



## ARTIGO DE PESQUISA

### EXPERIÊNCIA DE FAMILIARES NA VIVÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

*EXPERIENCE OF FAMILY IN THE EXPERIENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION  
LA EXPERIENCIA DE LA FAMILIA EN LA EXPERIENCIA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO*

*Maria Eliane Liégio Matão<sup>1</sup>, Denismar Borges de Miranda<sup>2</sup>, Pedro Humberto Faria Campos<sup>3</sup>, Liamara Nobre de Oliveira<sup>4</sup>, Vívian Rosa Martins<sup>4</sup>*

#### RESUMO

Conhecer a vivência de familiares com experiência de Depressão Pós-parto (DPP). Método: estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Utilizou-se técnica de completamento de frases para a coleta de dados e análise de conteúdo para estabelecimento de categorias temáticas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Pontifícia Universidade Católica de Goiás (876/08). Resultados: o material foi classificado e agrupado em três categorias temáticas: a primeira, “Quando os olhares se deparam com mudanças”; a segunda, “A família no con(viver) da DPP” e a última, “Profissionais x Instituição: repercussões do (des)compromisso”. Conclusões: o cuidado com a mulher com quadro de DPP é assumido por membros da família. A família se vê envolvida num acúmulo de emoções, marcados por sentimentos de medo, tristeza, desespero e pânico. Os serviços de saúde devem estar organizados para oferecer atendimento integral a todos os agravos que os indivíduos apresentarem. Torna-se imperiosa a necessidade de sensibilizar e qualificar profissionais de saúde para a importância do fenômeno que se constitui a DPP. **Descritores:** Depressão pós-parto; Transtornos psicóticos; Depressão; Relações familiares; Acontecimentos que mudam a vida.

#### ABSTRACT

To know the experiences of family members with experience of postpartum depression. Method: exploratory, descriptive qualitative approach. We used the technique of completing sentences and content analysis to establish the themes. The study was approved by the Ethics in Research Catholic University of Goiás (876/08). Results: the material was sorted and grouped into three thematic categories: the first, "While looks are faced with changes", the second, "The family live in the post-partum depression" and the last in "Professional verse Institution: effects of disengagement". Conclusions: the care of women with signs of postpartum depression is assumed by family members. The family becomes entangled in a buildup of emotions, marked by feelings of fear, sadness, despair and panic. Health services should be organized to provide comprehensive care to all individuals to submit grievances. It becomes imperative to raise awareness and qualify health professionals to the importance of the phenomenon that is the post-partum depression. **Descriptors:** Depression postpartum; Phychotic disorders; Depression; Family relations; Life change events.

#### RESUMEN

Conocer las experiencias de los miembros de la familia con la experiencia de la depresión postparto. Método: El enfoque exploratorio, cualitativo, descriptivo. Se utilizó la técnica de completar frases y análisis de contenido para establecer los temas. El estudio fue aprobado por la Ética en la Investigación de la Universidad Católica de Goiás (876/08). Resultados: El material fue ordenados y agrupados en tres categorías temáticas: la primera, “Mientras que las Miradas se Enfrentan a los Cambios”, el segundo, “La familia Vive en la Depresión Postparto” y el último en “Profesional x Institución: efectos de la de separación”. Conclusiones: La atención de las mujeres con signos de depresión postparto sea asumida por los miembros de la familia. La familia se enreda en una acumulación de emociones, marcada por sentimientos de temor, tristeza, desesperación y el pánico. Los servicios de salud deberán organizarse para proporcionar atención integral a todas las personas a presentar quejas. Se convierte en imprescindible para crear conciencia y capacitar a los profesionales de la salud sobre la importancia del fenómeno que es la depresión postparto. **Descriptoros:** Depresion posparto; Trastornos psicóticos; Depresión; Relaciones familiares; Acontecimientos que cambian la vida.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem, UFMG; Especialista em Obstetrícia, UnB. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-Goiás Enfermeiro. <sup>2</sup>Enfermeiro graduado pela Universidade Católica de Goiás, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade de Brasília, Especialista em Enfermagem em Neonatologia e Pediatria pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. <sup>3</sup>Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Université de Provence, França. Professor Titular do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-Goiás. <sup>4</sup>Enfermeira Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-GO.

## INTRODUÇÃO

As profundas transformações induzidas pela gravidez atingem tanto a mulher (mudanças físicas e emocionais) quanto a sua família. É uma fase marcada por inúmeras sensações, anseios, dúvidas e temores acerca da gestação, parto e pós-parto, enfim com a maternidade. O nascimento do bebê implica em mudanças no estilo de vida do casal e/ou família, pois o bem-estar do filho recém-nascido torna-se a prioridade na vida dos pais e familiares<sup>(1)</sup>.

