



DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

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

Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia
Experiences and meanings of post-partum depression in women in the family context

*Barbosa, Maria Aparecida Rodrigues da Silva, **Ângelo, Margareth

*Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) E-mail: cidarodrigues@usp.br **Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Brasil.

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

Palabras clave: Família; Relaciones familiares; Enfermería; Depresión postparto.

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

RESUMO

Objetivos: Compreender as vivências e significados da depressão pós-parto materna para a mulher e sua família; Desenvolver um modelo teórico representativo da experiência da mulher e da família.

Métodos: Estudo qualitativo com referencial teórico o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. Os participantes foram mulheres que tiveram depressão pós-parto e seus familiares, recrutados em Hospitais Públicos e Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá-MT. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade.

Resultados: O modelo teórico "Oscilando entre o apoio e a necessidade de manter o controle" representa as percepções e estratégias presentes na experiência da mulher e da família visando à adaptação da vida familiar às circunstâncias da vida afetadas pela depressão.

Conclusões: Controle e apoio constituem os elementos simbólicos centrais de como a mulher e a família manejam a experiência desde o início dos sintomas até a constatação do diagnóstico.

RESUMEN

Objetivos: Comprender las experiencias y significados de la depresión materna después del parto para la mujer y su familia; Desarrollar un modelo teórico representativo de la experiencia de la mujer y de la familia.

Métodos: Estudio cualitativo tuvo como guía de referencia teórica el interaccionismo Simbólico y la teoría referencial metodológica basada en Datos. Los participantes de este estudio fueron mujeres que han tenido depresión postparto y sus familiares, reclutados a través de hospitales públicos y unidades básicas de salud de la ciudad de Cuiabá-MT. Los datos fueron colectados a través de entrevistas en

profundidad con la mujer y la familia.

Resultados: El modelo teórico “Oscilando entre el apoyo y la necesidad de mantener el control” representa las percepciones y estrategias presentes en las experiencias de la mujer y de la familia dirigidas a la adaptación de la vida familiar, a las circunstancias de la vida afectadas por la depresión.

Conclusiones: Control y apoyo son los elementos básicos simbólicos de cómo las mujeres y la familia manejan la experiencia desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación del diagnóstico.

ABSTRACT

Objectives: To understand the experiences and meanings of maternal post-partum depression for the woman and her family; To develop a theoretical model representative of the woman and her family's experience.

Method: Qualitative study that had as a guiding theoretical referential the Symbolic Interactionism and as a methodological referential the Grounded Theory. The participants of this study were women who had post-partum depression and their families, recruited through public hospitals and basic health units in the municipality of Cuiabá-MT. The data were collected through in-depth interviews with the woman and family.

Results: The theoretical model “Oscillating between the support and the need to maintain control” represents the perceptions and strategies present in the experience of the woman and her family aiming at adapting family life to the circumstances of life affected by depression.

Conclusions: Control and support constitute the core symbolic elements of how the woman with post-partum depression and her family deal with the experience from the onset of the symptoms until the results of the diagnosis.

INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, tem havido um crescente reconhecimento de que para algumas mulheres, a gravidez e o pós-parto podem ser acompanhados de muitos transtornos, em particular pela depressão e esse conhecimento segue no sentido contrário ao da crença popular amplamente difundida de que é um período de alegria para todas as mulheres ⁽¹⁾. Por receio de serem incompreendidas, muitas mulheres não revelam os sentimentos de tristeza, pois se sentem culpadas por estarem experimentando sintomas depressivos num momento que deveria ser de alegria ⁽²⁾. Pensamentos obsessivos sobre os cuidados e a saúde do bebê são frequentes, sendo o sintoma mais precoce a desarmonia na interação, ainda antes de se manifestarem sintomas depressivos. A sintomatologia tem início nas primeiras semanas ou meses a seguir ao parto e cerca de 2/3 dos casos resolvem-se ao longo do primeiro ano ⁽³⁾. Em termos de sintomatologia e manifestações, não se difere da depressão experimentada por pessoas em outras fases da vida, caracterizando-se por tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia, perda de confiança e autoestima, sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite ^(4, 5).

A literatura nacional e internacional vem apontando em seus resultados que a DPP (Depressão pós-parto) tem-se configurado como um problema de saúde pública. Por isso uma das prioridades do Ministério da Saúde vem sendo o incentivo a pesquisas relacionadas à saúde mental das mulheres no ciclo gravídico puerperal, com enfoque na magnitude, dinâmica, compreensão dos transtornos mentais do pós-parto, bem como estudos de prevalência e incidência de transtornos mentais na mulher grávida ⁽⁶⁾.

OBJETIVOS

Compreender as vivências e significados da depressão pós-parto materna para a mulher e sua família; Desenvolver um modelo teórico representativo da experiência da mulher e da família diante da depressão pós-parto materna.

MÉTODOS

Estudo qualitativo norteado pelo Interacionismo Simbólico como referencial teórico e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. Os participantes foram 10 mulheres que tiveram DPP confirmada por diagnóstico médico, psicológico ou auto-relatada e 10 familiares que conviveram com elas na época do acometimento da depressão. Os critérios de inclusão foram: ter idade acima de dezoito anos; não estar vivendo o processo depressivo no momento da entrevista; estar pelo menos há dois anos passados da experiência; ter pelo menos um membro da família, além do filho, presente em seu cotidiano durante a experiência da depressão; ter um ou mais filhos (quando tiveram a DPP) e esses filhos estarem vivos e saudáveis; tiveram a experiência de DPP. Os participantes foram recrutados através de Hospitais Públicos e Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá-MT, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com a mulher e o familiar e analisados segundo os preceitos da Teoria Fundamentada em Dados.

O procedimento de análise dos dados seguiu o preconizado no método comparativo constante ⁽⁷⁾. Assim, aconteceram simultaneamente a análise dos dados e a coleta dos mesmos, ou seja, após a realização de cada entrevista, o conteúdo transcrito era analisado. A codificação inicial foi feita linha a linha, palavra por palavra, incidente por incidente. Nesse processo, os trechos das entrevistas examinados foram codificados com palavras que refletiam a ação. Cada incidente foi permitindo a identificação das primeiras propriedades da experiência e recebia um nome, de acordo com seu significado, chamado código. Feita a codificação inicial, passamos para a fase de Codificação focalizada e seletiva, onde os códigos passaram por um processo de comparação entre si, sendo agrupados por suas similaridades, formando, categorias as quais buscaram expressar os significados presentes nos códigos. Cada uma dessas categorias recebeu um nome conceitual mais abstrato que o código. Considerando que uma característica do método comparativo constante é a provisoriedade das categorias, durante o processo de análise até o seu final, o nome das categorias foi modificado várias vezes, até chegarmos a uma denominação mais representativa dos conceitos que as agrupavam, tornando-as definitivas. Durante todo o processo de coleta, codificação e categorização dos dados, perguntas eram feitas aos dados e hipóteses sobre as possíveis relações estabelecidas entre os dados foram formuladas. Estas ideias foram registradas e organizadas e serviram de base para a elaboração dos memorandos ou memos.

A fase seguinte à categorização dos dados, ou seja, a Codificação teórica consistiu no reagrupamento das categorias que se referiam a um mesmo fenômeno e as conexões entre elas e suas subcategorias. Desse modo, as propriedades das categorias se densificaram e as categorias se tornaram integradas com outras. Esse reagrupamento das categorias gerou várias tentativas de representação gráfica da conexão entre elas, como forma de compreender a experiência. A última etapa da análise foi realizada com a identificação da categoria central **Oscilando entre o apoio e a necessidade de manter o controle** e permitiu o desenvolvimento do modelo teórico representativo da experiência.

O projeto de pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP) conforme processo nº1105/2011CEP-EEUSP. Esta pesquisa obedeceu às diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ⁽⁸⁾ que regulamenta pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Oscilando entre o apoio e a necessidade de manter o controle representa o modelo teórico da experiência. As vivências e significados da DPP materna para a mulher e sua família foram compreendidos como um processo psicossocial, em que controle e apoio constituem os elementos simbólicos centrais de como a mulher com DPP e familiares manejam a experiência desde o início dos sintomas até a constatação do diagnóstico e instituição do tratamento. Este modelo integra três categorias que representam as percepções e estratégias presentes na experiência da mulher e da família visando a adaptação da vida familiar às circunstâncias da vida afetadas pela depressão

I. Lutando com a maternidade representa o *primeiro tempo* do modelo teórico. É o início do processo que tem como foco a mulher tendo que lidar com sua nova condição de mãe, vivenciando frustração e medo pela incapacidade de realizar tarefas simples destinadas ao atendimento das necessidades do filho recém-nascido. A mulher define as situações que envolvem o filho como sem controle e, ao identificar que algumas situações de manejo relativamente simples ficam sem controle pela mulher, a família sem compreender a razão do comportamento que observa, tenta normalizar as reações dela, apoiando-a e cooperando na realização das mesmas.

