente duas não se sentiram apoiadas pelos familiares, pois consideraram que suas necessidades não foram atendidas naquele momento. De modo geral, houve o apoio da família e este ocorreu de forma espontânea, pois os membros do microsistema familiar se dispuseram a apoiá-las.

A categoria a seguir mostra o significado do apoio familiar para as mulheres deste estudo.

Significado do apoio e a importância da família neste contexto

Ao final da entrevista com as mulheres, surgiu a curiosidade de conhecer o significado que o apoio familiar teve ou teria na vida delas, de modo que estas pudessem expressar a importância da família no contexto de vulnerabilidade que se encontram, ou seja, em um microsistema familiar que passa a conviver com a sintomatologia da DPP.

Algumas mulheres consideraram que o apoio familiar significou “tudo” para elas, pois entendem que a família foi fundamental neste período de transição do papel de mulher para mãe, principalmente, frente a um quadro depressivo, no qual a insegurança, o medo e a ansiedade estavam presentes:

Me representou tudo. Eu acho que não teria conseguido criar ela sem esse apoio deles. Eu não estaria estudando, eu ia estar em casa tentando criar ela, e não sei como. Então eu acho que a família é fundamental, tanto pro crescimento dela, quanto para o meu, porque eles estão me apoiando em tudo [...]se eu não tivesse eles, eu não saberia o que estaria acontecendo comigo hoje (M14).

Significou tudo. Se não fosse o apoio da minha mãe, do meu filho mais velho, que mesmo não entendendo muito se preocupou e alertou minha mãe que eu tava me isolando, eu nem sei como seria. A família foi fundamental (M12a).

A família, como primeiro grupo social na vida dos indivíduos tem o papel sócio-histórico de oferecer segurança e possibilitar o desenvolvimento humano saudável. Quando o apoio familiar é efetivo, sendo reconhecido pela mulher que o recebeu, inúmeras são as possibilidades de crescimento, tanto pessoal quanto materno, tendo em vista que experiências referentes aos cuidados com o bebê são compartilhadas e espaços para o diálogo são oferecidos, oportunizando que esta mulher possa iniciar o tratamento, retomar os estudos,

entre outros aspectos, as quais identificam que a família proporciona-lhes condições emocionais indispensáveis para superar a doença e manter sua qualidade de vida.

Em outras falas, é possível perceber o quanto foi bom e importante o apoio da família neste momento, considerando-se que os sintomas de DPP estavam exacerbados nas puérperas e prejudicavam as interações familiares:

Foi bom, eu acho que ficaria muito mais irritada se eles não tivessem me ajudado (M18).

Foi bem importante. Se eu não tivesse recebido esse apoio eu acho que eu teria enlouquecido. Cuidar de duas não é fácil, nada fácil, ainda mais com todo o estresse que eu estava quando ganhei ela (M13b).

A irritabilidade e o estresse vivenciados pelas mulheres neste período de vulnerabilidade foram destacados por elas, as quais entendem que, se não houvesse o apoio da família nos cuidados com o bebê, com ela e demais atividades cotidianas, apresentariam um agravamento dos sintomas e não teriam conseguido se recuperar em tempo de assumir a maternidade. Na fase pós-parto, considera-se que o apoio recebido contribui efetivamente para a redução dos efeitos negativos da depressão, melhora da adaptação à nova fase e há possibilidade de exercer a função materna com maior qualidade.

O significado do apoio familiar para as participantes deste estudo, também está atrelado ao sentimento de pertencimento, ao perceberem que podem contar com a disposição da família para atender suas necessidades, de modo que não sintam-se sozinhas frente a esta situação:

Foi muito bom. Se eu não tivesse esse apoio, eu ia ter que me virar sozinha e com a dor da cesárea ia ser mais difícil. E é sempre bom ter com quem conversar, pra me escutar. As minhas irmãs não moram aqui, então a mãe estava sempre aqui comigo (M13a).

Significou muito. Seria muito triste se não tivesse alguém com quem eu pudesse contar nesse momento (M15b).

Considerando-se os diversos sentimentos envolvidos na DPP, quando há dor física associada, pode intensificar os sintomas da doença, gerando maior desconforto e labilidade emocional. A ausência de um familiar disponível a ajudar nesta situação ocasiona tristeza, conforme relatado pela M11. Por isso, o diálogo e a presença são importantes para que o apoio familiar possa ser efetivo e proporcione a superação da doença.

Uma das puérperas relata em sua fala que o apoio da família foi decisivo para superar a doença. A partir desta interação, se conscientizou que estava doente, necessitando de tratamento e cuidados:

Através do apoio da minha família eu percebi que eu realmente estava doente e precisava de cuidados. [...]Eu acho que eu teria me entregue mais a essa condição se eu não tivesse recebido apoio deles, eu teria ido ao extremo da depressão (M17).

O apoio familiar neste caso foi essencial para que a mulher entendesse que seu comportamento estava modificado e prejudicando as relações intrafamiliares devido a DPP, quando então os familiares identificaram os sintomas e a alertaram acerca da sua condição. Quando os processos proximais ocorrem positivamente no microssistema familiar, a percepção da existência de fatores de risco neste contexto e as alterações em sua dinâmica são mais facilmente percebidas devido ao vínculo estabelecido.

Como visto anteriormente, duas mulheres consideraram não ter recebido apoio familiar e expressam os sentimentos referentes a esta situação:

Significaria muito. Eu ia acreditar mais em mim e ia conseguir passar essa segurança pra ela (bebê). Acho que a criação dela seria diferente se eu tivesse o apoio da minha família, principalmente da minha mãe (M15a).

Significaria muito, só de eu ter a minha mãe por perto, seria muito mais fácil. Eu só chorava, eu me sentia muito sozinha e a situação piorava, porque eu não tinha ninguém. Eu queria passar tranquilidade para o meu bebê e não conseguia, ele chorava, eu chorava, a minha outra filha queria atenção, eu não conseguia dar atenção pra ela, eu me sentia incapaz, essa era a sensação, além de tudo. [...]Foi bem difícil sem apoio (M21).

Essas participantes referem que o recebimento de apoio familiar teria significado muito na vida delas, principalmente se este fosse proporcionado por suas mães. Relatam ainda, que não conseguiram passar para os seus bebês segurança e tranquilidade, pelo fato de sentirem-se sozinhas frente a esta situação. A sensação de incapacidade de cuidar e criar os filhos pode colaborar para o enfraquecimento da vinculação da díade mãe-bebê, tornando mais difícil o enfrentamento do quadro depressivo e a recuperação mais lenta, podendo inclusive, acarretar prejuízos irreversíveis para o desenvolvimento da criança.

DISCUSSÃO

Verificou-se que as relações existentes entre as pessoas oferecem possibilidades de apoio nos momentos de crise e podem criar oportunidades para o desenvolvimento humano,

por meio da qualidade dos processos proximais, os quais proporcionam o estabelecimento das amizades, relações de apoio e afeto nas famílias⁽⁴⁾. O fator de reciprocidade estimula e mobiliza os membros da família a se engajarem em uma atividade, possibilitando a preservação de padrões de interação cada vez mais complexos no microsistema familiar⁽⁶⁾.

Geralmente, as pessoas com as quais crianças pequenas interagem em uma base regular por longos períodos de tempo são os pais. No entanto, no caso dos bebês, outras pessoas podem realizar tal interação, entre elas, os avós, irmãos e demais familiares, os quais desempenham importante função nos processos proximais⁽⁷⁾. Na situação de sintomatologia depressiva pós-parto, em que a mulher, muitas vezes, necessita compartilhar os cuidados do filho com outras pessoas, que irão apoiá-la no que tange ao desenvolvimento saudável do bebê, entende-se que os processos proximais são essenciais, considerando-se que o apoio acontece por meio destas interações recíprocas ao longo do tempo.

As ambivalências presentes na relação mãe-filho, tais como a alegria e a tristeza pela situação da maternidade, possibilitariam o surgimento de um sentimento de culpa pelo fato de não conseguirem, em alguns casos, criar e educar a criança, emergindo assim, a necessidade de reparação, adaptação e apoio, elementos fundamentais nas interações sociais⁽⁸⁾. No que se refere ao desenvolvimento do bebê, entende-se que seja necessária uma relação fortalecida por um longo período de tempo, na qual o familiar consiga exercer o papel de protagonista do cuidado, de modo que a mãe também participe, na medida em que vai se reestruturando mental e fisicamente, até poder assumir seu papel.

Estudo realizado em Porto Alegre constatou que a maioria dos esposos encontra dificuldades para iniciar um diálogo com as mulheres que apresentam sintomas de Depressão Pós-Parto, pois normalmente as conversas são permeadas por conflitos e desentendimentos. Geralmente, o apoio que eles oferecem é serem provedores ou incentivando a procura por tratamento. No entanto, as mulheres sentiam falta do diálogo, do espaço para expressarem seus sentimentos, o que elas acabavam encontrando em outras pessoas, tais como amigas e demais familiares⁽⁹⁾.