O puerpério é o período em que as modificações locais e sistêmicas decorrentes da gravidez no corpo materno retornam ao seu estado pré-gravídico<sup>(2)</sup>. O pós-parto é um período marcado pela vulnerabilidade da mulher, dúvidas acerca do cuidado com o bebê, sentimentos de insegurança e ansiedade<sup>(1)</sup>.

As pressões sociais para ser uma boa mãe, o medo do desconhecido, a falta de apoio familiar e a fragilidade da mulher no período gravídico-puerperal são alguns fatores que provocam nas mulheres tensões e ansiedades. Esses fatores podem determinar reações tidas como fisiológicas que caracterizam o *blues* ou tristeza puerperal, ocasionando angústia, insegurança, sentimento de incapacidade e até mesmo transtornos graves, como depressão pós-parto e psicose puerperal<sup>(3)</sup>.

A Depressão Pós-parto (DPP) é definida como um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Geralmente inicia na quarta a oitava semana após o parto e pode persistir até um ano<sup>(4)</sup>. Dificuldade para dormir, ansiedade, hipocondria, alterações alimentares, preocupação excessiva com a saúde do bebê, dificuldade de concentração, irritação, humor

deprimido, perda da libido, sentimentos de culpa, sintomas paranóides, ideias suicidas, sentimentos negativos em relação ao marido, sentimentos de incapacidade em relação à maternidade, dificuldade para a realização de suas tarefas diárias, entre outros são os sintomas mais prevalentes<sup>(4)</sup>. Acrescentam-se ainda, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele<sup>(5)</sup>.

Dentre os fatores de risco associados aos quadros depressivos destacam-se: falta de suporte familiar e social, relações conjugais precárias, intercorrências obstétricas traumáticas (malformações, óbito fetal), acontecimentos traumáticos da vida (separação, morte), e história familiar de transtornos do humor<sup>(6-8)</sup>. Em relação à etiologia da DPP é um aspecto complexo a ser determinado, pois ainda não existe conclusão definitiva sobre o assunto. Atualmente, grande atenção tem sido dada à serotonina, ao hormônio do crescimento e tireoidiano. Admite-se que o triptofano, aminoácido precursor da serotonina, atua como neurotransmissor inibitório do SNC e a sua falta levaria à menor disponibilidade de serotonina, ocasionando a DPP<sup>(9)</sup>.

Frente a um quadro depressivo, muitas mães consideradas cuidadoras por excelência pela imagem romanceada da maternidade, passam a receber cuidados<sup>(3)</sup>. Vivenciando essa inversão de papéis, a família assume a assistência à nova mãe e ao bebê. Essa situação conflituosa é, muitas vezes, mediada por profissionais de saúde (enfermeiros, obstetras, psiquiatras, psicólogos), na tentativa de estabelecer a retomada do equilíbrio familiar<sup>(10)</sup>, mas é o suporte familiar que representa uma base de sustentação para a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes, além da adequação de comportamentos maternos em relação aos filhos<sup>(11)</sup>. Assim, o suporte oferecido pela família torna-se

necessário à mulher com DPP, considerando serem os familiares àqueles que mais convivem com ela e que sofrem o reflexo da doença. Nesse contexto, os familiares necessitam de orientação profissional para lidar com a mulher em depressão. Os profissionais como educadores, devem orientar sobre a importância da consulta de pré-natal, bem como estar atentos a problemas emocionais sentidos pela mulher ao longo do período gravídico, integrando a família no cuidado e informando a mesma sobre qualquer alteração.

A DPP contraria as expectativas de alegria presentes no nascimento de um bebê. Tudo se torna obscuro, angustiante, sem vida. A família, principal suporte para a mulher, se vê mergulhada nos mesmos sentimentos. Neste contexto, este estudo objetivou conhecer a vivência de familiares com experiência de DPP. Por certo, o fato de promover discussões no meio acadêmico, a partir de relatos do cotidiano vivido por familiares de puérperas acometidas pela DPP, certamente se configura como importante gatilho para aproximar a unidade teórica da prática. No âmbito profissional, acredita-se que possa fazer a articulação entre a formação inicial e a formação continuada, ou permanente como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, estudos que dão voz à comunidade assistida, direta ou indiretamente, contribuem para que os integrantes da equipe de saúde possam tomar conhecimento da prática diária, bem como promovam uma reflexão acerca da mesma, e alguma melhoria do atendimento oferecido à comunidade possa acontecer.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, direcionado aos familiares de mulheres com