Os problemas relacionados com a amamentação e com o choro do filho, ora cursam juntos, se interconectam, se sobrepõem um ao outro e ora cursam separados. No entanto, as dificuldades com a amamentação se constitui como o primeiro desses eventos enfrentados pela mulher logo nos primeiros contatos com o bebê.

A observação dos comportamentos de insatisfação de seu filho, de seu corpo em resposta à amamentação e de outras que amamentam a leva a inferir que algo está errado, o que a deixa estressada por não dar conta de satisfazer o filho com o próprio leite, e se vê Lutando com a amamentação. Ela também se depara com a sua própria inabilidade em manusear a amamentação e com seu nervosismo face ao problema que se delineia. Na interação com o marido, este se sente sensibilizado com seu estado físico e expressa o desejo de aliviar o seu sofrimento, comportamento este que a conforta e faz com que ela se sinta acolhida para prosseguir a amamentação. No entanto, após determinado período de tempo de sua luta com a amamentação, ela começa a perceber que o filho apresenta ganho insuficiente de peso. Ao rechaçar a observação de normalidade à que outros atribuem ao evento, a mulher, se lança em um caminho tentando outras soluções para alimentá-lo contando com o apoio e participação dos familiares que se engajam junto a ela em ações para resolver o problema que se apresenta, ignorando consequências futuras para o sucesso da amamentação exclusiva. Algumas vezes a mulher reluta em oferecer outro leite ao filho e nessas situações, o marido na interação com a mulher e o filho, avalia o estado dela e do filho e decide alimentá-lo com leite industrializado, comunicando sua decisão ao médico ao mesmo tempo em que dele busca orientação sobre o tipo de leite a oferecer.

[...] logo no começo que ela não estava dando leite devido essa ansiedade dela do pós-parto, então, ele estava passando fome, então ela falava: “eu não vou dar nada, porque senão ele não vai ser saudável!” Mas eu falava: “não, meu filho está passando fome!” Ela falava: “não, se der chuquinha ele não vai pegar peito e não vai ser saudável!” (Homem B).

Essas ações são apoiadas por membros da família, mas são aceitas com restrições pela mulher sendo estas desconsideradas pelo marido que se vê com dificuldades de operacionalizá-las, além de preocupado, priorizar o atendimento das necessidades alimentares do filho.

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

Todavia, a luta diária com o filho, também se estende à luta como o choro do mesmo que é a maneira que ele possui para comunicar que algo não está bem e é preciso que as pessoas consigam decifrá-lo e atendê-lo, até que ele consiga através da linguagem dizer o que sente e o que quer. Assim, Lutando com o choro do filho, diz respeito ao comportamento da mulher e família em relação ao choro da criança e as estratégias utilizadas para resolução do mesmo.

O choro do filho face ao símbolo de mãe supridora das necessidades do filho desencadeia pensamentos que remetem a cuidados. É um comunicado de que algo está incomodando o bebê e desperta ideias de solucionamento. Atinge alguns membros da família que passam a ter prejuízos no repouso noturno, especialmente a mulher que é conseqüentemente sobrecarregada pelo acúmulo de funções no atendimento das necessidades do recém-nascido e de outras pessoas da família.

Os sentimentos que a mulher experimenta diante do choro do bebê, vão de descontrole, desestruturação de si e desespero, mediado pela dificuldade de identificar e conseqüentemente resolvê-lo, culminando com o seu próprio choro por se sentir impotente e também com o desejo de por fim, de maneira drástica ao que a incomoda. Ela se percebe distanciando fisicamente do filho quando ele chora, como uma estratégia para evitar os incômodos intensos que sente, para se auto preservar, se recompor e conseqüentemente voltar à situação após resolução do evento. Ela em algumas situações consegue identificar que o filho se torna mais agitado com sua presença, pressente que ele absorve seu estado emocional e tenta dele se afastar como uma maneira de amenizar a situação. Nesses momentos, com frequência ela conta especialmente e, por um período relativamente longo, com a ajuda de outras mulheres da família, com quem se sente mais segura e onde se percebe trocando temporariamente os papéis no atendimento das necessidades da criança.

[...] porque eu me desestruturava na hora que ele chorava. Eu desestruturava! Se eu pegasse, aí que ele chorava mais ainda, porque de certo que ele sentia que eu estava muito nervosa. Aí a minha mãe pegava, aí eu achava que ele estava bem cuidado com ela. Eu tinha que esperar eu me recompor. Às vezes, o

meu papel era passar o paninho (quente), e por o remédio, preparar, essas coisas. Aí eu fazia tudo isso, aí na hora que ele parava de chorar, aí eu pegava. Mas, na hora que ele chorava, que eu me desestruturava, era com a minha mãe que eu achava que ele tava bem cuidado (Mulher D).

Alguns choros do recém-nascido são solucionados temporariamente através de práticas domésticas, mas quando este se torna difícil de ser resolvido, a mulher junto ao marido e a família se veem buscando ajuda médica. Porém, essa busca configura-se em uma sofrida, longa e estressante caminhada, o que causa na mulher, insegurança e desorientação, principalmente em decorrência das diferentes e nem sempre convergentes condutas profissionais no atendimento do bebê.

A descoberta do motivo do choro do filho pode demorar de dias a meses, e as consequências que um problema concreto identificado pode ter acarretado sofrimento a ele, deixam-na intensamente sensibilizada e desesperada. Porém, os familiares apesar de se mostrarem inconformados e perplexos com a situação tentam tranquilizá-la através da busca por informações, além de tentarem fazer com que ela entenda que o problema apesar de ter provocado, dores e desconfortos na criança, logo se resolverá.

Além da perda de seu equilíbrio emocional quando o filho chora, ela se sente incapaz de cuidá-lo e isso é notado mais expressivamente quando do primeiro filho. O medo de não saber e de não dar conta dos cuidados do filho se agiganta cada vez mais, principalmente diante da possibilidade de ficar sozinha com ele, fato ao qual resiste. A incapacidade que sente em relação ao seu desempenho enquanto mãe se concretiza nos cuidados ao filho e junto vai se delineando a decepção consigo mesma que se torna mais evidente ao perceber a facilidade com que outras mulheres da família atendem as necessidades de seu filho.

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

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

II. Perdendo-se no meio de sentimentos na luta com o desconhecido representa o *segundo tempo* do modelo teórico. Essa etapa em que a mulher mergulha no processo depressivo é composta por sentimentos estranhos e desconhecidos. As situações que vive ficam cada vez mais fora do seu controle; ela não se percebe muito bem e sua habilidade para funcionar como mãe varia bastante. Nesta etapa, a família também precisa lutar muito para lidar com seu funcionamento variável e tenta de todas as formas ampará-la e manter o curso dos cuidados da criança e da casa. Evidenciam-se os comportamentos e sentimentos experimentados pela mulher na

interação com o filho, consigo mesmo e com os familiares, onde o descontrole se faz mais presente e o apoio da família assume uma dimensão de proteção tanto dela como da unidade familiar muitas vezes ameaçada. A solidão que a mulher experimenta é decorrente da dificuldade em expressar e em ter seus sentimentos e medos reconhecidos pela família.

Cuidando excessivamente do filho relaciona-se ao comportamento que a mulher passa a ter nos cuidados ao filho, que são considerados pela família como excessivos e desnecessários. Na interação com o filho, a mulher se percebe insegura para cuidá-lo, como estratégia ela aumenta os cuidados que a ele dispensa como uma maneira de garantir a integridade física dele e também a sua própria segurança em relação. Na execução excessiva dos cuidados ao filho ela é observada pelos familiares especialmente pelas mulheres que a alerta sobre suas atitudes e suas repercussões no futuro.

E eu dava banho nele com água mineral! Eu passei um mês dando banho nele com água mineral e a minha mãe falava, que não precisava e eu falava “não, você tá louca?” Eu achava que ela é que era louca, entendeu? Hoje eu sei que a louca era eu, mas na época eu achava normal todos os cuidados que eu tinha com ele, né? (ri muito) (Mulher I):

O excesso de cuidados que ela presta ao filho funciona como garantia de que não está falhando na função a que se propõe. Mesmo que alertada por mulheres da família as quais na interação com ela e os cuidados que ela presta ao filho, trazem as suas experiências para a situação, a mulher não entende além de rejeitar as percepções delas a respeito. Em outras situações, a falta de controle sobre os cuidados excessivos que presta ao filho é justificada pela sensação de normalidade que tem de suas ações, ou seja, ela não percebe como exagerado o seu comportamento, assim como é percebido pela família. Em outros momentos, ela percebe e concorda que os cuidados ao filho estão exagerados, mas não consegue deixar de executá-los.

