

**A RELAÇÃO DA MÃE EM SITUAÇÃO DE DEPRESSÃO COM SUAS FIGURAS
FEMININAS DE APOIO**

Laura Pithan Prochnow

**Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Psicologia, sob orientação da Professora Rita de Cássia Sobreira Lopes, PhD.**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Porto Alegre, maio de 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, professora Rita de Cássia Sobreira Lopes pela dedicação, orientação, leitura atenta do material, principalmente por ter sido minha figura feminina de apoio na gestação, parto e nascimento deste trabalho.

Agradeço ao coordenador do Projeto Psicoterapia Pais-bebê, professor Cesar Augusto Piccinini pela dedicação, orientação e grande apoio oferecidos nestes dois anos de mestrado.

Agradeço às mães da pesquisa as quais permitiram que compartilhássemos momentos tão especiais em suas vidas. Sem sua colaboração nada disso seria possível.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS pelos ensinamentos teóricos sobre Desenvolvimento Humano.

À professora Maria Luiza Furtado Kahl por sempre me incentivar a seguir adiante.

Ao relator do trabalho, Cesar Piccinini, e as participantes da banca Maria Luiza Furtado Kahl, Maria Lucia Tiellet Nunes, pela disponibilidade da leitura do material e presença.

Ao trabalho de Tonantzin Ribeiro na organização dos dados e por sua disposição em sempre auxiliar no que fosse necessário.

Às colegas do grupo de pesquisa da terapia pais-bebê pelo apoio, amizade e, principalmente, pelas valiosas discussões e contribuições surgidas nas segundas-feiras de manhã.

Às amigas Angela Marin e Paula Munimis pelas alegrias e dificuldades compartilhadas nestes dois anos.

Agradeço a Giana Frizzo pela amizade, pela convivência, pelo carinho em todas as horas e principalmente ser a minha grande figura feminina de apoio nos percalços da vida.

Agradeço aos meus pais, Carmem Lúcia e Alnei e as minhas irmãs, Júlia e Emília, pelo incentivo e, principalmente pelo “colo” nos momentos difíceis.

Ao Alexandre, pelo incentivo, amor e por todos os momentos compartilhados.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	
Apresentação.....	7
As mudanças de papéis da mulher e os sentimentos maternos ao longo da história.....	8
O nascimento do bebê e suas implicações para a vida da mulher.....	15
Os cuidados com a mãe e os sentimentos de capacidade materna.....	18
Figuras femininas de apoio.....	22
Identificação com a figura feminina de apoio.....	25
O puerpério e o sentimento de desamparo materno.....	26
Os transtornos do pós-parto.....	28
Objetivos e justificativa do estudo.....	38
CAPÍTULO II – MÉTODO	
Participantes.....	40
Delineamento e Procedimentos.....	44
Instrumentos e Material.....	45
CAPÍTULO III – RESULTADOS	48
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	92
Considerações finais.....	114
REFERÊNCIAS	119
ANEXOS	
ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	124
ANEXO B: Ficha de Contato Inicial.....	125
ANEXO C: Entrevista de Dados Demográficos do Casal.....	126
ANEXO D: Entrevista Diagnóstica Materna.....	127
ANEXO E: Entrevista sobre a Gestação e Parto.....	129
ANEXO F: Entrevista sobre a Experiência da Maternidade.....	130

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados Sócio-demográficos das participantes.....42

Tabela 2: Dados Sócio-demográficos dos companheiros.....43

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo examinar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. Participaram do estudo sete mães adultas com indicadores de depressão. Os indicadores de depressão foram avaliados nas mães através do Inventário Beck de Depressão e confirmados através de uma entrevista diagnóstica. Todas as mães tinham bebês com idade de cinco a onze meses na ocasião da investigação. As mães também responderam a uma entrevista sobre a gestação e o parto e sobre a experiência da maternidade. Foi utilizada análise de conteúdo qualitativa, a fim de investigar o conteúdo do relato das entrevistas, visando apreender suas características e significações. Os resultados do estudo indicaram que seis das sete mulheres puderam contar com o apoio de uma figura feminina, antes, durante e após o parto. Essas figuras também serviram de modelo de identificação para cinco destas seis mães. Além disso, foi mencionado por todas as mães que contaram com o apoio da figura feminina, que a presença desta era sentida como alívio e proteção. A falta de apoio do companheiro foi apontada por seis das sete mães. Em relação aos sintomas depressivos foi possível concluir que as figuras femininas de apoio podem ser consideradas como minimizadoras destes em função da mulher que obteve índice de depressão mais alto no Inventário Beck de Depressão ser a única que não pôde contar com o apoio de uma figura feminina. Nesse sentido, o presente estudo corroborou suas expectativas iniciais de que a figura feminina de apoio é fundamental para que a mãe desenvolva os sentimentos e capacidades maternas de uma forma mais tranqüila do que as mães que não podem contar com esta figura. Por outro lado, é importante notar que as mulheres que receberam apoio de uma figura feminina tenderam a delegar as tarefas maternas de cuidados com o bebê a esta figura. Neste sentido, discute-se em que medida esta figura ajudou de fato estas mulheres a assumirem o papel de mãe. Para finalizar, enfatiza-se a importância de se considerar as peculiaridades de uma figura feminina de apoio para as mulheres em situação de depressão materna.

ABSTRACT

The present study aimed to examine mother's relationship with female support figures in the context of maternal depression. Seven adult mothers with depression indicators took part in the study. Depression indicators in mothers were evaluated through Beck Depression Inventory and were confirmed through a diagnostic interview. They all had infants aged five to eleven months at the time mothers were interviewed. Mothers also answered a semistructured interview concerning pregnancy and labor, as well as the experience of motherhood. Qualitative content analysis was used in order to investigate the content of the interview reports trying to grasp their characteristics and significations. The results of the study indicated that six of the seven women had the support of female figure before, during and after labor. These figures also served as identification models by five women. Furthermore all mothers who had a female support figure said that this presence was felt as relief and protection. The lack of partner's support was pointed out by six of the seven women. As far as depressive symptoms are concerned, it was possible to conclude that female support figures may have reduced depressive symptoms since the woman who obtained the highest depression index in the Beck Depression Inventory was the only one who could not have the support of female figure. On the other hand, it is important to note that the women who did receive support from a female figure tended to delegate the maternal tasks of caring for the baby to this female figure. In this sense, the extent to which this female figure did in fact help the women to assume the maternal role is discussed. Finally, the importance of taking into consideration the peculiar features of a female support figure for women in the context of maternal depression is emphasized.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1. Apresentação

O nascimento de um filho, assim como a adolescência e o climatério, é uma fase propensa a crises e desequilíbrios para a vida da mulher, por causa das mudanças que o acompanham. Tais mudanças se refletem tanto no papel social da mulher e na necessidade de novas adaptações, como no reajustamento de sua identidade (Maldonado, 2000). Nesse período, a nova mãe tem que reorganizar muitas coisas em sua vida, pois tem que fazer o luto do corpo que não é mais o de antes e também o luto de sua identidade. Ela além de filha passa a ser, esposa, profissional e mãe. Além disso, a nova mãe passa a ter que desempenhar várias tarefas. Entre elas, pode-se citar a aceitação do fim abrupto do sentimento de fusão com o feto e das fantasias de completude, a adaptação a um novo ser que evoca sentimentos de estranheza, o luto pela perda do bebê imaginário e perfeito, suportar o medo de lidar com o bebê e feri-lo, além de aprender a tolerar as exigências provocadas pela total dependência da criança (Brazelton & Cramer, 1992). Segundo Szejer e Stewart (1997), o que acontece para a mulher, após o parto, não é, de forma alguma, o radioso paraíso com o qual a lenda anuncia a chegada do bebê.

Após o parto, muitas mulheres sentem-se sobrecarregadas pelas exigências do bebê e de tudo que envolve a maternidade. Algumas mães podem sentir-se incapazes de assumir o bebê, ou até mesmo abandoná-lo, desejar sua morte ou, em casos extremos, agredi-lo com violência e até matá-lo, além de estarem suscetíveis a desenvolver depressão. Diversos estudos realizados sobre depressão sugeriram que a história pessoal (Cutrona & Troutman, 1986), eventos de vida estressantes (Cutrona, 1983; Cutrona & Troutman, 1986), conflitos conjugais (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997), dificuldades financeiras (O'Hara, 1997; Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999), temperamento infantil (Teti & Gelfand, 1997), e falta de apoio social para a mãe (Beck, Reynolds & Rutowski, 1992; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997; O'Hara, Rehm & Campbell, 1982) têm sido considerados como fatores predisponentes para o desenvolvimento da depressão materna.

Por esses fatores, autores apontam que neste período após o nascimento do bebê é importante para a mãe receber o apoio de uma figura feminina, com a qual ela possa se identificar, sentir-se apoiada e ajudada, bem como compartilhar seus sentimentos. Essa figura pode facilitar o desenvolvimento dos sentimentos de capacidade materna (Brazelton

& Cramer, 1992; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996; Prado, 1996; Stern, 1997, 1999; Szejer & Stewart, 1997). Essa figura feminina poderá ser a mãe, a sogra ou qualquer outra mulher mais experiente que venha a fazer uma maternagem para a nova mãe durante a gravidez, parto e puerpério. Porém, não foi encontrado nenhum estudo que tenha buscado investigar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio, que se constitui o foco do presente estudo.

Para melhor entendimento do planejamento desse trabalho, inicialmente será fornecida uma breve revisão histórica sobre as mudanças de papéis da mulher e os sentimentos maternos. Além disso, serão revisados os estudos sobre os cuidados para a mãe e os sentimentos de capacidade materna. Após, será examinada a relação da mãe com suas figuras femininas de apoio, a identificação com estas figuras, o sentimento de desamparo que pode ocorrer no puerpério e, por fim, os transtornos do pós-parto, em particular a depressão materna.

As mudanças de papéis da mulher e os sentimentos maternos ao longo da história

Para entender melhor os conflitos da mulher moderna em relação ao desempenho da maternidade é importante conhecer um pouco dos acontecimentos históricos pelos quais passaram. A posição atual da mulher na sociedade ocidental é o resultado de um longo processo no qual muitos fatores intervieram (Badinter, 1980; Birman, 2001; Langer, 1981; Maldonado, 2000; Stern, 1997). A maternidade, desde a antiguidade, era considerada assunto de mulheres, uma vez que só elas tomavam conta de tudo que se referia a este tema e, principalmente, cuidavam do bem-estar da puérpera. Quando uma mulher estava para dar à luz, logo as mulheres de sua família eram acionadas e tinham como preocupação principal, preparar o parto e cuidar do bem-estar físico e emocional da mãe. O parto era realizado em casa, por uma parteira e, normalmente, alguma mulher mais experiente de sua família ficava, por alguns dias, na casa da nova mãe para auxiliá-la no desempenho do novo papel. Os homens eram totalmente excluídos deste contexto. Mas, na atualidade, este contexto mudou. Os homens já desempenham muitas funções em relação à maternidade, na maioria dos casos são eles que fazem o parto – os obstetras. Eles também passaram a dar apoio e proteção às mulheres após o parto, em função da rede feminina de apoio ter, de certa forma, se extinguido por causa da nova configuração familiar, a qual deixou de ser ampliada e passou a ser nuclear. Portanto, muitas mulheres só podem contar com o apoio do marido após o parto, o que, em muitos casos, tem conseqüências para o desempenho do papel materno.

Ter ou não ter filhos sempre foi um problema presente no seio da humanidade. No mundo inteiro, por centenas de anos, a fertilidade foi considerada como uma bênção e a esterilidade foi vista como um castigo divino. Nesse sentido, a mulher com muitos filhos tinha prestígio junto à comunidade, fazendo com que sua fertilidade fosse sua maior riqueza. Além disso, Kitzinger (1987) afirma que os filhos eram a maneira que homens e mulheres encontravam para evitar a velhice, transmitir seu nome e assegurar mão-de-obra no campo e nas guerras. Portanto, quanto maiores as famílias, mais pessoas para trabalhar.

Em determinados períodos da História, como na Europa do século XVI, tornou-se uma necessidade procriar, devido à dizimação de um terço da população pela peste negra. Fatos como este repercutem sensivelmente na representação social da maternidade (Maldonado, 2000).

As revisões históricas sobre a maternidade, principalmente a empreendida por Badinter (1980), levantam a questão sobre a existência de um instinto materno. Segundo essa autora, no século XVI, na Europa, tinha-se o costume de confiar o recém-nascido para uma ama de leite, que amamentava e cuidava da criança durante os primeiros anos de vida, sendo considerado sinal de amor a entrega do filho para a ama. Porém, tais amas costumavam tomar conta de vários bebês ao mesmo tempo, fato este que parece ter contribuído para os altos índices de mortalidade infantil. Essas crianças acabavam sendo alimentadas inadequadamente, eram drogadas para dormir e enfrentavam condições precárias de higiene. Algumas ficavam vários dias sem ser trocadas, e outras eram enfaixadas para restringir os movimentos e dar menos trabalho. Em virtude dessas circunstâncias, para Badinter (1980), a exaltação do amor materno é fato relativamente recente na cultura ocidental. Além disso, pode-se considerar que as mães desta época, de certa forma, entregavam seus filhos para uma outra mulher, considerada por elas como mais experiente para cuidar de seus filhos nos primeiros anos de vida.