O acolhimento e a convivência viabilizam que o apoio ocorra por meio dos processos proximais, compreendendo o amparo mútuo, recíproco, que proporcione o bem-estar entre mãe e filho neste contexto. A família, quando é próxima à mulher, pode identificar suas angústias mais facilmente e, desta forma, estruturar sua vida a fim de preencher lacunas existentes e mantê-la emocionalmente tranquila⁽¹⁰⁾.

O apoio oferecido pela família pode representar papel fundamental no que tange ao enfrentamento de situações estressantes, bem como proporcionar à mulher a segurança

necessária durante o período puerperal⁽¹¹⁾. O não recebimento de apoio pode influenciar no agravamento da sintomatologia depressiva, pois a mulher pode sentir-se sozinha, perdida e, em alguns casos, apresentar sensações de abandono e impotência frente aos cuidados com o seu bebê e às demais tarefas cotidianas. Essa lacuna deixada pela falta do apoio familiar pode contribuir efetivamente para a fragilidade do desenvolvimento do bebê, que irá viver e crescer em um ambiente conflituoso ou distante ao lado da mãe que, geralmente, também precisa de cuidados.

A família compreende o primeiro grupo social das mulheres, com disponibilidade de apoio mútuo e relações de afetividade, podendo protegê-las ou não, dependendo da situação, sentimentos e dinâmica intrafamiliar⁽¹²⁾. Conviver com outras pessoas, significa interagir de forma recíproca, por meio de trocas, principalmente afetivas, que possibilitem o seu desenvolvimento a partir da mudança de atitudes, do contato, do respeito mútuo. Por meio dos processos proximais, o desempenho dos diferentes papéis permite que o indivíduo se desenvolva emocional e socialmente, obtendo assim mais recursos para sua satisfação e saúde mental⁽⁴⁾.

Tendo em vista que o convívio torna-se conflituoso, difícil e imprevisível, é importante que o companheiro tenha paciência, pois esta se torna fundamental para o enfrentamento dessa condição, favorecendo assim uma convivência harmoniosa com sua companheira. Salienta-se ainda, que algumas mulheres apresentam episódios de crise, mesmo após o início do tratamento⁽¹¹⁾. A vida conjugal sofre os efeitos da Depressão Pós-Parto, tendo em vista que a dinâmica familiar é modificada e, em alguns casos, os esposos, por não entenderem a situação de suas mulheres, acabam se afastando e fragilizando ainda mais o subsistema conjugal. É necessário que haja um processo proximal consistente entre o casal para que as adversidades sejam enfrentadas e o relacionamento mantido da forma mais harmoniosa possível, considerando a compreensão como elemento fundamental para enfrentar e superar a doença.

As mudanças de comportamento que ocorrem ao longo do tempo, durante o período da experiência depressiva, geralmente ocasionam consequências na dinâmica familiar, pois a mulher pode não conseguir interagir de forma harmoniosa com o seu filho e com os demais membros da sua família⁽¹³⁾. A relação entre o apoio familiar e a saúde mental da puérpera traduz o significado da família enquanto sistema protetor ou amenizador das situações estressantes, pois colabora para a promoção e recuperação da saúde psíquica de seus integrantes, proporcionando um ambiente de equilíbrio e amparo⁽¹⁴⁾.

Estando diante de um problema de saúde, a família é capaz de acionar mecanismos de enfrentamento com os meios construídos em sua própria trajetória, com disponibilidade de afeto e recursos específicos de cada núcleo familiar⁽²⁾. Por meio de interesses comuns, atitudes voluntárias e até mesmo por imposição da estrutura social, os familiares exercem papel importante quando se apóiam nas diversas dimensões das funções que necessitam desempenhar ou na resolução de problemas⁽¹⁵⁾.

Mesmo que o familiar não consiga compreender a dimensão da DPP e suas consequências, este consegue perceber as mudanças de comportamento na puérpera e aciona mecanismos de enfrentamento, de modo a mobilizar os demais membros da família, com os quais mantém processos proximais fortalecidos, a fim de que o apoio conjunto atenda as suas necessidades e, assim, a mulher possa sentir-se apoiada pelo microsistema familiar.

A primeira referência social e afetiva para a criança é a família, pois, é neste ambiente que ela vivencia suas experiências iniciais e onde lhe são fornecidas diversas possibilidades de atuação frente à sociedade, de modo que esta tenha um desenvolvimento normativo e possa exercer seu papel enquanto cidadã, mesmo estando em um contexto adverso⁽¹⁶⁾. A família representa também um refúgio seguro para os momentos difíceis, de vulnerabilidade, insegurança e solidão⁽¹⁰⁾.

Quando a mulher recebe apoio familiar no seu ambiente imediato, facilita a superação desta condição de fragilidade, viabilizando o seu bem-estar, qualificando a interação mãe-bebê e, conseqüentemente, proporcionando o desenvolvimento saudável da criança. Quanto maior o impacto dos processos proximais na vida de crianças que crescem em ambientes desordenados, maior a chance de que estas sejam saudáveis e, se os processos proximais não existirem ou forem frágeis, é esperado que ocorra alguma disfunção no desenvolvimento⁽¹³⁾.

É importante que a família esteja ciente acerca dos efeitos positivos que o apoio oferecido neste momento proporciona a sua familiar, para que possa enfrentar a doença com maior segurança e tranquilidade⁽¹⁷⁾.

O tempo disponibilizado pela família para apoiar a mulher doente deve ser considerado em termos de quantidade e qualidade, levando em conta que este acontece por meio dos processos proximais, por interações recíprocas e duradouras entre o familiar, a puérpera e o bebê. Este apoio é um fator de proteção no puerpério, pois compreende um momento em que há necessidade de reorganizar os papéis familiares, a fim de ajudá-la a exercer a maternidade.

O encorajamento e o apoio proporcionados por meio das interações familiares podem amenizar o quadro depressivo, pois, entende-se que, se a mãe estiver nesta condição,

provavelmente a sensibilidade materna fica comprometida e não consegue perceber os sinais que o bebê emite, apresentando um comportamento disperso, irritado e inseguro⁽¹⁸⁾. Quando a mulher não se sente apoiada pela família, se considera perdida, abandonada e apresenta maior dificuldade para realizar os cuidados com o bebê e o tempo de recuperação do quadro depressivo é maior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo foi possível compreender a percepção das mulheres que apresentaram sintomas de Depressão Pós-Parto acerca do apoio familiar, estas puderam relatar o recebimento ou não por meio dos processos proximais existentes no microsistema familiar. A maioria das participantes considerou-se apoiada pela família neste momento, principalmente no que se refere à presença nos momentos difíceis, ao diálogo e aos cuidados com o bebê, para que pudessem descansar ou realizar outras atividades cotidianas.

As interações recíprocas que acontecem no ambiente familiar favoreceram que o apoio pudesse ser proporcionado de forma espontânea ao longo do tempo da vivência da doença, pois, muitos familiares conseguiram identificar os sintomas depressivos e se dispuseram a apoiá-la. Mesmo as mulheres que não se consideraram apoiadas, elencaram a importância da família, quando manifestam a falta que este apoio lhes ocasionou, tendo em vista que sem esse cuidado, a doença levou mais tempo para ser superada, o que provavelmente interferiu na qualidade do estabelecimento de vínculo com o seu bebê, podendo vir a interferir no seu desenvolvimento emocionalmente saudável.

Entende-se que a família assume papel fundamental no auxílio ao enfrentamento da Depressão Pós-Parto, pois, geralmente proporciona, por meio do apoio, mais segurança e tranquilidade para que a mulher consiga superar os conflitos oriundos desta doença.

REFERÊNCIAS

- 1 Zanca CG, Pizeta FA, Osório FL, Loureiro SR. Percepção do apoio social de famílias que convivem com a depressão materna. *Estudos de Psicologia*, abril-junho/2013; 18(2):249-257.
- 2 Araújo YB, Reichert APS, Vasconcelos MGL, Collet N. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. *Rev Bras Enferm*, 2013; 66(5):675-81.

3 Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2010; 23(3):582-592.

4 Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, 2014; 17(3):135-154.

5 Bardin L. *Organização da Análise. [Análise de conteúdo]*, 2011, São Paulo: Edições 70.

6 Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM, Meincke SMK. Modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner e inserção ecológica: uma metodologia para investigar famílias rurais. *Texto contexto enferm*, out-dez. 2011; Florianópolis, 20(4):669-74.

7 Bronfenbrenner, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. 1996, Porto Alegre: Artes Médicas.

8 Rodrigues FT, Carneiro TF. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo psicanalítico*, 2013; Rio de Janeiro, 45(1):111-121.