Na interação com a família, ela tem seu comportamento com o filho explicitamente rejeitado, principalmente por outras mulheres, que tentam conduzi-la por um caminho de uma maternidade menos intensa, mais suave e prática de lidar, além de perceberem e a alertarem pelas consequências de seu comportamento na vida do filho e na sua própria. Porém, com o decorrer do tempo ela vai percebendo-se consumida pelos cuidados com o filho e onde vê a sua vida, o seu tempo e o seu olhar voltado inteiramente para este.

Entretanto, o ritmo de vida que o bebê lhe dita não é aceito passivamente. Ela se vê lutando continuamente, querendo sua vida de volta e nesse querer, aproveita momentos para da rotina do filho se afastar, distanciando-se através das oportunidades que percebe e dentro das possibilidades que tem de fazê-lo. O retorno ao trabalho depois de findado a licença maternidade e até mesmo durante, por necessidade financeira, é bem vindo. Porém, em algumas situações o faz com a depressão ainda em curso, embora na forma amenizada, de maneira espontânea. Porém, se o retorno ao trabalho significa o distanciamento do que lhe provoca mal estar, o retorno ao ambiente doméstico e às atividades maternas ao final do dia sinaliza a reimersão em uma realidade que rejeita.

A rotina de cuidados com o filho vai tomando o formato cada vez mais, de uma função penosa, e extremamente cansativa, e isso se torna pior quando alguns problemas de saúde começam a se manifestar no bebê, como problemas respiratórios (bronquite) e refluxo gastroesofágico fazendo-a se sentir extremamente exigida e cansada. Um tempo para ficar sozinha, passa a ser seu maior desejo, apesar de vez por outra esse seja tingido pelo sentimento de culpa por assim se perceber, principalmente quando compara seu comportamento com o filho ao de outras mulheres a quem toma por referência de maternidade e quando é cobrada pelos familiares em relação à dedicação ao filho.

As famílias por meio das mulheres tentam dar continuidade ao seu modo de cuidar das crianças, apresentando comportamentos que ora suavizam a maternidade e ora que a tornam pesada para a mulher. A maneira como a família lida com a maternidade nem sempre é aceita por ela que anseia por se desligar das demandas do filho e do controle das mulheres da família relacionados à sua forma de cuidar dele.

Eu tinha vontade de ter que passar uns dias no hospital (internada sozinha) só para sair daquela rotina excruciante de preocupar o tempo todo, de ter que ficar atenta o tempo todo, de conseguir dormir sem ninguém me criticar por isso (mulheres da família). (Mulher G).

Seu comportamento com o filho é controlado pela família, ou seja, é rejeitado quando ela se excede nos cuidados, quando não quer cuidá-lo ou quando quer ter um tempo para si mesmo. A família em especial, as mulheres da família tem sua forma estabelecida de cuidados e relação mãe-filho e tenta fazer com que a mulher a ele se encaixe. Entretanto, nem sempre o símbolo que a família tem de maternidade é o mesmo que ela tem e quer significar para si, então, os símbolos emanados pela família em relação à maternidade não são significantes, pois ela não os reconhece.

Rejeitando o filho diz respeito aos comportamentos em que a mulher se recusa a cuidar do filho, percebidos pela família e por ela e nos comportamentos em que apesar de cuidá-lo percebe-se rejeitando-o, mas silencia esse sentimento que passa despercebido pela família. O comportamento é percebido pelos familiares quando ela busca maneiras concretas para não cuidar do filho através do retorno precoce ao trabalho formal remunerado, e, na negativa explícita de atender as necessidades do filho. Isso provoca nas pessoas de seu entorno a necessidade de atender as demandas da criança, principalmente no período noturno, quando esta chora. Isso é feito com frequência pelo homem que também tenta junto ao bebê se acomodar e também poder dormir e descansar.

[...] às vezes, a criança chorava um tempão à noite e eu falava: ah, criança não tem fome à noite não, não vou levantar para pegar, daqui a pouco passa! Aí, quando eu via, ele estava com ela nos braços, acalentando (Mulher A).

A recusa em cuidar do filho não escapa ao olhar atento da família, principalmente das mulheres. Esse olhar, ora compreende quando percebe a falta de condição física materna e ora recrimina quando a mulher tem atitudes grosseiras com a criança. A família então, atenta ao que acontece na interação mãe – filho tenta proteger a criança dos comportamentos maternos considerados inadequados e também supri-la de cuidados que não recebe da mãe. Quando a expressão do desejo de se libertar e distanciar do filho é feita publicamente, ela é chamada para a realidade de que tem

um filho, e isso é feito por familiares, que a reconduzem para a situação, tolhendo qualquer possibilidade de dela se afastar.

[...] eu tive muita vontade de sumir, sabe? Eu vou largar tudo e vou-me embora, para lugar nenhum, para nada sabe? Eu só vou sair andando pelo mundo... Onde eu parar eu parei! (Mulher C).

As mulheres mais velhas da família, através de sua experiência, se colocam na perspectiva da mulher, reconhecendo e validando os problemas e dificuldades que ela expressa. O exercício da maternidade para as mulheres da família é entendido como uma tarefa que não é fácil, e por assim ser, o desejo de sair da situação e abandoná-la é compreensível. Porém, há que se manter firme em sua execução, pois a situação é irreversível, a criança é real, a mulher se tornou mãe e há, portanto, uma responsabilidade maior que deve ser cumprida com firmeza e resignação, mesmo diante dos problemas que surgem no percurso.

Em algumas situações, mesmo quando ela assume os cuidados com o filho, se percebe rejeitando-o em seu pensamento. A mulher se vê expressando para si mesma o desejo de não ter tido filhos e pensando sobre possibilidades de como seria sua vida se ele não existisse. O sentimento de rejeição não chega a culminar com o abandono do filho; ela pensa na possibilidade, mas não executa a ação pensada e, nem por isso deixa de se recriminar pelos pensamentos que tem. Entretanto ela se pega pensando de maneira compreensiva em outras mulheres que abandonaram seus filhos e que tiveram seus casos expostos na mídia.

A rejeição ao filho além de ser algo que guarda para si, se mostra camuflada pelo exercício do papel materno relacionado aos cuidados do filho, o qual desempenha com perfeição na visão do homem, a ponto de não ser percebida por ele. Dentre os motivos expostos pelo homem da não percepção da rejeição da mulher ao filho, está o envolvimento exemplar dela como mãe prestativa e zelosa nos cuidados do mesmo. Nesta situação, o homem qualifica a relação afetiva mãe-filho como de aceitação, e conseqüentemente não consegue identificar alguns comportamentos como sinais indicativos de rejeição ao filho, até mesmo quando ela verbaliza, ele se nega a aceitar o fato.

Agora uma coisa que eu discutia com ela é essa questão da rejeição... Porque eu nunca entendi isso como rejeição. Ela sempre foi uma mãe cuidadosa, até demais às vezes... Eu até brigava com ela... Não, não é assim... Tem que deixar... Ela sempre falava, chorando "é rejeição, sim...". (Homem E).

Assim, a relação afetiva mãe-filho está ligada à maneira como ela se dedica ao mesmo, ou seja, quanto maior é o cuidado com ele, mais ela é atrelada a figura de mãe cuidadosa, zelosa e dedicada aos filhos, ficando, portanto, aos olhos do marido distante da mãe que rejeita o filho, fato que ele não acredita apesar de ser por ela comentado.

Perdendo o controle de si em sua interação com o filho refere-se aos comportamentos de agressividade que a mulher começa a apresentar com ele, ao medo que sente de não conseguir contê-los, à sua luta e de familiares para manter o controle sobre essas reações bem como a proteção da criança. A agressão toma contornos físicos, psíquicos e independe da idade do filho. A mulher se vê perdendo o controle de si nos cuidados dele, incluindo cuidados relativos a alguns problemas de saúde que ele

passa a apresentar e onde se vê com o acréscimo de mais uma tarefa em seu dia-a-dia, o que de certa forma a sobrecarrega.

A agressão também se pronuncia quando não consegue que o filho entenda e atenda suas solicitações à medida que ele vai crescendo e é praticada longe de outras pessoas onde provavelmente se sente sem o controle do olhar vigilante de outros e onde para ela, a agressividade parece ser permitida. Porém ela se sente após o ato, invadida pelo arrependimento e pelo medo de que tudo venha a se repetir novamente.

Eu brigava com ele prá tomar o remédio, aí eu enfiava o remédio de uma vez na boca dele, fazia essas coisas estúpidas, brutas, grosseiras, coisa de gente ignorante. Eu ficava com medo disso. (Mulher G).

A mulher recrimina-se, rejeita-se se assusta e tem medo de seus comportamentos com o filho, principalmente pela extensão dos mesmos em termos de agressividade e pelo fato de praticá-los escondido de terceiros. Ao se esconder para agredi-lo, ela tem consciência do errado, sabe que está na contramão do que dela se espera como mãe e teme ser apontada como uma mãe má. Suas ações na sua interação com o filho, em sua percepção são incorretas e perigosas, pois se percebe extravazando toda a agressividade controlada em público quando sozinha com o filho fica.