diagnóstico de DPP. Fizeram parte deste estudo, familiares de mulheres com diagnóstico de DPP desencadeado no período puerperal, cuja gestação tenha sido considerada de baixo risco. Foram excluídos, familiares de mulheres que apresentavam transtorno psicótico e/ou psicológico prévios à gestação, gestação de alto risco e familiares menores de 18 anos. O período inicial previsto para a investigação da ocorrência de DPP foi de no máximo dois anos, entretanto, houve a necessidade de ampliar esse período, uma vez que não se obteve a saturação dos dados, este o critério definido para o encerramento da etapa<sup>(12)</sup>. Assim, compuseram o estudo, familiares de mulheres diagnosticadas num espaço de 10 anos, entre julho de 1998 a 2008.

Considera-se, neste estudo, a percepção de 11 familiares, estes ligados por laços afetivos, não somente por laços sanguíneos. Os preceitos da Resolução 196/96<sup>(17)</sup> foram atendidos. Com vistas a manutenção do anonimato os sujeitos foram identificados conforme a ordem de participação seguida do parentesco.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (documento de aprovação número 876/08) procedeu-se à seleção dos sujeitos pela busca nos registros do Programa Saúde da Família da região noroeste de Goiânia/GO. Em seguida, foi realizada uma visita domiciliar, quando a proposta de estudo foi apresentada; nos casos em que a participação foi autorizada formalmente, iniciou-se, entre agosto e outubro de 2008, a aplicação dos instrumentos: um formulário para caracterização sócio econômica-cultural e o outro, questionário conforme técnica de Completamento de Frases idealizada por Rotter<sup>(18)</sup>, adaptado para o tema em tela. Em todos os casos, a coleta de dados foi realizada pelas mesmas pesquisadoras, estas

devidamente treinadas, com vistas à sua uniformização. Mediante autorização de cada sujeito, optou-se pelo registro por meio de gravação em fita K-7, os quais foram transcritos na íntegra e a gravação das fitas apagadas ao final.

Utilizou-se análise de conteúdo para o estabelecimento de categorias temáticas.<sup>15</sup> Para tanto, observou-se adaptação ao conteúdo e ao objetivo do trabalho, de modo a garantir homogeneidade (não se devem misturar coisas diferentes); a exaustão- esgotamento da totalidade do texto; exclusividade (um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado em duas categorias diferentes); objetividade e a pertinência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maior parte dos participantes é parente consanguíneo (mãe, pai, avó, tia e irmão) de mulheres com diagnóstico de DPP, exceto dois que estão ligados por laços afetivos (vizinha e cunhada). Todos possuem casa própria com saneamento básico e baixo nível de escolaridade. De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil estabelecido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>(20)</sup>, a maioria dos sujeitos é de classe social baixa com remuneração inferior a dois salários mínimos.

O material obtido junto aos sujeitos foi submetido à pré-análise (“leitura flutuante”) para posterior constituição do *corpus* da pesquisa. Após exaustivas leituras, valendo-se da inferência e da interpretação, classificou-se e agregou os resultados nas seguintes categorias temáticas: Quando os olhares se deparam com mudanças; A família no con(viver) da DPP; Profissionais X Instituição: repercussões do (des)compromisso, todas descritas a seguir.

- Análise fenomenológica

- Quando os olhares se deparam com mudanças:

A percepção da instalação da DPP pelos sujeitos aconteceu de forma gradativa, com a manifestação dos sintomas após a saída da maternidade, a partir da primeira semana puerperal, conforme se observa nas falas a seguir:

*... ela começou a chorar muito né e a não querer trocar o bebê ... (S2, mãe);*

*O seu comportamento foi alterando e, aos poucos, tornando-se agressiva, desaparecendo por completo aquela pessoa sempre carinhosa, alegre e sorridente (S9, irmão).*

A maioria dos familiares cita como um dos comportamentos evidentes na puérpera a rejeição do bebê:

*... a mãe fazia careta, olhava para o lado enquanto amamentava. Ela tinha medo, não queria nem ver o bebê (S1, cunhada);*

*... não é por falta de amor, eu via que ela tinha amor por ele, mas ela não tinha, assim, vontade de cuidar, vontade de cuidar dele, vontade..., acho que é vontade própria né de cuidar dele ... (S2, mãe);*

*A gente tentou fazer o possível... pra tirar ela dessa... pra ela poder enxergar que a filha dela era o mais importante, o bem mais precioso que ela tinha naquele momento. Ela não queria aceitar de jeito nenhum, não quis (S10, Tia).*