9 Frizzo GB, Prado LC, Linares JL, Piccinini CA. Depressão Pós-Parto: Evidências a partir de dois Casos Clínicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2010; 23(1):46-55.

10 Schwartz T, Vieira R, Geib TC. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(5):2575-2585.

11 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):283-293.

12 Canesqui AM, Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(5):1103-1114.

13 Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental processes. [Damon W, Lerner RM. Handbook of child psychology: theoretical models of human development] 5a ed., 1998, 1, New York: Wiley.

14 Souza MS, Baptista ASD, Baptista MN. Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Acta Colombiana de Psicología*, 2010; 13(1):143-154.

15 Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(1):945-955.

16 Silva MR, Airoidi MJ. A influência do familiar na aquisição de habilidades funcionais da criança com deficiência visual. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, 2014; 25(1):36-42.

17 Alvarenga P, Palma EMS, Silva LMA, Dazzani MV. Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. *Interação Psicol.*, 2013; jan./abr, Curitiba, 17(1):47-57.

18 Carlesso JPP, Souza APR, Moraes AB. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Rev. CEFAC*. 2014; Mar-Abr; 16(2):500-510.

6.2 ARTIGO 2

A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO PERÍODO PÓS-PARTO E SUA INTERFERÊNCIA NAS INTERAÇÕES FAMILIARES

LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESSIVA EN EL PUERPERIO E SU INTERFERENCIA EN LAS INTERACIONES FAMILIARES

DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN THE POSTPARTUM PERIOD AND INTERFERENCE IN FAMILY INTERACTIONS

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa e exploratória descritiva, que tem por objetivo conhecer a percepção das mulheres acerca das interações familiares após a manifestação dos sintomas de Depressão Pós-Parto. Foi realizado nas residências das 11 mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto, no período de agosto a setembro de 2015, mediante entrevista semiestruturada e analisadas por meio da Análise de Conteúdo. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, com parecer número 62/2012. A sintomatologia depressiva no período pós-parto pode interferir diretamente sobre a relação mãe-filho e às demais interações familiares. Na maioria dos casos, negativamente, acarretando conflitos e o afastamento das pessoas, em raras exceções, influencia de forma positiva, considerando-se os mecanismos para a superação das adversidades.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Relações Mãe-Filho; Relações Familiares; Apoio Social; Enfermagem.

ABSTRACT

Descriptive study of qualitative and exploratory approach, which aims to know the perception of women about family interactions after the manifestation of symptoms of Postpartum Depression. It was held in the homes of 11 women with symptoms of postpartum depression, from August to September 2015, through semi-structured interviews and analyzed by content analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande, with number 62/2012. Depressive symptoms in the postpartum period may interfere directly on the mother-child relationship and the other family interactions. In most cases, negatively, causing conflict and the banishment of the people, in rare exceptions, influences positively, considering the mechanisms for overcoming adversity.

Keywords: Postpartum Depression; Mother-Son Relationship; Family relationships; Social Support; Nursing.

RESUMEN

Estudio descriptivo de enfoque cualitativo y exploratorio, cuyo objetivo es entender la percepción de las mujeres acerca de las interacciones familiares de comienzo de los síntomas de la depresión posparto. Se llevó a cabo en los hogares de 11 mujeres con síntomas de la depresión posparto, entre agosto y septiembre de 2015, a través de entrevistas semiestructuradas y analizados por análisis de contenido. La investigación fue aprobado por el

Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Río Grande, con la opinión número 62/2012. Los síntomas depresivos en el puerperio pueden interferir directamente en la relación madre-hijo y el resto de las interacciones familiares. En la mayoría de los casos, negativamente, causando conflictos y el destierro del pueblo, en raras ocasiones, influye positivamente, considerando que es los mecanismos para superar la adversidad.

Palabras clave: Depresión Posparto; Relación Madre-Hijo; Relaciones familiares; Apoyo Social; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A sintomatologia depressiva, manifestada no período pós-parto, faz com que a mulher tenha tendência a se tornar ausente e desanimada, dificultando o vínculo e os cuidados com seu bebê, bem como fragilizando as demais interações familiares. Nesta situação, as experiências pessoais, familiares e culturais constituem uma constante na construção do que é ser mãe, pois estas influências interferem na melhora ou agravamento da doença.¹

Algumas mães podem expressar sentimentos negativos ou contraditórios em relação a seus bebês, bem como dúvidas e preocupações quanto à sua capacidade para exercer as funções parentais. Se não for detectada e tratada, a Depressão Pós-Parto (DPP) pode afetar não somente a puérpera, mas os demais membros da família, considerando-se que a convivência, na maioria das vezes torna-se difícil e conflituosa.²

Neste sentido, a detecção precoce da DPP é fundamental, pois a ausência do tratamento adequado poderá ocasionar sérios problemas ao longo do ciclo vital da família.³

Este estudo tem como embasamento teórico a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Urie Bronfenbrenner. A questão de pesquisa é: Qual a percepção das mulheres acerca das interações familiares após a manifestação dos sintomas de Depressão Pós-Parto? E como objetivo: Conhecer a percepção das mulheres acerca das interações familiares após a manifestação dos sintomas de Depressão Pós-Parto.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é resultante da dissertação de mestrado intitulada: “Apoio familiar a mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto”, procedente do macro-projeto: “Detecção precoce da Depressão Pós-Parto: promoção da saúde da família”. Possui abordagem qualitativa e exploratória descritiva. Os locais do estudo foram às residências das mulheres com sintomas de depressão pós-parto, detectados por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) nos hospitais Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. e residentes em áreas

assistidas por Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio Grande/RS.

Participaram deste estudo, 11 mulheres que apresentaram sintomas de depressão pós-parto detectados na aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) no pós-parto imediato, as quais apresentaram escore 12 ou superior. Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada, a qual foi gravada. Estes foram digitados e, posteriormente, realizou-se a leitura aprofundada dos mesmos, os quais foram analisados por meio da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin,⁴ a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas para análise das comunicações.

De forma a contemplar os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do CNS, relativos às pesquisas envolvendo seres humanos, o macro-projeto citado anteriormente obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), com parecer de número 62/2012 e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De modo a preservar o anonimato das participantes, estas foram identificadas com a letra “M” de mulher, seguida do escore apresentado na EDPE. No caso de escores repetidos, utilizou-se as letras “a” e “b”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os dados foram elencadas três categorias: “**Percepção dos sintomas de Depressão Pós-Parto**”, “**A interferência dos sintomas na relação mãe-filho**” e “**O impacto dos sintomas nas interações familiares**”, as quais encontram-se à seguir:

Percepção dos sintomas de Depressão Pós-Parto

Mediante os relatos das participantes foi possível conhecer a história de cada uma ao vivenciar a Depressão Pós-Parto (DPP). Assim, para melhor compreender a interferência dos sintomas desta psicopatologia nas relações intrafamiliares, primeiramente, foi necessário averiguar se as mulheres reconheciam tais agravos em seu cotidiano.

Portanto, no que se refere à sintomatologia depressiva no período pós-parto, duas mulheres expressam que os sintomas ocorriam desde a gestação, os quais se agravaram com a chegada do bebê. Como vemos abaixo, a M12a relatou a percepção dos sintomas, no entanto, a M17 não conseguia perceber as mudanças de comportamento, sendo alertada pela família que estava diferente: *Eu já percebia mudanças durante a gravidez. Foi uma gravidez indesejada, eu não queria, foi um choque muito grande. O pai da criança não aceitava, ele me pressionou de todo o jeito para abortar. [...]Eu fiquei muito deprimida depois que o bebê*

nasceu. Não que eu estivesse triste, era uma dificuldade de reagir. Era uma mistura de tristeza com medo, insegurança. Era uma sensação de abandono (M12a); Na verdade esses sintomas de depressão já começaram na gravidez, depois que o bebê nasceu, piorou. Mas sinceramente, eu não conseguia enxergar que estava diferente. Mas o meu marido, a minha filha, eles sim, porque a agressividade com eles era muito grande. [...]A irritabilidade foi a maior das mudanças, tudo que acontecia na rua ou no meu serviço, eu chegava e soltava a raiva neles (M17).