Ao se perceber agressiva com o filho, e com dificuldades de se autocontrolar, se vê buscando maneiras para não ficar só com ele, na intenção de protegê-lo de si e de suas reações. Dentre as estratégias estão as de manter o marido mais tempo dentro de casa consigo, exigindo o seu retorno ao trabalho em um momento em que esteja em melhores condições; a de distanciar-se fisicamente do filho quando se percebe na eminência de agredi-lo e a busca por contato com pessoas de seu entorno, próximas à sua residência, na esperança de que através desses contatos, se livre de pensamentos e atitudes ruins para com ele. A agressividade a criança é percebida por familiares que tentam protegê-la da atitude materna e isso é feito pelas mulheres mais velhas que tentam entender os motivos que a leva a ter tal comportamento e, ao mesmo tempo proporcionam condições para que se distancie do filho e retorne em um período posterior em melhores condições para lidar com ele.

O comportamento agressivo e o descontrole que exhibe também se manifestam e se direcionam a outras pessoas de sua convivência familiar como o marido e outros filhos, bem como com outras pessoas fora de sua família.

Perdendo o controle de si na interação com outros refere-se às dificuldades relacionais da mulher com o marido, e demais familiares e o medo dela de repetir tais comportamentos com o filho. Ela percebe que sua agressividade cresce em si a cada dia e faz com que se sinta cada vez mais com medo de não conseguir contê-la, especialmente em seu contato com o filho. A sensação de ter um outro dentro de si a faz se perceber com algo muito intenso e monstruoso, a se apresentar cada vez mais forte em suas relações e, a possibilidade de que isso se manifeste nos cuidados com o filho a faz temer o fato de sozinha com ele ficar.

[...] Porque eu tinha medo que o monstro meu interno fizesse algum mal. Eu nunca tive... Eu nunca fiz nenhum mal pra ele (filho), eu nunca abandonei, nunca deixei de cuidar, nunca nada. Mas, eu tinha medo de ser acometida, sabe essa consciência, da impostora ali, que isso viesse me pegar de surpresa assim, entendeu? De perder o controle disso, entendeu? (chorando muito) (Mulher E).

A mulher olha para si, na sua interação com o filho e seu olhar lhe aponta como uma mãe cuidadora, mas quando olha para si na interação com outras pessoas, se percebe como uma mulher sem cuidados, agressiva, irritada. Ela avalia suas ações nessas interações e tem medo de repetir o mesmo comportamento que tem com outras pessoas com o filho. Assim, o medo de não conseguir na interação com o filho, controlar o que se manifesta em si no contato com outros, provoca grandes sofrimentos, pois se sente ameaçada por algo que não reconhece como parte de si e que a qualquer momento poderá se manifestar em sua interação com ele. O comportamento agressivo é percebido pela família que sofre ao vê-la tentando agredir fisicamente outras pessoas de sua convivência e também se percebe com dificuldades para a contenção desses eventos.

Tanto em sua forma física como na verbal, o comportamento agressivo da mulher causa desconfortos e sofrimentos para a família e principalmente para o homem que além de ser alvo, não reconhece o que ali se apresenta como parte da personalidade da mulher que, aos olhos dele se transforma em outra pessoa a quem não reconhece. Essa agressividade, porém, se estende a outros filhos, ou seja, seu comportamento atinge outros membros da família.

[...] Teve um dia mesmo que ela (filha mais velha) estava que... Eu falava com ela e parecia que ela não estava ouvindo. Aí, ela começou a chorar, eu falava com ela e ela não me ouvia. Aí, sabe aquele nervoso assim, de repente? Aí a sensação que eu tinha é que eu ia pegar ela (filha mais velha) e jogar lá de cima (mora em um sobrado de 03 pavimentos) (Mulher J).

Há situações em que ela expõe a agressividade como um pedido de socorro que anseia, mas que demora a chegar, apesar dos vários sinais emitidos. Assim, ela decide provocar a ajuda de maneira a tornar público a sua agressividade numa tentativa de obrigar a família a se preocupar e se comprometer consigo. A mulher manipula a situação para atingir o objetivo de chamar a atenção para si, para o que ocorre consigo e não consegue se fazer entender; essa ação praticada é significativa para os familiares que resolvem ter mais atenção às suas necessidades.

Nesse ambiente embebido de agressividade, o homem também se torna alvo, principalmente das agressões verbais e se vê querendo fugir do comportamento materno. Dentre as estratégias de fuga, estão o distanciamento das situações através de saídas curtas do ambiente familiar e o desejo de ir embora de casa. Rechaçado pelo comportamento da companheira, o homem começa a alimentar a ideia de abandonar a família e conseqüentemente passa a avaliar as possibilidades que tem e as conseqüências futuras. Porém, sua decisão em ficar é reconsiderada principalmente ao pensar nas responsabilidades da paternidade, ao pensar no futuro da mulher que sozinha criará os filhos, no amor que já nutre pelos filhos e também ao fato de perceber que ainda sente amor pela mulher. Oscilando entre querer ir embora e não poder ir embora, o homem também vislumbra a possibilidade de que os momentos de dificuldades no relacionamento conjugal que está experimentando um dia terão fim.

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

Porém, os desentendimentos do casal também são provocados pela recusa do homem em aceitar a maneira com que a mulher se cobra e se dedica aos cuidados do filho. Ele observa que ela tem comportamentos de cuidados excessivos ao filho relacionados a excessos na proteção higiênica do filho e na exagerada preocupação com o estado de saúde do mesmo. Esses comportamentos lhe provocam grandes desconfortos e intolerância, principalmente por sua repetição dia após dia.

Eu me sentia sufocado! Às vezes eu penso que aquilo passou, mas penso também que eu não suportaria ouvir e ver tudo aquilo de novo... Eu peguei trauma com aquilo né? Aquilo estava me sufocando. Hoje se eu ver, eu saio de perto. Eu não consigo ver aquilo! ...Aquela obsessividade! (Homem B).

Ele observa os comportamentos apresentados e os classifica como obsessivos, sente-se incomodado por lutar e não conseguir sair desse movimento que se repete várias vezes e que o deixa em seu limite de tolerância, gerando grandes desconfortos e desentendimentos conjugais. Os comportamentos e reações da mulher vão provocando afastamento e silenciamento do companheiro e demais familiares, os quais não conseguem entender o que com ela acontece. Em contrapartida, a mulher, ao não conseguir se fazer entender, começa a se sentir sozinha mesmo quando conta com a presença da família junto a si e ao filho.

Sentindo-se muito só refere-se ao sentimento de solidão que a mulher experimenta decorrentes da dificuldade de se fazer entender pela família e da percepção de que a família não valoriza o que sente. Desse modo, independentemente do número de pessoas que tem no seu entorno e que a auxilia na lida com o filho aliviando de si as demandas com o mesmo, ela se sente sozinha.

[...] na verdade eu me sentia só porque realmente ninguém era capaz de me entender. Não importava quantas pessoas estivesse ali. É como eu falo todo mundo tentava me ajudar, nos cuidados com a criança, tava todo mundo sempre perto, mas eu me sentia sozinha o tempo todo, isso eu me lembro! [...] eu acho que até pela falta de conhecimento do que estava acontecendo comigo, que nem eu sabia o que era, né?(Mulher I).

A mulher relaciona a falta de entendimento da família sobre o que acontece consigo, ao fato de não conseguir verbalizar o que está acontecendo. Luta com sua própria inabilidade e desconhecimento para descrever em palavras o que percebe de si e em si mesmo para os outros que a rodeia e apesar de saber-se em desacordo com o que esperam dela enquanto mãe, não sabe se explicar. Porém, a solidão que sente, na interação com seus familiares é atribuída também à percepção de que eles desvalorizam o que ela sente.

Além de se perceber sozinha em relação à família de origem e a família do marido, ela se sente sozinha também pelas frequentes ausências deste do ambiente doméstico. Isso, além de provocar o sentimento de solidão, provoca-lhe a sensação de abandono. Ela percebe que o homem prossegue com sua vida normal com suas atividades laborais e as recreativas aos finais de semana fora do domicílio, deixando-a sozinha, ou até mesmo excluindo-a desses compromissos, mesmo após sinalização de sua necessidade de tê-lo junto a si. Para a mulher, não é o ficar em casa que lhe causa mal estar, mas sim, ser preterida pelo marido em favor de outras necessidades dele, o que nem sempre é entendido por ele, que se propõe a deixá-la em casa de outras pessoas da família quando estiver fora para atividades recreativas, atitude

essa firmemente rejeitada por ela que se sente tratada como um objeto a ser transportado.

