

DEPRESSÃO PÓS PARTO E SEUS IMPACTOS: RELATO DE UMA MÃE E UMA PSICÓLOGA NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ-SC

Daniela da Silva Bressan Lazzaretti¹
 Kelly Perochin Rücker²
 Stéfani De Bettio Nesi³
 Kelin Adriana Rzeznih Crusaro Sordi⁴
 Juliana Eliza Benetti⁵
 André Figueiredo Pedrosa⁶
 Ajaúna Píccoli Brizolla Ferreira⁷

RESUMO

O objetivo desse estudo é apresentar os impactos da depressão pós-parto pelo relato de uma mãe e de uma psicóloga no município de Chapecó/SC. A classificação da metodologia para conseguir alcançar o objetivo proposto delineou-se da seguinte forma: método científico indutivo, nível de pesquisa descritiva, delineamento levantamento ou *survey*, instrumento de coleta de dados foi por meio de questionário que foi respondido por uma mãe que passou pela doença DPP e uma psicóloga que atende pacientes com DPP e que residem no município de Chapecó/SC. Já com relação a abordagem esta pesquisa classifica-se como qualitativa pois com os dados obtidos foi realizada somente análise de conteúdo. Os principais resultados deste estudo apresentam que a idade média relatada das mães que desenvolveram DPP fica na faixa etária entre 25 a 40 anos. A maioria das pacientes que desenvolveram a doença estavam com estado civil casada. A DPP iniciou na maioria das vezes, no primeiro trimestre de gestação. E os principais impactos da DPP na vida das mães está associado a uma série de sintomas, sendo: tristeza, solidão, frustração, sentimento de incapacidade como mães e como agravante, pensamentos suicidas e homicidas com relação ao bebê. E, os fatores determinantes da doença foram: a pré-disposição a desenvolver quadro depressivo, devido a conviver com familiares propensos; incômodos durante a gestação; não aceitação e culpa de não conseguir amamentar.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Impactos. Mãe. Psicóloga.

1 INTRODUÇÃO

Os estudos literários sobre quadros de Depressão Pós-Parto (DPP), iniciaram com o pioneirismo de Pitt, em 1968, que avaliava essa síndrome como uma leve variante da depressão fisiológica, o que possivelmente ocorre em mulheres jovens ou personalidades imaturas), mas

¹ Graduanda em Psicologia (UCEFF, 2021)

² Graduanda em Psicologia (UCEFF, 2021)

³ Graduanda em Psicologia (UCEFF, 2021)

⁴ Graduanda em Psicologia (UCEFF, 2021)

⁵ Graduação em Ciências Contábeis (UNOESC, 2002) e Mestrado em Ciências Contábeis (FURB, 2011), juliana@uceff.edu.br.

⁶ Graduado do curso de Psicologia (PUC MINAS, 2020 e mestre em psicologia pela PUCRS, 2016). E-mail andre.pedrosa@uceff.edu.br.

⁷ Graduada do curso de Psicologia (Tuiuti, 1995 e mestre em filosofia pela PUCPR); E-mail: ajauna@hotmail.com.

que pode atingir todas as idades e classes sociais. (SANTOS, 2001 apud ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

A DPP é uma doença que muitas mulheres enfrentam após o nascimento do bebê, porém, pode ser tratada desde o início da gestação como fator de prevenção da saúde emocional. É um fator relevante no cuidado com a saúde da mulher e muitas vezes, pode não haver atenção e tratamento necessários, por ainda ser percebida como um tabu na sociedade. (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Ela pode ser definida como um episódio de depressão maior que o acontecimento do nascimento do bebê, e segundo Arrais, Fragalle e Mourão (2014), o pré-natal psicológico, Pioneiro em Brasília, o qual é um novo conceito de atendimento voltado para a humanização do período gestacional, parto e puerpério - por meio de encontros temáticos com preparação para a maternidade e paternidade, um trabalho a ser realizado de maneira preventiva aos transtornos psicológicos e psicossociais da mãe.