A manifestação dos sintomas depressivos pode ocorrer desde a gestação, pois, em alguns casos, estes estão relacionados à gravidez indesejada, ao abandono do companheiro ou às incertezas relativas à nova dinâmica familiar, ao excesso de tarefas e às mudanças nos papéis sociais. Entende-se que a experiência de eventos estressantes durante a gestação pode desencadear sintomas de DPP, tendo em vista a sobrecarga emocional que a mulher vivencia.¹

Em estudo realizado em Canoas/RS, verificou-se que os sintomas depressivos eram percebidos durante a gestação e, dentre os fatores desencadeantes, estavam a ausência ou o pouco apoio oferecido pelo companheiro, o que gerava insegurança e sensação de abandono.⁵

Nesta situação, em que os sintomas são percebidos na gestação, é importante que o enfermeiro tenha sensibilidade para identificar a sintomatologia depressiva durante as consultas de pré-natal, para que a mulher receba o atendimento adequado desde o princípio do aparecimento dos sintomas.⁶ Se esta intervenção acontecer precocemente, a condição depressiva pode ser minimizada e os agravos provocados pela doença tendem a não ser tão prejudiciais para a mãe, o bebê e a família.

No relato de M17 evidencia-se ainda, a influência do exossistema na vida da mulher, pois, as frustrações e situações estressantes advindas do seu ambiente de trabalho, prejudicavam efetivamente as relações no microsistema familiar, contemplando as relações e processos entre os dois contextos, dificultados pela situação depressiva e, atingindo indiretamente, a qualidade da interação com o seu bebê.⁷

Algumas mulheres conseguiram identificar os sintomas de depressão, logo nos primeiros momentos de contato com os bebês, associando estes à gestação não planejada. A irritabilidade, a tristeza e a sensação de incapacidade foram elencadas: *O bebê foi um acidente, eu me senti mal quando eu descobri que estava grávida, eu pensei em abortar. Eu percebi que eu tinha sintoma de depressão, porque eu me sentia incapaz de tomar conta dela, tanto é que, tanto faz se eu levantava ou não da cama. [...]É muita tristeza, porque o que eu sonhei pra mim não é o que acontece, eu quis muito ser mãe, e quando aconteceu pela segunda vez eu não consigo me sentir feliz (M16); Sim, principalmente a irritabilidade. Eu*

fiquei muito irritada desde que ele nasceu. Ele não era um bebê esperado, mudou toda a minha rotina e, a partir disso, já comecei a ficar deprimida, porque pensava que ia perder o serviço, me passou pela cabeça até o aborto. Eu me deprimia muito, porque, fora isso tudo, eu engordei muito na gravidez, foi gestação de alto risco, então foram várias coisas que me deixaram assim. Ele nasceu, foi cesárea, infectou, aí acumulou tudo, eu discutia diariamente com meu esposo, eu fiquei extremamente agressiva (M18).

O fato de não planejarem a gestação associa-se ao medo, a ansiedade e, em alguns casos, às frustrações, considerando-se as mudanças que aconteceriam a partir da chegada do bebê. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, esta passou a assumir o papel de provedora na família e, a partir disto, a apresentar uma disponibilidade limitada para assumir os cuidados maternos, entendendo que, a chegada de outro filho, poderia interferir nas condições socioeconômicas deste microsistema.⁸

Quando o quadro depressivo se instala, a irritabilidade e a tristeza podem ser agravadas pelos demais acontecimentos, tais como as mudanças corporais ocasionadas pelo excesso de peso no período gestacional, a infecção da ferida operatória e a sensação de incapacidade de cuidar do bebê. Assim, a condição depressiva na gestação, que se agrava no puerpério, pode causar sentimentos ambivalentes na mulher, pois, muitas vezes, esta se culpa pelo fato de não se sentir feliz com o nascimento do filho.⁵

Sabe-se que o período pós-parto é permeado por alterações psíquicas e necessidade de adaptação ao novo papel a ser assumido, portanto, algumas mulheres podem não estar preparadas para esta mudança em sua vida e, em um primeiro momento, pensam em interromper a gravidez.⁹

Duas entrevistadas referem não ter percebido os sintomas como advindos da DPP, mas consideram que estavam muito ansiosas e inseguras, pelo fato de sofrerem a perda de outro bebê em uma gestação anterior. O medo de perder outro filho era intenso e, para uma das mulheres, havia o sentimento de culpa, imposto pelo marido: *Não percebi. Na verdade eu estava muito ansiosa, porque eu tinha perdido um bebê antes dele. Foi um ano de diferença de uma gestação para a outra, eu queria muito engravidar de novo, então eu estava com medo que acontecesse algo com esse também. E o meu marido colocava a culpa toda em mim pela morte do outro, então eu sentia muito medo de perder esse também (M13a); Não sei se era depressão, eu sentia uma insegurança de como cuidar dela, porque eu achei que não ia conseguir. Eu estava muito ansiosa, porque a primeira filha eu perdi, então eu tive medo (M15a).*

A perda de um filho, geralmente, representa um momento difícil para a mulher. A partir dessa situação, vários sentimentos são despertados, principalmente o medo e a insegurança, os quais se acentuam com a experiência de uma nova gestação, por remeter à dor emocional e ao luto experienciado no passado. Quando estes sentimentos persistem, se constituem em sintomas depressivos, pois afetam diretamente o cotidiano e as atitudes das puérperas.

Se a perda e o luto não são devidamente elaborados, sua superação tornar-se complicada e, muitas vezes, prolongada, especialmente se houver um sentimento de ambivalência em relação à gestação.¹⁰

Mulheres com histórico de aborto espontâneo apresentam maior predisposição para a manifestação de sintomas de DPP, tendo em vista que o impacto gerado pela situação de perda, provavelmente, será potencializado na gestação seguinte.¹¹ Esta experiência pode ser marcada pelo desconhecimento do companheiro acerca do abortamento espontâneo e, em alguns casos, pode culpar a mulher pela perda do filho, agravando ainda mais a condição depressiva.

Quando questionadas a respeito da percepção dos sintomas, algumas mulheres, em um primeiro momento, negam o aparecimento destes. No entanto, no decorrer dos relatos expressam labilidade emocional, ansiedade e a preocupação com as mudanças que aconteceriam na vida diária a partir de então: *Eu não reparei pelo menos. Era uma ansiedade que eu tinha. Qualquer coisa eu chorava. Eu me preocupava, porque quando eu fiquei grávida, eu estava trabalhando, eu ia ser promovida. Quando eu contei da gravidez, demorou a promoção, eu fiquei bem chateada, porque era uma coisa que eu queria muito, eu ia mudar de função, aí tive que ganhar ela, esperar um tempo e aí poder assumir o trabalho de novo (M12b); Não percebi. Mas eu fiquei muito chorona, muito sensível, por qualquer coisa eu chorava. Eu me estressava fácil também (M13b); Não percebi que era depressão, mas eu fiquei bem ansiosa, porque era a primeira gravidez, e o pai dela simplesmente abandonou, não quis ela, caiu o mundo pra mim. Como que eu ia criar ela? Eu não trabalho, meu pai e minha mãe que me ajudam, então eu fiquei bem preocupada. Eu tinha medo, eu pensava no que ia acontecer a partir da chegada dela (M14).*

Algumas mulheres, inicialmente, podem negar a manifestação dos sintomas depressivos, mas as deste estudo perceberam mudanças em seu comportamento. O choro frequente, o estresse e a preocupação com o rumo que sua vida tomaria, compreendem sintomas de DPP, os quais iniciaram na gestação e agravaram-se após o nascimento dos bebês.

Esta fase de transição, de mulher para mãe, envolve a necessidade de reestruturação em diversos aspectos de sua vida, principalmente aqueles relativos às alterações em sua rotina, na qual, muitas vezes, planos precisam ser adiados, para que se torne possível o exercício da maternidade. As mudanças relativas a este período, normalmente, têm início na confirmação da gravidez, podendo se prolongar após o parto, de acordo com as experiências de cada mulher ao longo do ciclo vital.¹²

A partir da percepção das mulheres a respeito dos sintomas depressivos, pode-se conhecer um pouco melhor a vivência destas na situação de DPP, considerando sua história de vida e suas experiências ao longo do tempo.

Na próxima categoria serão apresentados os relatos das participantes referentes às influências destes sintomas na construção da relação mãe-filho.

A interferência dos sintomas na relação mãe-filho

No que tange a relação mãe-filho, uma mulher refere que, devido a DPP, sentia-se incapaz de cuidar do seu bebê, delegando este cuidado ao avô materno, que a ajudava a criá-lo. Esta refere não ter sentimentos pela filha e que, ao ver os dois filhos juntos, não sentia vontade de interagir com o bebê: *Em alguns momentos, principalmente quando eu vejo que estão os dois juntos (a bebê e o irmão) e eu não consigo tomar conta dos dois, eu não tenho vontade de pegar ela, eu digo pro meu pai, pega ela e cuida, porque eu não sou capaz de cuidar. Eu não sentia nada por ela quando ela estava na barriga, aí quando ela nasceu mudou um pouco, eu senti que ela era minha, mas mesmo assim, vendo os dois juntos, eu não sinto vontade de estar com ela* (M16).