Quando a ausência frequente do marido do ambiente doméstico persiste, além de provocar nela a sensação de solidão e abandono, também a faz perceber que a família que se propuseram a formar já está nascendo de maneira inadequada, ou seja, separada. A mulher, ao ver o marido continuando com sua vida anterior ao nascimento do filho, se vê a si e ao filho excluídos da vida desse e se sente abandonada por ele em relação ao desenvolvimento dos cuidados ao filho, que dia após dia desenvolve solitariamente.

Entretanto, independente dos motivos, o afastamento do homem do ambiente doméstico torna-se estressante para ela, quando ela tem outro filho que depende de seus cuidados. Ao ficar sozinha com os filhos, se estressa por não dar conta de cuidar adequadamente ao mesmo tempo, a depender da idade, necessidades e nível de compreensão do filho maior que demanda uma atenção completamente diferente da que ela dedica ao recém-nascido. Nessa situação, em meio à solidão e ansiedade de ter que dar conta de atendê-los conjuntamente, se esforça para manter o controle.

[...]eu ficava assim que eu não sabia o que fazer, isso foi me deixando estressada, porque eu não dava conta com os dois bebês sozinha à noite e ele dando aula à noite. É uma coisa assim que eu percebi é que eu acho que ele (o marido) arrumou esse monte de aula, pra se afastar. Não estou falando como culpa não, porque ele não dava conta de suportar isso (o seu choro constante) e eu fiquei assim sozinha (Mulher H).

Ao mesmo tempo em que ela aponta a situação de desvantagem em que se encontra em relação ao marido, pondera sobre os comportamentos dele, enfatizando a dificuldade que ele tem de suportar as manifestações de choro que ela exhibe. Ao se perceber sozinha ela se vê imergindo cada vez mais em sentimentos estranhos a si e perdendo o seu próprio controle em relação a si mesmo.

Perdendo o controle de si mesma refere-se às percepções da mulher de si mesma onde se vê em constante e progressiva desconexão consigo mesma, aprisionada e encurralada pela depressão. Ela também se percebe descuidada de sua aparência, que se revela no abandono dela dos cuidados com a estética corporal que mantinha anteriormente, da rotina de cuidados higiênicos com seu corpo e também dos cuidados relativos à nutrição adequada do mesmo. No entanto, não somente as mudanças físicas decorrentes da DPP a incomoda e são percebidas. A sensação de que está entrando em um estado de prostração, apatia e que está desligando-se de si mesma e do ambiente em que vive se faz presente e nesse processo, a mulher se sente desanimada e sem vontade de executar qualquer atividade, incluindo os cuidados com o filho.

Porém, ela não está sozinha na percepção sobre si mesma; o homem também observa a apatia dela; mas essa percepção é tida mediante a observação que ele faz da interação dela com o filho, onde constata pouca interação com o mesmo, especificamente em relação a contatos físicos. Entretanto, os familiares e o marido observam que o comportamento da mulher se torna oscilante.

O comportamento da mulher é percebido pela família permeado por oscilações de estar e não estar presente na situação, em um ir embora de si e em um retornar a si,

e essas idas e vindas apresentadas pela mulher no curso da doença vai acendendo e apagando repetidamente a esperança da família em sua recuperação.

Impregnada por algo que não conhece e que não faz parte de si, a mulher se percebe encurralada pela depressão e cada vez mais para ela perdendo suas forças. Concomitantemente sente-se sendo empurrada para baixo e isso toma contornos concretos de um local fundo, escuro de onde a possibilidade de encontrar um apoio para a saída se torna praticamente impossível. Junto à isso, os cuidados que dispensa ao filho parece debitar cada vez mais de si as energias que poderia poupar para conseguir de lá sair. Essa situação pode piorar quando ela se percebe sem o apoio da família de origem para compartilhar os cuidados consigo mesma e com o filho o que a faz se sentir sozinha e sem valor.

Ao pensar na situação em que se encontra se percebe como alguém que deve agir para sair da situação de dominada para ter o controle de si novamente, sendo uma das maneiras de se libertar do aprisionamento em que vive o enfrentamento da DPP. Porém, outras maneiras são alimentadas por ela que se vê sentindo vontade de por fim ao sofrimento em que vive através do suicídio como uma das possibilidades de libertação. O marido é a pessoa a quem ela expressa o seu desejo e este se vê diante da gravidade do que ouve, na difícil e delicada tarefa de manter seu próprio controle, o controle da mulher, e da situação.

Chegou um momento assim que ela falava em se matar, em se jogar embaixo de um carro... Ela falava aí eu conversava com ela e tudo. E eu falava: “não é assim né, aí dava conselho prá ela, tudo”. [...] Eu mantinha a calma, mantinha a calma e conversava com ela bastante, mantinha a calma falava que não era assim, que tinha que mudar né? Orava com ela, pegava na mão dela, conversava bastante com ela, falava de Deus para ela, aí ela me ouvia, mas teve momentos assim dela se alterar [...] Eu me sentia muito preocupado, eu via que aquilo não era normal, eu queria a cura e o restabelecimento de vez (Homem B).

A constatação da gravidade no que ouve, faz com que o homem procure apoio no Divino e o traga para a mulher na tentativa de dissuadi-la para outras saídas, como a ajuda profissional. Entretanto, ao mesmo tempo em que ela pensa, ela transcende a situação imediata que está vivendo no presente e se transporta para o futuro, imaginando seu filho órfão e os prejuízos que seu ato se realizado poderia causar a ele. O amor ao filho, junto às preocupações com seu futuro e preceitos religiosos é o que a segura para seguir a vida, sem dela se livrar. Porém, o homem se preocupa quando esta verbaliza não querer ficar sozinha com a criança e associa isso a possibilidade de suicídio trazendo para a situação acontecimento com pessoa próxima ao casal.

Outra situação em que a mulher se percebe perdendo o controle diz ao seu próprio choro que é constante, mas a decisão pela busca por ajuda para contê-lo é adiada cada vez mais até que ela se vê chorando várias vezes ao dia. Porém, o marido mesmo sabendo que a mulher chorava muito, vê o choro como parte do comportamento dela. Isso acontece porque ele traz para a situação atual as experiências passadas, onde o choro da mulher esteve presente e define a situação atual como de normalidade, dificultando a percepção dos problemas que vem cursando já há algum tempo e a reboque, a decisão pela busca por ajuda.

Entretanto, há situações na interação com a mulher que o homem percebe como anormal o choro apresentado por ela, mas apresenta dificuldades para lidar com ele. Assim, ele lança mão de estratégias para manter o controle da situação e também para dela fugir. Como fuga, o homem se utiliza do aumento da carga horária de trabalho à que se submetia anteriormente e também o afastamento do ambiente familiar coincidente aos momentos em que ela chora, retornando após seu restabelecimento. Como tentativa de controle do choro dela, ele tenta acalmá-la e também evita conversar sobre o motivo, pois percebe que ela se torna mais descontrolada.

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

O comportamento apresentado pelo homem, de fuga do ambiente nos momentos em que a mulher está chorando, suscita nelas, sentimentos de solidão e abandono, além da percepção de desinteresse dele pelo que ocorre consigo, ficando claro então que tanto o homem quanto a mulher atribuem significados diferentes ao fato. Contudo, outros membros da família, especialmente outras mulheres, ao se depararem com o choro materno, tentam contê-lo através da repreensão e esta vem justificada por vários motivos, dentre eles o mais frequente se respalda na ausência de motivos para a mulher chorar diante da perfeição física e fisiológica do filho. Essa atitude cala a mulher e faz com que ela própria se recrimine e passe a se isolar para expressar o que sente sem ser recriminada e cobrada por outros por assim se encontrar.

Na ausência de pensamentos mórbidos junto a outros comportamentos que observa em si, ela acaba rechaçando a possibilidade da DPP, além de minimizar o que sente e segue tentando levar sua vida em um contexto dito como de normalidade. A exclusão da possibilidade da DPP também é reforçada pelo homem, ao analisar a interação da mulher com o filho que está impregnado pela concepção da DPP associados a comportamentos de rejeição ao filho e pela concepção cultural de comportamentos ditos normais para o pós-parto os quais se assemelham ao que a mulher apresenta em alguns momentos. Em algumas situações, a percepção de que algo não está bem, é tida pelo marido anteriormente a ela, indicando-nos que o marido está atento às mudanças na mulher e as percebe bem anteriormente a ela, apesar de não ligá-las à DPP.

Em sua interação com a família, nota que esta apesar de sabê-la diferente de antes, também não tem ideia do que de fato estivesse acontecendo com ela. Porém, para algumas famílias, a identificação da mulher como portadora de DPP é algo complexo, pois elas presenciam situações e comportamentos maternos que fogem à regra no imaginário delas para ser considerado como depressão pós-parto.