Outra manifestação apontada por familiares frente ao quadro depressivo é o choro da mulher de maneira recorrente:

*... ela mudou muito... porque era uma menina muito alegre e de repente só chorava e não queria saber de divertir mais ... (S7, mãe).*

É importante ressaltar que o conhecimento dos familiares acerca da DPP é precário. Um dos sujeitos vivenciou alguma aproximação com a DPP e aos outros a informação foi repassada por terceiros, o que pode ser apreendido nas seguintes falas:

*... e pelo que eu ouço falar, eu também não sou entendida da área... eu pude perceber que era uma depressão pós-parto... e falei realmente eu tô achando que é uma depressão pós- parto ..., ela me falou que era mesmo uma depressão... só confirmou o que a gente já desconfiava (S2, mãe);*

*... aí a gente percebeu que ela tava assim... eu já tive isso... eu sei como é que é (S8, vizinha);*

*Podia ser... pelo que os outros falava, aí eu vi que era... pelo que os outros falava como que era a depressão (S11, avó).*

Diante disso, os sujeitos se deparam com a sensação de impotência em ajudar a mulher a enfrentar o quadro depressivo:

*... todos nós, familiares e amigos, fomos pegos de surpresa. Não sabíamos como agir, era uma situação nova, sem nenhum conhecimento a respeito. Com muita preocupação, pois não sabíamos como ajudar e pedir socorro ... (S9, irmão).*

Na vigência do quadro depressivo puerperal há períodos em que os sinais se exacerbam, os momentos de crise. Segundo os familiares, configura-se como uma das maiores dificuldades. De forma isolada, a tentativa de suicídio é retratada:

*... ficando do lado dela, apoiando ela. Ela foi para o serviço e queria subir num poste de alta tensão para suicidar ... (S3, mãe).*

Nesse contexto, os familiares procuram ajuda especializada. Com o tratamento, os mesmos percebem mudanças no comportamento da mulher:

*Ela teve mais paciência..., quis trabalhar..., foi aí que eu achei que ela tava melhor por isso, com o bebê, mais paciência com o bebê. Começou cuidar dela mais direitinho, já carinhava, já adulava ela assim, você via que parece que ela tava com amor nela, né ... (S11, avó).*

#### **A família no (com)viver com a DPP**

Vigente o quadro de DPP, a família torna-se a base de sustentação para a mulher. O cuidado necessário para com a “Nova Família” é exercido por terceiros, familiares ou não:

*Só lágrima descia, ela não conversava, não comia, não tomava banho. Nós que fazia tudo isso (S5, mãe);*

*Dia e noite a gente tava aqui... eu mesmo convivi com ela. A gente se apegou muito. Tenho ela igual a minha filha, sabe (S6, tia);*

*... a gente tentou ajudar, conversar com ela, levar ela pra sair pra ver se ela animava mais um pouco... é ajudar... pra ver se ela tentava se alimentar melhor, pra ter mais cuidado com o neném, com ela assim mesmo, pra ela se sentir auto-estima (S8, vizinha).*

O apoio e a união familiar são retratados na quase totalidade dos casos, como exemplifica na fala a seguir:

*... todo mundo se uniu pra fazer o possível, não deixar ela só, nem deixar ela sentir falta de... algum tipo de carinho. A gente tentou... adular (S10, tia).*

Em caso isolado, há relato do despreparo familiar frente às alterações no comportamento da mulher:

*No momento, eles diziam assim, “a não, tem que obrigar ela, obrigar ela”, eu falei “a não vamos conversar com ela”, assim obrigar ela a dar mamá, porque ela não queria dar mamá. Ai eu falei, “vamos conversar com ela, e explicar pra ela” (S11, avó).*

Os familiares, em diversas falas, exprimem seus sofrimentos decorrentes das experiências vividas:

*... foi um pânico. Não esperávamos. Nós nunca nem tinha visto o que era isso. Ai quando acontece na família a gente fica em pânico (S5, mãe);*

*... abalou muito a família nossa. Desmoronou tudo (S6, tia);*

*... foi horrível. Não gosto nem de lembrar. Foi desesperador pra gente. Eu chorava junto de ver ela naquela situação (S5, mãe).*

É importante ressaltar, ainda, que parte dos familiares cita a falta de entendimento de alguns e a não aceitação do quadro de DPP como verdade, assim mostra a fala de S2, mãe:

*... mas aí ela começou a entrar em discórdia com o marido dela né, porque o marido não acreditava... achava que era manha dela, que isso não existia.*