Neste caso, a sintomatologia depressiva teve interferência direta na relação mãe-filho, pois a mulher relata a ausência de interação, pelo fato de não ter sentimentos pela filha, como consequência, há a evidência da ausência de processo proximal, portanto sem o estabelecimento de vínculo e a incapacidade de construir a sensibilidade materna.

O conflito da mulher diante da maternidade pode se agravar por circunstâncias externas e, indiscutivelmente, acarreta consequências prejudiciais ao bebê, pois altera, dificulta e, às vezes, impossibilita a relação com ele. Até mesmo as formas mais leves e implícitas da depressão materna podem afetar a criança, na medida em que ela percebe a pobreza de interação, a ausência ou pouca manifestação dos afetos.¹³

Duas participantes perceberam que os sentimentos vivenciados naquele momento, tais como a irritabilidade, a insegurança e a raiva, provavelmente acarretariam prejuízos negativos para seus bebês: *Sim, porque eu estava muito irritada, a ponto de não conseguir amamentar,*

eu me restringia um pouco, eu preferia ficar quieta e dormir. Eu deixava o bebê com a minha filha mais velha ou com o meu esposo. Eu tinha medo de passar essa sensação para ele até na amamentação, então eu me afastava, pelo bem dele mesmo, porque eu entendia que esse afastamento era bom para ele e pra mim (M18); Ah sim, porque toda raiva que eu sentia, eu passava para ele. Eu noto que agora ele é uma criança bem agitada, muito sentimental, ele está sempre chorando. Dizem que quando a gente está mal ou tensa, passa na amamentação, não sei se pelo nosso comportamento que o bebê sente a tensão, porque não tinha uma tranquilidade, eu me sentia muito insegura (M21).

Como visto, a M18 relata que não se sentia confortável durante a amamentação e, portanto, afastava-se do bebê, para que ele não fosse prejudicado com o seu comportamento irritável. Já a M21, considera que os sintomas interferiram diretamente no desenvolvimento do filho, uma vez que este apresentou alterações comportamentais manifestadas por meio da agitação, significando intranquilidade e, ao mesmo tempo, extrema sensibilidade, devido ao choro excessivo, situação esperada de crianças que convivem com mães que apresentam algum transtorno mental.

No que tange a capacidade de construir uma relação sensível com seu filho, pode-se observar dificuldades nas trocas afetivas e no estabelecimento do apego seguro. Quando as mulheres estão deprimidas, se mostram menos receptivas a amamentação, em comparação àquelas que não apresentaram sintomas.¹⁴

Sabe-se que a DPP apresenta características muito semelhantes à depressão em outros momentos da vida, no entanto, tem como agravante, a ocorrência em um período de fundamental importância para a formação do vínculo mãe-bebê, podendo interferir na qualidade dos processos proximais entre esta díade, bem como no desenvolvimento da criança, uma vez que ocorre nos primeiros meses de vida.¹⁵

Três mulheres consideraram que as manifestações advindas do quadro depressivo não interferiram na relação com o filho, pois, mesmo apresentando comportamentos diferentes do habitual, percebiam a importância de protegê-los, minimizando a exposição aos agravos da doença: *Eu acho que não, eu tentei fazer tudo que estava ao meu alcance pra que ela não percebesse isso, até porque, não era muito (M14); Jamais. Em nenhum momento. Eu tentei de tudo pra que esses problemas todos não o afetassem. O meu maior medo era que ele sentisse o abandono que eu senti. Isso me preocupava muito. Então mesmo deprimida, eu tentava de tudo pra que ele não percebesse isso, cuidado dele o melhor que eu posso (M12a); Não. Eu tentava não pensar muito, não me preocupar tanto, eu não queria ver ela como culpada de alguma coisa (M12b).*

A experiência da DPP é diferente para cada mulher, considerando-se sua singularidade, as influências do seu microsistema familiar e a intensidade dos sintomas depressivos. Mesmo vivenciando esta condição, algumas mães, pelo desejo de proteção, criam mecanismos a fim de que seus filhos não sofram as consequências da doença juntamente com elas.

Portanto, um aspecto relevante é o recebimento de apoio e cuidados de pessoas próximas a elas, geralmente os familiares. Desta forma, podem ser despertados sentimentos positivos, bem como sensações de autoconfiança e realização pessoal pelo fato de ser mãe. Assim, sua disposição para cuidar do seu bebê é aumentada, pois esta sente que não está sozinha para enfrentar este momento difícil em sua vida.¹⁶

Como visto, a sintomatologia depressiva no período pós-parto pode interferir de forma direta sobre a relação mãe-filho, no entanto, algumas mães consideraram que não houve influências da condição depressiva nesta relação. Estas, possivelmente receberam apoio familiar desde os primeiros sinais da doença, pois, entende-se que, para que elas estivessem cientes dos prejuízos que um processo proximal frágil poderia causar no bebê, é provável que já apresentassem melhora no quadro depressivo, tendo em vista o suporte recebido.

Na próxima categoria, serão abordados os aspectos referentes a interferência dos sintomas de DPP nas demais interações familiares.

O impacto dos sintomas nas interações familiares

Uma das participantes relata a existência de conflitos intrafamiliares desde o momento em que seu pai descobriu a gravidez, tendo em vista sua reprovação ao acontecimento. Ela refere que, após o nascimento do bebê, os desentendimentos se mantiveram e que, somente depois de alguns meses, ele modificou seu comportamento: *Quando eu descobri que estava grávida, meu pai parou de falar comigo por um mês, ele não aceitava mesmo. Agora tá melhor, depois que ela nasceu ele foi mudando de comportamento, mas nos primeiros meses foi muito complicado* (M14).

Nesta situação, em que a gestação já estava permeada por conflitos e rejeição, entende-se que os sintomas foram se agravando, de modo que esta mulher sentia-se sozinha para enfrentar a maternidade. Assim, quando o bebê nasceu, o quadro depressivo estava instalado e ela percebia o abandono familiar.

Mesmo que os novos arranjos familiares estejam estabelecidos e aceitos, para algumas famílias, os ideais e regras ainda mantém um pensamento conservador.¹⁷ Portanto, ao se deparar com uma gravidez não planejada e, na ausência do companheiro, a primeira reação do

pai foi de rejeição, por não saber lidar com esta situação, possivelmente devido as concepções ultrapassadas de família, provocando conflitos que, posteriormente, desencadearam um quadro depressivo.

Algumas mulheres consideraram que os sintomas de DPP provocaram discussões desnecessárias com os familiares: *Eu me sentia muito triste, então quando me perguntavam o porquê de eu estar chorando, eu dizia que a culpa não era deles, era minha, eu que estava me sentindo mal. Eu me culpava muito por estar assim, acabava xingando e berrando sem motivo (M16); Olha, eu não tenho muita convivência com os outros familiares, mas com o meu esposo e os meus filhos eu brigava muito, porque eu estava muito explosiva, muito irritada (M18); O mais difícil foi a relação com a minha filha de 10 anos, eu não interagia mais com ela dentro de casa e, quando eu dirigia a palavra a ela, era brigando, xingando. Se o bebê chorava, eu gritava com ela, como se toda irritabilidade que eu sentia em relação à gestação e ao bebê, eu descontasse nela, que não tinha nada a ver. Eu me sentia muito mal, botava pra chorar e não conseguia pedir desculpas (M17).*

A irritabilidade vivenciada pelas mulheres levou a desentendimentos com seus familiares, mesmo sem motivos aparentes. Em alguns casos, a convivência se torna insustentável, pois estes assumem o lugar do diálogo, proporcionando o afastamento progressivo entre os familiares, fragilizando suas interações.

O choro e a agressividade na puérpera podem provocar mudanças de cunho emocional na família, bem como muitas dúvidas relativas ao que a mulher está vivenciando. Quando esses sintomas estão exacerbados, o ambiente familiar torna-se conflituoso, considerando-se que, nesta situação, qualquer manifestação da família relativa às mudanças de humor da puérpera pode agravar este quadro.¹⁸

O isolamento também foi elencado como fator que interferiu nas interações familiares: *Há bem pouco tempo eu não saía do quarto, meu filho mais velho começou a reclamar, minha filha e a minha mãe também, dizendo que eu tinha que reagir, abrir a casa, sair, receber as pessoas, ter uma rotina normal. Eu mentia para não receber ninguém, para não conversar, e até para não atender ao telefone. Era tudo tão incômodo, as pessoas faziam tantas perguntas, então eu ia cada vez mais me isolando (M12a); Eu me isolei muito nos primeiros dois meses depois que ele nasceu, mesmo sentindo a necessidade de ter alguém perto, eu não conseguia interagir. Eu me sentia sozinha, mas, ao mesmo tempo, eu não procurava ninguém, me fechava, então eu ficava mais abalada. Eu fiquei com raiva da minha família, porque no momento que eu mais precisava eles não me procuravam, eu sei que eu também não procurava, mas eu esperava que eles percebessem que eu não estava bem (M21).*

A necessidade de estarem sozinhas, isoladas do convívio social, compreende uma manifestação característica da depressão, a qual influencia diretamente as interações familiares e sociais. Este distanciamento é percebido pelos membros da família, os quais, muitas vezes, demoram a entender os motivos deste comportamento. Quando a mulher se isola, não significa que não precisa de apoio, mas não sabe como solicitá-lo, idealizando que a família perceba sua condição e venha lhe ajudar espontaneamente. Se isto não acontece, os sintomas tendem a se agravar, podendo surgir também sentimentos de raiva e abandono.