Desse modo, os comportamentos maternos são percebidos ora como normais, ora como diferentes e estranhos e associados com outros tipos de manifestação psíquica, sendo, a possibilidade de DPP não cogitada pelos familiares e nem pelo marido. Entretanto, o estranhamento que a mulher tem de seus comportamentos, principalmente os relacionados à sua interação com o filho que explicita publicamente ou que guarda para si através dos pensamentos que tem, servem como impulso para que ela busque ajuda, sendo essa realizada na leitura de materiais dos meios de comunicação que descrevem os distúrbios do pós-parto.

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

III. Assumindo o controle representa o *terceiro tempo* do modelo teórico e refere-se à etapa de retorno à superfície e de lutas para retomar o controle da própria vida. É marcada pelo diagnóstico da DPP e pelas interações mediadas pelo tratamento. Os familiares envolvem-se nesta etapa apoiando, protegendo a mulher e manejando situações difíceis para ela, sem contar muito com a sua participação. A família em alguns momentos tende a minimizar a doença e seu impacto sobre a mulher e a própria família. Com a percepção de que o controle das situações se faz mais presente, a esperança de recuperação dela também se torna mais concreta. O tratamento é apoiado pela família, ao defini-lo como um recurso que pode melhorar o funcionamento da mulher e a qualidade de vida da família.

Após identificar o que acontece consigo nas informações que acessa nos meios de comunicação, que descrevem os distúrbios psicoemocionais do pós-parto e através do contato com outras pessoas (amigos, colegas de trabalho) que a alertam sobre a possibilidade da depressão, a mulher decide pela busca por ajuda especializada para alívio de seus sofrimentos.

Buscando ajuda profissional: A mulher busca inicialmente por médicos que já a atendiam anteriormente como homeopatas, clínicos, obstetras e por psicólogos e nesses encontros já se imagina com depressão. A decisão por médico psiquiatra é em sua maioria protelada sendo feita basicamente quando ela se percebe com a exacerbação de seus sofrimentos através de comportamentos que não consegue controlar e que não foram amenizados e resolvidos através dos tratamentos instituídos anteriormente.

[...] Então, quando deu uns quatro a cinco meses, que eu tava tomando a homeopatia, eu tinha conseguido controlar um pouco o choro. Mas, eu via que a angústia, a braveza, a irritação, a sensação de arapuca, né? De estar enclausurada, em uma situação... De ter um monstro dentro de mim, pronto para morder qualquer um a qualquer momento, isso aí não tinha passado... Eu falei 'não, isso aí não tá legal'. E aí eu conversando com uma amiga, que teve depressões, não foi pós-parto, mas... Ela falou 'olha, você tem que tomar o remédio mesmo, para segurar, tem que procurar, não tem que ter preconceito, porque a gente fica lá nessa linha natureba, não sei o que, mas não tem que ter preconceito, tem que se ajudar também. Vai ficar encarando esse monstro até quando?' Aí eu falei: Ah é! (Mulher E).

Ela percebe que sua evolução se mostra arrastada durante o tratamento que buscou inicialmente e isso ela constata pela observação de que alguns dos sinais e sintomas que vinha apresentando não desapareceram com a terapia instituída. Assim, procura outras saídas da situação que se impõe a si, buscando outros profissionais como o psiquiatra, sendo que algumas vezes a decisão por este especialista é tomada após conversas com outras pessoas fora do círculo familiar.

A busca pela psicoterapia ocorre quando se vê em meio a novos eventos no decorrer do processo depressivo que parecem contribuir para a agudização de seu estado, dentre eles a impossibilidade de amamentar o filho e a vinda de outro filho que, conseqüentemente a coloca em uma situação em que tem que se desdobrar para o atendimento das necessidades deles. Assim, a procura pelo tratamento com psicóloga acontece quando percebe que sozinha não consegue lidar com outros elementos e situações que vão surgindo e que a deixa em piores condições pela sobrecarga que experimenta ao tentar lidar com o seu estado e com as situações que vão se somando a ele.

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

No entanto, a busca por auxílio psicoterápico é feita pela mulher que apresenta melhores condições financeiras e que já possui compreensão da importância desse tratamento para sua recuperação.

Buscando ajuda espiritual: A busca para alívio dos sofrimentos por intermédio da religião a qual pertence se situa através de orações diárias, em companhia do marido e de representantes da igreja a que pertence. Essa busca é realizada quando percebem a exacerbação dos sinais e sintomas da depressão e a frequente verbalização sobre o desejo de por fim ao que vive. A família, ao mesmo tempo em que busca e apoia a inserção de práticas religiosas para o alívio dos sofrimentos da mulher, se põe a condená-las e rejeitá-las quando ela percebe que a mulher se envolve com elas de maneira irracional, adquirindo comportamentos típicos de fanatismo religioso. Além disso, a família se preocupa também com prejuízos físicos à criança e a mulher ao percebê-la frequentando a igreja diariamente.

É que a gente lá começa se apegar na palavra do pastor. Nas pregações, pregam um pouco o que a gente tá passando né, aí você começa a se envolver com aquilo (Mulher F).

Essas observações são rechaçadas pela mulher que se mantém praticando a sua religiosidade, frequentando a igreja a que pertence, pois através dessa prática, consegue se identificar e sentir-se envolvida pelas palavras que escuta nas celebrações, o que lhe traz alívio de seus sofrimentos.

Percebendo-se cuidada: A mulher vê que em vários momentos a família se preocupa e cuida dela. Na prestação desses cuidados há uma maior participação das mulheres das famílias, durante o tempo em que elas julgam necessário e também quando solicitadas pela mulher. Elas se mobilizam, independentemente do acúmulo de funções que possam ter no contexto familiar e vida profissional e as grandes distâncias que tem que percorrer. Além disso, para prestarem os cuidados à mulher e aos filhos dessa, elas se organizam através da divisão de tarefas entre os membros da família. Para a distribuição de cuidados entre os membros da família, a coesão entre seus membros se torna um dos elementos facilitadores. A distribuição dos cuidados varia entre cuidados diretos aos filhos e a mulher e a observação e proteção dela em eventos que possam potencializar a piora de seu estado. O cuidado na

dependência de suas condições torna-se prioridade para a família que tenta envolver o maior número de pessoas para o atendimento das necessidades que identificam nela.

[...] Que o nenê nós sabíamos que a sogra ia cuidar bem do nenê. Nós não tínhamos essa preocupação né, depois que minha mãe entregou o nenê (para a sogra), nós sabíamos que ela (a sogra) ia cuidar bem do nenê, nós ficávamos preocupados com ela, pra ela ficar boa logo né (Irmã mulher F).

Assim, mulheres da família acabam se envolvendo na situação, através da formação de uma rede de colaboração e solidariedade, onde agem cooperando uns com os outros, compartilhando e distribuindo cuidados, suprimindo suas necessidades de atendimento médico e social afetivas, objetivando o seu retorno ao comportamento anterior à depressão pós-parto. No entanto, muitos dos cuidados prestados pelos familiares através das mulheres são direcionados aos cuidados do (os) filho (os), mas esses acabam por aliviar a sobrecarga física e psíquica da mulher, confortando-a demasiadamente, pois ela se sente também cuidada através da atenção dispensada aos seus filhos. Os cuidados dispensados pelas mulheres da família se estendem a proteção da união conjugal do casal, através de diálogos informativos ao homem e ou no controle de comportamentos de intolerância do homem para com a mulher, observados quando de sua interação com o casal.

Eu não sabia o que fazer, mas eu falava com o marido dela: “Y tenha muita paciência com a X! Não cobra muito da X! ela não tá boa, ela não tá bem! Tenha paciência com ela. No que você puder ajudar, ajuda, e não atrapalha. Porque ela não tá certa!” Era assim que eu podia fazer por ela... (Sogra C).

As mulheres mais velhas da família se permitem e imaginam através de suas próprias experiências as dificuldades que a mulher com filho recém-nascidos possa estar tendo. Todo esse cuidado desenvolvido pelos familiares provoca na mulher, mesmo que temporariamente, a sensação de conforto, acolhimento e equilíbrio.

Na interação com psiquiatras e psicólogos, ela se sente respeitada em seu tempo de recuperação da doença, além de se sentir acolhida mediante informações detalhadas sobre o que acontece consigo sua evolução e possibilidades de superação. Outra fonte de apoio e cuidados recebidos localiza-se nas comunidades religiosas a qual pertence bem como de mulheres que compõem algumas sociedades internas às igrejas. Assim, a mulher, familiares e marido, se sentem, ao receberem ajuda profissional e espiritual, confortados, acolhidos, orientados e fortalecidos para seguir a vida. Com o tempo e recuperação do evento, a mulher começa a examinar o passado ao mesmo tempo em que tenta uma nova forma de caminhar.

