
Artigos Originais

Interações familiares em um contexto de Depressão Pós-Parto: percepção das mulheres

Family Interactions in a Postpartum Depression Context: Women's Perception

Interacciones familiares en un contexto de depresión posparto: percepción de las mujeres

 <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i1.6164>

Letícia Amico Marques¹, Adriane Maria Netto de Oliveira¹, Mara Regina Santos da Silva²

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção das mulheres acerca das interações familiares após a manifestação dos sintomas da Depressão Pós-Parto. **Métodos:** estudo exploratório, descritivo e qualitativo desenvolvido com 11 mulheres com sintomas de depressão pós-parto na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Dados coletados de agosto a setembro de 2015 com entrevista semiestruturada e analisados por meio da Análise de Conteúdo. Respeitada a Resolução 466/2012 do CNS, o estudo recebeu parecer 62/2012 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande. Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** três categorias: a manifestação dos sintomas de Depressão Pós-Parto antes e após o parto, que aborda os momentos de descoberta dos sintomas e sua influência na família; a Depressão Pós-Parto como uma barreira para a construção de relações familiares saudáveis, que evidencia os conflitos familiares advindos do quadro depressivo; e a Depressão Pós-Parto como motivadora para o fortalecimento da relação com a família,

¹ Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul. Brasil.

Autor Correspondente: Av. Itália, s/n - Km 8 - Carreiros, Rio Grande - RS. E-mail: enfle@outlook.com

Submetido: 18/10/2019

Aceito: 26/10/2020

que demonstra motivação para o apoio frente às dificuldades. **Considerações Finais:** a sintomatologia depressiva interfere nas interações familiares. Na maioria dos casos negativamente, acarretando conflitos e afastamento, em outros, de forma positiva, considerando os mecanismos para a superação das adversidades.

Palavras-chaves: Depressão Pós-Parto; Família; Relações Familiares; Apoio Social; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To know the perception of women about family interactions after the manifestation of Postpartum Depression symptoms. **Methods:** An exploratory, descriptive and qualitative study developed with 11 women with symptoms of postpartum depression on the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Data collected from August to September 2015 with semi-structured interview and analyzed through Content Analysis. Respecting CNS Resolution 466/2012, the study received opinion 62/2012 from the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande. All participants signed an informed consent form. **Results:** three categories: the manifestation of postpartum depression symptoms before and after delivery, which addresses the moments of symptom discovery and its influence on the family; Postpartum Depression as a barrier to the construction of healthy family relationships, which highlights the family conflicts arising from the depressive condition; and the Postpartum Depression as a motivator for strengthening the relationship with the family, which demonstrates motivation for support in the face of difficulties. **Final Considerations:** depressive symptoms

interfere with family interactions. In most cases negatively, causing conflicts and removal, in others, positively, considering the mechanisms for overcoming adversity.

Keywords: Postpartum Depression; Family; Family relationships; Social support; Nursing.

INTRODUÇÃO

O período pós-parto compreende o tempo que sucede o parto e pode ser dividido em quatro fases: imediato, a partir do nascimento do bebê; mediato, do primeiro ao décimo dia; tardio, do décimo primeiro a 45 dias após; e remoto, a partir de 45 dias¹. Também conhecido como puerpério, este momento é visto como uma transição para a função materna, podendo ser considerado um momento crítico para as mulheres².

Em virtude dos eventos que acontecem nesse período, algumas mulheres tendem a apresentar sintomas depressivos, os quais podem estar diretamente relacionados às adaptações exigidas pelas transformações físicas e psíquicas que ocorrem, conciliadas às necessidades do bebê e a representatividade das mesmas para a mãe³. Além disso, o ciclo puerperal é marcado, frequentemente, por alterações hormonais, mudanças nas interações sociais, na organização familiar e na autopercepção da mulher².

Este processo pode ter importante influência na vida das demais pessoas da família devido às inter-relações existentes e as mudanças que ocorrem na vida das mesmas⁴. Em virtude disso, o desencadeamento da Depressão Pós-Parto (DPP), na maioria das vezes, afeta inclusive, aquelas que vivem em famílias que têm uma boa dinâmica familiar ou que nunca sofreram algum tipo de desordem emocional, uma vez que esta doença manifesta sintomas intensos que persistem por certo tempo, impossibilitando a puérpera de realizar as tarefas cotidianas⁵.