Na idade média, era comum a aceitação de filhos ilegítimos, os quais não enfrentavam problemas se tivessem um pai em condição de projetá-los socialmente. Porém, a partir do século XVI, com a reforma protestante e a contra-reforma, passou-se a exigir a castidade para religiosos e a fidelidade para os casais. De acordo com Badinter (1980), devido a isso, as mães ilegítimas tornaram-se inaceitáveis, o que corroborou o aumento das práticas abortivas, do abandono e do assassinato dos próprios filhos.

O abandono de crianças difundiu-se a tal ponto que começaram a surgir as primeiras instituições destinadas a acolhê-las. Segundo Maldonado (2000), no Brasil, a primeira instituição desse tipo foi fundada em 1738, no Rio de Janeiro, a fim de proteger a

honra da família colonial, escondendo, dessa forma, os filhos ilegítimos. Em Porto Alegre e em muitas outras cidades, existia a Roda dos Expostos ou Rejeitados, um mecanismo giratório destinado a recolher, de forma anônima, as crianças rejeitadas, as quais eram, geralmente, abandonadas e deixadas nestas instituições de madrugada.

No século XVII, começaram alguns questionamentos em relação ao papel social da mulher, sendo suas atividades restritas ao cuidado dos filhos e aos afazeres domésticos. As revisões históricas sobre as mudanças de papéis da mulher ao longo dos tempos mostraram que tanto a revolução francesa como a industrial e a primeira guerra mundial trouxeram modificações severas para as mulheres de todas as classes sociais. Até então, a única função das mulheres era ter filhos e educá-los, vivendo em dependência econômico-social dos pais e depois dos esposos. As mulheres que, até então, tinham como único campo de ação o lar e seu núcleo social, viram-se desafiadas a ocupar em todos os campos o lugar do homem. Uma vez terminada a guerra, a mudança tornara-se irreversível, tanto em relação ao seu papel social como em relação ao desempenho da maternidade (Langer, 1981). Além disso, nesse período, a maioria das mulheres que se envolviam e preocupavam-se com o grande número de gravidezes e filhos, tiveram que mudar seu estilo de vida. Isto implicou na necessidade da diminuição da prole e nos cuidados para não engravidar, pois as mulheres não tinham mais tempo para se dedicar apenas aos filhos e ao lar. As mulheres precisavam trabalhar para sustentar a casa. Nesse momento, a medicina desenvolve, então, alguns métodos contraceptivos que permitiram que as mulheres tivessem uma maior liberdade sexual.

Os estudos sobre anatomia e o processo de fecundação introduziram novas crenças ao papel da mulher. O corpo desta estaria destinado à maternidade, e o prazer feminino passou a ser contra-indicado, pois prejudicaria a retenção do esperma e, com isso, a fecundação. No século XVIII, começou-se a enfatizar a importância da mãe para a transmissão da educação e da religião (Maldonado, 2000). A mãe passa a ser considerada como tendo responsabilidade primária sobre a criança até que esta completasse sete anos de idade. Foi, então, no final desse século que passou a ser exaltada a valorização do amor materno e do papel da mulher como procriadora (Badinter, 1980). É a partir do século XIX que se acirra a separação entre a mulher e a mãe. Neste período, estava começando a ser valorizada a importância de a mãe cuidar de seus filhos sem recorrer a uma mulher mais experiente que ela para fazer esse papel.

No século XX, especialmente sob a influência da psicanálise, reforça-se a tendência a responsabilizar a mãe pelas dificuldades e problemas que surgem nos filhos. Para Badinter (1980), a mãe do século XVIII tem a responsabilidade de auxiliar os médicos; no

século XIX, de colaborador com os religiosos e com os professores e, no século XX, assume a responsabilidade de cuidar do inconsciente e da saúde emocional dos filhos.

Dessa forma, para vários autores, o papel materno não é evidente e, tampouco instintivo (Badinter, 1980; Cramer, 1997; Langer, 1981). De acordo com Langer (1981), o alto índice de mortalidade infantil, característico dessa época, era decorrente do desinteresse das mães. Por isso, essa autora conclui que o amor materno não é instintivo, mas um sentimento que está sujeito a imperfeições, oscilações e modificações, podendo manifestar-se só com um filho ou com todos. Para ela, a existência do amor materno depende não só da história da mãe, mas também da própria História, além de ser considerado um fato recente na cultura ocidental.

A mulher, antigamente, sabia que a finalidade de sua vida era casar e ter filhos. Atualmente, a maternidade já não é o único desejo feminino. Hoje, com o acesso cada vez maior das mulheres ao mercado de trabalho, a definição tradicional da mulher atrelada à maternidade parece ter perdido seu atrativo. Muitas mulheres temem ver seu papel de mãe servir de obstáculo a suas aspirações pessoais e profissionais, talvez evidenciando uma certa desidealização do papel materno. As mulheres estão divididas entre as exigências maternas e profissionais, e isso se traduz em sintomas e conflitos sobre si mesmas. Para Alvarez (1995), a liberação sexual, principalmente através do movimento feminista, conduziu a essa desvalorização da maternidade, como se a emancipação da mulher implicasse a renúncia em ser mãe.

Em função dessa organização social dos tempos atuais, o nascimento de um filho pode ser sentido mais como um peso econômico e social, do que uma alegria. A mulher, para dar valor a sua vida, tende a buscar novos conteúdos. De acordo com Langer (1981), o ideal da maternidade – à qual toda mulher aspirava, em conformidade com o próprio tempo – foi substituído atualmente por múltiplos ideais, diferentes em cada camada social, em cada ambiente, e, muito freqüentemente, em rivalidade com a maternidade.

A assistência ao parto também passou por grandes transformações ao longo dos tempos. Até o século XVII, o parto era um assunto que só dizia respeito às mulheres. A figura da parteira ajudava a criar um clima emocionalmente favorável para a mulher dar à luz. Além dela, a mãe da parturiente era presença constante e fundamental, bem como o uso de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar as dores do trabalho de parto (Maldonado, 2000). Gradualmente, entre os séculos XVI e XVII, a figura do cirurgião começou a surgir na assistência ao parto, colocando a parteira em segundo plano e fazendo com que o parto deixasse de ser assunto de mulheres (Gennari, & Gennari, 1999; Maldonado, 2000).

No ano de 1897, foi criado em Porto Alegre o primeiro Curso de Partos, destinado a habilitar as parteiras e diminuir o número de acidentes fatais ocorridos durante os partos. Tal curso foi criado por médicos e funcionava na Santa Casa de Misericórdia (Hassen, 1998). Dessa forma, então, o parto passou a ser mais seguro para as mulheres e seus bebês, mas também menos humanizado. Os partos deveriam ser realizados em ambiente hospitalar, com as mulheres deitadas, para facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos. As altas taxas de mortalidade materna e perinatal conseqüentes do parto a domicílio justificaram a transferência da mulher para o hospital, o qual não retrata o ambiente familiar e humano, mas é mais seguro (Maldonado, 2000; Donelli, 2003).

A atitude de transferir o parto para o hospital contribuiu para que a gestante fosse considerada doente, ou passível de adoecer. Nos dias atuais, o nascimento é definido culturalmente como um evento médico, e essa crença é influenciada, mas também influencia, as práticas médicas ligadas ao parto. O moderno sistema de saúde ocidental evidencia a tendência à fragmentação dos cuidados, pois o que se vê nos hospitais é uma legião de profissionais especialistas, cada um proporcionando uma modalidade diferente de atendimento pré e pós-natal, numa instituição tradicionalmente masculina. Esse fato impede que a mulher invista numa figura maternal que poderia auxiliá-la a vivenciar seu parto como uma experiência enriquecedora. Além disso, a visão do parto como um evento médico desencoraja a mulher a expressar seus sentimentos, pois na cultura ocidental, poucos assistentes de saúde facilitam a integração de sentimentos quando estes acompanham processos fisiológicos (Donelli, 2003; Klaus & Kennell, 1992; Raphael-Leff, 1997).

Atualmente, são as técnicas e rotinas hospitalares que determinam o que e quem será envolvido no processo de nascimento. A maioria das mulheres teve pouco ou nenhum contato com uma instituição hospitalar antes da sua própria internação para dar à luz. Geralmente, se houve contato prévio com a rotina de uma internação, este se deu através de visitas ocasionais ligadas a doença, acidente e morte. Talvez por isso, muitas apresentam enorme receio em relação ao tipo de assistência que receberão no momento do parto, sentindo-se inseguras e desamparadas quando pensam na futura experiência (Donelli, 2003; Raphael-Leff, 1997).

Algumas mudanças podem ser vislumbradas em relação às práticas hospitalares relacionadas ao nascimento. Existe, hoje, uma preocupação das instituições no sentido de tornar o parto mais humanizado, o que se reflete em atitudes como o incentivo à participação mais ativa da mulher e de seu companheiro nas decisões, e a presença do pai na sala de parto. Recentemente, o Ministério da Saúde (2005) propôs um projeto, o qual

ainda esta passando por um processo de tramites legais, para garantir o acompanhamento das mesmas durante o trabalho de parto, parto, pós-parto, para as gestantes atendidas em qualquer hospital público ou conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o País.

O projeto de lei de autoria da senadora Ideli Salvati (PT/SC) foi aprovado na Câmara dos Deputados no último dia 10 de março. Ele teve origem a partir de um projeto elaborado por ela em parceria com o deputado Volnei Morastoni (PT/SC), orientados pelos pesquisadores do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Parto e Nascimento. Esse projeto resultou na lei nº 12.333, aprovada pela Assembléia Legislativa de Santa Catarina em 12 de março de 2002. Ficou assegurado, portanto, o acompanhamento no parto em todos os hospitais públicos ou conveniados de Santa Catarina. Esta proposta tem como fundamento principal a humanização do parto, bem como assistência prestada por uma pessoa mais experiente, em relação à maternidade, no pré-parto e pós-parto (Ministério da Saúde, 2005). Nesse sentido, é possível pensar nesta proposta como uma tentativa de resgate de alguns aspectos do tempo em que a maternidade era “assunto de mulheres”.

Porém, a tentativa de promover mudanças num sistema institucional organizado e profundamente enraizado é um processo lento, principalmente quando se leva em consideração que as práticas instituídas estão também a serviço da proteção dos próprios profissionais, que podem ser invadidos por sentimentos desconhecidos e ansiedades incontroláveis. A tensão constante e a exposição às manifestações de dor, além do envolvimento com a intimidade das mulheres e de suas famílias, despertam emoções pessoais que mobilizam defesas. Nesse sentido, a banalização do evento, a automatização das rotinas e a padronização das práticas reduzem as iniciativas pessoais e o envolvimento emocional, estando a serviço da proteção emocional dos profissionais implicados no processo (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Raphael-Leff, 1997).

A menina de hoje, quando não forçada por razões econômicas a trabalhar imediatamente, está frente a um dilema vocacional: o de viver a vida de antigamente ou escolher a carreira desejada. Já não se presume, como no início do século passado, que uma profissão implique para a mulher a renúncia do casamento e a possibilidade de criar uma família. Mas, as normas da vida de uma mulher casada de classe média não estão bem estabelecidas e ela pode se ver afrontada por muitos problemas de ordem prática em seu intento de conciliar sua vida de esposa, mãe e profissional (Szejer & Stewart, 1997). Deve enfrentar exigências do meio ambiente, maiores que as exigidas ao homem (Langer, 1981). Tem que se dedicar à criação e educação de seus filhos. Mas, simultaneamente, deve cumprir, fora de sua casa, um horário de trabalho igual ao do homem. Ao mesmo tempo,

espera-se que ela dedique parte de seu tempo, já tão escasso, para cuidar de seu corpo. Para Langer (1981), ela tenta coordenar todas estas tarefas, sem que lhe seja possível cumprir tudo. Percebe-o, sofre por sua suposta incapacidade e sente-se culpada frente a seu marido, a seus filhos, a seu trabalho; reprova-se a si mesma por não render todo o necessário.

O que foi possível perceber é que o parto, assim como os cuidados destinados à mãe após sua ocorrência foram, historicamente, perdendo seu caráter humanizado. Os partos ocorriam em casa, com parteiras, logo que se sabia que uma mulher iria dar à luz eram acionadas as mulheres de sua família, formando assim, uma rede de mulheres as quais se preocupavam com o bem-estar físico e emocional da mãe. Além disso, eram as mulheres as detentoras do conhecimento acerca deste tema. Com os avanços da medicina, essa rede de mulheres foi gradativamente perdendo seu espaço, para o médico, para o hospital, e para o conhecimento científico sobre a maternidade e os cuidados com o bebê.

Através dos tempos, a maternidade também perdeu seu valor central na vida das mulheres. As mulheres ingressaram no mercado de trabalho, fato que lhes possibilitou uma outra forma de reconhecimento social para além da maternidade, passando a se questionar se deseja ou não ter filhos, em detrimento de sua carreira.

Em conseqüência de todas as mudanças ocorridas ao longo dos anos, muitas vezes nem a dona-de-casa, nem a mulher que trabalha poderão saber gozar bem sua maternidade. Isso pode ocorrer em função de a mulher estar confusa quanto aos seus papéis, a como desempenhá-los e quais deles que deve assumir: de mãe, esposa, profissional. Esses fatores podem levá-la a uma não autorização ao papel de mãe e o desejo de ter o filho. Essas alterações são reflexo também da mudança do padrão familiar. O modelo de família ampliada, o qual era muito comum, podendo a mãe contar com o apoio da sua mãe ou de outras mulheres no cuidado com os filhos e da casa, praticamente foram extintos (Langer, 1981). A mãe, atualmente, tem que desempenhar essas tarefas sozinha, contando, no máximo, com a ajuda do marido. Essa perda da possibilidade de ser ajudada por outra mulher, mais experiente, pode fazer com que a mãe sinta-se desamparada, podendo até temer causar danos a seu filho (Klaus, Kennell & Klaus, 1993).

Essas modificações que ocorreram na vida da mulher ao longo da história da sociedade ocidental podem se refletir tanto em dificuldades com seus filhos, como em diferentes transtornos em sua vida procriativa, ou a mulher pode, se o conflito é demasiadamente grande, esquivar-se totalmente da maternidade. Essas alterações históricas tiveram repercussões no exercício da maternidade e nos sentimentos em relação a ela, pois segundo Langer (1981), parece que a mulher tem se resignado a reprimir sua ternura maternal e a duvidar de seus impulsos e, unicamente com autorização de outra pessoa,

anima-se a manifestá-los. As conseqüências desses acontecimentos ao longo da história parecem ter desautorizado as mães de seus conhecimentos em relação aos seus filhos. E esses fatores podem se refletir nos transtornos que acometem algumas mulheres no pós-parto.

O nascimento do bebê e suas implicações para a vida da mulher

O parto inaugura definitiva e concretamente a maternidade, e é a partir dele que se inicia o puerpério (Stern, 1999). De acordo com Soulé (1987), o nascimento compreende três tempos essenciais: o parto do feto, a confrontação com o filho recém-nascido e a saída dos anexos. O encontro com o filho recém-nascido demanda da mulher novos ajustes e adaptações, pois o parto inaugura uma nova forma de relação entre mãe e filho.

É esperado da mulher, de acordo com Brazelton e Cramer (1992), quando chegue o momento do parto ela já tenha tido tempo o suficiente de preparar-se para o choque da separação anatômica, para a adaptação de um bebê em particular e para um novo relacionamento, que incluirá a combinação das suas expectativas e fantasias com os comportamentos de um ser real.

Os primeiros dias após o parto são, em geral, vividos pela mulher como uma mistura de sentimentos: euforia, pela chegada de alguém tão esperado; alívio, por ter passado pela experiência do parto e apreensão por não saber como lidar com esse bebê ainda desconhecido (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996). Além desses fatores, Brazelton e Cramer (1992) dizem que a mulher passa por uma revolução psicológica, pois ela é chamada a desempenhar tarefas importantes. Entre elas, pode-se citar a aceitação do fim abrupto da gravidez e, com ela, dos sentimentos de fusão, completude e onipotência; a adaptação a um novo ser que provoca sentimentos de estranheza; o luto pela perda do bebê imaginário e perfeito; suportar o medo de lidar com o bebê e feri-lo, além de aprender a tolerar as exigências provocadas pela total dependência da criança, vindo inclusive a apreciá-las. Esses primeiros dias são vistos por muitas mulheres como difíceis e cheios de imprevistos, pois durante nove meses o bebê ocupou um papel central em suas vidas e, com o nascimento, elas perdem esse eixo de equilíbrio. Nesta fase, o bebê se constitui em um enigma a ser desvendado pela mãe (Maldonado, 2000).

Nos dias que se seguem ao nascimento, segundo Szejer e Stewart (1997), cada mulher vai viver, à sua maneira e com o seu ritmo, essa aventura de reconhecimento do outro. Para esses autores, são comuns uma tomada de consciência da separação e um reconhecimento da criança como pessoa, mais ou menos rápidos. Nesse processo, a criança também desempenha um papel, ocupando um lugar e se fazendo reconhecer. Para

Maldonado (2000), a falta de conhecimento mútuo entre a díade mãe-bebê neste período inicial oportuniza que a mãe faça muitas projeções de expectativas em relação ao bebê e de si mesma como mãe. Segundo Cramer (1997), estas projeções são importantes, pois permitem que a mãe se familiarize com seu bebê.

O parto, conforme Stern (1999), inaugura concretamente a maternidade, porém a mulher não se torna mãe no momento em que dá à luz. É necessário que ocorra o nascimento psicológico da mãe. Este trabalho, segundo o autor, é cumulativo dos meses que precedem e seguem o nascimento do bebê. A mulher faz uma preparação durante toda a gravidez, através das idéias, sonhos, medos e fantasias sobre como será o seu bebê, como ela desempenhará o papel de mãe e como o seu marido será como pai, como será sua vida com a chegada do bebê. Essa preparação, para Stern, é fundamental para a construção da identidade materna.

A mulher, após o nascimento do bebê, segundo Winnicott (1956/2000), entra num estado especial, uma condição psicológica por ele denominada de “preocupação materna primária”. Tal condição se caracteriza por um estado de sensibilidade aumentada, que se desenvolve gradualmente ao longo da gravidez e dura até algumas semanas após o parto. O seu objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com seu bebê, permitindo que sejam excluídos seus outros interesses temporariamente, além de possibilitar que a mãe se coloque no lugar do bebê para que possa ser responsiva às necessidades dele. Para Winnicott (1956/2000), o estabelecimento da preocupação materna primária permite ao bebê revelar suas tendências de desenvolvimento, experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase de sua vida. Esta condição requer um trabalho psicológico da mãe, pois não é algo natural. É possível, de acordo com esse autor, que algumas mulheres consigam ser boas mães sem necessariamente passarem pela preocupação materna primária.

A constelação da maternidade, sugerida por Stern (1997), aproxima-se do conceito de preocupação materna primária de Winnicott (1956/2000). Stern sugere que com o nascimento de um bebê, especialmente o primeiro, o *status* e a identidade da mulher mudam radicalmente, já que após o parto, a mãe entra nessa nova e única organização psíquica. Tal constelação, tomada como organizadora psíquica, determinará novas tendências de ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. A duração dessa organização é temporária, podendo se estender por meses ou até mesmo por anos. Porém, seja qual for sua duração, ela se torna o eixo organizador dominante da vida psíquica da mulher, deixando de lado organizadores anteriores, tais como o Complexo de Édipo.

A constelação da maternidade possui uma trilogia de preocupações diferentes, inter-relacionadas, que exigem da mulher, agora mãe, reelaborações mentais. Segundo Stern (1999), após o nascimento do bebê a mulher experimenta um profundo realinhamento, e seus interesses voltam-se mais para sua mãe como mãe do que como mulher ou esposa, mais para as mulheres em geral do que para os homens, mais ao crescimento e desenvolvimento e menos à carreira, mais para o seu marido como pai do que como homem e parceiro sexual, e mais para o seu bebê do que todo o resto que a cerca.

A constelação da maternidade também possui quatro temas centrais, os quais podem ser entendidos como as novas tarefas que a mãe tem que desempenhar. O primeiro tema é denominado por Stern (1997) de vida e crescimento, o qual está relacionado com as capacidades maternas de manter a vida e o crescimento do bebê, além de promover seu crescimento e desenvolvimento físico. É em função desse tema que as mães verificam constantemente se o bebê adormecido está respirando, além de se preocuparem com as questões referentes à alimentação e se sentirem recriminadas frente a qualquer comentário sobre as condições físicas de seus bebês. Os medos mais comuns são a morte.

O segundo tema é chamado por Stern (1997) de relacionar-se primário. Esse implica na capacidade da mãe de envolver-se emocionalmente com o bebê, de forma suficientemente autêntica para que promova o seu desenvolvimento psíquico. O terceiro tema refere-se à matriz de apoio. Esse tema diz respeito à necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora para si, para que possa realizar as tarefas dos temas anteriores: manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psicoafetivo. Tradicionalmente, a matriz de apoio era formada por figuras femininas, tais como a mãe da mãe, a parteira, uma avó ou tia experiente, as irmãs. Atualmente, com o desaparecimento da família ampliada, cada vez mais os casais são chamados a desempenhar sozinhos as tarefas demandadas pelo cuidado do bebê. Por isso, a figura do marido é considerada, nos dias atuais como importante na matriz de apoio.

O quarto e último tema é chamado por Stern (1997) de reorganização da identidade. A mãe precisa transformar e reorganizar sua identidade, mudando seu centro de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para mãe de família, de uma geração para a precedente. Essa reorganização é necessária para que a mulher consiga alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia e suas atividades. Nesse ponto, a necessidade de modelos é evidente, pois o trabalho mental exigido para tal transformação fará com que a mulher reviva sua história de identificações com a própria mãe e com outras figuras maternas e parentais. Cada um desses temas envolve um grupo

organizado de idéias, desejos, medos, memórias e motivos que determinarão ou influenciarão os sentimentos, ações, interpretações, relações interpessoais e outros comportamentos adaptativos da mãe.

Assim como a preocupação materna primária, a constelação da maternidade não é desenvolvida por todas as mulheres. E, além disso, ela não é natural e nem inata, sendo criada a partir do contexto da maternidade em sociedades ocidentais e pós-industriais, embora possa ser influenciada por fatores psicobiológicos, especialmente hormonais. Mas mesmo sob as mesmas condições sócio-culturais, não são todas as mães que desenvolvem a constelação da maternidade.

Embora os autores acima tenham descrito dois construtos específicos, parece haver um certo consenso de que com o nascimento do bebê muitas mães entram em um estado psicológico especial. Este estado pode ser facilitado e estimulado por figuras femininas que lhe ofereçam apoio, informações e que sirvam de modelo para a mãe desenvolver seus sentimentos e capacidades maternas. Essas figuras podem ser as mães dessas novas mães, suas sogras, ou qualquer mulher que lhe ofereça apoio durante o período de gestação, parto e puerpério.

Os cuidados com a mãe e os sentimentos de capacidade materna

No período após o parto a mulher fica bastante vulnerável, com sentimentos de insegurança, ansiedades e muitas dúvidas sobre como cuidar do bebê (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 2000; Stern, 1997, 1999; Szejer & Stewart, 1997; Winnicott, 1956/2000). Para amenizar esses sentimentos maternos, é fundamental que a mãe se sinta apoiada, tanto emocional quanto fisicamente. A mãe, nesse período, necessita ser ajudada, cuidada e apoiada, especialmente por uma figura feminina, para que possa desenvolver sentimentos de capacidade para exercer suas funções como mãe (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Maldonado, 2000; Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996; Prado & cols, 1996; Stern, 1997, 1999).

A nova mãe precisa sentir a ligação e a sintonia que tem com o filho para tomar decisões sobre o que, como e quando fazer certas coisas com base em seu próprio bom senso, intuição e sensibilidade. Por isso, o tipo de ajuda que vai ser oferecida à mãe é de grande importância (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996). A mãe deve criar, permitir, aceitar e regular uma rede protetora, para que possa realizar as tarefas de manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo, denominada por Stern (1997)

de matriz de apoio. Este tema é importante devido às demandas que tanto o bebê quanto a sociedade fazem à mãe.

A matriz de apoio tem duas funções principais. A primeira é proteger a mulher fisicamente, prover suas necessidades vitais e, por algum tempo, afastá-la das exigências da realidade externa para que ela possa dedicar-se à sobrevivência e ao desenvolvimento psíquico-afetivo do bebê. A segunda função é mais psicológica e educativa: está relacionada à necessidade da mãe de sentir-se apoiada, acompanhada, valorizada, apreciada, instruída e ajudada. O marido parece cumprir melhor a primeira função, enquanto que as figuras maternas da vida da mãe são evocadas para cumprir a segunda. Nesse sentido, observa-se a tendência à reativação e reorganização do relacionamento da mãe com sua própria mãe. Além disso, Stern (1997) afirma que sem essa forma de apoio, a função materna possivelmente ficará comprometida.

O nascimento, até um tempo atrás, era considerado um assunto estritamente feminino, assim como os cuidados iniciais com as crianças. Tradicionalmente, a matriz de apoio relaciona a mulher a uma rede maternal. As figuras que desempenham esse papel são, geralmente, as enfermeiras, as avós, as tias, a mãe da mãe e, mais recentemente, o marido (Stern, 1997). Este autor ressalta que a família ampliada não foi substituída por nenhuma outra unidade social para ajudar a mãe e, por isso, há uma pressão sobre o marido e o casal sozinho para proporcionar a necessária matriz de apoio. Nos dias atuais, o papel do pai passa a ser considerado importante nas tarefas relacionadas à proteção e apoio emocional, mas fica em segundo plano nas tarefas referentes à experiência maternal, em relação aos cuidados com o bebê e nas tarefas que uma mulher experiente desempenharia mais facilmente (Brazelton & Cramer, 1992; Dessen & Braz, 2000; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Stern, 1997; Teti & Gelfand, 1997). Os avós também são considerados fontes importantes de apoio para as famílias, especialmente para aquelas em que as mães possuem uma dupla jornada de trabalho.

As primeiras pesquisas com o objetivo de investigar os efeitos de uma acompanhante sobre o processo de parto datam de 1976, quando Klaus, Kennell e Klaus (1993) propuseram um estudo piloto, em um Hospital-Maternidade da Guatemala, o qual previa que uma mulher não treinada permanecesse junto às mães durante o trabalho de parto e o nascimento do bebê. As mulheres acompanhadas nesse estudo piloto apontaram para uma diminuição significativa na duração do trabalho de parto, mesmo entre as primíparas, além de apresentarem ausência de complicações pós-parto. Neste estudo também foram observados, com o auxílio de um espelho unidirecional, em uma sala de parto, dois grupos de mães guatemaltecas com seus bebês, em uma situação padronizada.

As mães assistidas por *doulas* demonstraram uma interação mais afetiva com seus bebês, com mais sorrisos, mais conversas e mais carícias do que as mães que não tinham *doulas*. Os resultados indicaram que não só as mães com apoio mudaram sua visão de si mesmas, como começaram também a ver seus bebês de forma diferente. A acompanhante era uma pessoa não treinada para essa função, mas era carinhosa e freqüentemente tocava as mães. Em outro estudo, também destes autores, as mães apoiadas disseram que levaram uma média de 2,9 dias para desenvolver um relacionamento com seus bebês comparados aos 9,8 dias das mães não-apoiadas. Tal sentimento de ligação e de estarem prontas para amar seus bebês as fizeram ter menos vontade de deixar seus bebês sozinho. No mesmo estudo, as mães apoiadas por *doulas* foram mais positivas em todas as dimensões ao descreverem o caráter de seus bebês que as mães não-apoiadas. Conforme o estudo, mães de grupos de apoio também se percebem mais próximas de seus bebês, lidando e comunicando-se melhor com eles do que mães do grupo sem apoio. Além disso, as mães apoiadas relataram que estavam agradecidas por terem seus bebês, acreditavam que se tornar mãe era mais fácil que o esperado e que iriam cuidar deles melhor que qualquer uma pessoa. Em comparação, as mães sem apoio perceberam sua adaptação à maternidade com mais dificuldades e sentiam que outras pessoas podiam cuidar de seus bebês tão bem quanto elas.

No Brasil, recentemente, estão ocorrendo movimentos na saúde pública com o intento de proporcionar às mulheres acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e após o nascimento do bebê. Estudos realizados no Brasil também corroboraram esta expectativa. Por exemplo, Griboski (2002) entrevistou 29 mulheres e 16 profissionais da área de saúde, entre eles médicos e enfermeiras. As respostas das entrevistas apontam que a mulher ainda é vulnerável porque não tem informações suficientes para saber os seus direitos. Dez delas não tinham sequer o ensino fundamental completo e segundo os depoimentos, várias não participaram da opção pelo tipo de parto. Os resultados do estudo indicaram que o simples fato de a parturiente estar em companhia durante o parto e no pós-parto imediato diminui o número de cesarianas e o tempo de internação, diminuindo também os custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), os quais podem ser alocados para outras áreas, tendo em vista as dificuldades financeiras pelas quais os serviços de saúde passam no nosso país. A partir deste estudo foi proposto um projeto de lei para garantir o acompanhamento no trabalho de parto, parto e puerpério para a mulher. O projeto foi aprovado na Câmara dos deputados dia 10 de março de 2005.

Outro estudo realizado por Klaus, Kennell e Klaus (1993) foi nos Estados Unidos, no qual as parturientes foram acompanhadas por uma mulher previamente treinada,

chamada de acompanhante qualificada, ou *doula*. *Doula* é uma palavra de origem grega, e significa mulher que cuida de outra mulher. O termo é usado para identificar uma mulher que provê apoio físico, emocional e informacional contínuo para outra mulher antes, durante e após o nascimento do bebê.

Os resultados dos estudos de Klaus, Kennell e Klaus (1993) indicaram que a presença de uma *doula* antes e durante o parto reduziu o número de cesarianas em 50% e o uso de medicação analgésica em 30%. A extensão do trabalho de parto foi reduzida em 25% quando comparado com o grupo que não teve o acompanhamento da *doula*. Além disso, a necessidade de uso de fórceps foi reduzida em 40% e as solicitações de epidural foram reduzidas em 60% quando comparados às mulheres que não puderam contar com este tipo de apoio. Houve uma incidência significativamente menor de problemas de parto e nascimento no grupo de mães que receberam o acompanhamento da *doula*. Além disso, o apoio da *doula* proporcionou bem-estar da mãe e do bebê.

Em outro estudo realizado pelos mesmos autores sobre os efeitos da participação da *doula* no parto e no puerpério, as mães foram entrevistadas logo após o parto e seis semanas depois. Os resultados indicaram que as mulheres que contaram com o apoio de *doulas* no trabalho de parto tiveram sua auto-estima aumentada, acreditaram que haviam lidado bem com o parto e pensaram que o trabalho de parto foi mais fácil do que haviam imaginado. As mulheres que receberam esse apoio relataram haver ficado menos ansiosas do que as que não receberam. Além disso, as mães apoiadas pelas *doulas* estavam significativamente menos deprimidas seis semanas após o parto, quando avaliadas em uma escala padrão de depressão, do que as mães que não haviam tido *doulas*. Além disso, as mães apoiadas por *doulas* apresentavam uma incidência significativamente maior de amamentação sem suplemento, além de fazê-lo por um período de tempo maior.

Segundo Klaus, Kennell e Klaus (1993), o treinamento da *doula* deve incluir os conceitos de amparar, conter e tocar. Ela deve aprender a dirigir-se às mães antes, durante e após o trabalho de parto e sentir-se confortável nesse papel. O papel principal da *doula* é atender às necessidades da mãe, trazendo-lhe conforto emocional, apoio, encorajamento e segurança. A *doula* pode também prover apoio emocional ao casal nesse período, aliviando suas incertezas e ansiedades.

Assim como Stern (1997), Klaus, Kennell e Klaus (1993) também consideram que essa figura de apoio materna deve ser uma mulher experiente, pois, de acordo com esses autores, essa figura de apoio feminina serve de modelo de identificação para a nova mãe. Para Maldonado, Dickstein e Nahoum (1996) a pessoa que serve como figura de apoio para a mãe deve ser mais experiente para que possa transmitir conhecimentos práticos

sobre como cuidar do bebê e, principalmente, favorecer a aprendizagem dos pais, deixando-os mais seguros e confiantes.

O nascimento de um filho acarreta modificações na vida da mulher. Algumas mulheres têm dificuldades de enfrentá-las, podendo desenvolver alguns transtornos após o parto, especialmente se não puderem contar com uma figura de apoio feminina. Esses transtornos podem trazer conseqüências tanto para a interação mãe-bebê, quanto para o desenvolvimento emocional e social do bebê e para a vida da mulher. Uma forma de prevenir esses transtornos é pela busca de uma figura de apoio feminina que proporcione ajuda, cuidado e apoio para a mãe adaptar-se às novas circunstâncias (Brazelton & Cramer, 1992; Dessen & Braz, 2000; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996; Prado & cols, 1996).

Figuras femininas de apoio

Antes do parto, bem como no puerpério, a mulher necessita sentir-se amparada pelo ambiente, de forma que, se este for favorável, poderá fornecer-lhe apoio e sustentação emocional adequados, nestes períodos. A segurança e o apoio propiciados à mãe por um ambiente continente pode ajudá-la a se dedicar ao seu bebê com maior tranqüilidade (Felice, 2000).

Além da importância de a mulher ter um ambiente continente para confortá-la, é fundamental que ela possa contar com uma figura feminina de apoio mais experiente nos assuntos referentes à maternidade, tanto na gestação, como no parto e após o nascimento do bebê. Essa figura deverá oferecer apoio físico e emocional para a mãe nestes períodos (Stern, 1997). Em relação ao apoio físico, pode-se mencionar que a figura de apoio terá como função prover as necessidades vitais das mães e permitir que elas se afastem das exigências da realidade externa para poder dedicar-se ao bebê. Nestes casos, pode-se citar o auxílio nos cuidados com o bebê e nas tarefas domésticas, pois, uma vez que a mãe possa contar com alguém que a libere dos afazeres domésticos ela terá mais tempo para ficar com seu bebê, fato este que a ajudará a se familiarizar com o mesmo. Já em relação ao apoio emocional, a mãe precisa sentir-se cercada e apoiada, valorizada, instruída e ajudada. Neste sentido, a função da figura feminina de apoio é mais psicológica e educativa. Ela irá auxiliar a mãe a desempenhar o papel de mãe, uma vez que sirva de suporte para o desenvolvimento das capacidades e habilidades maternas e principalmente por servir de modelo de identificação para a nova mãe, modelo no qual ela possa se espelhar para desempenhar seu novo papel (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Maldonado, 2000; Stern, 1997).

O apoio emocional à mãe – psicológico e educativo – na gestação e após o nascimento do bebê deve ser oferecido por uma mulher mais experiente, segundo Stern (1997) e Klaus, Kennell e Klaus (1993). Pois apenas uma mulher com experiência em cuidar de bebês e que conheça as vicissitudes de uma gestação, parto e puerpério estaria apta a desempenhar esta função. Além disso, Klaus, Kennell e Klaus (1993), enfatizam que esta função é melhor desempenhada por uma mulher treinada para desempenhá-la.

Outra vantagem citada por Klaus, Kennell e Klaus (2000), sobre o apoio emocional contínuo à mãe é a mensagem subjacente para a mulher sobre seu valor como pessoa, como mãe e como futura cuidadora. Para estes autores, essa valorização da mãe vai reforçar suas crenças em relação a sua competência como mãe, fato que irá ter repercussão ao longo da vida desta mulher. Portanto, o apoio oferecido, tanto físico como emocional, irá implicar no modo como esta mãe se vê enquanto mãe e como ela se sente para cuidar de seu bebê.

O maior trabalho de uma mulher experiente que irá prover apoio emocional e físico para a mãe durante a gestação, parto e puerpério é, segundo Klaus, Kennell e Klaus (1993), o de criar uma ambiente continente para a mulher nestes momentos. Esse sentimento de segurança transmitido por outra mulher cria um tipo de força interna que possibilita a uma mulher começar a testar os limites de suas próprias capacidades e de passar por dimensões possivelmente ignoradas antes – ou talvez reconhecidas, mas não arriscadas. Para os autores, esta liberdade de ser seu próprio eu gera sentimentos de capacidade e criatividade. Nesse sentido, um ambiente continente e acolhedor poderá ajudar a puérpera a superar momentos de maiores angústias (Felice, 2000). Para esta autora, a presença de uma figura feminina pode ajudar a evitar o desenvolvimento de um estado depressivo. Além disso, a figura servindo de modelo de identificação tem efeito benéfico, reassegurador, principalmente quando a mãe nutre fantasias de desastre em relação ao bebê, temendo cometer algum dano físico a este.

Outro aspecto ressaltado em relação ao apoio continuado para a mãe é que este pode ter um efeito terapêutico mais profundo (Felice, 2000; Klaus, Kennell & Klaus, 2000). Durante o nascimento, para Klaus, Kennell & Klaus (2000), ocorre uma regressão psicológica ao próprio nascimento da mulher, a sua vulnerabilidade essencial. Para Klaus, Kennell e Klaus (2000), este estado regressivo está relacionado à forma como a própria mulher foi cuidada, a nutrição fornecida. Então, o apoio pode ajudar a mãe a “remodelar” seu modelo de mãe e trazer algum grau de recuperação para a experiência precoce. Para tal, a pessoa que cuida da mãe precisa ter habilidades e *insight* especiais. Segundo os

autores, necessita estar confortável com o fato e não ter medo de amar. Deve ser capaz de entrar para o espaço de uma mãe e ser altamente responsiva e ciente de suas necessidades, humores, mudanças e sentimentos não-verbalizados. Ao mesmo tempo, esta figura feminina precisa ser flexível nesse processo, adaptando-se a cada necessidade da mãe, sem tentar controlar ou sufocar. Portanto, essa figura feminina de apoio vai servir de mãe para a mãe e, nesse sentido, deverá estar sempre aceitando e não julgando os comportamentos da nova mãe. Esse sentimento de total aceitação irá permanecer com a mãe na medida em que ela se relaciona com o seu próprio bebê.

Já para Felice (2000) e Winnicott (1956/2000), a mulher encontra-se em estado de regressão, após o parto, com o objetivo de se identificar com o seu bebê, podendo assim compreender e atender suas necessidades. Além disso, a importância da figura pode ser ressaltada, em função de a mãe também necessitar ser maternada, por se encontrar em um estado tão regredido que seu desamparo pode ser comparado ao do próprio bebê (Winnicott, 1988). Nesse sentido, para Felice (2000), nos casos em que as puérperas se encontram muito regredidas, o que se observa é uma dependência extrema em relação à figura de apoio. Nestes casos, as mães necessitam constantemente da presença de alguém, tanto para ajudá-la nos cuidados com o bebê, já que não se sentem capazes e seguras para tal, como também para terem suas angústias, tão intensas, acalmadas. Portanto, nesta situação, o ambiente continente e acolhedor proporcionado pelas figuras femininas torna-se indispensável, atuando como um fator preventivo no sentido de evitar que um quadro mais grave venha a se desenvolver no puerpério.

A possibilidade de receber apoio de pessoas depende da qualidade do vínculo que se tem com estas. Relacionamentos em que os vínculos não são satisfatórios, ou seja, o apoio é insatisfatório ou, em muitos casos chega a não ocorrer, podem provocar na mulher, sentimentos de abandono, desvalorização, insegurança, os quais são considerados comuns nos quadros de depressão puerperal. Portanto, o vínculo satisfatório e afetivo com o companheiro também é importante para a gestante e a puérpera. O apoio oferecido pela figura feminina e pelo companheiro é um fator facilitador de experiências positivas nesse período. Então, além do apoio da figura feminina, o apoio oferecido pelo companheiro também é relevante, neste contexto. Para Klaus, Kennell e Klaus (2000), a mãe precisa sentir o carinho, amor e o sentido de compartilhamento do pai na experiência íntima de criação de seu filho no mundo. Mas, o pai, com frequência não tem nenhuma experiência com o processo de nascimento e, principalmente, não pode servir de modelo para a mulher. As mulheres precisam de uma figura protetora e experiente que possa, com calma e

habilidade, ajudá-las a lidar com as dificuldades que a maternidade, por ventura, traga à tona, sendo tranqüilizadora. Essa figura deve ser uma presença constante tanto para a mãe quanto para o pai. Nesse sentido, a possibilidade de a mãe poder contar com uma figura de apoio que sirva também de modelo de identificação para ela, consiste em um dos mais importantes fatores psíquicos que vão influir sobre a qualidade das experiências emocionais da mulher durante o puerpério (Felice, 2000).

Identificação com a figura feminina

No período do puerpério, a identificação da mulher com uma figura feminina mais experiente, ou seja, com uma mãe, poderá ajudá-la a desenvolver sentimentos de autoconfiança e segurança para desempenhar o papel de mãe (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Maldonado, 2000; Stern, 1997).

Alguns autores, como Domash (1988), acreditam que a identificação da mulher deve ser com a sua mãe para que o desempenho do papel materno seja facilitado. Para esta autora, a extensão da identificação da mulher com a sua própria mãe consiste em um importante aspecto durante o período após o parto, pois isto facilitaria a aceitação de seu novo papel. Porém, outros autores como Klaus, Kennell e Klaus (2000), acreditam que a identificação com a própria mãe nem sempre é possível, em função dos problemas que a relação mãe-filha, pode apresentar. Eles sugerem que a figura feminina de apoio seja alguém que tranqüilize a nova mãe, fato este, que pelas próprias dificuldades estabelecidas na relação mãe-filha, não é possível.

A identificação com uma figura considerada capaz de desempenhar o papel materno de forma tranqüila e adequada possibilita que a puérpera também se sinta capaz de desempenhar esta função de forma segura e prazerosa. Neste caso, a imagem de uma mãe suficientemente boa (usando um termo winnicottianos), provavelmente, prevalecerá sobre a da mãe má e a regressão, natural deste período, possibilita à mulher a identificação com o bebê. Porém suas funções adultas são preservadas, permitindo que ela cuide do bebê e desempenhe satisfatoriamente as tarefas maternas. Desta forma, a mulher está capacitada a sentir o bebê e o papel de mãe como um ganho e de forma prazerosa (Felice, 2000).

Em relação ao modelo de identificação mencionado, muitas mulheres vão procurar reproduzir com seus filhos seu modelo de educação, ou seja, vão tentar educar seus filhos parecido com a forma pela qual suas mães as cuidavam (Felice, 2000). Outras mulheres apresentam a fantasia de uma mãe ideal, e com esta tentam se identificar, considerando que uma boa mãe deve ser infalível, onipotente. O que Felice (2000) pôde constatar em seu

estudo sobre estas mães é que ao verificar não serem onipotentes, transferiam esta função a sua própria mãe, que passava a ser vista como a mãe ideal. Este fato, segundo a autora, contribuía para que elas desejassem permanecer inseparavelmente ligada à suas mães.

Outras mulheres, no entanto, não conseguem se sentir identificadas com uma mãe boa, ou seja, uma mãe percebida por elas como capaz de desempenhar o papel de mãe de forma adequada. Estas mulheres apresentam um tipo de identificação com uma mãe “incapaz”, ou seja, se identificam com aspectos negativos do papel materno. Outras podem apresentar conflitos e angústias em relação à figura materna internalizada, o que provoca muitas dificuldades neste período. De acordo com Felice (2000), estas mulheres, que apresentam conflitos e angústias em relação à figura materna, também apresentam um nível de regressão acentuado nesse período, estabelecendo uma identificação maciça com o bebê, que torna o sentimento de dependência intenso em relação às pessoas do ambiente próximo. Dessa forma, prevalece no puerpério a angústia de ser infantil, regredida e com fortes sentimentos de desamparo. Nesses casos, normalmente, as mulheres delegam as funções maternas para outra mulher, a qual consideram mais capaz e experiente para cuidar de seus filhos. De modo geral, essas mulheres não se sentem capazes de realizar, por si, nenhuma tarefa referente a seu bebê e quando o fazem demonstram tensão e uma grande ansiedade. De acordo com a autora, essas mulheres se identificavam com uma mãe frágil, incapaz, insuficiente, passando a sentir-se vazia de recursos enquanto mães.

Portanto, estas mulheres que têm como modelo de identificação materno uma figura frágil que não transmite segurança no desempenho do papel materno parecem ser as mães com maiores riscos de desenvolver sentimentos de desamparo. As mães que fantasiam um modelo ideal de mãe para si também tendem a desenvolver este sentimento após o nascimento do bebê. Dessa forma, a qualidade das experiências emocionais da mulher durante o puerpério está relacionada à possibilidade de ter internalizado um modelo adequado de mãe capaz de oferecer segurança no desempenho da maternidade. Para Felice (2000), esta condição é indispensável para um desempenho da maternidade tranquilo e prazeroso. Nos casos em que esta condição não ocorre, podem ser desenvolvidos transtornos do pós-parto.

O puerpério e os sentimentos de desamparo materno

No período após o parto ocorre um aumento na sensibilidade da mulher, uma diminuição das defesas e uma maior disponibilidade do processo de pensamento primitivo. Tais mudanças convertem esse período em um momento da vida da mulher no qual existe

um *continuum*, que vai de uma capacidade criativa aumentada, até uma tendência elevada para a depressão (Felice, 2000).

O parto, assim como a gestação, é considerado por Chertok (1969) como podendo proporcionar a ocasião para regressão, o qual reduz a coesão e a força do ego. Os modos de ajustamento e os mecanismos de defesa postos em ação em resposta a esta situação regressiva são variados. A mulher tem que se ajustar a um processo biológico, ao meio ambiente que requer dela certos comportamentos e à nova situação criada pela chegada do filho. Em relação a este último aspecto, coexistem duas tendências emocionais, segundo Felice (2000), uma tendência negativa, que envolve um sentimento de perda severa, um desapontamento e, algumas vezes, senso de “paraíso perdido” ligado à identificação com o filho. E aspectos positivos, tais como a regressão, que possibilita que a mãe alcance o estado de preocupação materna primária de Winnicott (1956/2000), identificando-se com seu bebê para compreender suas necessidades.

Em algumas mulheres é possível observar ambos os aspectos expressos em diferentes momentos. Entre os fatores que facilitam uma experiência positiva e criativa do pós-parto, segundo Domash (1988), é a identificação positiva da mulher com a própria mãe, a capacidade da nova mãe para regredir a serviço do ego ou para entrar no “espaço transicional”; a capacidade de ser uma “mãe simbiótica” para posteriormente se tornar uma “mãe de individuação”; a quantidade de apoio emocional que ela recebe, bem como os fatores biológicos. Já em relação aos aspectos negativos, pode-se citar o sentimento de desamparo materno frente ao seu bebê. Este desamparo pode ser comparado ao desamparo do próprio bebê, usando uma idéia winicottiana (Winnicott, 1988). Este sentimento pode ser desenvolvido, segundo Maldonado (2000) pelo processo regressivo, no qual a maioria das mães se encontra após o nascimento de seu bebê, fruto da identificação da mãe com o bebê e pelas dificuldades enfrentadas pela mulher neste momento, tais como: falta de apoio do companheiro, gravidez não planejada, não se sentir pronta para o encargo de tomar conta de um bebê (Felice, 2000). Nestes casos, acentuam-se as necessidades de ser cuidada e protegida, e a sensação que predomina é a de ser frágil, recém-nascida como mãe e de não ser capaz de fazer as coisas sozinhas.

O processo regressivo pode levar a puérpera a experimentar intensas reações emocionais, segundo Felice (2000), aparentemente inexplicáveis para ela e para as pessoas que se encontram a sua volta. São vivências regressivas evocadas no período após o parto. Estas experiências podem ser positivas, no sentido de ajudarem as mulheres a familiarizar-se com seus bebês, uma vez que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades do bebê. Mas, por outro lado, pode torná-las muito fragilizadas, podendo esta experiência regressiva

ser comparada ao desamparo do próprio bebê. As mulheres podem entrar em um estado de dependência absoluta de outra pessoa, normalmente outra mulher, a qual acaba fazendo um maternagem para ela. Pode surgir, também, segundo Felice (2000), sentimento de estar “perdida”, sem rumo, geralmente atribuído à situação emocional de regressão parcial na qual a puérpera se encontra. Pois, identificando-se com a condição de dependência do bebê, o sentimento que predomina diante da situação desconhecida é de desorientação, desamparo e impotência, levando a puérpera a expressar o desejo de encontrar um objeto bom e protetor para guiá-la e acalmar suas angústias. Este objeto bom e protetor, normalmente, é uma mulher na qual a mãe confia. Esta deverá fazer uma maternagem para a mãe, para que ela se sinta amparada e apoiada, tanto física como emocionalmente, além de auxiliá-la no desenvolvimento das capacidades maternas (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Stern, 1997).

Como foi visto, a regressão no período puerperal, a qual pode se refletir no sentimento de desamparo, pode se dar de forma acentuada, o que provoca transtornos emocionais e dificuldades no desempenho das funções maternas. Nesse sentido, as figuras femininas podem auxiliar a mãe nesse momento, possibilitando que este sentimento não se torne tão forte, passando a ter conseqüências mais graves para a relação mãe-bebê.

Os transtornos do pós-parto

O nascimento de um filho constitui-se em um fato importante na vida humana, sendo comum o afloramento de impulsos e sentimentos contraditórios como perturbação, alegrias, angústias e depressão (Debray, 1988).

Sentir e ver o bebê concreto, real pode desencadear várias reações na puérpera, dentre elas, sentimentos de depressão. Essa depressão varia muito de intensidade em cada mulher, e se deve a vários fatores: a tensão que surge no decorrer do parto, mudanças bioquímicas e hormonais que se processam nesse período. A reação frente ao próprio corpo, a barriga vazia desmancha a imagem do corpo grávido ao qual já tinha se acostumado. A diferença entre o bebê imaginado durante a gravidez e o real pode trazer desapontamento e frustração. A dependência e a fragilidade da criança são, muitas vezes, vivenciadas como assustadoras. A mulher pode se sentir desamparada, com medo de não saber cuidar do próprio filho. Esses sentimentos costumam aparecer de forma mais intensa após o nascimento do primeiro filho (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996).

A literatura basicamente diferencia três tipos de transtornos do pós-parto: a melancolia da maternidade (*baby blues*), a psicose puerperal e a depressão materna. Dentre estes transtornos que podem acometer a mulher após o parto a melancolia da maternidade é

considerada, pela literatura, como um estado bastante comum, sendo visto como um estado reativo do que um estado de depressão propriamente dito e parece ser concomitante as mudanças neurofisiológicas normais do puerpério. Já a depressão materna parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, psicológicas, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas. Segundo Miller (1997), as mulheres que pertencem a uma cultura que oferece pouco suporte no período do pós-parto e que são exigidas com grandes expectativas com relação ao desempenho do papel materno parecem mais vulneráveis a desenvolver este transtorno. De acordo com este autor, os transtornos do pós-parto são qualitativamente diferentes e não existem como um *continuum*, embora possam estar relacionados. Por outro lado, a psicose puerperal é mais rara nas diferentes culturas e é considerado uma desordem psiquiátrica grave. Para O'Hara (1997), nem a psicose nem a melancolia da maternidade são consideradas patologias específicas pelo DSM-IV ou pelo SID-10. O DSM-IV apenas classifica se os episódios começaram ou não no pós-parto. Dada a larga utilização desse sistema, o presente estudo utiliza os critérios do DSM-IV, embora diversos autores tenham sugerido que, por vezes, os sintomas da depressão materna podem surgir em algum momento do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o nascimento (Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Klaus, Kennell & Klaus, 2000). A literatura recente tem sido consistente em sugerir que existe pouca distinção entre as depressões que acometem as mães de crianças pequenas ao longo do primeiro e até do segundo ano de vida das crianças (Beeghly, Weinenberg, Olson, Kenan, Riley & Tronick, 2002; Cooper, Campbell, Day, Kennerly & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993). Apesar disso, visando evitar confusões, optou-se por utilizar o critério do DSM-IV, que define depressão pós-parto como episódio de depressão maior que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto. A depressão acomete mães após esse período, ao longo do primeiro ano de vida do bebê e que será objeto de investigação do presente estudo, será denominada apenas depressão materna.

Algumas vezes, segundo Maldonado (2000), pode ser difícil fazer o diagnóstico diferencial entre a melancolia da maternidade e a depressão materna, pois pelo menos na primeira semana após o parto, a diferença entre estas é muito tênue. Em função dos aspectos referidos anteriormente é importante que as diferenças entre esses estados sejam explicitadas. Portanto, na tentativa de diferenciar estes transtornos são descritas, a seguir, algumas particularidades que os distinguem.

Os estudos sobre a melancolia da maternidade corroboram a idéia de que este transtorno é concebido como sendo um estado depressivo benigno, habitualmente

transitório e acometem a maioria das mulheres. Tal estado normalmente surge nos primeiros dias após o nascimento e dura apenas alguns dias. Caracteriza-se por crises de choro, grande labilidade do humor, irritabilidade, hipersensibilidade emocional, acompanhada de uma falta de confiança em si e de um sentimento de incapacidade. Essas manifestações se diferenciam de maneira clara do humor predominante da alegria que ocorre comumente no pós-parto. Este estado parece ter como principal característica um aumento na reatividade emocional aos estímulos que normalmente não eliciavam tais reações (Dunnewold, 1997; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Maldonado, 2000; Miller, 1998; Miller & Rukstalis, 1997; O'Hara, 1997; Szejer & Stewart, 1997).

Em geral, este quadro tende a ser solucionado em pouco tempo sem necessidade de intervenção (Miller & Ruktalis, 1997). Comumente as mães precisam apenas de apoio para solucionar a melancolia da maternidade, sendo que seu ajustamento normal ao puerpério pode levar até dois meses (Dunnewold, 1997), até mesmo porque a melancolia da maternidade não deixa seqüelas negativas nem para o bebê nem para a mãe (O'Hara, 1997).

A melancolia da maternidade ou *baby blues*, como também é chamada, seria, de acordo com Szejer e Stewart (1997), uma forma de reação da mãe suscitada pela presença do bebê, pois, segundo esses autores, a chegada de um novo ser para o casal, e para família, produz efeitos visíveis, palpáveis e perturbadores. Esse novo membro da família mexe com a ordem estabelecida até então, e cada um é levemente deslocado. Para Szejer e Stewart (1997), a melancolia da maternidade seria um tempo necessário à mãe para ela sair do seu espanto e tomar uma verdadeira consciência da alteridade do seu filho. De sua alteridade, mas também de sua demanda em relação a ela, da necessidade premente que ele tem de seus cuidados, não somente de seu alimento, mas do seu calor, do seu odor, do som de sua voz, de sua ternura, de sua palavra.

Acredita-se que a prevalência da melancolia da maternidade seja em torno de 70% a 90% (Dunnewold, 1997; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Szejer & Stewart, 1997), mas não são todos os estudos que corroboram esse achado. Para Beck, Reynolds e Rutowski (1993), a melancolia da maternidade pode atingir entre 50% a 65% das mulheres e predispor-las à depressão materna ao longo do puerpério, pois a melancolia na primeira semana foi relacionada com a depressão materna entre a sexta e décima-segunda semanas depois do nascimento do bebê.

Outros autores, como Miller e Ruktalis (1997) consideram que este transtorno do pós-parto pode acometer cerca de 25 a 75% das mulheres que deram à luz nas diversas culturas. De acordo com esses autores, a melancolia da maternidade está presente em

diferentes contextos culturais, além de acreditarem que existam causas fisiológicas relacionadas a sua incidência, já que na gravidez os níveis de progesterona e estrogênio elevam-se a níveis muitas vezes maiores do que no período em que a mulher não está gestando, e diminuem rapidamente após o parto. Segundo Dunnewold (1997), a melancolia da maternidade é causada pelas grandes mudanças hormonais após o parto e se resolve rapidamente quando as taxas de hormônios se estabilizam. No entanto, há inconsistências nas pesquisas que partem deste pressuposto. Em virtude da falta de consistência nos achados das pesquisas sobre a depressão materna que mais investigações sobre este tema são necessárias.

Para vários autores a melancolia da maternidade poderia ser uma resposta normal ao pós-parto, já que está presente na maioria das mulheres, sendo assim, não haveria anormalidades hormonais ou fisiológicas nas puérperas (Dunnewold, 1997; Miller & Rukstalis, 1997). Este fato pôde ser observado nas pesquisas de Szejer e Stewart (1997), nas quais verificaram que mulheres que têm bebês prematuros não desenvolvem a melancolia da maternidade logo após o parto, mas somente a partir do momento que já estão com seu bebê em casa. O fato de ficar separada do seu bebê nesses primeiros dias pode deixar as mães tristes, mas parece ser um quadro diferente da melancolia da maternidade. Além disso, elas também sofrem as alterações hormonais como as outras mulheres que deram à luz, mas a melancolia da maternidade só aparece quando a mãe começa a se relacionar com seu bebê diariamente, aproximadamente no terceiro dia em que está com seu filho. Szejer e Stewart (1997) também observaram a ocorrência da melancolia da maternidade em mães adotivas, ou seja, mães que não passaram pelas alterações hormonais da gestação. A partir do terceiro dia com a criança, a mãe adotiva pode começar a demonstrar sentimentos semelhantes aos da melancolia da maternidade. Portanto, para Szejer e Stewart (1997), é possível que a presença do bebê em casa possa desencadear a melancolia da maternidade na mãe.

A melancolia da maternidade é considerada por Miller e Rukstalis (1997), como a expressão objetiva dos sistemas de apego mãe-bebê dos mamíferos. De acordo com esses autores, os mamíferos possuem um sistema neurobiológico único que é ativado pelas mudanças hormonais do pós-parto e isto promoveria a ativação do apego inicial entre as mães e seus bebês recém-nascidos. A concepção desses autores não foi testada empiricamente, mas é interessante levá-la em consideração, pois considera a melancolia da maternidade, assim com outros estudos, uma reação normal do período do pós-parto, podendo variar quanto sua intensidade de manifestação. Se considerarmos essa proposta para os seres humanos, é possível considerar que fatores psicológicos estariam

influenciando a percepção e interpretação das mudanças de humor. Para esses autores, mulheres que já houvessem apresentado vulnerabilidade para a depressão estariam mais propensas a experimentar tais alterações como depressivas, deixando-as, assim, mais vulneráveis à ocorrência de um episódio depressivo.

A psicose puerperal, por outro lado, é considerada um quadro mais grave que a melancolia da maternidade. Esta caracteriza-se por ser uma desordem psiquiátrica rara e grave, acompanhada de desilusão, alucinações e desorientação, que normalmente exige internação. A psicose puerperal tem prevalência de, aproximadamente, um caso a cada mil partos e a chance de reincidência é de um para cada três mulheres. Tal desordem tem início agudo, podendo ocorrer até duas semanas após o parto (Larry, 1997), embora o risco mantenha-se por alguns meses (Steiner & Tam, 1997; O'Hara, 1997).

Os principais fatores de risco para que a mulher desenvolva uma psicose puerperal, segundo Steiner e Tam (1997), são ser primípara e ter uma história pessoal e familiar de doenças psiquiátricas. De acordo com esses autores, em muitos casos a psicose puerperal pode prejudicar o funcionamento normal da mulher, além de aumentar o risco de suicídio ou infanticídio. No entanto, o risco de infanticídio parece ser uma combinação entre a psicose puerperal e uma falta de apoio social adequada (Attia, Downey & Oberman, 1997), e possivelmente também de forte negação da gravidez (Jacobsen, 1997).

Os episódios de psicose puerperal tendem a ser bem mais severos do que a depressão materna e caracterizam-se por estados de maior confusão, mania e desorientações do que as psicoses não-puerperais (Attia, Downey & Oberman, 1997; Larry, 1997). Alterações do sono parecem ser um sintoma comum (Larry, 1997), além da labilidade de humor (Attia, Downey & Oberman, 1997; Maldonado, 2000).

A depressão materna distingue tanto da psicose puerperal quanto da melancolia da maternidade. Este transtorno acomete cerca de 10% das puérperas e pode levar de seis semanas até dois anos após o parto para se manifestar (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1996; O'Hara, 1997). Tal depressão caracteriza-se por alterações do sono e apetite, dificuldades de dormir principalmente após amamentar o bebê, crises de choro, sentimentos de desamparo e desesperança, desatenção, dificuldades de concentração, falta de energia e de interesse em atividades antes consideradas agradáveis (Dunnewold, 1997). Acompanhando estes sentimentos podem surgir também idéias suicidas e sentimentos excessivos de culpa. (Dunnewold, 1997; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997). Os sintomas tendem a ter uma duração razoável de tempo e prejudicam as atividades normais da mulher (O'Hara, 1997).

A duração dos episódios de depressão materna podem persistir por mais de um ano (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997) e o risco para desenvolver este tipo de depressão persiste por até dois anos após o parto (Cooper & Murray, 1995). Em geral, a duração dos episódios de depressão materna não diferem em relação ao tempo de duração de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto (O'Hara, 1997). Já a severidade da depressão, para Maldonado (2000), parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, com seu papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança.

A literatura aponta que a depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebê tende a ser leve (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984; Steiner & Tam, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989). Porém, mesmo que os sintomas sejam leves, eles trazem muitos prejuízos para a nova mãe, especialmente porque no pós-parto é esperado que a mulher sintasse feliz com a chegada do bebê. Segundo Steiner e Tam (1997), o fato de a depressão materna ser geralmente leve ou moderada, faz com que frequentemente ela não seja diagnosticada, podendo eventualmente tornar-se severa, sendo necessário uma internação.

Um dos aspectos que tem sido investigado sobre a depressão materna é em relação ao prognóstico, dos episódios depressivos originados no pós-parto e os que a mulher já apresentava sintomas depressivos antes do parto. O estudo de Whiffen e Gotlib (1993) comparou mulheres com depressão materna e com depressão não originada no pós-parto quanto à apresentação clínica, história psiquiátrica e funcionamento psicossocial. A maioria das participantes (60%) já havia procurado atendimento para problemas emocionais antes da gravidez. Os resultados deste estudo sugeriram que a depressão materna tendia a ser leve e, no retorno, após seis meses, as mulheres com depressão pós-parto apresentaram menores níveis de ansiedade, agitação e sintomas somáticos do que mulheres com depressão não originada no pós-parto, embora 47% dessas mulheres ainda estivessem deprimidas.

Um dos maiores perigos da depressão materna, segundo O'Hara (1997), é a possibilidade de a mulher apresentar novos episódios depressivos ao longo do desenvolvimento de seu bebê. Conforme o autor, a literatura tem sido consistente em afirmar que mulheres que tiveram depressão materna têm risco aumentado para desenvolver futuras depressões por pelo menos cinco anos. Cooper e Murray (1995), em um estudo sobre a recorrência dos episódios depressivos, investigaram o desenvolvimento da depressão materna em dois grupos de primípara, um no qual foi o primeiro episódio de depressão e outro em que a depressão, nos meses seguintes, ao parto foi mais um episódio recorrente de depressão, comparando com grupo controle de mulheres saudáveis. Os

resultados sugeriram que a depressão, nos meses após o parto, pode ser considerada um transtorno específico, posição corroborada por O'Hara (1997), com características próprias quanto à vulnerabilidade e desenvolvimento, uma vez que as mulheres que estavam tendo o primeiro episódio depressivo no puerpério tiveram duração menor dos sintomas, mas estavam mais propensas a novos episódios depressivos após o nascimento de outros filhos. De acordo com esse estudo, o percentual de recorrência de depressão em mulheres que já haviam tido depressão materna foi de 60%, comparado com 35% de recorrência de depressão em mulheres que não haviam tido depressão materna. Esse fato foi concluído em função de que as mulheres que estavam tendo o primeiro episódio depressivo no puerpério tiveram duração menor dos sintomas, mas estavam mais propensas a novos episódios de depressão materna. Já as mulheres em que a depressão materna era considerada mais um episódio depressivo, estavam mais vulneráveis a novos episódios depressivos, mas não relacionados com o puerpério. Para Cooper e Murray (1995), esses achados podem sugerir que existem fatores biológicos e psicológicos relativos ao parto que acabam predispondo estas mulheres à depressão puerperal. Porém, para estes autores, mesmo que os fatores causais da depressão sejam biológicos ou psicológicos, a depressão materna continua sendo um diagnóstico específico, diferenciado de depressões que não têm seu início no puerpério.

É possível que existam causas biológicas para explicar a etiologia da depressão materna, mas a literatura é ainda inconsistente quanto a isso. No entanto, existem alguns fatores de risco que podem predispor a mulher a desenvolver depressão no período após o parto. Entre eles, eventos adversos na vida, tais como desemprego materno e paterno, abandono por parte do pai da criança e dificuldades financeiras. Segundo O'Hara (1997), ainda não está claro o quanto as variáveis demográficas tais como a idade da mãe, renda e nível sócio-econômico, podem estar relacionadas com a depressão puerperal. Para este autor, é bastante provável que exista alguma relação entre as diferentes variáveis demográficas e o desenvolvimento de depressão puerperal, mas são necessários mais estudos para investigar este problema.

Outro fator apontado pela literatura como sendo de risco para a mãe desenvolver depressão após o nascimento do bebê são os conflitos conjugais (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997), pois talvez a relação conjugal, em função da organização familiar atual, acaba sendo um dos relacionamentos mais próximo e importante no puerpério. O estudo de Sotto-Mayor (2004), o qual investigou a qualidade do relacionamento conjugal em mães com e sem indicadores de depressão, indicou que famílias com mulheres deprimidas caracterizam-se por um prejuízo na amizade, respeito e

admiração por parte de um dos cônjuges, ou ambos. Além disso, os resultados mostraram que os casais com mães deprimidas apresentam mais dificuldades em administrar os desafios relacionados ao período de transição para a parentalidade, as mulheres passaram a descrever o comportamento de seus maridos como mais irritadiços e começaram a sentir-se mais assoberbadas e insatisfeitas em seu casamento. Nesse sentido, os resultados do estudo de Sotto-Mayor (2004), indicam que a depressão materna, associada a conflitos conjugais expressivos, podem levar os pais a se tornarem mais inconsistentes e ineficazes em seus comportamentos parentais, tendendo a provocar um aumento de distúrbios comportamentais das crianças, o que por sua vez, poderia agravar os sintomas da depressão materna. Os resultados desse estudo também revelaram a existência de mais conflitos, menos apoio do marido, e maior insatisfação conjugal entre os casais com mães deprimidas.

A história de vida pessoal e familiar de transtorno de humor têm sido sugerido pela literatura como o fator que mais parece influenciar o desenvolvimento da depressão materna (Cooper & Murray, 1995; Cutrona, 1983; Cutrona & Troutman, 1986; Dunnewold, 1997, O'Hara, 1997; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, Rehm & Campbell, 1983). Sentimentos negativos da futura mãe em relação ao casamento e a gravidez no período pré-natal foram fortemente correlacionados (0,83) com depressão materna aos quatro meses de idade do bebê (Field, Sandberg, Garcia, Veja-Lahr, Goldstein & Guy, 1985). Outro fator que têm sido apontado pela literatura como possível de desenvolver a depressão materna são os altos níveis de estresse durante e após o parto (O'Hara, 1997). Além desses fatores, a falta de apoio social também tem sido considerada pela literatura como um dos fatores de risco para a depressão materna. (Cutrona, 1984; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997).

Outra possível explicação oferecida pela literatura para a depressão puerperal refere-se à percepção materna do seu desempenho como mãe. Mulheres com pequena confiança em sua capacidade materna tenderiam a se comportar de maneiras que levam a um padrão relativamente baixo de reforço do seus filhos (Cutrona & Troutman, 1986). De acordo com estes autores, este padrão de comportamento da mãe pode afetar o comportamento da criança e o desenvolvimento de sua própria auto-eficácia. Além disso, essa deficiência de reforço pode levar à depressão materna, pois a má percepção da mãe quanto ao seu papel materno pode fazer com que ela venha a se culpar por respostas negativas da criança. Segundo Teti e Gelfand (1997), as conseqüências da auto-eficácia parental no cuidado com a criança são bastante óbvias: mães que se sentem competentes e auto-eficazes para lidar com seu bebê persistem em estabelecer relações harmoniosas com

sua prole, utilizando para este fim seus recursos internos e externos. Mães que se percebem como pouco eficazes e que se deixam levar por sua indecisão, possivelmente acabam por sentir-se ineficazes no desempenho do papel materno.

No estudo de Schwengber (2002), não foram encontradas diferenças entre mães deprimidas e não deprimidas quanto à expressão de afetos positivos e negativos. Os bebês dos dois grupos também não diferiram quanto à expressão de afetos. Schwengber também não encontrou diferenças quanto à intrusividade entre as mães com e sem depressão. De acordo com Schwengber (2002), a literatura tem demonstrado que a depressão materna pode se manifestar de formas distintas. Em algumas mães, a depressão pode ser caracterizada por grande intrusividade e irritabilidade enquanto que em outras pode haver retraimento e apatia (Field, 2000; 2002; Hart & cols., 1999). Já no estudo de Frizzo (2004), o qual investigou as eventuais diferenças nas interações triádicas e diádicas em famílias com e sem depressão materna durante uma situação de interação livre. Nesse estudo, houve uma tendência, embora não significativa, de que as díades mãe-bebê, nas famílias com depressão materna, apresentassem maior desengajamento do que as díades em famílias sem depressão materna. Isso pode sugerir, segundo Frizzo (2004), que as mães deprimidas, do seu estudo, poderiam estar apresentando um estilo de interação mais apático do que intrusivo.

Nos estudos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão materna, os quais buscam um entendimento psicodinâmico de tal transtorno indicaram que um dos fatores que pode contribuir para o início da depressão materna seriam as representações da mulher de suas experiências infantis com a própria mãe (Trad, 1995). O autor deduz que as mães cujas representações de suas experiências infantis são positivas aparecem psicologicamente equipadas para transferir tais emoções para o filho e para assumir as tarefas maternas com entusiasmo. Em oposição, mães cujas representações de suas experiências infantis são negativas são apáticas na interação com o filho e hesitantes na aceitação do papel materno. Halberstadt-Freud (1993), em um estudo considerou que a depressão materna está associada à existência de uma relação patológica entre a mulher que vem a se tornar mãe e sua própria mãe. Os resultados de seu estudo indicaram que a depressão poderia ser assim associada em função da fantasia da mulher de que seu bebê possa satisfazer todos os desejos que lhe foram negados na infância por sua própria mãe. A fim de sustentar esta ilusão de simbiose, os sentimentos de frustração e raiva são excluídos e frequentemente projetados no pai, que se torna então objeto daquelas fantasias hostis.

Os estudos revisados sobre depressão materna, não chegam a um consenso sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão. Alguns fatores parecem ser mais

importantes, como o ajustamento psicológico da mulher ante e durante a gravidez. Mulheres que vivenciam muito estresse na gestação e no parto, e mulheres que não podem contar com o apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de desenvolver depressão. Segundo O'Hara (1997), é plausível se pensar que as inconsistências na literatura possam estar relacionadas ao fato de que a depressão materna é multideterminada. Nesse sentido, um único fator não deveria causar patologia, mas sim a combinação de diversos fatores adversos aumentando a vulnerabilidade da nova mãe a desenvolver depressão.

Com relação ao foco do presente estudo, as pesquisas que mais se aproximam abordam a questão do apoio social para a mãe e sentimentos de incapacidade materna como um fator de risco para o desenvolvimento da depressão (Brazelton & Cramer, 1992; Cutrona, 1984; Cutrona & Troutman, 1986; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997; O'Hara, Rehm & Campbell, 1982; O'Hara & Swain, 1996; Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999; Whiffen & Gotlib, 1989). Os estudos demonstraram que mães deprimidas e sem apoio do cônjuge sentem-se menos competentes em seu papel materno e apresentam mais percepções negativas de si e de seus filhos, quando comparadas com mães não deprimidas e com apoio do cônjuge. Os resultados desses estudos sugeriram também que o apoio social facilita a manutenção da auto-estima materna e sentimentos de competência, além de servir como uma medida protetora contra a depressão.

Essas investigações indicam que não apenas identificar fatores relacionados à depressão materna é importante para o tratamento da mãe, mas também pelos efeitos negativos que pode trazer para a interação mãe-bebê e para o desenvolvimento social e emocional da criança. O foco do presente estudo, que é examinar a relação da mãe com suas figuras femininas de apoio, pode contribuir para a implementação de estratégias de intervenção que possam futuramente ajudar na prevenção de distúrbios na relação mãe-bebê e no desenvolvimento emocional da criança. O apoio recebido pela mãe é um dos fatores vitais nessa prevenção, pois é considerado como tendo caráter protetor e minimizador dos riscos de a mãe desenvolver depressão (Cutrona & Troutman, 1986; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997; O'Hara, Rehm & Campbell, 1982; O'Hara & Swain, 1996; Romito, Cubizolles e Lelong, 1999; Teti & Gelfand, 1997). Também estes estudos podem contribuir para expandir o conhecimento sobre etiologia, manutenção, prognóstico e tratamento da depressão materna, bem como auxiliar a prevenir futuros problemas de desenvolvimento do bebê.

Objetivos e justificativa do estudo

Como pode ser visto acima, a depressão materna afeta um grande número de mulheres após o nascimento de seus bebês (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997; Szejer & Stewart, 1997) e, em função desse fato, atualmente, tem havido um crescente interesse dos pesquisadores na área de saúde em estudar este quadro clínico. Estes estudos têm se preocupado em enfatizar a multifatorialidade dos aspectos que podem estar envolvidos no quadro de depressão materna, levam em conta as variáveis ambientais, genéticas e, principalmente, como uma pode estar afetando a outra.

A literatura revisada aponta que fatores como a história pessoal e familiar (Cutrona & Troutman, 1986), eventos de vida estressantes (Cutrona, 1983; Cutrona & Troutman, 1986), problemas conjugais (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997), dificuldades financeiras (O'Hara, 1997; Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999), temperamento infantil (Teti & Gelfand, 1997), falta de apoio social para a mãe (Beck, Reynolds & Rutowski, 1992; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997; O'Hara, Rehm & Campbell, 1982), sentimentos de incapacidade materna (Klaus, Kennell & Klaus, 1993) têm sido considerados como predisponentes para o desenvolvimento da depressão materna.

Os estudos encontrados sobre depressão parecem não enfatizar a especificidade da relação da mãe com uma figura de apoio feminina no período que antecede e segue ao nascimento do bebê. Como foi mencionado anteriormente, a figura de apoio tem como função ajudar, informar, apoiar, bem como servir de modelo de identificação, além de facilitar os sentimentos de capacidade materna. A falta dessa relação pode comprometer o desenvolvimento desses fatores, prejudicando a relação mãe-bebê, além de contribuir para o desenvolvimento da depressão, devido à fragilidade emocional característica desse momento.

Neste sentido, o presente estudo visa examinar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. Essas figuras femininas podem ser suas próprias mães, sogras, ou qualquer mulher que ela considere que lhe dê apoio durante a gestação, parto e puerpério. Com base na literatura, a expectativa inicial era de que mães que não puderam contar com o apoio de uma figura feminina experiente nos assuntos que envolvem a maternidade teriam maior predisposição para desenvolver depressão puerperal.

As expectativas iniciais do estudo, com base na literatura, foram três. Em relação à primeira expectativa, esperava-se as figuras femininas de apoio servissem de modelo de identificação. Além disso, a segunda expectativa era de que ao poder contar com estas

figuras, esperava-se que as mulheres tivessem maior facilidade para desenvolver suas capacidades e habilidades para lidar com o bebê, tendo minimizados os sentimentos de incapacidade frente ao bebê (Maldonado, 2000; Winnicott, 1956/2000). Já em relação a terceira expectativa esperava-se que as mães que pudessem contar com o apoio emocional e físico de figuras femininas tivessem os sintomas de depressão minimizados (Felice, 2000; Klaus, Kennell & Klaus, 1993, 2000).

CAPÍTULO II

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo sete mães com indicadores de depressão (leve: 1; moderada: 4; grave: 2), com idade entre 24 e 49 anos. Os indicadores de depressão foram avaliados nas mães através do Inventário Beck de Depressão (BDI – Beck & Steer, 1993)¹ e confirmados através da Entrevista Diagnóstica (NUDIF, 2003a). Os bebês eram de ambos os sexos, com a idade de cinco a onze meses na ocasião da investigação.

Todos os participantes do presente estudo faziam parte do projeto longitudinal denominado “*O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do 6º ao 18º mês de vida do bebê*” (Alfaya, Frizzo, Mayor, Lopes, Piccinini, Prado & Schwengber, 2002), que acompanha aproximadamente 40 famílias durante os dois primeiros anos de vida de seus bebês, metade das quais com mães que apresentam indicadores de depressão e as demais sem indicadores de depressão, cujos bebês tinham a idade entre 4 e 12 meses. Com base na indicação da equipe médica e nos prontuários disponíveis, foi feito um contato inicial com famílias que freqüentavam hospitais ou postos de saúde de Porto Alegre. Uma vez aceitando participar do estudo, a família foi convidada a comparecer à Universidade Federal do Rio Grande do Sul para um primeiro encontro, onde foram preenchidos o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (NUDIF, 2003a), a *Ficha de Contato Inicial* (GIDEP, 1998a) e a *Entrevista de Dados Demográficos do Casal* (GIDEP, 1998b). Após, era aplicado o *Inventário Beck de Depressão* (Beck & Steer, 1993) e, posteriormente, realizada a *Entrevista Diagnóstica* (NUDIF, 2003b) para confirmar ou não os indicadores de depressão.

Os participantes do estudo longitudinal foram selecionadas em hospitais e postos de saúde de Porto Alegre, bem como através de indicação e divulgação em órgãos locais de comunicação. Atendendo aos critérios de seleção para o projeto longitudinal, as participantes foram entrevistadas e filmadas, após assinarem o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo B). O projeto longitudinal prevê diversas fases de coleta de dados, sendo que o presente estudo enfocou a primeira fase, antes de iniciar a psicoterapia pais-bebê. Na primeira fase do projeto as mães, pais e bebês eram avaliados. Às mães que

¹ O termo “BDI” refere-se ao Inventário Beck de Depressão. De acordo com as normas da versão em português (Cunha, 2001), o nível de depressão é classificado em mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos).

apresentassem indicadores de depressão eram oferecidas de 8 a 12 sessões de psicoterapia pais-bebê. Após o término das sessões de psicoterapia pais-bebê a família foi novamente avaliada, sendo repetidas as avaliações da primeira fase.

As tabelas 1 e 2 apresentam as características demográficas dos participantes do estudo. As idades das mães variaram entre 24 e 49 anos ($M = 33,43$; $DP = 8,94$) e as idades dos companheiros variaram entre 19 e 53 anos ($M = 31,14$; $D = 10,96$). A escolaridade das participantes variou entre 6 a 15 anos de estudo ($M = 10,57$; $D = 3,15$) e a escolaridade dos companheiros variou entre 7 a 13 anos de estudo ($M = 10,60$; $D = 2,19$).

Delineamento e Procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994). Num primeiro momento, os casos que fazem parte do estudo foram examinados individualmente, com o objetivo de investigar os aspectos singulares da relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio e os seus sentimentos em relação à maternidade. Posteriormente, foram examinadas as características comuns de todos os casos. Em suma, tal delineamento foi usado para garantir o entendimento das particularidades de cada caso, bem como de seus aspectos comuns.