Os familiares relatam, também, que o cuidado com a mulher é difícil, especial, realmente um desafio para todos. A paciência é algo retratado como uma atitude positiva diante das dificuldades. A importância da religião demonstrada pelos familiares é evidente:

*... que a pessoa mesmo com depressão eles procurem mais a buscar a Deus porque mesmo a pessoa tendo ajuda dos médicos, Deus foi que ungiu os médicos e as enfermeiras como vocês, que a pessoa mesmo assim procurasse a buscar a Deus mais (S2, mãe).*

#### Profissionais X Instituição: repercussões do (des)compromisso

O apoio da equipe multiprofissional é demonstrado nas seguintes expressões:

*... a enfermeira deu apoio e fez várias visitas e encaminhou ao psiquiatra no Hospital das Clínicas (S1, cunhada);*

*... assim que ela deu depressão veio uma equipe do postinho aqui em casa. Foi na época que ela estava em cima da cama e não reagia, entraram no quarto, conversou com a gente, com ela (S5, mãe);*

*... que cuidou dela né acho que atendeu ela atendeu muito bem, a enfermeira S. e a doutora P. né, muito bem com ela e a agente de saúde também que ajudou muito (S7, mãe).*

De modo contrário, alguns familiares enfatizam o despreparo do profissional Enfermeiro:

*A enfermeira do PSF não foi na casa dela (S3, mãe);*

*acho que não teve boa participação, pois não teve acompanhamento (S4, pai);*

*Não, o enfermeiro não teve participação (S11, avó).*

Os sujeitos, em diversas expressões, enfatizam falhas do serviço institucional:

*Notei que faltou mais o apoio das autoridades, não só pra nós, mas pra todo o*

*setor, porque no momento desse assim oh, o PSF não oferece uma condição dessa assim de apoiar a pessoa nessa situação... porque pessoa nessa situação não tem condição de tá andando, ir pra Goiânia... assim... e procurar recurso lá... aí aqui tinha que ter pelo menos um né, pelo menos um pra ajudar nessa parte, pelo menos um assistente de psicólogo (S7, mãe);*

*A maior dificuldade foi encontrar auxílio especializado e clínicas públicas (S9, irmão).*

De forma mais direta, parentes com laços afetivos, esperam manifestações de alegria e satisfação pela maternidade<sup>(16)</sup>. A imagem romanceada de uma mãe super protetora e amorosa, algo esperado pelos familiares, é distorcida quando instalada a DPP. A mulher, muitas vezes, recusa-se a amamentar o filho, não tem condições de dar ao bebê outros cuidados essenciais, como banho ou troca de fralda e, ainda, encontra-se desanimada, deprimida e agressiva<sup>(6)</sup>.

A maioria dos sujeitos no presente estudo reside numa região considerada de baixa renda, vinculados ao PSF, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF). Vários autores, relacionam a dificuldade financeira como fator de risco para aumentar a vulnerabilidade social e risco para doença<sup>(17)</sup>, em tela, o desencadeamento de a instalação de DPP<sup>(8,18)</sup>.

A percepção dos familiares quanto às mudanças ocorridas com a mulher evidencia correlação com a literatura. Logo após a alta hospitalar e de forma gradativa, os sujeitos se deparam com as mudanças de comportamento da puérpera, demonstrados em episódios de choro fácil, agressividade, distúrbios do humor, desinteresse em relação aos cuidados com o bebê e ideação suicida. Isso confirma os principais sintomas citados anteriormente<sup>(4-5)</sup>.

Na mulher com DPP, a rejeição ao bebê é enfatizada por grande parte dos familiares. Considera que: “Quando a mãe se encontra em depressão profunda, com dificuldade de cuidar do filho, não consegue oferecer amparo e aconchego necessários. Pode até conseguir cuidar do neném de modo mecânico, mas a expressão do amor fica bloqueada”<sup>(1:140)</sup>.

As atitudes maternas são variáveis. Inclui desinteresse e medo de ficar a sós com o bebê<sup>(4)</sup>, fato que pode ser observado em muitos casos encontrados no presente estudo. Com base na literatura especializada, a interação mãe-bebê pode ser prejudicada devido ao quadro depressivo em que a mãe parece não oferecer cuidado para o bebê, inclusive amamentação, e, conseqüente, certo distanciamento da díade<sup>(19)</sup>.

Diante dos conflitos enfrentados, os familiares relatam sua experiência como dolorosa, conflituosa e desesperadora. Retratam sentimentos como medo de morte, tanto da mulher quanto do bebê, dor, tristeza, impotência, entre outros que aparecem como reflexo do quadro de DPP na família. Esse turbilhão de sentimentos gera na família a vontade de se unir, buscando apoio dos entes queridos<sup>(20)</sup>.

De acordo com os resultados obtidos, união e apoio familiar foram descritos por grande parte dos sujeitos. Ressaltaram a importância da mobilização de toda a família frente ao momento difícil e desconhecido. Mesmo em face do despreparo familiar e da falta de conhecimento para cuidar da mulher, a maioria deles relata união dos familiares para enfrentamento dessa situação. Partindo da literatura descrita, o suporte dado pela família é algo fundamental para enfrentar condições estressantes, e que isso proporciona à mulher segurança necessária durante o período puerperal<sup>(21)</sup>.

A literatura traz o pai como uma das mais importantes figuras da rede social em

relação ao apoio oferecido à mãe e à família. Quanto maior o suporte social do marido, menor a prevalência de DPP, como também, a falta de suporte do marido e/ou namorado, piora o quadro da mulher<sup>(22)</sup>.

É importante destacar que alguns familiares salientaram o fato de que, inicialmente, o caso de DPP na mulher foi tido como “mentira” ou “manha”. O sofrimento da mulher, como demonstra as expressões anteriores, é muitas vezes subestimado, quer pela família, quer pela equipe de saúde<sup>(16)</sup>. Existe ainda um preconceito que recai sobre as pessoas acometidas por síndromes depressivas puerperais, o que de certa maneira pode ser verificado junto a alguns familiares que não acreditavam e/ou não admitiam a DPP<sup>(23)</sup>.

A afirmação acima nos leva a refletir sobre o papel da equipe de saúde, incluindo enfermeiros, obstetras, psicólogos e psiquiatras, profissionais mais citados nas falas dos familiares. O apoio oferecido pelo conjunto de profissionais, referido de forma unânime nas falas dos questionados, aparece como um cuidado simpático, bem conduzido. Entretanto, ao se falar da particularidade do cuidado, a maioria deles diz que não há participação, pelo menos efetiva, já que há referência de visita puerperal por parte da mesma.

Em relação ao surgimento de sintomas graves como ideias depressivas e persecutórias, retraimento e hiperatividade, cabe a importância do cuidado unido da família e dos profissionais de saúde. Estes podem colaborar de modo satisfatório, sem críticas e hostilidades, mas com compreensão e carinho, acolhendo-a nos momentos de maior fragilidade emocional<sup>(16)</sup>. Isso gera na puérpera confiança e segurança para enfrentamento das fragilidades, tanto físicas e emocionais, trazidas pela DPP. A grande maioria dos familiares se refere à paciência

como fator importante para conseguir oferecer apoio e cuidado necessários à mulher, conforme foi explicitado acima.

Com o tratamento, grande parte dos familiares observou melhora significativa do quadro de fragilidade emocional da mulher. Passaram a cuidar da criança, de si mesmas e a conviver melhor com os familiares. O tratamento consiste em esclarecimento, orientação e apoio para a mãe e familiares, entre outros. Casos graves (ideação suicida e rejeição extrema ao recém-nascido, por exemplo) precisam de atendimento psiquiátrico<sup>(24)</sup>. No presente estudo, algumas puérperas necessitaram de internação e duas ainda estão em tratamento em clínicas. É importante considerar que uma das mulheres não iniciou o tratamento, devido às falhas institucionais, no caso, não encaminhamento para atendimento especializado.

A fé é usada por alguns familiares para superar as dificuldades da vivência experimentada por eles na DPP. Buscam na religião apoio, consolo e sustentação. O verdadeiro conceito de fé, ao contrário do que a maioria pensa, não é apenas um assentimento subjetivo e tampouco uma atitude psicológica. É, antes de tudo, um poder dinâmico e sobrenatural em todos os aspectos do ser humano. É a ação de Deus que revoluciona a vida espiritual e as profundezas do coração humano. O autor diz, ainda, que a fé é um antídoto contra a depressão<sup>(25)</sup>.

Grande parte dos sujeitos revela insatisfação com as instituições e políticas públicas destinadas a essa população. Alguns dizem que faltou acompanhamento de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), melhores condições de tratamento e acesso a clínicas públicas. Para outros, deve haver maior agilidade nos encaminhamentos para referência especializada e efetivo atendimento em tais estabelecimentos. Destaca-se, ainda, a solicitação de apoio por

parte das autoridades em saúde, no sentido de providências quanto ao oferecimento de “locais” para atender essas mulheres perto de suas residências. Apesar da grande incidência de casos de síndromes depressivas puerperais e das graves consequências causadas, ainda não há ênfase das instituições de saúde para prevenir, identificar precocemente e tratar tais agravos<sup>(23)</sup>.

No que se refere ao diagnóstico precoce, existem instrumentos possíveis de utilização para rastrear depressão após a gestação. Dentre esses, há destaque para a Escala de DPP de Edimburgo (EDPE), pois tem fácil aplicação e interpretação. Pode ser incorporada à rotina clínica e, inclusive, aplicada por profissionais das áreas básicas de saúde. Assim, os quadros depressivos pós-parto podem ser diagnosticados e tratados adequadamente em nível primário de atenção à saúde<sup>(22)</sup>.

Os benefícios de políticas públicas preventivas recaem não apenas na melhora da mulher, mas de todo o contexto familiar. O Enfermeiro bem treinado pode desenvolver atividades preventivas já na gravidez e pode ser um suporte ante a crise, no caso da DPP instalada<sup>(16)</sup>. A falta de acompanhamento retratada por grande parte dos sujeitos é o resultado da desestrutura institucional que ainda não abriu os olhos para agravos como a DPP. Em estudo realizado com puérperas atendidas na UBS São Judas Tadeu (SP), revelou que os casos psiquiátricos são subdiagnosticados ou não diagnosticados nos serviços primários de saúde<sup>(24)</sup>. Diante disso, expressamos a dificuldade em encontrar essas mulheres e respectivos familiares, já que a coleta de dados efetivou-se em PSF da Região Noroeste de Goiânia.

De acordo com o Relatório de Gestão 2003-2006 da Coordenação Geral de Saúde Mental, nos últimos dois anos a maior parte dos cursos de curta duração para a formação

permanente de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica tem sido direcionada ao tema de saúde mental na atenção básica<sup>(26)</sup>. A constatação do efetivo impacto de sua implementação ainda não é vista nas Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família da região pesquisada, conforme achados do presente estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identifica-se neste estudo que o cuidado com a mulher com quadro de DPP é assumido por membros da família. O bebê, integrante da “Nova Família”, passa a ser responsabilidade dos familiares, já que a mãe, na maioria dos casos, passa a rejeitar a criança, negando-lhe cuidados básicos como amamentação, banho e troca de fralda, além de demonstrações de afeto. A rejeição do bebê, o choro, a labilidade emocional e agressividade da mulher geram na “família de resguardo” uma reviravolta de emoções e indagações acerca do que acontece com a mulher. Quando percebem que algo está errado, procuram mobilizar-se em favor da mesma; muitas vezes, no afã da melhor conduta, agem negando a existência do problema, fato que após o diagnóstico, traz sentimentos de culpa, dor e arrependimento.

A família se vê envolvida num acúmulo de emoções, marcados por sentimentos de medo, tristeza, desespero e pânico. Essa reação deve-se ao fato de desconhecerem o misterioso mundo da DPP, que surge como um “monstro destruidor” da estrutura familiar. A fé parece representar uma base espiritual aos familiares frente a essa situação de desespero. Muitas vezes, alguns familiares agem renegando a mulher, declarando a inexistência de tal agravo. O convívio torna-se conflituoso, difícil e imprevisível. Nesse contexto, a paciência é fundamental para o

enfrentamento dessa condição, subsidiando uma convivência harmoniosa.

A melhora do quadro é percebida pelos familiares quando a mulher volta a cuidar da criança, de si, da casa e da família, retomando seu papel de cuidadora. Alguns ressaltam que a mulher voltou a trabalhar e os sinais, antes tão evidentes, como o choro, começam a desaparecer. É importante salientar que algumas mulheres ainda apresentam episódios de crise, mesmo quando já iniciado o tratamento.

A dificuldade encontrada pelos familiares referente ao serviço institucional prestado pelas UBS é a falta de políticas públicas em saúde mental. A repercussão dessa inexistência distancia a possibilidade de acompanhamento mais especializado e de baixo custo. O profissional enfermeiro precisa qualificar-se para dar suporte e apoio, tanto para a mulher quanto para a família. É preciso que haja identificação e avaliação dos fatores de risco já na gravidez, adequando o pré-natal às necessidades percebidas, bem como dos sintomas no puerpério que caracterizam o agravo o mais precocemente possível. Nesse sentido, a EDPE pode ser um instrumento válido por ser de fácil compreensão e eficaz na identificação desse agravo.

A integralidade, um dos princípios constitucionais do SUS, garante às pessoas o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, podem ser questionados quanto a sua efetividade junta à clientela em estudo. Também se questiona acerca da universalidade e da equidade, que nesse caso não estão sendo devidamente observadas.

É evidente que o Ministério da Saúde tem se preocupado com a implementação da Saúde Mental na rede de atenção básica. Entretanto, a aplicação prática dessa atenção deve ser urgente, tendo em vista a necessidade da população. Conforme ressaltado anteriormente, alterações

psicológicas e emocionais possuem grande repercussão no âmbito familiar. Constatase que a proposta de atendimento ainda configura um desafio para os próximos anos. Assim, torna-se imperiosa a necessidade de sensibilizar e qualificar profissionais de saúde para a importância do fenômeno que se constitui a DPP.

## REFERÊNCIAS

- 1- Maldonado MT, Dickstein J, Nahoum JC. Nós estamos grávidos. 9ª ed. São Paulo: Saraiva; 1996.
- 2- Neme B, Mello AR. Puerpério: fisiologia e assistência. In: Neme B. Obstetrícia básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2005: 195-204.
- 3- Azevedo KR, Arrais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol Reflex Crit.* 2006;19(2):269-76.
- 4- Muller MC, Piccoloto NM, Schmidt EB. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico USF.* 2005;10(1): 61-8.
- 5- Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(2):43-54.
- 6- Yonkers K, Steiner M. Depressão em mulheres. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
- 7- Tostes JG, Silva FC, Barbosa DK, Freitas DL, Paula EC. Depressão pós-parto: correlação com suporte sócio-familiar e assistência no SUS. *Rev Ciências em Saúde.* 2011; 1(2):1-6.
- 8- Frizzo GB, Prado LC, Linares JL, Piccinini CA. Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicol Reflex Crit.* 2010; 23(1):46-55.
- 9- Botega NJ, Dias MK. Psicopatologia puerperal. In: Neme B. Obstetrícia básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2005: 803-6.
- 10- Baptista MN, Daher AS, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e

ansiedade em gestantes. *Psic rev psicol vetor ed.* 2006; 7(1): 39-48.

11- Dessen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: teoria e pesquisa.* 2000; 16(3): 1-18.

12- Beck CLC, Gonzales RMB, Leopardi MT. Detalhamento da fenomenologia. In: Leopardi MT. *Metodologia da pesquisa em saúde.* Santa Maria: Pallotti; 2001: 187-209.

13- Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002: 83-91.

14- Rotter JB, Rafferty JE. *The Rotter Incomplete Sentences Blank.* Nova York: Psychol. Corp.; 1950.

15- Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2002.

16- Souza MR, Silva DG, Moreira VP, Genestra M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Rer mal-estar subj.* 2003;3(2):439-50.

17- Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *REME rev. min. enferm.* 2006; 10(3): 240-6.

18- Lopez JRRA, Pedalini R. Depressão pós-parto: revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica. *Inf psiquiatr.* 1999;18(4):115-8.

19- Frizzo GB, Puccinini CA. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicol reflex crit.* 2007;20(3):351-360.

20- Souza I, Daure S. A importância da família na prevenção da Depressão pós-parto. *Psicol clin.* 1998;11:117-132.

21- Tsunechiro MA, Bonadio IC. A família na rede de apoio da gestante. *Fam saúde desenv.* 1999;1(1/2): 103-6.

22- Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da

Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2005;27(4):181-8.

23- Sidon LU, Canizares VSA [Internet]. Transtornos depressivos do puerpério: estudo comparativo entre adolescentes e mulheres adultas. [acesso em 2008 maio 5]. Disponível em:<http://www.unir.br/html/pesquisa/Pibic/Arquivos%20em%20HTML/Artigo%20PIBIC%202004%20%20Linconl.htm>.

24- Zanotti DV, Saito KC, Rodrigues ND, Otani MAP. Identificação e intervenção nos transtornos psiquiátricos associados ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Rev Nursing.* 2003; 61(6):36-42.

25- Veiga AC. *Depressão: a dor necessária.* 1ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.

26- Brasil. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório De Gestão 2003 - 2006. [acesso em 2010 jan 15]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_saude_mental_2006.pdf).

**Recebido em: 03/06/2011**

**Versão final rerepresentada em: 29/06/2011**

**Aprovado em: 30/06/2011**

**Endereço de correspondência:**

Denismar Borges de Miranda  
Avenida Octávio Mangabeira, nº 3551, apto 509, Jardim Armação.  
Cep: 41750-240 Salvador/ BA - Brasil.  
E-mail: denismarmiranda@hotmail.com