Entende-se que a família é permeada por relações que permitem o seu fortalecimento nos momentos de crise, criando mecanismos próprios de cada núcleo familiar, a fim de atender as necessidades de seus membros e, desta forma, consolidar os processos proximais, através dos quais, a superação das adversidades costuma acontecer.¹⁹

Por outro lado, duas participantes deste estudo referiram que o aparecimento dos sintomas depressivos, ao invés de prejudicar, melhorou as relações intrafamiliares, tendo em vista que a necessidade de apoio neste momento os uniu, fortalecendo a relação: *Eles ficaram muito contentes quando ele nasceu, porque como a gente tinha perdido o outro, esse é a vida dos irmãos mais velhos. Eles me dizem para eu não ficar triste, porque se eu não tivesse perdido o outro, eu talvez não tivesse esse hoje. A relação com o meu marido melhorou muito, porque antes ele colocava a culpa em mim por eu ter perdido o bebê, depois que esse nasceu, ele até me pediu desculpas (M13a); A nossa relação já era bem agitada só com a primeira filha, ficou mais agitada ainda. Aqui mora eu, meus pais, meus filhos, meus irmãos e meu tio, é muita gente, é uma bagunça. Acho que ficou melhor até, porque a gente se uniu, a gente brigava muito, depois que ela nasceu nós já não brigamos tanto, porque agora a gente se apóia (M13b).*

No contexto de DPP, conflitos podem ser desencadeados, como visto anteriormente, ou, em casos mais raros, favorecer o fortalecimento dos vínculos entre os membros da família.

Nesta situação, é evidente a mobilização dos familiares para apoiar as mulheres, sendo essa participação importante, pelo fato de viabilizar que estas se sintam amparadas e mais confiantes para o enfrentamento das dificuldades apresentadas neste período do ciclo vital. A família, comumente consiste na primeira e mais significativa rede social da mulher, quando consegue apoiá-la frente a sua condição psíquica alterada. Geralmente é no âmbito familiar que as relações mais verdadeiras se estabelecem e as soluções para os problemas podem ser encontradas.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo, foi possível conhecer a percepção das mulheres acerca das interações familiares após a manifestação dos sintomas de Depressão Pós-Parto (DPP), bem como suas vivências neste contexto. Evidenciou-se que, de modo geral, a sintomatologia depressiva no período pós-parto interfere nas relações tanto com o bebê, prejudicando o estabelecimento do vínculo com ele, bem como com os demais familiares, os quais, mesmo não entendendo sua condição, perceberam as mudanças de comportamento, as incentivando a procurar tratamento.

Os processos proximais estavam fragilizados na situação de DPP, pois as relações constituídas por estes, permaneciam conflituosas na maior parte do tempo, tendo em vista a exacerbação dos sintomas, principalmente, à irritabilidade. O isolamento também contribuiu para que as interações fossem prejudicadas, pois, ao invés de procurar apoio familiar, algumas mulheres preferiram o distanciamento da família, a fim de evitar possíveis questionamentos ou intervenções relativos à sua condição.

Por outro lado, duas participantes consideraram que a condição depressiva fortaleceu as relações familiares, pois, a partir desta situação, a família sentiu necessidade de se unir para ajudar no enfrentamento da doença.

Portanto, percebe-se que a sintomatologia depressiva interfere diretamente no microsistema familiar. Na maioria dos casos, negativamente, acarretando conflitos e o afastamento das pessoas, em raras exceções, influencia de forma positiva, considerando-se os mecanismos para a superação das adversidades.

REFERÊNCIAS

- 1 Cunha AB, Ricken JX, Lima P, Gil S, Cyrino LAR. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2012; 5(3): 579-586.
- 2 Alvarenga P, Palma EMS, Silva LMA, Dazzani MV. Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. *Interação Psicol.*, 2013; jan./abr, Curitiba, 17(1):47-57.
- 3 Morais MLS, Lucci TK, Otta E. Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 2013; 30(1):7-17.
- 4 Bardin L. Organização da Análise. [Análise de conteúdo]. 2011; São Paulo: Edições 70.
- 5 Guidolin, B.L., Celia, S.A.H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2011; 33(2): 80-86.

- 6 Araújo PL, Andrade RB, Silva YLR, Silveira MFA. Rastreamento da sintomatologia depressiva em mulheres grávidas do pré-natal de alto risco. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2015; 9(2):599-603.
- 7 Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental processes. [Damon W, Lerner RM. *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*] 5a ed., 1998; 1, New York: Wiley.
- 8 Bordignon JS, Lasta LD, Ferreira EM, Weiller TH. Depressão Puerperal: Definição, Sintomas e a Importância do Enfermeiro no Diagnóstico Precoce. *Revista Contexto & Saúde*, 2011; 10(20): 875-879.
- 9 Guerra M, Braga M, Quelhas I, Silva R. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 1)*, p. 117-124. 2014.
- 10 Consonni EB, Petean EBL. Perda e luto: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(9):2663-2670.
- 11 Francisco MFR, Mattar R, Bortoletti FF, Nakamura MU. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(4):152-6.
- 12 Saviani-Zeoti F, Petean EBL. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia I.* Campinas, 2015; 32(4): 675-683.
- 13 Moraes MHC, Crepaldi MA. A clínica da depressão pós-parto. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 2011; 19(1): 61-67.
- 14 Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(4):332-338.
- 15 Carvalho FA, Morais MLS. Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social: Revisão Sistemática da Literatura. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS. 2014; 45(4): 463-474.
- 16 Rapoport A, Piccinini CA. A depressão pós-parto consiste num adoecimento que afeta a saúde psicossocial e fisiológica da mulher, com repercussões na interação social da mãe consigo mesma, com o seu bebê e o entorno. *Psico-USF*. 2011; 16(2): 215-225.
- 17 Pereira CMS, Schimanski E. Família, gênero e novas configurações familiares: um olhar sobre a mulher e a condição de pobreza. *Revista Magistro*. 2013; 8(2): 163-179.
- 18 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): 283-293.
- 19 Pitilin EB, Haracemiw A, Marcon SS, Pelloso SM. A família como sustentação no cotidiano de mulheres múltiplas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(4):14-20.

20 Brusamarello T, Guimarães NA, Labronici LM, Mazza VA, Maftum MA. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(1): 33-40.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desta pesquisa, foi possível visualizar a importância da existência dos processos proximais na dinâmica intrafamiliar, para minimizar e superar a Depressão Pós-Parto (DPP) por meio do apoio viabilizado pelas interações familiares. Portanto, a questão e os objetivos deste estudo foram contemplados com os resultados obtidos.

No que concerne ao apoio familiar, primeiramente, identificou-se a perspectiva das mulheres relativa a esta interação, tendo em vista que o apoio só pode ser efetivo, se este for reconhecido pela pessoa que o recebeu. Uma das participantes, inclusive menciona em seu relato a importância dos familiares estarem atentos às necessidades das mulheres, de modo que os seus cuidados sejam específicos para atender as suas demandas e, desta forma, percebidos de modo satisfatório por elas.

Quanto à vivência do apoio familiar, evidenciou-se que a maioria das mulheres sentiu-se apoiada pelos seus familiares, das diferentes formas e, geralmente, por mais de um familiar, sendo muito referida a presença das mães das puérperas. O não recebimento de apoio também foi relatado, pois duas mulheres entenderam que suas necessidades e demandas não foram atendidas pelos seus familiares naquele momento, e salientam que, se tivessem recebido apoio, estariam mais seguras na relação com o filho, proporcionando um desenvolvimento mais saudável para ele.

O significado do apoio familiar em suas vidas também foi citado pelas participantes, e muitas revelaram que este significou tudo, ou que foi muito importante, destacando que, sem este apoio, talvez não tivessem conseguido interagir com seus filhos, bem como criá-los da forma adequada, considerando-se os agravos advindos da condição depressiva.

Nota-se que, de modo geral, as mulheres reconheceram os sintomas depressivos no seu cotidiano, algumas mencionaram a sua manifestação desde a gestação e outras após o nascimento do bebê. No entanto, algumas não associaram estes como advindos da doença, mas sentiam-se diferentes em seu comportamento. Os sintomas mais elencados foram: irritabilidade, ansiedade, choro, isolamento e medo.