Para os autores, Arrais, Fragalle e Mourão (2014), a manifestação da DPP é igual à das depressões em geral, pois é a mesma evidenciada nas depressões desencadeadas por outros fatores como: tristeza profunda, baixa autoestima, perda de motivação para a vida, sentimento de incapacidade, sendo necessário na maioria das vezes, o uso de antidepressivos e acompanhamento psicológico.

No Brasil, a importância deste assunto e seus estudos, iniciaram na década de 1990, com a abertura do primeiro ambulatório para tratamentos de distúrbios mentais e puerperais, no Hospital das clínicas, em São Paulo. Porém, estudos sobre o tema em português, estariam restritos a pequenos capítulos em livros de medicina sobre maternidade e gravidez. (SANTOS, 2001 apud ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Segundo Arrais, Fragalle e Mourão (2014), boa parte dessas mulheres não procuram atendimento médico ou psicológico por falta de informação, de vergonha e/ou preconceitos. Além disso, as questões hormonais e as mudanças que ocorrem desde a gestação até o nascimento do bebê (inclusive na vida pessoal e relacionamentos), faz com que ela não identifique o que é doença e o que faz parte do período de adaptação. Diante deste contexto, a pergunta de estudo é: **Quais são os impactos da depressão pós-parto na saúde de uma mãe?**

O objetivo deste estudo é apresentar os impactos da depressão pós-parto na saúde pelo relato de uma mãe e de uma psicóloga que residem no município de Chapecó/SC.

A justificativa desse estudo é pelo índice considerável de mães brasileiras que relatam ter tido a doença, sendo de aproximadamente 25%, as quais apresentaram sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê, porém a prevalência global

da DPP é de 26,3 %, mais alta do que a estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para países de baixa renda que é de 19,8%. (SANTOS, 2001 apud ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Outra justificativa para este estudo é pelo fato que Arrais, Fragalle e Mourão (2014) declaram que no Brasil o acompanhamento do pré-natal é realizado por um percentual pequeno de mães por questões socioeconômicas, um dos motivos pelos quais a depressão pós-parto atinge maior índice em mulheres com condições de vulnerabilidade social. Incentivos como pré-natal psicológico poderiam ser sugestões de políticas públicas na área da saúde do país, pois aliadas ao pré-natal básico, umas boas redes de apoio, bem como relações sociais saudáveis, poderiam evitar muitos problemas sociais no Brasil, bem como reduzir os coeficientes de mortalidades maternas e perinatal.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A depressão pós-parto pode ser interpretada como a dificuldade de lidar com a complexidade dos processos psicológicos ligados à gravidez e à emergência da parentalidade (MARTINS; PIRES, 2008).

As doenças psiquiátricas do pós-parto parto foram reconhecidas como transtorno específico há pouco tempo. São, por isso, pouco pesquisadas e de escasso conhecimento. Contudo, mostram-se de identificação importante pela morbidade e frequência com que acometem as puérperas (GUEDES, et al., 2011).

Para Arrais e Araújo (2017 apud SANTOS, 2001), a etiologia da DPP não é totalmente conhecida. Estudos trazem alguns fatores que podem desencadear a doença e são conhecidos como hormonais e fisiológicos, bem como influências sociodemográficas e posteriormente fatores psicossociais.

De acordo com estudo realizado por Cruz, Simões e Cury (2005), concluiu-se que a prevalência de DPP, nas puérperas atendidas nas unidades básicas de Saúde do Programa de saúde da família, foi de 37,1%.

As evidências apontadas pela literatura indicam a importância da avaliação precoce da depressão já durante a gestação. Uma vez diagnosticado o quadro depressivo da gestante, viabiliza-se a realização de intervenções, sendo um dos objetivos principais o de apoiá-la neste momento importante de transição (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

2.1 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Apesar da expressiva heterogeneidade dos aspectos metodológicos empregados nas diversas pesquisas sobre a magnitude da depressão pós-parto no Brasil, os achados de Lobato, Moraes e Reichenheim (2011) sugerem que a prevalência de sintomas depressivos pós-parto no Brasil encontra-se acima da média mundial, e próxima àquela encontrada em países similares do ponto de vista socioeconômico.

As mães que apresentaram sintomas de depressão pós-parto, de acordo com Leonel (2016), são normalmente da cor parda, de baixa condição socioeconômica, com antecedentes de transtornos mentais, com hábitos não saudáveis, como o uso excessivo de álcool, paridade alta e que não planejaram a gravidez, porém existem casos pesquisados de mães em condições diferentes das citadas, que também podem desenvolver a doença. Conforme Arrais e Araújo (2017 apud SANTOS, 2001), algumas amostras de estudos apontaram índice de 13,4% em puérperas de nível socioeconômico elevado.

Espera-se que as mães sejam sempre ternas, acolhedoras, férteis e disponíveis, em contrapartida, elas não deverão demonstrar sentimento de tristeza, afinal, tudo isso está ligado ao milagre da vida que presume um instinto materno, uma predisposição inata para o sacrifício. Opor-se a essa visão romanceada da maternidade é, para algumas mulheres, opor-se à feminilidade. (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

As mulheres que desenvolvem depressão pós-parto parecem na sua maioria muito inseguras da sua competência maternal. Tem tendência a isolar-se e rejeitar ajuda de terceiros, uma vez que aceitar auxílio é reconhecer incapacidade de levar a cabo o seu papel maternal (MARTINS; PIRES, 2008). Segundo Silva (2010), foi possível observar que as alterações emocionais mais marcantes do puerpério foram o choro, o nervosismo e a tristeza. As puérperas pesquisadas sentiam-se frustradas e sofriam de forte sensação de fracasso, porque se consideravam incompetentes para exercer a maternidade.

A preferência pelo sexo da criança e ter pensado em interromper a gravidez, mostraram associação com DPP. Parece que a rejeição à maternidade entendida por cogitar em não ter o filho é um fator que aumenta a chance para depressão no pós-parto. Pode-se concluir que as precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores

que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério (MORAES, et al., 2006). Biscegli, et al. (2017) não observaram associação com o tipo de parto.

Não é por acaso que ser mãe na modernidade suscita sentimento de culpa e frustração e conflitos de identidade, afinal as mães estão habituadas a uma cultura que proíbe a discussão plena da ambivalência materna, da coexistência de sentimentos ambivalentes natural em todas as mães. O natural passa a ser o sacrifício, e o amor irrestrito. A maneira de exercer a maternidade tem se tornado cada dia mais idealizada, e em contrapartida, aumentam as atribuições na vida das mulheres no que se refere à assunção de novos papéis sociais exigidos pela cultura moderna (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

2.2 TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Uma mãe com depressão pós-parto também é uma mulher “regredida” e aflita e na maior parte das vezes, muito cansada, que necessita de amparo e de um porto seguro para se reencontrar (MARTINS; PIRES, 2008) e quanto maior o suporte social do marido, menor será a prevalência de DPP (CRUZ; SIMÕES; CURY 2005). O atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade de prevenção da ocorrência de uma interação mãe/ bebê de baixa qualidade. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem se atentar a importância de intervenções que tragam benefícios para a interação mãe/ bebê (LUCA, 2005).

A compreensão e a ajuda partilhada parecem ser as atitudes mais eficazes na recuperação materna. Ao sentirem-se protegidas e acolhidas pelos companheiros, as mães acabam por se conciliar com as suas falhas ganhando mecanismos que lhe permitem superar as dificuldades iniciais. Aceites e confiantes recuperam rapidamente a relação com o bebê, evitando-se maiores consequências (MARTINS; PIRES, 2008).