Tentando uma nova forma de caminhar : Nessa nova forma de caminhar, a mulher se vê lutando para construir uma boa maternidade, onde ela recrimina-se por ter sido agressiva com o filho e, invadida pelo sentimento de compaixão todas as vezes que se lembra das atitudes que com ele teve durante o processo depressivo. Passado o período depressivo se avalia enquanto mãe que conseguiu e pode ser como uma mãe ruim principalmente quando revisa comportamentos explosivos que teve com o filho e se vê lutando para se transformar em uma mãe diferente da que estava em curso e a qual reprova e rejeita, apesar de dela não ter tido o controle total.

Percebendo que poderia ter sido uma mãe afetivamente melhor com seu filho, se vê preocupando-se com as possíveis consequências da depressão sobre ele. No decorrer do crescimento do filho, começa a relacionar as respostas comportamentais dele como negativas e problemáticas, associando-as diretamente à interação estabelecida com ele durante a depressão. Na luta que trava para minimizar no filho o que acredita ser consequência de seu adoecimento, ela se vê em uma busca de mudanças em seu próprio comportamento que ainda tem alguns traços do que tinha quando em depressão, sendo esses vistos por ela, como prejudiciais ao bom desenvolvimento do filho. Ela conta com a participação firme do marido que preocupado com a relação que se estabeleceu entre mãe e filho, muitas vezes interfere nessa para auxiliá-los a se tornarem independentes.

Apesar de muitas vezes se sentir em uma condição mental onde se considera recuperada da depressão pós-parto, ela se percebe em determinadas situações ameaçada por alguns comportamentos semelhantes aos que tinha quando em depressão. Esses são também percebidos na interação com seus companheiros que os identifica como iguais aos que ela apresentava no curso da doença, os quais são considerados como um sinal de alerta de que deve se manter atenta no controle dos mesmos.

Ainda por uns bons seis meses, eu ficava com uma coisa assim 'será que eu estou?' (olha por cima do ombro) tendo a sensação de que ela (a depressão) pode voltar. Às vezes dá uma carga de irritação, eu falo 'não, espera aí, controla esse monstro, esse monstro que tá enjaulado né? Joga a chave fora, né?' (Mulher E).

A vida conjugal também se torna objeto de seu cuidado após a depressão, onde ela tenta retomar o padrão anterior. A mulher vê esse processo como algo que provocou mudanças intensas e remetem a situação em que se encontrava à sensação de que algo muito forte passou em sua vida provocando a desorganização do modo como funcionava "as coisas" de sua vida, impondo-lhe um novo funcionamento e no qual não conseguia se situar e ter o controle.

Olha, pra mim pareceu que foi um furacão na minha vida, sabe? Quando uma coisa te tira, chega e muda tudo, e foge do seu controle? Então, eu senti isso, parece que a minha vida saiu do meu controle e mudou muito e tudo. E eu não consegui me situar naquilo (Mulher D).

Esse descontrole afeta o relacionamento conjugal marcado por desentendimentos constantes decorrentes de sua dificuldade em entender as situações que ocorriam no dia a dia tal como elas eram postas a si, pelo companheiro. Na interação com o marido, a dificuldade de entendimento dela das várias questões que se apresentavam é bem percebida por ele.

Embora considerado como um tempo que provoca grandes sofrimentos, desorganização e conseqüente distanciamento conjugal, ambos afirmam que após a depressão pós-parto, conseguiram restabelecer a maneira como funcionava o casamento. Para isso, também tiveram que exercitar uma nova forma de se abordarem, onde passaram a cuidar do processo de comunicação entre eles, a contornar os problemas que surgiram no dia a dia, aliado ao exercício do autocontrole e ponderação nos momentos de tensão conjugal.

DISCUSSÃO

Este estudo evidencia que comportamentos de descontrole presentes na mulher são percebidos pela família que se vê com dificuldades para apoiá-la e controlar esses eventos. O homem, um dos alvos desses comportamentos procura, na interação com a mulher, maneiras de manter o controle de si e amenizar a tensão que se estabelece. Dentre as estratégias buscadas por ele, está o silêncio e o distanciamento físico da mulher por períodos de tempo variável, principalmente diante do choro desta e do descontrole verbal a ele direcionado. Entretanto, o comportamento do homem contribui para a exacerbação da irritabilidade da mulher e de seu descontrole, pois ela entende sua atitude como de desvalorização sobre o que sente e expressa, além de se sentir sozinha. Esses resultados são congruentes com os de um estudo⁽⁹⁾ em que as mulheres achavam que seus parceiros ficavam muito ausentes de casa, trabalhavam muito, não se engajavam com elas e com os filhos, além de não as ajudarem com eles. Elas se sentiam com muita raiva, irritadas e desapontadas com seus maridos, afirmando que o comportamento deles tirou muito da alegria e da felicidade que elas esperavam sentir com o nascimento de seus filhos⁽⁹⁾. Para as mulheres de outro estudo⁽¹⁰⁾ estar sozinha em casa foi percebido como uma situação em que toleravam e a contra gosto, especialmente quando os maridos se ausentavam por longos períodos por motivo de trabalho.

Em nosso estudo, o afastamento do homem da turbulência provocada pela depressão além de ser uma maneira de tentar proteger a unidade familiar é também consequente ao fato de não saber lidar com a situação, por desconhecimento, despreparo e dificuldades em lidar com aspectos emocionais. Em um estudo⁽¹¹⁾, os homens cujas parceiras tiveram DPP apontam como necessidades o apoio profissional, de amigos e famílias, sendo esses dois últimos com a intenção de conversar e compartilhar a sobrecarga que se percebiam carregando relativa ao adoecimento da mulher.

Em outro estudo, cônjuges vivendo com um paciente deprimido relataram mais humor deprimido do que a população em geral, sendo isso em estreita relação com a sobrecarga aumentada de viver com um parceiro nesta situação⁽¹²⁾. Nesse mesmo estudo, ficou evidente a presença de desarmonia na relação, mas a direção da causalidade entre elas difícil de identificar. A DPP das mães é descrita em um outro estudo⁽¹³⁾ como um tempo difícil, de grande sofrimento para o casal, de dor e confusão também para o homem, que se vê apanhado de surpresa numa situação que não previu, não controla e nem sabe como resolver. Eles referem não ter saudades desse tempo e descrevem a vivência familiar como um verdadeiro caos, pautado pelo cansaço e desespero. A maior parte dos homens relatou ter sentido perplexidade face ao comportamento da companheira, além do de sentimentos de choque, incompreensão, confusão e desilusão⁽¹³⁾.

O homem, em situação de doença, pode apoiar a mulher, mas ficar desconfortável em lidar com a tristeza e necessidades emocionais dela e isso acontece porque eles tendem a enfrentar os aspectos práticos ou instrumentais de enfrentamento e evitam o lado emocional do seu cônjuge e deles mesmos⁽¹⁴⁾. Eles descrevem reações e sentimentos fortes no período inicial da doença relacionado com a dificuldade em entender o que está acontecendo com sua esposa, definindo a vivência com elas como dias cheios de reações estressantes⁽¹⁵⁾. Resultados semelhantes ao do estudo acima foram encontrados no presente estudo, onde o descontrole da mulher causa desconfortos, sofrimentos e estranhamentos principalmente para o marido que além

de ser alvo, não reconhece o que ali se apresenta como parte da personalidade dela. Entretanto, mesmo o cônjuge e demais familiares não entendendo o que está acontecendo com a mulher, procuram aliviar o sofrimento dela através do apoio com os cuidados da criança, da própria mulher e do funcionamento da casa.

A presença de depressão na mulher pode trazer dificuldades no relacionamento conjugal ⁽¹⁶⁾, sendo o processo de comunicação especialmente quanto à forma de resolução de conflitos mais difícil, pois os casais têm dificuldade de exprimir as diferenças por um grande medo de que o conflito aumente e ocasione violência ou ruptura do casamento. Em nosso estudo, embora o homem se esforce na proteção da unidade familiar, a possibilidade de separação conjugal também é por eles pensada em alguns momentos quando a tensão se exacerba e ele se vê sem saída e perdendo o controle da relação. Em contra partida, a mulher relata dificuldades em comunicar o que acontece consigo ao marido e também para a família. Isso está ligado à incompreensão que experimenta sobre o que lhe acontece e à impossibilidade de fazer revelações que confrontam o modelo de maternidade aceito socialmente, o qual é reforçado nas atitudes das mulheres da família que a alerta sobre a necessidade de ela se manter firme nas tarefas inerentes ao seu exercício.

O comportamento descontrolado das mulheres de nosso estudo cresce em si, dia após dia e o medo de não conseguir contê-lo se faz presente, especialmente em seu contato com o filho, pois o percebe se manifestar à sua revelia na interação com outras pessoas de seu entorno; isso a assusta e a faz ficar em constante vigilância sobre si mesmo. Resultados semelhantes são apontados em um estudo ⁽¹⁷⁾ onde as mulheres expressam choque, vergonha e culpa pelo pensamento de querer prejudicar seus bebês e apesar de dizerem que nunca os executaram, elas se diziam desapontadas consigo mesmas, surpresas com os seus pensamentos e aliviadas quando eles desapareciam.