Quando à relação mãe-filho, evidenciou-se que esta esteve comprometida durante a condição depressiva, tendo em vista a pouca interação e manifestação dos afetos, à irritabilidade nas atitudes, bem como a dificuldade de amamentar o bebê. Por outro lado, algumas mães consideram que os sintomas não interferiram, pois, mesmo em labilidade emocional, esforçaram-se para que o bebê não sentisse o abandono, a tristeza e a insegurança.

As demais relações familiares também sofreram as conseqüências da doença, considerando-se os conflitos e brigas, o distanciamento e a falta de diálogo. Em exceção, duas mulheres entendem que a sintomatologia depressiva, ao invés de separar, uniu a família, pois a partir desta situação, os processos proximais fortaleceram-se e, por meio destes, foi proporcionado o apoio, possibilitando o enfrentamento da doença juntamente com a família.

Embora este estudo tenha como foco somente a família enquanto fonte efetiva de apoio em um contexto adverso como a DPP, deixa-se um espaço aberto para a elaboração de novas pesquisas, que possam abranger mais componentes da rede social destas mulheres, as quais demonstrem se existem outros sistemas que atuem efetivamente na redução dos agravos da doença.

Acredita-se que a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Urie Bronfenbrenner, contemplou a temática do apoio familiar às mulheres com sintomas de DPP, considerando-se que esta interação acontece por meio dos processos proximais no microsistema familiar. Diversas foram as influências do ambiente sobre as mulheres e seus familiares, bem como seus valores, crenças e cultura.

Este estudo contribui com a Enfermagem no sentido de despertar reflexão nos profissionais desta área acerca da detecção precoce da DPP, a qual pode ser realizada de forma efetiva por meio da Escala de Depressão Pós-Parto de Endinburgo (EDPE), instrumento simples e de fácil aplicação, que pode ser integrado à rotina de trabalho dos enfermeiros, qualificando ainda mais a assistência à mulher no que tange a saúde mental. Estes profissionais podem atuar ainda como uma base segura de informações para a mulher e seus familiares acerca da detecção, sintomas e tratamento da doença, podendo, a partir dos seus conhecimentos científicos e profissionais, instrumentalizar a família para o cuidado da mulher que apresenta sintomatologia depressiva no período pós-parto.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, P., et al. Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. **Interação Psicol.**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2013.

ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 1, p. 181-186. 2015.

ARAÚJO, P. L.; ANDRADE, R. B.; SILVA, Y. L. R., et al. Rastreamento da sintomatologia depressiva em mulheres grávidas do pré-natal de alto risco. **Rev enferm UFPE on line**. Recife. v. 9, n. 2, p. 599-603. 2015.

ARAÚJO, Y. B. et al. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. 5, p. 675-81. 2013.

ARRAIS, A. R. et al. O lugar dos avós na configuração familiar com netos adolescentes. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 15, n. 2, p. 159-176. 2012.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc. São Paulo**. v. 23, n. 1, p.251-264. 2014.

BARBOSA, D. C. et al. Funcionalidade de famílias de mães cuidadoras de filhos com condição crônica. **Cienc Cuid Saude**. v. 10, n. 4, p. 731-738. 2011.

BARDIN, L. Organização da Análise. In: **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORDIGNON, J. S., et al. Depressão Puerperal: Definição, Sintomas e a Importância do Enfermeiro no Diagnóstico Precoce. **Revista Contexto & Saúde**. v. 10, n. 20, p. 875-879. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Mulher. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. **Parto e gravidez**. Data do documento: 30/05/2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/13055-nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas> Acesso: 04/02/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**. Brasília - DF. 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso: 23/04/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política **Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília - DF. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso: 04/02/2015.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRONFENBRENNER, U., CECI, S.J. Ecological models of human development. **International Encyclopedia of Education**, v.3, 2ed., p.1643-1647, Elsevier Sciences: Oxford, England, 1994.

BRONFENBRENNER, U., EVANS, G.W. **Developmental science in the 21st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings**. Blackwell Publishers Ltda, 108 Cowley Road, Oxford OX4JF, UK and 350 Main Street, Malden, MA02148, USA, 2000.

BRONFENBRENNER, U., MORRIS, P.A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W., LERNER, R.M. **Handbook of child psychology: theoretical models of human development**. 5a ed., v.1, New York: Wiley, 1998.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 20, n. 1, p. 33-40. 2011.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 5, p. 1103-1114. 2012.

CARLESSO, J. P.P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**. v. 16, n. 2, p. 500-510. 2014.

CARVALHO, F. A.; MORAIS, M. L. S. Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social: Revisão Sistemática da Literatura. **Psico, Porto Alegre, PUCRS**. v. 45, n. 4, p. 463-474. 2014.

CONSONNI, E. B.; PETEAN, E. B. L. Perda e luto: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 9, p. 2663-2670. 2013.

CORREIA, K. M. L.; BORLOTI, E. Mulher e Depressão: Uma Análise Comportamental-Contextual. **Acta comportamentalia**. v. 19, n. 3, p. 359-373. 2011.

CUNHA, A. B. et al. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 579-586, set./dez. 2012.

DANTAS, M. M. C. et al. Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 90-106, abr. 2012.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas. In: **Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**. Organizadores: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Petrópolis/RJ, 2ª edição, 2007.

DSM-5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 992p. 2014.

FIGUEIREDO, B.; DIAS, C. C.; BRANDÃO, S., et al. Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. **J Pediatr (Rio J)**; v. 89, n. 4, p. 332-338. 2013.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 4, p. 738-746. 2010.

FRANCISCO, M. F. R.; MATTAR, R.; BORTOLETTI, F. F., et al. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 36, n.4, p. 152-6. 2014.

FREITAS, D. R. et al. Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro. **J. res.: fundam. care. online**. v. 6, n. 2, p. 1202-1211. 2014.

FRIZZO, G. B. et al. Depressão Pós-Parto: Evidências a partir de dois Casos Clínicos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 23, n. 1, p. 46-55. 2010.

GARCIA, R. P. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de doentes crônicos e as redes sociais de apoio. **R. pesq.: cuid. fundam. online.** v. 4, n. 1, p. 2820-30. 2012.

GOMES, C. P.; SILVA, P. A.; PESSINI, M. A. A nova configuração familiar: a família contemporânea usuária das políticas públicas. **Akrópolis.** v. 19, n. 2, p. 101-114. 2011.

GUEDES, A.C.E. et al. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. **Rev. Med.,** v. 90, n. 3, São Paulo, 2011.

GUERRA, M. et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** (Ed. Esp. 1), p. 117-124. 2014.

GUIDOLIN, B.L., CELIA, S.A.H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul,** Porto Alegre, v. 33, n. 2, 2011.

GUSMÃO, L. As polaridades do feminino na contemporaneidade e a depressão pós-parto: uma visão gestáltica. **IGT na Rede,** Rio de Janeiro, RJ, 11.21, 24 12 2014. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=487>>. Acesso em: 23 01 2015.

INOUYE, K. et al. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 23, n. 3, p. 582-592. 2010.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade.** v. 17, n. 3, p. 135-154. 2014.

KONRADT, C. E.; SILVA, R. A.; JANSEN, K. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.** v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011.

LANDIM, L. S.; VELOSO, L. S.; AZEVEDO, F. H. C. Depressão pós-parto: uma reflexão teórica. **Rev. Saúde em Foco.** Teresina. v. 1, n. 2, art. 1, p. 41-59. 2014.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379. 2011.

MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 16, n. 1, p. 945-955. 2011.

MATÃO, M. E. L. et al. Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 1, n 3, p. 283-293. 2011.

MORAES, M. H. C.; CREPALDI, M. A. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças – Psicologia da Saúde.** v. 19, n 1 e 2, p. 61-67. 2011.

MORAIS, M. L. S.; LUCCI, T. K.; OTTA, E. Postpartum depression and child development in first year of life. **Estudos de Psicologia.** Campinas. v. 30, n. 1, p. 7-17. 2013.

OLIVEIRA, A. M. N. **Detecção precoce da depressão pós-parto: promoção da saúde da família.** [Projeto de pesquisa] Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. 2012.

PEREIRA, C. M. S.; SCHIMANSKI, E. Família, gênero e novas configurações familiares: um olhar sobre a mulher e a condição de pobreza. **Revista Magistro.** v. 8, n. 2, p. 163-179. 2013.

PEREIRA, C. R. R.; ARPINI, D. M. Os irmãos nas novas configurações familiares. **Psicol. Argum.** v. 30, n. 69, p. 275-285, abr./jun. 2012.

PINTO, K. R. T. F.; MARCON, S. S. A família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos. **Cienc Cuid Saude.** v. 11. p. 153-159. 2012.