De acordo com Schwengber e Piccinini (2003), a atuação preventiva das equipes multidisciplinares nesse período pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão.

Neste sentido, espera-se que os distúrbios psicológicos da maternidade sejam referenciados pelos profissionais da saúde mental, para além da repetição de um modelo médico de atendimento psicoterápico individual, em ambientes distantes dos serviços de saúde em que circulam as prováveis usuárias necessitadas de tratamento. A atuação preventiva das equipes multidisciplinares, nesse período, pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mais do que isso, o atendimento precoce à mãe

deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

A forma de tratamento utilizada perante a depressão pós-parto varia conforme a severidade do distúrbio. Para que o tratamento tenha sucesso, é necessário aliar acompanhamento psicológico, psiquiátrico e ginecológico. Em casos de necessidade da utilização de antidepressivos, a situação deve ser minuciosamente investigada junto ao médico, já que os mesmos podem interferir na amamentação (LUCA, 2005).

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por meio do método indutivo. Cervo e Bervian (1996, p. 30) relatam que “[...] na indução, a conclusão está para as premissas, como o todo está para as partes. De verdades particulares concluímos verdades gerais.” Quanto ao nível de pesquisa classifica-se como descritiva na qual foi utilizado, levantamento ou *Survey* como delineamento da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados utilizado para a coleta das informações foi por meio de questionário on-line com uma mãe DPP e com uma psicóloga que atua no atendimento a mães que desencadearam a DPP e que residem no município de Chapecó/SC. A estrutura de ambos os questionários podem ser observadas nos Anexos A e B deste artigo.

O questionário aplicado à mãe DPP foi realizado no dia 17 de junho de 2021 e para à psicóloga foi realizado no dia 15 de junho de 2021.

De acordo com Gil (2008) questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões elaboradas por escrito previamente que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre o conhecimento, valores, interesses, opiniões, etc. Devem ser respondidas sem a presença do pesquisador.

A amostra deste estudo delimita-se a duas pessoas, sendo: uma mãe DPP e uma psicóloga, ambas residem em Chapecó/S C. Segundo Volpato, et al. (2013, p. 23) amostra é conceituada como “[...] uma parte de um todo maior. A maioria das pesquisas na ciência empírica se vale da amostra para compreender o funcionamento de um universo maior”.

A técnica de análise e interpretação dos dados foi a partir de um enfoque qualitativo, pois com os dados coletados foram realizadas somente análise de conteúdo. Figueiredo, et al. (2014) ressaltam que a interpretação de dados de forma qualitativa leva em consideração o conteúdo sendo adotado em sua maioria a elaboração de textos.

4 RESULTADOS

Neste tópico estão presentes as informações que foram coletadas por meio de questionário aplicado a uma mãe que desenvolveu DPP, foi respondido em 17 de junho de 2021 (enviado e recebido na mesma data), o qual apresentou os resultados que serão elencados a seguir, e será denominada mãe com DPP. O perfil da paciente mãe DPP é de que possui 33 anos de idade, casada, possui somente um filho, graduada no curso de Ciências Contábeis, e relatou que atualmente exerce a profissão de dona de casa.

A mãe com DPP relatou ter tido uma gravidez planejada com muito amor e carinho e que obteve apoio familiar, que não tinha preferência pelo sexo do bebê, mas que sempre soube que seria uma menina. Porém no decorrer da gestação, em torno dos seis meses, enfrentou problemas de doenças na família com o pai que era depressivo e esquizofrênico, e que precisando acompanhar o mesmo em exames e consultas, desencadeou a doença.

Ainda, a mãe com DPP, alegou que os fatores identificados como determinantes da doença foram: a pré-disposição a desenvolver quadro depressivo, devido a conviver com familiares propensos; incômodos durante a gestação; não aceitação e culpa de não poder amamentar devido a pressão sofrida pela própria mãe para não oferecer o peito para o bebê.