A segurança com a presença dos maridos é referida em um estudo ⁽¹⁰⁾ onde as mulheres relatam que a presença física dos maridos em casa diminuía o medo delas em relação às manifestações da DPP e foi representada como uma oportunidade para elas expressarem verbalmente suas preocupações e incertezas, além de ser uma oportunidade de verbalizar sentimentos e pensamentos embora seletivos, mas que possivelmente diminuiu o caos emocional e desequilíbrio interior que elas sentiam ⁽¹⁰⁾. Em relação à presença do pai junto à mãe com depressão pós-parto, um estudo ⁽¹⁸⁾, observa que a presença do pai foi de grande importância para a mãe além de o bebê ter se tornado responsabilidade mútua do casal, sendo que o apoio do pai no cuidado do bebê uniu mais os cônjuges e os ajudou a entender melhor o tumulto emocional em que a mãe estava imersa ⁽¹⁸⁾.

Estudiosos ⁽¹⁹⁾ dizem que os esposos de mulheres deprimidas tendem a ficar mais envolvidos com seus filhos do que pais cujas esposas não estão deprimidas, provavelmente numa tentativa de compensar as dificuldades dela com a depressão. Dessa forma, o pai poderia amenizar os possíveis efeitos da depressão materna para seus filhos, ao prover um modelo de interação sensível e responsivo às necessidades das crianças, quando sua esposa pode não estar conseguindo fazê-lo ⁽¹⁹⁾. Em contraposição a essa ideia, estudo ⁽²⁰⁾ demonstra que homens cujas parceiras estavam deprimidas tinham escores de depressão e estresse significativamente mais alto e menos interação boa pai-bebê do que os homens cujas parceiras não estavam deprimidas, o que evidencia que, quando uma mulher está tendo depressão pós-parto, a interação pai-bebê é afetada negativamente. Em nosso estudo o

distanciamento do homem com o filho e também com a mulher em alguns momentos específicos, está associado com as dificuldades que o homem tem de lidar com os comportamentos da mulher e nesses momentos, o apoio dos familiares facilita o distanciamento dele, permitindo que ele se recomponha emocionalmente e retorne a situação.

O fato de grande parte das mulheres de nosso estudo, apresentarem a irritabilidade e agressividade muitas vezes descontroladas em suas relações contribui para que as pessoas com as quais se relacionem no contexto familiar não as associem à DPP e nem elas mesmas se percebam. Esses comportamentos, apesar de não associados à DPP pelas famílias de nosso estudo, foram os que mais provocaram transtornos familiares. Estudo ⁽²¹⁾ chama a atenção sobre a variedade de sintomas da DPP e dentre esses a irritabilidade que pode variar em intensidade desde a intolerância até uma explosão destrutiva de grandes proporções ⁽²¹⁾.

Nesse movimento intenso de dificuldades relacionais consigo mesma e com outros a mulher começa a se perceber perdendo o controle de si mesma, e as ideias de colocar um fim no sofrimento em que vive através do suicídio começam a fazer parte de seus pensamentos. Esse comportamento é o que a faz se perceber, bem como ser percebida pela família como necessitada de ajuda especializada. Entretanto, os comportamentos de prostração e de desligamento do mundo em seu entorno chamam mais a atenção da família de que algo com ela esteja errado e isso está relacionada a maneira como é concebido os sinais e sintomas da DPP pela família que a relaciona estritamente à esses comportamentos.

A sensação de perda de forças faz com que a mulher se sinta rendida pela DPP e essa sensação toma contornos de terror, pois pensa na possibilidade de acabar com a própria vida e em contrapartida em sua responsabilidade com o filho. Pelo menos dois terços das mulheres deprimidas no pós-parto em um estudo ⁽²²⁾, mencionaram que elas não conseguiam ver uma saída para sua situação exceto por meios violentos como o suicídio e também através do infanticídio. Outro estudo aponta que uma das maiores dificuldades para os familiares de mulheres com DPP é quando os sinais e sintomas se exacerbam em alguns momentos e aparece o desejo de suicídio ⁽²³⁾. Os maridos descrevem suas esposas com comportamentos autodestrutivos, como o suicídio, sendo que essa possibilidade os deixa tremendamente amedrontados ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

Os achados de nosso estudo apontam a necessidade de considerar as implicações da DPP para toda a família, incluindo especialmente os homens pais, além dos filhos, que são pela maior proximidade da mulher, mais atingidos pela depressão pós-parto. Marginalizado pelos serviços de saúde perinatal que tem como foco a mulher e o bebê, o homem passa após o parto a ter que dar suporte a eventos relacionados à mulher e para os quais não foi preparado. Considerando-se que a depressão mobiliza e afeta a todos que com a mulher convive, é necessário que toda a família seja tomada como objeto do cuidado a ser oferecido, além de ser inquirida sobre comportamentos estranhos da mulher, bem como de todo o contexto familiar advindos do nascimento da criança.

Este estudo demonstra que a DPP acarreta sofrimentos para a mulher e família, e também desgastes nas relações conjugais, havendo a necessidade de os profissionais que atendem o ciclo gravídico puerperal instrumentalizar a família com

informações que lhes proporcione capacidades na identificação e segurança em seu manuseio.

Profissionais da área da saúde costumam focar junto às mulheres grávidas, elementos positivos do ciclo gravídico puerperal; essa prática pode e deve ser conservada, mas também mescladas de elementos desagradáveis como os transtornos emocionais do pós-parto, dentre eles a depressão pós-parto, com todos os aspectos comportamentais que a mulher pode apresentar diante desse evento. O pós-parto pode ser um período de ganhos, de felicidade, de encantamentos, de plenitude, mas também pode se transformar em um período com experiências completamente opostas a essas e, a possibilidade de que isso ocorra deve ser revelado à família.

REFERÊNCIAS

- 1 - Zinga D, Phillips SD, Born, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27 Supl 2:S56-64.
- 2- American Medical Association. Guia essencial de depressão. Trad. de Claudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquariana; 2002.
- 3 - Sintra T, Cordeiro OR. Distúrbios mentais maternos do pós-parto: dar à luz e... ficar às escuras. Rev Saúde Infantil. 1998; 20(1): 29-41.
- 4 - Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. J Clin Psychiatry. 1998; 59 Suppl 2:S34-40.
- 5 - Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2ª ed. Brasília, DF; 2008.
- 7 - Glaser B, Strauss A. The Discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 2009.
- 8 - BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.
- 9 - Edhborg M, Friberg M, Lundh W, Widström AM. "Struggling with life": narratives from women with signs of postpartum depression. Scand J Public Health. 2005; 33(4):261-7.
- 10 - Montgomery P, Bailey P, Purdon SJ, Snelling SJ, Kauppi C. Women with postpartum depression: "my husbands" stories. BMC Nurs. 2009;8:8.
- 11 - Letourneau N, Tryphonopoulos PD, Duffett-Leger L, Stewart M, Benzie K, Dennis CL, et al. Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. J Perinat Neonatal Nurs. 2012; 26(1):69-80.
- 12 - Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. Int Rev Psychiatry. 2003; 15(3): 243-55.
- 13 - Martins D, Pires AP. O comportamento parental de companheiros de mulheres com depressão pós-parto. Mudanças Psicol Saúde. 2008; 16(2): 106-15.
- 14 - Rolland JG. Families, illness and disability: an integrative treatment model. New York: Basic Books; 1994.
- 15 - Engqvist I, Nilsson K. Men's experience of their partners' postpartum psychiatric disorders: narratives from the internet. Ment Health Fam Med. 2011; 8(3):137-46.
- 16 - Frizzo GB, Brys I, Lopes RCS, Piccinini CA. Conjugalidade em contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebê. Aletheia. 2010; (31): 66-81.

- 17 - Ugarriza DN. Postpartum depressed women's explanation of depression. J Nurs Scholarsh. 2002; 34(3): 227-33.
- 18 - Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Laippala P. Family dynamics and postnatal depression. J Psychiatr Health Nurs. 2004; 11(2):141-9.
- 19 - Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol Estudo. 2005; 10(1): 47-55.
- 20- Goodman JH. Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. Infant Ment Health J. 2008; 29(6):624-43.
- 21 - Beck CT, Indman P. The many faces of postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005; 34(5): 569-76.
- 22 - Chan S, Levy V. Postnatal depression: a qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. J Clin Nurs. 2004; 13(1):120-3.
- 23 - Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Oliveira LN, Martins VR. Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. Rev Enferm Cent O Min. 2011; 1(3): 283-93.

Recebido: 04 de setembro de 2014; Aceito: 21 de novembro de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia