

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: RELATOS DE MÃES QUE SOFREMOS IMPACTOS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ-SC

Bruna Pellenz¹
 Roselei Salete Souza Julio²
 Rosilei Sorgetz³
 Tatiane Fernanda Rommel⁴
 Juliana Eliza Benetti⁵

RESUMO

A Depressão Pós parto (DPP) é uma doença grave que acomete mulheres logo após o parto, podendo afetar a saúde mental da mãe e seu vínculo com o bebê. O objetivo do estudo é avaliar os impactos que a DPP causa na vida das mães, suas consequências em nível familiar e social. A classificação da metodologia quanto ao método científico classifica-se como indutivo, quanto ao nível de pesquisa classifica-se como descritiva, já no delineamento foi utilizado o levantamento/*surwey*. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário on-line. A amostra foi constituída por quatro mulheres que tiveram o diagnóstico da DPP no município de Chapecó/SC. A abordagem classifica-se como qualitativa pois foi aplicada a análise de conteúdo para cada resposta extraída do questionário aplicado a amostra desta pesquisa. Os resultados deste estudo demonstram que a DPP tem impacto negativo na saúde mental das mulheres/mães, nas relações interpessoais, assim como podem afetar negativamente a relação com seu companheiro e demais familiares. É fundamental para qualidade de vida dessas mulheres a implementação de políticas públicas que assegurem a prevenção e orientação quanto ao preconceito, como também, estratégias de acolhimento e acompanhamento quando detectado tal transtorno.

Palavras-chave: Depressão Pós Parto; Mães; Impactos.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Lai e Huang (2004) a Depressão Pós Parto (DPP) é uma patologia derivada de uma combinação de fatores biopsicossociais dificilmente controláveis que atua de forma implacável no seu surgimento. Após o parto ocorrem reações conscientes e inconscientes na puérpera, dentro do seu ambiente familiar e social imediato ativando profundos impactos. Ainda segundo Cooper e Murray (1995) a depressão pós-parto geralmente inicia da quarta a oitava semana após o parto e pode persistir por mais de um ano. Conforme Klaus, Kennel e Klaus (2000) uma mãe com DPP pode apresentar sintomas como cefaleia, dores nas costas, erupção vaginal e dor abdominal sem causa orgânica aparente. Abaixa autoestima,

¹ Graduanda em Psicologia (UCEFF,2022).

² Graduanda em Psicologia (UCEFF,2022).

³ Graduanda em Psicologia (UCEFF,2022).

⁴ Graduanda em Psicologia (UCEFF,2022).

⁵ Docente (UCEFF,2022). E-mail: juliana@uceff.edu.br.

os fatores socioeconômicos e a gravidez indesejada ou não planejada estão associados diretamente à depressão e esse ritmo frenético de vida, cultura e economia, o pós-parto constitui-se em um período de maior risco para adoecimentos psíquicos no ciclo de vidas das mulheres, por isso a relevância de conhecermos essa doença.

De acordo com Inandi *et al.* (2002), a baixa educação, a pobreza e uma conflituosa relação familiar concorrem fortemente com o aparecimento da DPP. Estudos mostram que as mães que sofrem os impactos da DPP são suscetíveis a sofrer alterações hormonais, problemas psicológicos e sociais, falta de estrutura familiar, gravidez indesejada, assim como eventos estressantes da vida, essa doença que escolhe raça, cor ou mesmo classe social. Nesse sentido a questão problema é: **Quais são os impactos da depressão pós-parto em algumas mães localizadas no município de Chapecó/SC?** O objetivo desse estudo é apresentar os relatos de algumas mães que passaram pela depressão pós-parto destacando seus impactos.

De acordo com pesquisa realizada por Arrais, Fragalle e Mourão (2014) os impactos muitas vezes ficam mascarados durante anos e anos e a mãe não consegue se libertar do sentimento. Esta pesquisa se justifica pelo fato de que aproximadamente 15% das mães em geral, podem apresentar algum sintoma de DPP até 12 meses pós o nascimento do bebê. Com base nesses dados, este estudo se justifica, apresentando desta forma a importância das mães realizarem um acompanhamento do pré-natal, pois assim, elas terão um olhar integral e conhecimento técnico e científico do obstetra ou do profissional da saúde durante toda a sua gestação conseguindo desta forma reconhecer e intervir logo na fase inicial da doença.

2 REVISÃO TEÓRICA

De acordo com Wilkinson, Moore e Moore (2003), a doença DPP é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza, consistindo numa perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanha muitos sintomas físicos e mentais. Envolve pensamentos, impulsos e a capacidade que a mãe vem a duvidar de si mesma nesse momento de extrema fragilidade mental.

O corte do cordão umbilical separa para sempre o corpo da mãe/bebê onde inicia um novo ciclo para ambos, para o recém-nascido que terá que aprender a fazer “tudo” sozinho a começar pela respiração para manter-se que até alguns segundos antes era feita através da mãe. A mãe também fragilizada vivendo o “trauma” do próprio nascimento reações inconscientes da angústia e incerteza do que está por vir com os cuidados do recém-nascido e as reações familiares e sociais que terá que lidar (Laplanche; Pontalis, 1986; Lai; Huang, 2004).

A procura de ajuda mesmo com muitas orientações que a doença existe é frequentemente atrasada devido à vergonha e ao preconceito que ainda se tem com a DPP. A maioria das mulheres desenvolve depressão pós-parto nos três primeiros meses após o nascimento do bebé (Cooper; Murray, 1995), revelando-se um pico da incidência por volta da 4.^a à 6.^a semana.

2.1 OS TIPOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Falar de depressão pós-parto vai muito além dos conhecimentos populares, tem-se pouco material e estudos de pesquisa que falam sobre o assunto. A DPP é uma doença que engloba uma variedade de mudança física e comportamental podendo ter casos de mudanças materializadas. Quando diagnóstica, a DPP tem cura, podendo ser com tratamentos medicamentosos ou com terapias individuais ou em grupos como uma rede de apoio a outras mães que passam pelo mesmo problema (AZEVEDO; ARRAAIS, 2006).

Atualmente existe três tipos de DPP: Tristeza Materna – A mãe tem mudanças súbitas de humor, como se sentir muito feliz ou muito triste, sentimentos com intervalo de pouco tempo. A Depressão Pós-Parto - Pode acontecer alguns dias após o nascimento ou até alguns meses, a Psicose Pós-Parto podemos considerar uma das mais graves entre as depressões pois a mãe pode perder totalmente a noção da realidade que está vivendo, podendo ter algum tipo de alucinação sonora e nem mesmo reconhecer o próprio bebê (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2019).

2.2 PRINCIPAIS CAUSAS DA DPP

Segundo Azevedo e Arrais (2006) a sociedade espera que a mulher além de ser fértil poder dar a luz a uma criança ela também já esteja preparada para que assim que der a luz já saiba como lidar com essa nova vida. Muito longe disso ainda acontecer, pois a sociedade continua apresentando comportamento machista e com falta de humanização para as mães que nesse momento acabam ficando completamente vulneráveis, o puerpério é assustador quando a mãe já se encontra em um estado emocional elevado.

Abaixo sintomas principais que as mães que diagnosticadas com DPP apresentam:

- a) Tristeza Profunda visível
- b) Crises de choro ao logo do dia/noite
- c) Falta de energia

- d) Dor de cabeça, palpitações no coração
- e) Falta de sensibilidade
- f) Insônia e cansaço
- g) Perda de peso apetite ou o ganho exagerado do peso
- h) Preocupação exagerada com o recém-nascido
- i) Sentimento de culpa
- j) Sentimento de inutilidade
- k) Não conseguir alimentar o recém-nascido pela falta de leite
- l) Baixa autoestima
- m) Transformação que passa o corpo
- n) Ganho excessivo de peso (Secretaria De Estado De Saúde Do Estado De Goiás-Fiocruz, 2021).

2.3 PUERPÉRIO

Puerpério é o período pós-parto, que tem duração de aproximadamente três meses, nos quais a mulher vivencia uma série de mudanças físicas e emocionais. É o período em que a mulher se depara com expectativas construídas ao longo da gravidez e a realidade trazida com a chegada do bebê.

Zanotti *et al.* (2003) *apud* Silva e Botti (2005) afirmam que na fase puerperal a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de transtornos mentais em relação a outras fases da vida, uma vez que as suas defesas tanto físicas quanto psicossociais são direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê.

No manual técnico elaborado pelo Ministério da Saúde “Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” no ano de 2005, foi descrito a forma adequada que se deve atender as mulheres desde o início da gravidez até o puerpério. Segundo o Ministério da Saúde, (2021) as alterações emocionais no puerpério manifestam-se basicamente das seguintes formas:

* materno ou “*baby blues*”: mais frequente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. Tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade;

* depressão: menos frequente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas, os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê;

* lutos vividos na transição entre a gravidez e a maternidade; perda do corpo gravídico e não retorno imediato do corpo original (Brasil, 2021).

2.4 OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO E A SUA INTERFERÊNCIA NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Entre os fatores significativos que contribuem para o surgimento da depressão pós-parto, incluem-se depressão pré-natal, ansiedade, história psiquiátrica pregressa, relacionamento conjugal conflituoso, eventos estressantes, atitude negativa em relação a gravidez e falta de apoio social (Silveira *et al.*, 2018).

Segundo Reading e Reynolds (2001), relacionam os riscos para a depressão materna em três categorias: a primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda relaciona-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira refere-se a adversidades socioeconômicas.

Fazendo um paralelo entre os estudiosos do assunto, percebe-se que a qualidade da vida cotidiana, as experiências de uma gestante são fatores que desencadearão e terão consequências pós-parto, sendo estes saudáveis ou que trarão prejuízos tanto pra a mãe quanto para o filho.

Estudos de saúde mental relacionado ao parto levaram a uma mudança no conceito específico de pós-parto (DPP), por considerá-la um espectro de transtornos depressivos que surgem no período perinatal. Esta mudança está associada ao crescente reconhecimento de prevenção e intervenção precoce nesse período (Austin, 2004).

Um número considerável de estudos tem evidenciado que a DPP está associada a resultados cognitivos e sócios emocionais adversos em crianças (Brockington, 2004; Cooper; Murray, 1995).

A duração da DPP relaciona-se com uma redução na afetividade e cuidados direcionados a criança, resultando em prejuízo no desenvolvimento cognitivo e social no primeiro ano de vida (Rosello, 2002). Quanto aos aspectos adversos das crianças e no prejuízo do desenvolvimento é, necessário o acompanhamento psicológico e ou medicamentoso visando o desenvolvimento saudável de toda família.

Segundo Klaus, Kennel e Klaus (2000), existem uma associação entre DPP e problemas posteriores de retraimento ou de intrusividade na relação com seus bebês. Mães com DPP podem apresentar diferentes comportamentos em relação ao seu bebê, desde falta total de cuidados e ou excesso de zelo.

Ainda os autores (2000) a ocorrência da DPP nos primeiros meses de vida do bebê pode estar associada a uma séria de dificuldades relacionais da díade, e pode ter importantes consequências no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. O reconhecimento

da DPP é importante não apenas para a compreensão e o tratamento da mãe, mas também por seus efeitos negativos sobre o relacionamento entre a mãe e o bebê, e sobre o aprendizado e desenvolvimento social e emocional da criança. A prevenção da DPP é a melhor forma de evitar efeitos, e o apoio social é um dos fatores mais vitais da prevenção.

De acordo com Noe e Boeira, (2020) as consequências da depressão pós-parto são:

- a) Prejudica o bem-estar físico e psíquico da mãe;
- b) Tem consequências nos relacionamentos (conjugal, familiar e social);
- c) Pode interferir na amamentação (vínculo mãe/filho), e nos cuidados com o bebê;
- d) A DPP está associada ao desenvolvimento anormal, comprometimento cognitivo e emocional adverso nas crianças;
- e) Poderá ter associação com transtornos futuros de conduta, comprometimento da saúde física, insegurança e episódios depressivos na prole.

O que vem a corroborar as ocorrências também citadas por Klaus, Kennel e Klaus (2000), nos episódios da DPP.

As atitudes maternas quanto ao recém-nascido são altamente variáveis, mas podemos incluir desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão que inibe o descanso adequado da criança (PA, 2000). As crianças de mães com depressão pós-parto são descritas como mais ansiosas e menos felizes, são menos responsáveis nas relações interpessoais e sua atenção é menor, quando comparadas com crianças de mães não depressivas (Righetti *et al.*, 2002).

Existem relatos de que mães com depressão pós-parto durante a interação social expressam mais afeto negativo e são menos envolvidas com os bebês do que as mães que não apresentaram esse quadro. Podendo apresentar um comportamento de retraimento na relação com os pequenos. Além de demonstrarem níveis de hostilidade maior na interação com seus filhos, com maior rejeição, negligência e agressividade quando lidam com os mesmos (Noe; Boeira, 2020).

Com relação aos parceiros de mulheres que apresentam depressão pós-parto, estes também podem apresentar depressão após o nascimento do bebê, estando relacionada à depressão materna. Essa forte correlação tem importantes implicações no bem-estar da família como um todo (Noe; Boeira, 2020).

As mulheres normalmente relutam em discutir seus sintomas depressivos, muitas vezes por causa das expectativas sociais de que as novas mães sejam felizes por estarem dando a luz, o que pode gerar constrangimento, culpa e estigma. O reconhecimento dos sintomas depressivos é importante não apenas para a compreensão e o tratamento da mãe, mas também

por seus efeitos negativos sobre o relacionamento entre a mãe e o bebê, e sobre o aprendizado edesenvolvimento social e emocional da criança (Noe; Boeira, 2020).

Uma forma de oferecermos assistência Psicológica a estas mulheres é desmistificar essas fantasias de maternidade perfeita é proporcionar uma assistência de Pré-Natal Psicológico (PNP), este serviço de caráter preventivo podendo diminuir a incidência da depressão pós-parto, minimizar os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção (NOE; BOEIRA, 2020).

As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, incluindo ruminções graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos. O infanticídio está associado, com maior frequência, a episódios psicóticos no pós-parto, com alucinações de comando ou delírios de possessão, envolvendo o bebê requerendo estes episódios tratamento intensivas e, por vezes, hospitalização (Gale; Harlow, 2003; O'hara, 1997; Souza *et al.*, 1997).

Previsto no artigo 123 do código civil, o infanticídio se caracteriza por matar o próprio filho logo após o parto, sob a influência do estado puerperal (depressão pós-parto). Se condenada, a mãe pode pegar de dois a seis anos de detenção (Noe; Boeira, 2020).

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por meio de método indutivo. Cervo e Bervian (1996, p.30) relatam que “[...] na indução, a conclusão está para as premissas como um 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 foi por meio de questionário on-line direcionadas para quatro (4) mães. A estrutura do questionário pode ser observada no Anexo desse artigo. O questionário foi aplicado no período de 04 a 16 de junho de 2022.

De acordo com Gil (2008) o questionário pode ser definido como uma técnica de investigação composta por conjunto de questões apresentado por escrito a pessoas, podendo ser composto por um número mais ou menos elevado de questões com objetivo de coletar informações, sentimento, situações vivenciada sendo esse aplicado sem a presença do pesquisador.

A abordagem classifica-se como qualitativa pois foi aplicada a análise de conteúdo para cada resposta extraída do questionário aplicado a amotra desta pesquisa.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Estão presentes neste tópico as informações que foram coletadas por meio de questionário, enviado a quatro (4) mães que sofrem as consequências da DPP, foi respondido em 04 de junho de 2022 a 16 do mesmo mês. Os resultados são apresentados na sequência, e as mães são denominadas pela ordem que foram respondendo o questionário como: M1, M2, M3 e M4.

Sobre a idade que todas engravidaram, segundo Ministério da Saúde (2007) pode-se considerar que quase todas já estavam na idade adulta, com exceção da M1 que ainda estava na fase jovem adulta, dados podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1 - Planejamento de gestação e idade.

GESTAÇÃO PLANEJADA			
M1	M2	M3	M4
não	Não	sim	não
IDADE QUE ENGRAVIDOU			
M1	M2	M3	M4
21 anos	32 anos	30 anos	33 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Questionadas sobre a gravidez ter sido planejada e qualidade da gestação, somente M3 planejou, sendo que M1, M2 e M4 não, M2 ainda com agravante de possuir diagnóstico de dificuldade de gestar. A falta desse planejamento ocasionou gestações turbulentas, rejeição familiar, sem estrutura emocional e afetiva o que acarretou transtornos psicossociais. Dados elencados no Quadro 2.

Quadro 2 – Qualidade da gestação.

DETALHES DA GESTAÇÃO	
M1	Minha gestação foi complicada, não tive apoio de ninguém, sempre me virei sozinha.
M2	Foi uma gestação tranquila, porém como diagnóstico de não poder engravidar, foi uma surpresa muito grande, a falta de aceitação dificultou o entendimento da gravidez, minha família não aceitava meu relacionamento e isso fez com que toda a gravidez não fizesse muito sentido para mim, me sentia sozinha e rejeitada, consequentemente minha filha também. Não pude dividir alegrias da gestação, muito pelo contrário, escondia felicidade em saber que eu teria alguém comigo pro resto da minha vida. Entrando no sétimo mês, minha filha se encaixou e precisei de maiores cuidados para ela não nascer prematura, foi nesse momento que tive um pouco mais de ajuda da minha mãe em realizar as tarefas do dia a dia.

M3	Na época eu fazia faculdade a noite e me deslocava para Chapecó para estudar com uma Kombi em estrada de chão, sacolejava muito, tive problemas como ameaça de aborto, fiquei um mês em licença, algumas professoras achavam que eu estava fazendo “dengo”, nunca tinha faltado ao trabalho, ficando esse mesmo período em afastamento. Tranquei a faculdade, fiquei muito chateada com as insinuações de algumas professoras, porém não tinha percebido que estava com problemas na gestação, foi uma amiga da faculdade que me chamou a atenção quando relatei que estava sentindo cólicas. Nunca gostei de me queixar por doença, mal-estar, etc. Talvez porque minha mãe querida, estava adoente e eu não queria que os outros me vissem como ela “nesse sentido”
M4	Rejeitava muito a ideia de ser mãe solteira, o pai tinha outra família, então chorava o tempo todo.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Destaca-se que todas as mães relatam sentimentos parecidos, como insegurança, insônia, raiva, muita tristeza e desgaste emocional e físico, durante e após o nascimento, um pouco desse agravante gerado pelas dificuldades de aceitação da gestação e falta de apoio de familiares, ainda podemos levar em consideração o preconceito sofrido por terceiros, como famílias que não aceitavam a relação, mães sozinhas sem apoio do companheiro, e julgamentos desnecessários. Levantamentos detalhados no Quadro 3.

Quadro 3 – Sintomas.

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS	
M1	Insegurança, medo de perder minhas filhas, insônia, ansiedade, chorava todas as noites e quando estava sozinha, tinha tremor nas mãos, medo de estar em público, com vários pensamentos de suicídio, só não cometi e mesmo por conta de minhas filhas.
M2	Muita tristeza, sentimento de estar sozinha o tempo todo, por mais que tivesse rede de apoio.
M3	Minha filha chorava muito a noite e eu sempre fui muito dorminhoca, tinha necessidade de dormir, ela chorava eu ia atendê-la, como eu conseguia pegar no sono mais facilmente, preferia ir eu, pois meu marido acordava e não conseguia mais dormir e ele acordava muito cedo para ir trabalhar em Chapecó. Eu tinha que ficar segurando a mão dela e cantando, eu chorava sozinha, em silêncio, sem ninguém saber, cansada e sonolenta. Faz pouco tempo que consegui relatar isso, embora sem admitir sentia rejeição pela minha bebê amada, por ela estar tirando toda minha tranquilidade, eu não dormia direito, não comia direito, não conseguia pensar em outra coisa a não ser na minha bebê, e isso me incomodava, mas jamais falei ou admiti isso, afinal, mãe é aquele ser perfeito, assim que aprendi, assim que queria ser (paradigma).
M4	Fazia tudo apenas porque tinha que fazer, sem sentimentos e sem vontade, não sentia falta do bebê quando estava longe, sentia apenas sentimento de culpa.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Sobre diagnóstico e ajuda recebida, percebe-se que ainda não aceitavam ou não tinham certeza do diagnóstico, levando anos para serem tratadas ou aceitar a situação, ainda assim nem todas procuram ajuda, outras receberam orientações de amigas sobre essa busca, atualmente somente M1 e M4 ainda fazem uso de medicamentos como tratamento. M1 e M4 relatam que

não houve apoio nenhum dos correspondentes companheiros, alegam que agravou ainda mais a situação e a dificuldade de aceitação da gestação, destaque abaixo no Quadro 4.

Quadro 4 – Relação Família.

RELAÇÃO MAE/ PAI / BEBÊ DURANTE SINTOMAS - CUIDADOS	
M1	Sobre minha filha eu tinha muito medo da perda, não podia imaginar ela longe dos meus olhos, já o pai não estava presente.
M2	Após conseguindo exercer melhor minhas atividades com minha filha, fui me desapegando do marido a sensação de que não precisava mais dele, raiva, nojo, isso perdurou por um bom tempo, já com relação a minha filha sempre cuidei da melhor forma possível, sentindo o amor crescer dentro de mim, nunca tive sentimento de rejeição por ela.
M3	Apesar desses sentimentos que mantive sempre trancados a milhões de chaves, o meu relacionamento com minha filha sempre foi de máxima proteção “ate exagerei, exagero na dose”. Estou aprendendo a lidar com isso hoje, depois de algumas terapias, e pasme, inclusive Reiki com minhafilha terapeuta. Meu marido sempre presente e apoiador, dividindo tarefas
	e cuidados com nossa filha, nunca tive problemas em relação a ele, é muito companheiro, compreensivo e solidário, baita parceiro de todos os momentos.
M4	O pai do bebê eu evitava, o bebê cuidava no automático.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A recuperação é relatada por algumas, como no caso M4 que esta recuperada, porém ainda faz uso de medicamentos, as demais ainda estão em tratamento com terapias, medicamentos e aceitações do diagnóstico da DPP, pois com exceção da M2 que ainda sofre somente com lembranças, as outras sentiam vergonha de admitir devido ao preconceito da situação que passam enquanto gestantes e falta de apoio já citado anteriormente. Dados levantados no Quadro 5.

Quadro 5 – Superação da DPP.

RECUPERAÇÃO, APRENDENDO A LIDAR COM DPP	
M1	Ainda não totalmente, consegui tirar 2 (dois) dos remédios e 1(um) tomo quando não estou muito bem, eu penso que é muito triste passar por tudo isso, viver com sintomas que vem sem menos esperar, é uma dor sem explicação, só quem passa ou passou sabe exatamente a dor e a angustia constante e dolorosa.
M2	Superei quase 100% (cem por cento), porém não sinto que poderia ter sido feito diferente, pois foi minha realidade na época, aceito e respeito essa história e hoje me esforço muito para ser exemplo para ela “filha”. O que poderia ter feito era ter tomado medicamento para passar mais fácil por essa fase.

M3	Com o passar do tempo fui superando, consegui dividir o foco depois de terminada a licença maternidade, demorou um bom tempo mas fui acostumando a ser mãe. Meu conselho é: Apesar de sentir todas essas infinitas e grandiosas mudanças, o importante é não focar na tristeza, nos problemas e sim nas alegrias que o filho traz e na esperança da que trará e focar na solução de cada problema quando ele for sugerido, sem antecipar, um dia de cadavez. Creio que é importante também, reservar um momento para si, para o seu “eu” e para seu corpo, todos tão transformados pela maternidade. Pedir ajuda se precisar, sair com amigas, deixar o filho com o pai, ou avós de vez em quando saírem com seu amor e viver.
M4	Superei, pois hoje consigo falar daquela situação. Recomendo que mães falem sobre o que estão sentindo com alguém em quem confiam. Busque e aceite ajuda, não consegue se recuperar sem ajuda.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Recomendações deixadas pelas mães pertencentes a este estudo é de que as mães desconfiem desse diagnóstico procurem ajuda o quanto antes para o tratamento ser mais eficaz e menos dolorido, e que foquem na solução do problema e não sintam vergonha de admitir suas fraquezas.

Quadro 6 – Preconceito x Vergonha.

VERGONHA AO EXPOR A DOENÇA	
M1	Nunca tive vergonha, mas de início diziam que era frescura, isso não existe era coisa da minha cabeça, ainda sofro com angústia, ansiedade, tremor, dor no peito, mas com medicação consigo acalmar tudo isso.
M2	Não, sempre foi muito tranquilo falar dessa minha dificuldade, por mais que ainda doa algumas lembranças. Foi um processo pesado, de muitas mágoas e tristezas, sentia a maternidade como um fardo pesado e doloroso, como se tudo fosse muito difícil, mesmo assim, fazia da minha melhor forma, com muito amor, mas um sentimento de arrependimento pairava, hoje olho para minha filha e a paixão e o amor que sinto não se mede. É um sentimento incomparável e arrebatador.
M3	Sim, tive e tenho reservas em falar sobre o assunto, não senti preconceito porque só falei com minha filha sobre isso, agora ela já está com 24 (vinte e quatro) anos, e com o pessoal do estudo, mas acredito que tenha muito preconceito sim, principalmente por falta de informação.
M4	Tinha vergonha de falar da situação, de falar que estava me tratando não tinha vergonha.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

As mães relatam a diferentes situações em relação ao período gestacional, desde tranquila, complicada com problemas. Em relação aos diagnósticos, estes foram detectados de diferentes maneiras, com profissionais médicos, amigas, prima psicóloga e até mesmo um momento que foi um sentimento mascarado.

Os sintomas foram intensos, variados e o que acarreta dias de insegurança e sentimentos confusos e conflituosos. Perante os sintomas sabiam que estavam com DPP foram unânimes em dizer que não, mas que conheciam a doença e nem imaginavam estar passando por esse diagnóstico, embora a DPP seja conhecida popularmente.

A busca pela ajuda tornou-se necessária para algumas de imediato e para outras após um período de intensos sintomas. A medicação foi uma consequência e depois orientada a buscar uma terapia.

Todas as informações coletadas vem a corroborar com os sintomas apresentados na revisão teórica, como a necessidade de atendimentos, a prevenção e o acompanhamento dessa realidade social. É fato que todas as mães sofreram impactos em suas vidas com a DPP sendo esta diagnosticada ou “mascara”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo era de apresentar os relatos de algumas mães que passaram pela depressão pós-parto destacando seus impactos, após o cumprimento de todas as etapas da referida pesquisa, constatou-se que o objetivo foi alcançado na íntegra. Os resultados do estudo apontam que a DPP tem causas, razões e uma combinação de fatores, atingindo um número significativo de mulheres no pós-parto.

A DPP pode se apresentar ou se manifestar com uma intensidade breve ou contínua, podendo tornar-se um fator que dificulta o elo afetivo positivo entre mãe e filho, indo até mesmo a interferir na qualidade dos vínculos emocionais futuros.

É importante o conhecimento a respeito das vivências da mãe durante seu período de gestação e, especialmente como elas se sentem após o parto, como ela possivelmente possa estar se sentindo, se esta encontrando apoio e acolhimento da família e da sociedade.

Não se trata de por essa mulher viver em uma redoma, mas deixarem-lhe expressar seus sentimentos de apoio, manifestações de compreensão e cuidados. Importante que a gestante expresse sentimentos tanto positivos quanto negativos, desde o pré-natal como sendo um tratamento preventivo, de suporte que irá acarretar os benefícios não exclusivos para as mães, mas para o bebê vindouro e toda família.

Buscando a psicologia da saúde, nessa perspectiva os profissionais envolvidos em atendimento com gestantes desempenham um papel fundamental na detecção desses sintomas, sentimentos, diagnósticos buscando e encaminhando essas famílias ao tratamento visando o tratamento saudável de todos os envolvidos.

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**, 18 (3), 828-845, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n3/v18n3a16.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

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: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área de Saúde do Adolescente edo Jovem**. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BROCKINGTON, I. **Postpartum psychiatric disorders**. *Lancet*, 363(9414), 1077-1078, 2004.

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

COOPER, P.J.; MURRAY, L. Course and Recurrence of Postnatal Depression. Evidence for the Specificity of the Diagnostic Concept. **The British Journal of Psychiatry**, 166,191-195, 1995.

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

GALE, S.; HARLOW, B. L. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. **Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology**, 24(4), 257-266, 2003.

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

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. **Depressão pós-parto**. 2019 Disponível em: [:https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7594-depress%C3%A3o-p%C3%B3s-parto](https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7594-depress%C3%A3o-p%C3%B3s-parto). Acesso em: 20 jun.de 2022.

INANDI T. *et al.* **Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey**. *Oxford*, v. 31, n. 6, p. 1201-1207, 2002.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LAI J. Y.; HUANG T. L. Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness. **Psychiatry Clin Neurosci**, 58, 157-162, 2004.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

NOE, Suélen Reckziegel; BOEIRA, Bruna Canello. **Depressão Pós-Parto e suas Consequências para a Mãe e para o Bebê**. 2020. Disponível em: <https://vitallogy.com/feed/Depressao+Pos-Parto+e+suas+Consequencias+para+a+Mae+e+para+o+Bebe/1285>. Acesso em: 29 jun.2022.

READING, R.; REYNOLDS, S. Debt, Social disadvantage and maternal depression. **Social Science & Medicine**, 53, 441-453, 2001.

RIGHETTI, M. et al. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. **Journal of Affective Disorder**, 70(3), 291-306, 2002.

ROSELLO, P. A. *et al.* Influence of behaviour, attitudes and childrearing on the development of the child in mothers with postpartum depression. **Acta Esp. Psiquiatria**, 30(5), 292-300, 2002.

SILVEIRA, et al. A depressão pós parto. **Caderno Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 26 (4), 2018.

WILKINSON, G.; MOORE, B.; MOORE, P. **Tratar a depressão**. Lisboa: Climepsi, 2003.