Essa experiência geralmente contribui para que a mulher se sinta ausente e desanimada, dificultando o vínculo e os cuidados com seu bebê, fragilizando também as demais interações familiares. Nesta situação, os aspectos pessoais, familiares e culturais assumem papel importante na construção da mulher como mãe, pois estas influenciam na melhora ou no agravamento da doença⁶.

Uma vez que a depressão afeta significativamente o estado emocional da mulher, reforça o seu significado como problema de saúde pública⁷. Neste contexto, algumas mulheres podem expressar sentimentos negativos ou até mesmo contraditórios em relação aos seus bebês, oscilando momentos de felicidade e tristeza ou alegria e raiva, bem como apresentar dúvidas e preocupações quanto à sua capacidade para exercer as funções maternas⁸.

No entanto, se houver boa interação dos pais com a criança e outras pessoas como, por exemplo, os avós, e quando consegue estabelecer interações regulares por um período de tempo razoável, estas atuam como fatores de proteção para o desenvolvimento emocional saudável do bebê, uma vez que o mesmo estaria recebendo os afetos essenciais que necessita⁴.

Da mesma forma, destaca-se a importância da detecção precoce da DPP, pois a partir dela é possível reduzir os efeitos negativos do desenvolvimento da doença e, neste caso, os enfermeiros têm papel preponderante, uma vez que estes profissionais atuam em diversos cenários e, muitas vezes, são eles que fazem o primeiro acolhimento nos serviços de saúde, podendo avaliar a situação não só da puérpera e do bebê, mas da família. Nesta situação, favorece o atendimento adequado da puérpera no que corresponde à terapêutica, prevenção da DPP e instrumentalização da família como coparticipante do tratamento⁹. Por outro lado, se não for detectada e tratada, a DPP pode afetar não somente a puérpera, mas os demais membros da família, considerando-se que a convivência, na maioria das vezes, torna-se difícil e conflituosa⁸.

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção das mulheres acerca das interações familiares após a manifestação dos sintomas da Depressão Pós-Parto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido com 11 mulheres que apresentaram sintomas de depressão pós-parto detectados na aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) no pós-parto imediato, as quais receberam assistência ao parto em dois hospitais de uma

cidade do extremo sul do Brasil e residentes em áreas assistidas por Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Quanto aos critérios de inclusão, foram escolhidas puérperas que tiveram o parto assistido em dois hospitais públicos, sendo um deles com atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o outro, com prestação majoritária de serviços pelo SUS, que também realizava atendimento por convênios. Além disso, foi estabelecido escore mínimo de 12 na EDPE, que indica a possibilidade do desenvolvimento da Depressão Pós-Parto (DPP). Foram considerados como critérios de exclusão, o fato de não aceitar participar da etapa da entrevista ou não conseguir contato com a puérpera para dar continuidade ao estudo.

As participantes deste estudo foram selecionadas a partir de um banco de dados composto por puérperas que apresentaram escores iguais a 12 ou superior da referida escala, a qual foi aplicada no período de novembro de 2013 a novembro de 2014 nos hospitais, em até dois dias após nascimento do bebê. O referido banco de dados pertence à primeira etapa de um projeto de pesquisa maior e, após esta seleção, foi realizado contato telefônico convidando-as a participar do estudo, sendo-lhes explicados os objetivos da pesquisa e suas implicações para a assistência às mulheres com DPP.

Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2015, nas residências das mulheres provenientes da primeira etapa do macroprojeto e que aceitaram participar do estudo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas, a partir de um roteiro previamente elaborado, contendo perguntas abertas que contemplavam os objetivos da pesquisa. Estas foram digitadas e, posteriormente, realizou-se a leitura aprofundada das mesmas, sendo os dados analisados por meio da Análise de Conteúdo¹⁰, a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas para análise das comunicações.

Existem três distintas fases da análise de conteúdo temática, a primeira, chamada de pré-análise, a qual consiste na organização das ideias iniciais, a fim de operacionalizar e sistematizar os dados, contemplando a leitura flutuante; a constituição do corpus e a elaboração das categorias, por meio da organização por unidades

de análise. Na segunda fase foi realizada a exploração do material, de modo a atingir as características relevantes contidas no texto elaborado a partir dos discursos das participantes. E a terceira fase, a qual contemplou a interpretação e discussão dos dados¹⁰.

O estudo recebeu uma certificação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, Parecer 62/2012. Em todas as etapas foram respeitadas as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹¹ e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto à preservação do anonimato das participantes, estas foram identificadas com a letra "M" de mulher, seguida do escore apresentado na EDPE. No caso de escores repetidos, utilizou-se as letras "a" e "b".

RESULTADOS

Caracterização das participantes

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

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

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

Os resultados advindos dos relatos das participantes deste estudo estão organizados em três categorias:

A manifestação dos sintomas de Depressão Pós-Parto antes e após o parto

De acordo com as participantes, a manifestação dos sintomas de Depressão Pós-parto aconteceu desde o período da gestação. Para algumas, a sintomatologia depressiva foi

despertada por uma gestação não planejada, aliada à falta de apoio por parte do pai da criança, agravando a condição depressiva:

Eu já percebia mudanças durante a gravidez. Foi uma gravidez indesejada, eu não queria, foi um choque muito grande. O pai da criança não aceitava, ele me pressionou de todo o jeito para abortar. [...] Eu fiquei muito deprimida depois que o bebê nasceu. Não que eu estivesse triste, era uma dificuldade de reagir. Era uma mistura de tristeza com medo e insegurança. Era uma sensação de abandono. (M12a).

Os relatos demonstram que o comportamento da mulher modifica devido à condição da Depressão Pós-Parto, tal como a presença de irritabilidade, comportamento agressivo e raiva:

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

Para algumas mulheres emergiu o arrependimento por estar gerando um bebê, provocando o desejo pela interrupção da gestação. Nestes casos, há identificação dos sintomas de depressão logo nos primeiros momentos de contato com ele:

O bebê foi um acidente, eu me senti mal quando eu descobri que estava grávida, eu pensei em abortar. Eu percebi que eu tinha sintoma de depressão, porque eu me sentia incapaz de tomar conta dela, tanto é que, tanto faz se eu levantava ou não da cama. [...] É muita tristeza, porque o que eu sonhei para mim não é o que acontece, eu quis muito ser mãe e quando aconteceu pela segunda vez eu não consigo me sentir feliz. (M16).

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

acumulou tudo, eu discutia diariamente com meu esposo, eu fiquei extremamente agressiva. (M18).

Neste sentido, a Depressão Pós-Parto pode influenciar diretamente nas relações familiares, uma vez que não prejudica somente a mulher, mas sua interação com o bebê, com o companheiro e com os demais membros da família que convivem com ela. Devido ao comportamento deprimido e, muitas vezes, agressivo da mulher, pode tornar-se difícil a interação no ambiente familiar, facilitando a ocorrência de conflitos e fragilizando as relações familiares.

A Depressão Pós-Parto como uma barreira para a construção de relações familiares saudáveis

Algumas mulheres perceberam a Depressão Pós-Parto como uma barreira para a construção de relações saudáveis dentro da família. Nos relatos podemos ver situações em que as mães se sentem incapazes de cuidá-los, delegando os cuidados a outros membros da família:

Várias vezes eu já disse para o meu pai, cuida dela porque eu não me sinto capaz. Eu não sentia nada por ela quando ela estava na barriga, aí quando ela nasceu mudou um pouco, eu senti que ela era minha, mas mesmo assim, vendo os meus dois filhos juntos, eu não sinto vontade de estar com ela, até hoje. (M4).

Foi relatada a dificuldade de realizar a prática da amamentação. Além disso, também foi elencada a irritabilidade, que promoveu o afastamento da mãe, por não se sentir apta para tal função:

Eu estava muito irritada, a ponto de não conseguir amamentar, eu me restringia um pouco, eu preferia ficar quieta, dormir, eu deixava ele com a minha filha mais velha ou com o meu esposo. (M6).

Por outro lado, mesmo percebendo os sintomas depressivos, algumas mulheres não se afastam dos seus bebês, pois entenderam que, apesar de estar com um comportamento diferente, precisam prestar os cuidados que eles necessitam:

Tudo que eu sentia, eu passava pra ele. Eu noto que agora ele é uma criança bem agitada, muito sentimental, ele está sempre chorando. Dizem que quando a gente está mal ou tensa, a gente passa na amamentação. Não sei se é pelo nosso comportamento que o bebê sente a tensão,

porque eu não tinha uma tranquilidade. (M8).

Algumas participantes relataram a ocorrência de conflitos conjugais neste período:

Com o meu esposo eu brigava muito, porque eu estava muito explosiva, muito irritada[...]O problema é que a cabeça da casa sou eu, eu que faço tudo, meu esposo não faz nada, no máximo dá uma olhada neles pra mim, porque o restante é tudo comigo, então eu ficava sobrecarregada. (M6).

O meu marido está sempre comigo, mas esse início foi difícil, porque eu estava sempre irritada, chorando, a gente brigou muito por causa disso, eram duas filhas, todas as tarefas da casa comigo, eu fiquei sobrecarregada. (M8).

Mesmo com os conflitos conjugais e familiares, algumas participantes relataram que tiveram apoio para mudar a situação vivenciada:

Assim, a minha sorte foi que eles conseguiram entender, porque se o meu marido não percebesse que tinha algo de errado comigo e me ajudasse, me incentivando a procurar um tratamento, eu acho que nem estaria mais casada hoje. É muito complicado ainda, eu estou fazendo tratamento com antidepressivo, mas já me sinto melhor. (M10)

Percebe-se que todos os familiares que interagem com a mulher foram prejudicados de alguma forma, fragilizando assim as interações familiares, como mostram os relatos:

Eu esperava que a família me desse mais atenção, porque eles não fazem o que eu espero. Eles se afastaram, eu esperava mais ajuda deles[...]Eu esperava que eles tivessem mais carinho, atenção, que fossem mais presentes. Eu senti falta disso. (M2).

Eu me sentia muito triste. Então, quando me perguntavam o porquê de eu estar chorando, eu dizia que a culpa não era deles, era minha, eu que estava me sentindo mal. Eu me culpava muito por estar assim, acabava xingando e berrando sem motivo. Eles achavam que era mentira minha, mas eu não conseguia fazer as coisas, nem sair na rua, eu não me sentia bem. Até acho que a gente se separou um pouco depois que ela nasceu. (M4).

Como visto, na maioria dos casos a Depressão Pós-Parto compreende uma barreira para a construção da relação familiar saudável. No entanto, para algumas mulheres, a condição

depressiva pode causar o efeito oposto. Enquanto que, para certas famílias os sintomas depressivos geram conflitos e rupturas familiares, para outras, esta situação une ainda mais a família, que percebe o problema, sente a necessidade de apoiar a mulher e começa a oferecer mais atenção, carinho e cuidado, ajudando-a a enfrentar a doença e buscar o tratamento e caminhos que façam com que se sintam melhor.

A Depressão Pós-Parto como motivadora para o fortalecimento da relação com a família

Para algumas participantes, a experiência da Depressão Pós-Parto representou uma motivação para o fortalecimento das relações com a família, promovendo auxílio para a superação da doença:

Aminhamãemeapoiamuitoemocionalmente, ela me bota para cima, ela vem me perguntar se eu preciso de alguma coisa. Esses dias ela veio aqui e disse pra eu dar uma volta, deixar meu filho com ela e ir espairar, ver gente[...]A minha relação com a minha mãe melhorou muito depois do nascimento dele, porque ela vivia aqui em casa, me ajudando, conversando, fazendo tudo por mim e pelo meu filho. (M3).

Em algumas entrevistas pode-se perceber que já havia conflitos familiares prévios, tais como a culpabilização da mulher por parte do companheiro, pela perda de um bebê na gestação anterior:

A nossa relação melhorou muito, porque antes, meu marido colocava a culpa em mim por eu ter perdido o bebê, depois que esse nasceu ele até me pediu desculpas, quando viu que estava tudo bem. (M5).

Outro aspecto destacado por elas foi relativo à motivação de sentimentos de proteção pelo filho que acaba de nascer, por perceberem a manifestação dos sintomas depressivos, encontraram mecanismos e estratégias para que o bebê não seja afetado negativamente por seu comportamento:

O que às vezes eu passo para ela é um pouquinho de insegurança, porque quando ela faz alguma coisa eu não sei muito bem como lidar, tenho medo que ela se machuque, acho que é mais por proteção. (M2).

Eu tentei de tudo pra que esses problemas

todos não o afetassem. O meu maior medo era que ele sentisse o abandono que eu senti. Isso me preocupava muito. Então mesmo deprimida, eu tentava de tudo para que ele não percebesse isso, cuidado dele o melhor que eu posso. (M3).

Eu tentava não pensar muito, não me preocupar tanto, eu não queria ver ela como culpada de alguma coisa. (M7).

Como visto, por um lado, a Depressão Pós-Parto pode se apresentar como uma barreira para a construção de relações familiares saudáveis, em decorrência dos conflitos que podem ser desencadeados a partir desta condição. Por outro lado, pode, também, favorecer o fortalecimento da relação entre os membros da família, por meio de mecanismos maternos de proteção aos bebês e pelo apoio familiar no enfrentamento da doença, colaborando para a união familiar.

DISCUSSÃO

Como visto nos relatos das mulheres, a manifestação dos sintomas da Depressão Pós-Parto (DPP) pode ocorrer antes mesmo do bebê nascer, ou seja, desde a gestação, estando relacionados, muitas vezes, à gravidez indesejada, ao abandono do companheiro, às incertezas relativas à nova dinâmica familiar, ao excesso de tarefas ou às mudanças nos papéis sociais. Alguns relatos evidenciam a influência de situações estressantes advindas do seu ambiente de trabalho, as quais prejudicaram efetivamente as relações no ambiente familiar, evidenciando a interrelação entre os dois contextos, trabalho e família, atingindo indiretamente, a qualidade da interação com o seu bebê.

Quando o quadro depressivo se instala, a irritabilidade e a tristeza podem ser agravadas pelos demais acontecimentos, tais como a sensação de incapacidade de cuidar do bebê. Assim, a condição depressiva na gestação, que se agrava no puerpério, pode causar sentimentos ambivalentes na mulher, pois, muitas vezes, esta se culpa pelo fato de não se sentir feliz com o nascimento do filho¹².

O fato de não planejarem a gestação associa-se ao medo, à ansiedade e, em alguns casos, às frustrações, considerando-se as mudanças que aconteceriam a partir da chegada do bebê. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, esta

passou a assumir o papel de provedora na família e, a partir disto, a apresentar uma disponibilidade limitada para assumir os cuidados maternos, entendendo que, a chegada de outro filho, poderia interferir nas condições socioeconômicas deste microssistema¹³.

Sabe-se que o período pós-parto é permeado por alterações psíquicas e necessidade de adaptação ao novo papel a ser assumido, portanto, algumas mulheres podem não estar preparadas para esta mudança em sua vida, não só pelas mudanças corporais e emocionais, mas também por outros aspectos, tais como uma gestação de alto risco e a sobrecarga nas tarefas de casa¹⁴.

Em qualquer gestação, independente do passado da gestante, a fase de transição, de mulher para mãe, envolve a necessidade de reestruturação em diversos aspectos de sua vida, principalmente aqueles relativos às alterações em sua rotina, na qual, muitas vezes, planos precisam ser adiados, para que se torne possível o exercício da maternidade. As mudanças relativas a este período, juntamente com as dúvidas e os medos, normalmente têm início na confirmação da gravidez, podendo se prolongar após o parto, de acordo com as experiências de cada mulher ao longo do ciclo vital, influenciando na forma como a mulher irá agir diante da nova realidade¹⁵.

O conflito da mulher diante da maternidade pode se agravar por circunstâncias externas e, indiscutivelmente, acarreta consequências prejudiciais ao bebê, pois altera, dificulta e, às vezes, impossibilita a relação com ele. Até mesmo as formas mais leves e implícitas da depressão materna podem afetar a criança, na medida em que ela percebe a pobreza de interação, a ausência ou pouca manifestação dos afetos¹⁶.

No que tange a capacidade de construir uma relação sensível com seu filho, pode-se observar dificuldades nas trocas afetivas e no estabelecimento do apego seguro. Quando as mulheres estão deprimidas, se mostram menos receptivas à amamentação, em comparação àquelas que não apresentaram sintomas¹⁷.

Sabe-se que a DPP pode apresentar características muito semelhantes à depressão em outros momentos da vida, no entanto, tem como agravante, a ocorrência em um período de fundamental importância para a formação do

vínculo e da interação mãe-filho, interferindo na qualidade dos processos proximais entre esta díade, bem como no desenvolvimento da criança, uma vez que ocorre nos primeiros meses de vida, podendo vir a apresentar dificuldades de interação social, choro e irritabilidade¹⁵.

Mesmo que os novos arranjos familiares estejam estabelecidos e aceitos, para algumas famílias, os ideais e as regras ainda mantém um pensamento conservador¹⁸. Portanto, ao se deparar com uma gravidez não planejada e, na ausência do companheiro, as primeiras reações podem ser de rejeição, por não saber lidar com esta situação, possivelmente devido às concepções ultrapassadas de família, provocando conflitos que, posteriormente, desencadearam um quadro depressivo.

Sintomas como o choro e a agressividade na puérpera podem provocar mudanças de cunho emocional na família, especialmente nos companheiros e familiares mais próximos a elas, bem como muitas dúvidas relativas ao que a mulher está vivenciando. Quando esses sintomas estão exacerbados, o ambiente familiar torna-se conflituoso, considerando-se que, nesta situação, qualquer manifestação da família relativa às mudanças de humor da puérpera pode agravar este quadro¹⁹.

Outro aspecto comum ao quadro depressivo é relativo à necessidade de estar sozinha ou isolada do convívio social, fato que compreende uma manifestação característica da depressão, a qual influencia diretamente as interações familiares e sociais. Este distanciamento é percebido pelos membros da família e, ao mesmo tempo, muitas vezes, demoram a entender os motivos deste comportamento. Quando a mulher se isola, não significa que não precisa de apoio, mas que não sabe como solicitá-lo, idealizando que a família perceba sua condição e venha lhe ajudar espontaneamente. Se isto não acontece, os sintomas tendem a se agravar, podendo surgir também sentimentos de raiva e abandono.

Mulheres com histórico de aborto espontâneo, por exemplo, apresentam maior predisposição para a manifestação de sintomas da DPP, tendo em vista que o impacto gerado pela situação de perda, provavelmente, será potencializado na gestação seguinte²⁰. Esta experiência pode ser marcada pelo desconhecimento do companheiro

acerca do abortamento espontâneo e, em alguns casos, este pode culpar a mulher pela perda do filho, agravando ainda mais a condição depressiva.

Sabe-se que a partir da perda de um filho, vários sentimentos são despertados, principalmente o medo e a insegurança, os quais se acentuam com a experiência de uma nova gestação, por remeter à dor emocional e ao luto experienciado no passado. Quando estes sentimentos persistem, se constituem em sintomas depressivos, pois afetam diretamente o cotidiano e as atitudes das puérperas. Se a perda e o luto não são devidamente elaborados, sua superação pode tornar-se complicada e, muitas vezes, prolongada, especialmente se houver um sentimento de ambivalência em relação à gestação²¹.

Portanto, um aspecto relevante é o recebimento de apoio e cuidados de pessoas próximas a elas, geralmente os familiares. Desta forma, podem ser despertados sentimentos positivos, bem como sensações de autoconfiança e realização pessoal pelo fato de ser mãe. Assim, sua disposição para cuidar do seu bebê é aumentada, pois esta sente que não está sozinha para enfrentar este momento difícil em sua vida¹⁹.

Para algumas mulheres deste estudo, a condição depressiva se mostrou como uma motivação para a melhoria da relação com a família, a qual é permeada por relações que permitem o seu fortalecimento nos momentos de crise, criando mecanismos próprios de cada núcleo familiar, a fim de atender as necessidades de seus membros e, desta forma, consolidar os processos proximais, através dos quais, a superação das adversidades costuma acontecer²².

Nesta situação, é evidente a mobilização dos familiares para apoiar as mulheres, sendo essa participação importante, pelo fato de viabilizar que estas se sintam amparadas e mais confiantes para o enfrentamento das dificuldades apresentadas neste período do ciclo vital. A família, comumente consiste na primeira e mais significativa rede social da mulher, quando consegue apoiá-la frente a sua condição psíquica alterada. Geralmente é no âmbito familiar que as relações mais verdadeiras se estabelecem e as soluções para os problemas podem ser encontradas²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou conhecer as vivências das mulheres que apresentaram um quadro depressivo no período pós-parto, bem como as consequências desta condição para as interações familiares, a partir das suas percepções. Evidenciou-se que, de modo geral, a sintomatologia depressiva no período pós-parto interfere nas relações tanto com o bebê, prejudicando o estabelecimento do vínculo com ele, bem como com os demais familiares, pois o convívio com eles permanecia conflituoso na maior parte do tempo, considerando a exacerbação dos sintomas, principalmente, a irritabilidade.

O isolamento também contribuiu para que as interações fossem prejudicadas, pois, ao invés de procurar apoio familiar, algumas mulheres preferiram o distanciamento do bebê e dos demais membros da família, a fim de evitar possíveis questionamentos ou intervenções relativas à sua condição.

Por outro lado, algumas participantes consideraram que a condição depressiva fortaleceu as relações familiares, pois, a partir desta situação, a família sentiu necessidade de se unir para ajudar no enfrentamento da doença e, mesmo não entendendo sua condição, perceberam as mudanças de comportamento, as incentivando a procurar o tratamento.

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

Neste sentido, é importante salientar a importância da detecção precoce da Depressão Pós-Parto, uma vez que permite detectar e tratar a doença logo no início da manifestação dos sintomas, sendo possível amenizar os efeitos negativos de um quadro depressivo na vida da mulher, do bebê e dos demais membros da família. Profissionais de saúde capacitados podem constituir peças-chave na assistência efetiva às gestantes e puérperas que estejam nesta condição, viabilizando a continuidade da investigação e o possível tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1): 181-86.
2. Landim LS, Veloso LS, Azevedo FHC. Depressão pós-parto: uma reflexão teórica. *Rev. Saúde em Foco*. 2014;1(2): 41-59.
3. Lima NC, Ravelli APX, Messias LSF, Skupien SV. Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. *Revista Conexão UEPG*. 2016; 12(2): 268-77.
4. Bronfenbrenner, U. *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
5. Reis TM, Sousa MEFP, Paula RT, Silva CC, Camilo AD, Resende MA. Assistência de enfermagem na depressão pós-parto e interação mãe e filho. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2018. Vol. Sup.11, S1069-S1075.
6. Jesus MAS. O Pré-natal psicológico e a relação com a prevenção na depressão puerperal. *Psicologia PT*. 2017; 1-20.
7. Silveira MS, Gurgel RQ, Barreto IDC, Trindade LMDF. A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave. *Cad. Saúde Colet*. 2018; 26(4):378-383.
8. Santos MAR, Goetz ER, Sicco GP, Fernandes HGS, Medeiros M, Melo NEB. et al. Perfil epidemiológico de puérperas com quadro de depressão pós-parto em unidades de saúde de um município da Serra Catarinense, SC. *Revista da AMRIGS*. 2017; 61 (1): 30-4.
9. Miranda DM, Branco GO, Facundo SHBC, Magalhães PH, Jereissat NCC, Rolim KMC. *Sanare*. 2017;16(2):109-14.
10. Bardin L. *Organização da Análise. [Análise de conteúdo]*. 2011; São Paulo: Edições 70.
11. Brasil. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO 446/12. Diretrizes e Normas para Pesquisas com seres humanos. Brasília (DF): CNS; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Tolentino EC, Maximino DAFM, Souto CGV. Depressão pós-parto: Conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Rev. Ciênc. Saúde de Nova Esperança*. 2016, 14 (1): 59-66.

13. Manente MV, Rodrigues OMPR. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. *Pensando fam.* 2016; 20(1): 99-111.
14. Poles MM, Carvalheira AP, Carvalhaes MA, Parada CM. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31(4):351-8.
15. Greinert BRM, Carvalho ER, Capel H, Marques AG, Milani RG. A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2018;11(1),81-88, ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206.
16. Mantis I, Mercuri M, Stack DM, Field TM. Depressed and non-depressed mothers' touching during social interactions with their infants. *Dev Cogn Neurosci.* 2018; 1(17): 1-9.
17. Barbosa MARS, Ângelo M. Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família. *Enferm. glob.* 2016; 42: 256-79.
18. Rodriguez BC, Gomes IC, Oliveira DP. Família e nomeação na contemporaneidade: uma reflexão psicanalítica. *Est. Inter. Psicol.* 2017; 8(1): 135-50.
19. Boarolli M, Pacheco T, Ceretta LB, Birollo IB, Amboni G, Gomes KM. Avaliação de estresse, depressão e ansiedade em um grupo de gestantes cadastradas na estratégia saúde da família do bairro São Sebastião, Criciúma. *Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família.* 2016; 3: 1-9.
20. Francisco MFR, Mattar R, Bortoletti FF, Nakamura MU. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(4):152-6.
21. Zwielewski G, Sant'ana V. Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. *Rev. bras.ter. cogn.* 2016; 12(1): 27-34.
22. Andrade AINPA, Martins R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium.* 2016; 40:185-99.
23. Souza MS, Baptista MN. Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, v. 26, n. 54, p. 207-215, 2017.