PITILIN, E. B.; HARACEMIW, A.; MARCON, S. S., et al. A família como sustentação no cotidiano de mulheres multíparas. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 4, p. 14-20. 2013.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. A depressão pós-parto consiste num adoecimento que afeta a saúde psicossocial e fisiológica da mulher, com repercussões na interação social da mãe consigo mesma, com o seu bebê e o entorno. **Psico-USF.** v. 16, n. 2, p. 215-225. 2011.

RODRIGUES, F. T.; CARNEIRO, T. F. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico.** Rio de Janeiro. v. 45, n.1, p. 111-121. 2013.

SANCHEZ, K. O. L.; FERREIRA, N. M. L. A. Reorganização do sistema familiar na condição do câncer. **Cienc Cuid Saude.** v. 10, n. 3, p. 523-532. 2011.

SANCHEZ, K. O. L.; FERREIRA, N. M. L. A.; DUPAS, G., et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-299, 2010.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói.** n. 34, p. 146-160. 2011.

SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E. B. L. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estudos de Psicologia.** Campinas. v. 32, n. 4, p. 675-683. 2015.

SCHARDOSIM, J.M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 1, p. 159-66. 2011.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, T.C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 16, n.5, p. 2575-2585. 2011.

SILVA, F. C. S. et al. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 3, p. 411-6. 2010.

SILVA, M. R.; AIROLDI, M. J. A influência do familiar na aquisição de habilidades funcionais da criança com deficiência visual. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo.** v. 25, n. 1, p. 36-42. 2014.

SOUZA, B. M. S.; SOUZA, S. F.; RODRIGUES, R. T. S. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. **Rev. SBPH.** Rio de Janeiro. v. 16, n. 1, p. 166-184. 2013.

SOUSA, D. D.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações Acerca da Maternidade no Contexto da Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 24, n. 2, p. 335-343, 2011.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, A. S. D.; BAPTISTA, M. N. Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. **Acta Colombiana de Psicologia.** v. 13, n. 1, p. 143-154. 2010.

SQUASSONI, C. E.; MATSUKURA, T. S.; PINTO, M. P. P. Apoio social e desenvolvimento socioemocional infantojuvenil. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo.** v. 25, n. 1, p. 27-35. 2014.

TAVARES, R. S.; SILVA, D. M. G. V. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 3, p. 14-21. 2013.

TESTON, E. F.; OLIVEIRA, A. P.; MARCON, S. S. Necessidades de educação em saúde experienciadas por cuidadores de indivíduos dependentes de cuidado. **Rev. enferm. UERJ.** v. 20, n. 2, p. 720-5. 2012.

TOSTES, J. G. et al. Depressão Pós-Parto: Correlações com Suporte Sócio-Familiar e Assistência no SUS. **Revista Ciências em Saúde.** v. 1, n. 2. 2011.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene. Fortaleza.** v. 11, n. 2, p. 129-139. 2010.

VEGA-ANGARITA, O. M. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crônicos. **Aquichan.** v. 11, n. 3, p. 274-286, 2011.

ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M., et al. Modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner e inserção ecológica: uma metodologia para investigar famílias rurais. **Texto contexto enferm.** Florianópolis. v. 20, n. 4, p. 669-74. 2011.

ZANCA, C. G. et al. Percepção do apoio social de famílias que convivem com a depressão materna. **Estudos de Psicologia.** v. 18, n. 2, p. 249-257. 2013.

ANEXO 1

ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL

<p>Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje. Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.</p>	
<p>1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado engraçado das coisas:</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Tanto quanto sempre consegui ver</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Não tanto, agora</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Definitivamente não tanto</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Absolutamente não</p>	<p>6. As coisas têm se acumulado para mim: *</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Sim, a maior parte do tempo não tenho sido absolutamente capaz de enfrentar</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Sim, às vezes não tenho sido capaz de enfrentar tão bem</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Não, a maior parte do tempo tenho enfrentado bastante bem</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não, tenho enfrentado tão bem como sempre</p>
<p>2. Tenho esperado as coisas com prazer:</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Tanto quanto sempre esperei</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Bastante menos do que costumava</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Definitivamente menos do que costumava</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Quase nunca</p>	<p>7. Ando tão infeliz que tenho dificuldade para dormir:*</p> <p><input type="checkbox"/> 3-Sim, a maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não freqüentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não, nunca</p>
<p>3. Culpo-me desnecessariamente quando as coisas dão errado: *</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, a maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Sim, parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não com muita freqüência</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não, nunca</p>	<p>8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:*</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, a maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Sim, freqüentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não freqüentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Não, nunca</p>
<p>4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem razão:</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não, nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Quase nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, seguidamente</p>	<p>9. Tenho estado tão infeliz que choro:*</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, a maior parte do tempo</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Sim, freqüentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Apenas ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não, nunca</p>
<p>5. Sinto-me assustada ou com medo sem uma boa razão para isso:*</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não, não muito</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Não, nunca</p>	<p>10. O pensamento de ferir-me já me ocorreu:*</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Sim, freqüentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Quase nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 0-Nunca</p>

FONTE:LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2002, 768 p.

ANEXO 2

**CEPAS/FURG**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 62/ 2012**CEPAS 91/2011**

PROCESSO Nº: 23116. 006680/2011-34

TÍTULO DO PROJETO: "Detecção precoce da depressão pós-parto: promoção da saúde da família".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Adriane Maria Netto de Oliveira

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 186/2011, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "Detecção precoce da depressão pós-parto: promoção da saúde da família".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/08/2014.

Rio Grande, RS, 21 de julho de 2012.

Eli Sinnott Silva
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro da Entrevista

Questões:

1. Você percebeu que apresentou sinais e sintomas de Depressão Pós-Parto quando o bebê nasceu? Que mudanças você percebeu no seu comportamento?
2. Após o nascimento dos outros filhos, você percebeu alterações em seu comportamento? Quais? (Caso tenha)
3. Você considera que esses sintomas interferiram na relação com seu bebê? De que forma?
4. Como aconteceram as interações intrafamiliares após o nascimento do bebê? (Esposo e demais familiares)
5. Você buscou apoio nesse momento? Porque? De quem?
6. Nesta situação, o que você considera como apoio familiar?
7. Qual sua percepção em relação ao apoio familiar logo após o nascimento do bebê?

* O que o apoio familiar significou/significaria em sua vida, nesta situação de sintomatologia depressiva?

Muito Obrigada!

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos por meio deste, convidá-lo a participar do projeto de pesquisa intitulado “Apoio familiar às mulheres com sintomas de depressão pós-parto”, tendo como responsáveis a Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Letícia Amico Marques e a orientadora Prof^a. Dr^a. Adriane M. Netto de Oliveira, da Universidade Federal do Rio Grande, tendo por objetivo geral: compreender a percepção das mulheres com sintomas de Depressão Pós-Parto acerca do apoio familiar proporcionado a elas por meio dos processos proximais. E objetivo específico: conhecer a percepção das mulheres acerca das interações familiares após a manifestação dos sintomas de Depressão Pós-Parto.

As informações serão obtidas por meio da entrevista que será feita com você e estamos à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida. Asseguramos que todas as informações serão mantidas sob sigilo. Este documento tem por objetivo garantir que serão respeitados os seus direitos de estar informado acerca das fases desta pesquisa.

Os dados coletados estarão sob responsabilidade das pesquisadoras e é garantida a liberdade de que, em qualquer momento, você poderá retirar o seu consentimento, e deixar de participar da pesquisa; assim como o caráter confidencial das respostas, no qual você não será identificado.

Agradecemos sua valiosa colaboração.

Letícia Amico Marques
Enf^a. Mda. PPGENF

Prof^a. Dr^a. Adriane M. Netto de Oliveira
Orientadora

Eu, _____, pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, declaro que fui informada que serão assegurados os meus direitos, ou seja, o anonimato da minha identidade; minha privacidade; liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos à minha saúde e a garantia de que todos meus questionamentos a respeito dessa pesquisa serão esclarecidos. Este estudo não me causará nenhum tipo de risco, dano físico e/ou psicológico, caso ocorra receberei atendimento dos *Serviços de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde*. Assim sendo, concordo em participar da referida pesquisa e autorizo que a entrevista realizada seja gravada.

Rio Grande, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Entrevistador

CONTATOS EQUIPE: Adriane M. Netto de Oliveira, orientadora do Projeto. Fone: (53) 3237.4603 ou (53) 3237.4611. Endereço: Rua General Osório, s/n - Centro, Rio Grande/RS.
Email: adrianeoliveira@furg.br. Letícia Amico Marques, responsáveis pelo projeto.

NOTA: Conforme Resolução N° 422/12 do CNS, este consentimento será assinado em duas vias, ficando uma na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG e outra com a participante da pesquisa.