O tratamento utilizado para a paciente foi o uso de medicamentos antidepressivos e acompanhamento com o psiquiatra. Ela foi orientada a um período de tratamento de 90 dias, porém interrompeu por conta própria após 30 dias do diagnóstico. A mesma relatou obter a compreensão da doença, porém não conseguiu concluir o tratamento devido a efeitos colaterais do medicamento e que mesmo após o parto procurou por outros tratamentos e tipos de terapias.

A mãe DPP explicou que a doença influenciou no relacionamento com o seu bebê em função do uso da medicação, pois os efeitos colaterais a deixavam confusa mentalmente e não conseguia dar a devida atenção, e à medida em que o bebê crescia, ela sentia rejeição por parte dele e ciúmes por ele se apegar mais ao pai que não se fazia muito presente porque viajava a trabalho. Ela relatou que os sentimentos que sentia, eram de tristeza, solidão e frustração como mãe.

O relato da mãe com DPP vai ao encontro do estudo de Azevedo e Arrais (2006) em que afirmam que as mães que acabam opondo a visão romanceada de que devem ser sempre ternas, acolhedoras, férteis e disponíveis é para algumas mães com DPP opor-se à feminilidade.

Ainda, a mãe com DPP considera não ter tido nenhum trauma e nem problemas financeiros no período que desenvolveu a doença, porém relata ter tido a perda do pai vinte dias

após o nascimento do bebê, muitos problemas por parte dos familiares e falta de apoio para acompanhamento da doença do pai.

Ao ser questionada relata ter interrompido o tratamento por conta própria e que iniciou outras terapias anos depois da doença, mas que somente começou a se sentir melhor quando compreendeu que não era rejeitada pela filha, e que ninguém tinha culpa por ter se sentido daquela maneira, muito menos ela.

O segundo questionário foi aplicado à uma profissional da psicologia com 26 anos de atuação na profissão e que atende pacientes com DPP, no dia 14 de junho e recebido em 18 de junho de 2021. Segundo a psicóloga, o perfil das mães que sofrem da DPP não segue um padrão, porque são subjetivas as causas do seu sofrimento. Esta profissional acompanhou mães que sofreram de DPP.

As mulheres que procuraram acompanhamento terapêutico são casadas e possuem uma faixa etária entre 25 a 40 anos. Nos casos observados em terapia todas relataram que desejaram a gravidez e que tinham muitas expectativas com a maternidade.

Os sintomas relatados pela maioria das mães DPP, foi nomeado como um estado de humor deprimido, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, chegando ao extremo de pensamentos suicidas e homicidas em relação ao bebê.

A profissional relatou que as mães chegam, geralmente por indicação de algum familiar, algumas, com a queixa específica de estarem com DPP, enquanto outras, com queixas de humor depressivo e irritabilidade após o nascimento do filho independente de já ter tido outros filhos.

Um ponto que a psicóloga achou importante salientar que é negligenciado pela própria mulher (mãe) e seus familiares, são que elas entendem que os sintomas de esgotamento físico e emocional fazem parte do puerpério e aos cuidados que um bebê exige. Ao mesmo tempo que existem mudanças fisiológicas significativas ao pós-parto, há um pensamento social, cultural, familiar e pessoal em relação à mãe, de que ela deve realizar o papel materno de forma adequada.

De acordo com a psicóloga, a mãe poderá se beneficiar de grupos terapêuticos onde possa compartilhar o seu sofrimento com outras mulheres em igual situação e sob orientação de um profissional. Também pode ser recomendado atendimento psicológico individual em casos cuja gravidade perturbaria o grupo ou que manifestem preferência por esta modalidade de atendimento. O acompanhamento psiquiátrico também se faz necessário.

Quadro 1 – Principais informações obtidas durante realização do questionário

Entrevistado	Fatores Desencadeadores da doença	Faixa etária pacientes	Estado civil	Período em que a doença ocorre(u)	Sinais e Sintomas DPP	Tratamento
Paciente mãe DPP	Pré-disposição a desenvolver quadro depressivo, incômodos durante a gestação; não aceitação e culpa de não poder amamentar devido a pressão sofrida pela própria mãe para não oferecer o peito para o bebê.	33 anos	casada	Seis meses de gestação.	Tristeza, solidão, frustração.	Acompanhamento com psiquiatra e medicação específica. Uso de outras terapias alternativas.
Psicóloga	Algumas chegam com a queixa específica de estarem com DPP, outras com queixas de humor depressivo e irritabilidade após o nascimento do filho independente de já ter tido outros filhos, e algumas com outras queixas que se relacionam com a DPP. A maioria com indicação dos familiares.	25 à 40 anos	casadas	Nos casos que a psicóloga acompanhou umas mães afirmam que o início se deu em até três meses após o parto, outras com baby blue, e outras reconheceram que era depressão o que estavam sentindo muito tempo depois do nascimento do filho.	Estado de humor deprimido, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, chegando ao extremo de pensamento suicidas e homicidas em relação ao bebê.	Tratamentos sugeridos: Participação de grupos terapêuticos com o mesmo contexto, sob orientação de um profissional; Atendimento psicológico individual; O acompanhamento psiquiátrico também se faz necessário.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A profissional encerrou o questionário destacando ser relevante pensar em diagnóstico precoce, pois é fundamental. Mas para isso é necessário um acompanhamento em todo ciclo gravídico-puerperal, sendo a melhor forma de evitar, atenuar ou reduzir a duração da DPP.

Corroborando com este entendimento Arrais, Fragalle e Mourão (2014), enfatizam a importância do incentivo do pré-natal psicológico, pois aliado ao pré-natal básico, uma boa rede de apoio, bem como relações sociais saudáveis, podem evitar muitos problemas sociais no Brasil, bem como reduzir os coeficientes de mortalidades maternas e perinatal.

Conforme pode ser observado no Quadro 1, seguem algumas das principais informações que foram coletadas durante a realização do questionário pela mãe com DPP e a psicóloga clínica. Dentro deste contexto, as principais informações obtidas realizadas com a mãe DPP e a psicóloga clínica, a qual atende pacientes que desenvolveram a doença durante a gestação ou no período do puerpério, são:

- A idade média relatada das mães que desenvolveram DPP nos questionários foi de 25 a 40 anos;
- Algumas mães podem ter predisposição para desenvolver doenças psicológicas, o que pode vir a fomentar com maior facilidade a doença;

- c) A maioria das pacientes que desenvolveram a doença estavam com estado civil casadas;
- d) A doença iniciou na maioria das vezes, no primeiro trimestre de gestação;
- e) Os sintomas observados pelas mães DPP foram constantemente: tristeza, solidão, frustração, sentimento de incapacidade como mães e como agravante, pensamentos suicidas e homicidas com relação ao bebê;
- f) Todas as mães pesquisadas neste estudo buscaram tratamento psicológico e alguns tratamentos alternativos para potencializar a cura;
- g) Os fatores identificados como determinantes da doença foram: a pré-disposição a desenvolver quadro depressivo, devido a conviver com familiares propensos; incômodos durante a gestação; não aceitação e culpa de não conseguir amamentar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo era de apresentar os impactos da depressão pós-parto pelo relato de uma mãe e de uma psicóloga no município de Chapecó/SC. Após coleta dos dados e posterior análise das informações presentes neste estudo pode-se afirmar que o objetivo proposto foi alcançado.

Para tanto foram aplicados dois questionários, sendo um com uma mãe com DPP e outra para uma psicóloga que atende mães com DPP. Os relatos obtidos provenientes destes questionários trazem os impactos e os fatores que desencadearam esta doença nestas mães. Constatou-se que os fatores de risco para uma gestante ou puerpera desencadear a doença são relevantes quando o assunto é bem-estar na maternidade.

Conclui-se que os principais impactos desta doença na vida das mães são os sintomas que a DPP apresenta, como: tristeza, solidão, frustração, sentimento de incapacidade como mães e como agravante, pensamentos suicidas e homicidas com relação ao bebê. E, os fatores identificados como determinantes da doença foram: a pré-disposição a desenvolver quadro depressivo, devido a conviver com familiares propensos; incômodos durante a gestação; não aceitação e culpa de não conseguir amamentar.

Neste artigo, a amostra foi relativamente pequena para evidenciar os fatores que podem ser considerados como desencadeadores da depressão pós-parto em mães da população chapecoense, o que pode ser considerado uma sugestão para futuros estudos na área da saúde da mulher neste município, uma maior abrangência de gestantes.

Por fim, como forma de ampliar os conhecimentos na área da Psicologia, e no assunto depressão pós-parto e seus impactos, sugere-se que sejam realizadas pesquisas ampliando o número da amostra consideravelmente, com o objetivo de investigar os reflexos na saúde mental das crianças, filhos de mães que desenvolveram a doença, bem como os impactos que esta doença acomete até a fase adulta.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, A. da R.; ARAÚJO, T. C. C. de. Depressão pós-parto: Uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Revista Psicologia, saúde e doenças**, 2017 18 (3), 828-845. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n3/v18n3a16.pdf> Acesso em: 30 maio 2021.

ARRAIS, A. da R.; FRAGALLE, B.; MOURÃO, M. A. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Revista Saúde Sociedade São Paulo**, v.23, n.1, p.251-264, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6GpwkXtZv48W83M5cjCddrj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A, da R. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto**. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/GS9STNVGFxTFh3qTFZJYv4Q/?lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2021.

BISCEGLI, T. S. et al. **Depressão pós-parto e tipo de parto**: Perfil de mulheres atendidas em um hospital-escola. Biblioteca Virtual em Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/8%20Artigo%20Depress%C3%A3o%20p%C3%B3s-parto%20e%20tipo%20de%20parto.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

CERVO, A.L; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

COUTINHO, M da P. de L.; SARAIVA, E. R. de A. **Depressão pós-parto**: considerações teóricas. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844627014>. Acesso em: 3 jul 2021.

CRUZ, E.B da S. SIMÕES, G.L. FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/NCfbKSq8zdk4rY5mrwrTqqq/?lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2021.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUEDES, A. C. E. et al. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. **Revista de Medicina**. V.90. n.3. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58907> Acesso em: 20 jun. 2021.

FIGUEIREDO, A.M.B. et al. **Pesquisa Científica e Trabalhos Acadêmicos**. 2 ed. Chapecó: UCEFF, 2014.

LEONEL, F. **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil..** Fundação Oswaldo Cruz. Uma Instituição a Serviço da Vida. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>. Acesso em: 23 jun.2021.

LOBATO, G.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HGfYkYh5RDPxDTWWhst6wMJ/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

LUCA, B. L. D. **Os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê**. Brasília-DF, 2005. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/3089/2/20109602.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2021.

MARTINS, D.; PIRES, A. P. **O comportamento parental de companheiros de mulheres com depressão pós-parto**. Mudanças – Psicologia da Saúde. 2008. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229059783.pdf> Acesso em:02 jul. 2021.

MORAES, I. G. da S., et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YGRKmNycXk3gvjVVnmJGKwf/?lang=pt>.Acesso em: 03 jul. 2021.

SCHWENGBER, D. D. de S.; PICCININI, C. A. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê**. Estudos de Psicologia. 2003.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/99CZHn8wZDPwy6QHGbFBrQr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 jun. 2021.

SILVA, F. C. S. et al. **Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família**. Acta Paulista de Enfermagem. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/GrSDPN7LSxYZGYy3BcFXQBQ/?lang=pt> . Acesso em: 03 jul. 2021.

VOLPATO, G. L. et al. **Dicionário Crítico para Redação Científica**. Botucatu: Best Writing, 2013.