Para fins do presente estudo foram considerados os dados obtidos dos participantes do projeto longitudinal intitulado “*O impacto da psicoterapia para a depressão materna pós-parto e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do 6º ao 18º mês de vida do bebê*” (Alfaya, Frizzo, Mayor, Lopes, Piccinini, Prado & Schwengber, 2002) no período correspondente a primeira etapa da coleta de dados, sendo consideradas as informações obtidas através da *Entrevista Diagnóstica* (NUDIF, 2003b), *Entrevista sobre a Gestaçao e o Parto* (GIDEP/NUDIF, 2003c) e da *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* (GIDEP/NUDIF, 2003d).

Nesta ocasião foram também utilizados outros instrumentos de avaliação com o pai, o casal e a família, que não foram considerados no presente estudo².

Considerações éticas

² Também será realizada a **Entrevista do Pai sobre a Gestaçao e o Parto** (GIDEP/NUDIF, 2003), a **Entrevista do Pai sobre a Experiência da Paternidade** (GIDEP/NUDIF, 2003), a **Entrevista sobre o Relacionamento Conjugal** (GIDEP/NUDIF, 2003.) e será realizada também **Observaçao da Interaçao Mãe-Pai-Bebê** (GIDEP/NUDIF, 2003).

Os princípios éticos para a pesquisa em psicologia dizem respeito à proteção dos direitos os direitos, a dignidade e o bem-estar dos participantes. Levando em conta tais princípios, este estudo previu a realização de procedimentos visando resguardar estes direitos. Além disso, o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (projeto 03-068), pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (PV – nr. 05/03 em 02/04/2003) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (nr. 200396, reuniu em ata nº. 38). Todos os comitês de mencionaram que o projeto está adequado Às diretrizes e normas regulamentadas da pesquisa envolvendo seres humanos – resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, exige-se do pesquisador a preocupação com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a minimização dos prejuízos, a privação de benefícios, bem como a confidencialidade e a proteção à privacidade (Barker, Pistrang & Elliot, 1994).

Os participantes deste estudo receberam explicação detalhada sobre o objetivo do trabalho e sobre a forma de coleta e análise dos dados. A assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido serve para a proteção do próprio participante, garantindo-lhe o direito de desistir da participação no estudo quando lhe convier, sem nenhum prejuízo de qualquer ordem. Neste estudo, não está previsto ocultar nenhum tipo de informação dos participantes, uma vez que o conhecimento do trabalho de pesquisa parece não introduzir nenhum viés importante aos dados.

Quanto aos possíveis prejuízos que este estudo poderia provocar às participantes, pode ser citado o aumento da ansiedade experimentada por mulheres que eventualmente sintam-se mobilizadas de forma particular pelo conteúdo das entrevistas. Nesse sentido, caso se faça necessário, a pesquisadora responsabilizou-se pelo encaminhamento da participante a um serviço de atendimento psicológico, para que dele se beneficie, caso fosse necessário. O presente estudo não apresentou nenhum tipo de prejuízo do tipo privação de benefício, uma vez que não foi seu objetivo oferecer um serviço de acesso restrito, do qual apenas um grupo se beneficiasse, em detrimento do grupo controle.

A privacidade das participantes e a confidencialidade dos dados foi mantida, uma vez que os casos foram tratados por codinome, recebendo um número que facilite a identificação de todo o material correspondente. Tais dados estão sendo mantidos no Instituto de Psicologia da UFRGS, na sala 108, acondicionados em caixas-arquivo mantidas chaveadas, e serão destruídos depois de cinco anos da primeira entrevista.

Enfim, este estudo pode trazer benefícios às parturientes, bem como pode contribuir para as políticas de atendimento materno-infantil, uma vez que pretende oferecer um entendimento dos aspectos psicológicos ligados à maternidade e, especialmente, às

questões referentes aos transtornos do pós-parto (depressão materna). Esse conhecimento pode contribuir com a prevenção dos prejuízos que a depressão materna pode trazer tanto para a mãe quanto para o desenvolvimento do bebê.

Instrumentos e Materiais

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (NUDIF, 2003a): este documento visou esclarecer às famílias participantes, sucintamente, os objetivos da pesquisa, o nome e telefone da pesquisadora responsável. Foi fornecida por esta pesquisadora responsável uma descrição dos procedimentos do estudo e uma explicação dos riscos e benefícios potenciais aos participantes da pesquisa. A confidencialidade e proteção à privacidade dos participantes serão garantidas, bem como a possibilidade de retirarem seu consentimento quando desejarem. A pesquisadora se colocou à disposição para qualquer esclarecimento quando a família assim o desejar. O consentimento foi assinado pelo casal em duas vias, sendo que uma cópia ficou com a pesquisadora e a outra com o casal. Cópia no Anexo A.

2. Ficha de Contato Inicial (GIDEP, 1998a): Esta ficha foi preenchida pelas mães com o auxílio dos pesquisadores que participaram da primeira fase de coleta de dados do estudo, com o objetivo de selecionar os possíveis participantes do estudo. Para tanto, investigou alguns dados demográficos, tais como idade da mãe e do companheiro, escolaridade, profissão, estado civil, e existência de outros filhos. Foi também anotado o telefone e/ou endereço para contato posterior. Cópia no Anexo B.

3. Entrevista de Dados Demográficos (GIDEP, 1998b): Esta entrevista visou colher dados sócio-demográficos, através de uma ficha estruturada com perguntas fechadas. Também constaram nessa ficha o endereço e telefone da participante. Cópia no Anexo C.

4. Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993): Esta escala foi utilizada para avaliar a depressão materna e paterna. O BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes

níveis: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos). A versão em português do BDI resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, Prieb, Goulart & Lemes, 1996; Cunha, 2001). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,94 ($p < 0,001$).

5. Entrevista Diagnóstica (NUDIF, 2003b): Esta entrevista foi utilizada para confirmar e complementar os indicadores de depressão materna obtidos através do BDI. A entrevista teve como objetivo investigar os sintomas atuais de depressão, a história da mãe na gestação, a qualidade de seus relacionamentos com o bebê, com sua família e seu marido, e o histórico médico prévio. Cópia no Anexo D.

6. Entrevista sobre a Gestação e o Parto (NUDIF, 2003c): Esta se constitui em uma entrevista semi-estruturada, com o objetivo de obter o relato espontâneo da experiência do parto e da gestação. Essa entrevista é dividida em tópicos, mas seu roteiro é flexível. As questões que foram particularmente abordadas para o presente estudo referem-se à gravidez e aos primeiros dias com o bebê. Cópia no Anexo E.

7. Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (NUDIF, 2003d): Esta se constitui em uma entrevista semi-estruturada, com o objetivo de investigar os sentimentos da mãe em relação à maternidade. Para este estudo, foram analisadas, em especial, as questões referentes aos sentimentos com relação ao bebê; os sentimentos em relação à maternidade e o apoio fornecido pelo companheiro, pela família, amigos e profissionais. Cópia no Anexo F.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos através da análise das entrevistas realizadas durante a coleta de dados. A análise realizada procurou investigar as semelhanças e particularidades em mães com indicadores de depressão materna. A expectativa inicial do estudo foi de que haveria uma associação entre falta de apoio para a nova mãe, oferecido por uma mulher mais experiente, e a depressão materna. As *Entrevistas Diagnóstica, Gestação e Parto e Expectativas Maternas*, as quais foram realizadas na primeira etapa da coleta de dados do projeto longitudinal intitulado: “*O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê*” foram examinadas através de Análise de Conteúdo Qualitativa (Bardin, 1977; Laville & Dione, 1999) a fim de investigar o conteúdo do relato das entrevistas, visando apreender suas características e significações. Buscou-se examinar as particularidades de cada caso, bem como as semelhanças entre os mesmos. Baseada nesta técnica, a autora recortou os conteúdos manifesto nos relatos das participantes, classificando-os em eixos temáticos, que privilegiam as especificidades, nuances e sentidos encontrados no texto. Os eixos são: planejamento ou não da gestação, manifestação dos sintomas, figura feminina de apoio que libera a mãe das atividades domésticas para que esta fique com o bebê, figura feminina de apoio que cuida do bebê, figura feminina que serve de modelo de identificação, apoio de outras pessoas e apoio do companheiro. Foi dada ênfase às questões referentes à relação da mãe com as figuras femininas que a apóiam, sua imagem como mãe e os sentimentos com relação ao auxílio nos cuidados do bebê.

O material foi organizado por casos, num total de sete casos. Num primeiro momento, são trazidos dados gerais de identificação. Neste item pretende-se fornecer informações sobre a idade das participantes e alguns dados sobre a história de vida delas. Tais dados foram obtidos a partir da *Ficha de Dados Demográficos, Entrevista Diagnóstica (ED), Entrevista da Gestação e Parto (EGP), Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (EM) e Inventário Beck de Depressão*. Num segundo momento, cada caso contém o item intitulado “Pré-história da gestação”, que visa fornecer dados pessoais e familiares que contemplam o entendimento da história de cada participante e de sua gestação. Tais dados foram obtidos a partir da *Ficha de Dados Demográficos* e da *Entrevista da Gestação e Parto (EGP)*. A seguir, será focado o item “Parto”, no qual serão fornecidos elementos sobre as vivências e sentimentos em relação ao parto. Tais

elementos foram obtidos a partir da *Entrevista da Gestação e Parto (EGP)*. E, enfim, aspectos referentes às vivências e sentimentos sobre o “Puerpério”. Esses aspectos foram obtidos a partir da *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (EM)*.

Inicialmente, cada caso foi pormenorizadamente estudado e discutido em supervisão. Na coleta de dados foram investigados temas pré-estabelecidos pela pesquisadora, baseados na literatura e contemplados pelas entrevistas. A *Entrevista Diagnóstica* permitiu delimitar quatro temas em relação aos sintomas da depressão: *sintomas atuais da depressão, a história da mãe na gestação, a qualidade dos relacionamentos com seu bebê, seus familiares e seu companheiro e o histórico médico prévio*. Esta entrevista e o *Inventário Beck de Depressão* permitiram confirmar os indicadores de depressão materna. A *Entrevista sobre a Gestação e Parto* definiu dois temas principais: *gestação (sentimentos, expectativas e vivências sobre a gravidez e o apoio recebido nesse momento)* e *o parto (sentimentos, expectativas e vivências sobre o parto e o apoio recebido nesse momento)*. E, finalmente, a *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade*, abarcou os seguintes temas: *sentimentos, expectativas e vivências sobre a maternidade, o apoio recebido nesse momento e os modelos de identificação da mãe*. Perpassando estes temas, foram enfocados as figuras femininas de apoio e os modelos de identificação materna, as quais se constituem no foco do estudo.

A partir desses dados, foi possível analisar e integrar os quatro momentos da transição para a maternidade (pré-história da gestação, gestação, parto e puerpério) em mães com indicadores de depressão materna, procurando enfatizar uma associação entre o apoio e modelo de identificação, oferecido por uma mulher mais experiente, e a depressão materna.

Na apresentação dos casos, serão relatados, inicialmente, os dados de identificação geral dos casos, aspectos da pré-história da gestação, relatos da gestação em si, do parto e do puerpério, sendo exemplificadas através de vinhetas extraídas das entrevistas. A análise dos casos será norteada a partir de sete eixos: planejamento ou não da gestação, manifestação dos sintomas depressivos, apoio de uma figura feminina que libera a mãe das atividades domésticas para que esta fique com o bebê ou figura feminina de apoio que cuida do bebê, figura feminina que serve de modelo de identificação, apoio oferecido por outras pessoas, apoio do companheiro.

Os casos foram retirados para garantir as participantes o direito ao sigilo.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Alguns parágrafos e trechos deste capítulo, por conterem dados dos casos, foram retirados para garantir o direito de sigilo das participantes.

O presente estudo teve como objetivo examinar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. Com base na literatura, a expectativa inicial era de que existiria uma maior incidência de indicadores de depressão em casos nos quais a mãe não pudesse contar com o apoio de uma mulher mais experiente nos assuntos referentes à maternidade, a qual serviria, ao mesmo tempo, de modelo de identificação para a mãe (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Maldonado, 2000; Stern, 1999; Szejer & Stewart, 1997).

Inicialmente, será apresentada uma síntese dos aspectos singulares que se destacaram em cada caso, a partir de cinco eixos: planejamento ou não da gestação, manifestação dos sintomas depressivos, figura feminina de apoio que libera a mãe das atividades domésticas ou figura feminina de apoio que cuida do bebê, figura feminina que serve de modelo de identificação, apoio oferecido por outras pessoas e apoio do companheiro. Essa síntese leva em consideração a presença da figura feminina em diferentes momentos abordados na apresentação dos resultados: gestação, parto e puerpério. Posteriormente, os achados do presente estudo serão discutidos, à luz da literatura, com destaque para semelhanças e particularidades observadas nos casos.

O que chamou a atenção no estudo foi a delegação dos cuidados com o bebê para as figuras femininas de apoio, as quais foram tanto apontadas como figuras femininas de apoio, quanto modelo de identificação, nos cuidados com o bebê. Todas as mulheres pareceram demonstrar uma desautorização do papel materno, necessitando delegar a outras pessoas os cuidados de seu bebê. Este fato corrobora a literatura que indica que a depressão materna pode estar associada à percepção materna do seu desempenho como mãe (Cutrona & Troutman, 1986). Segundo esses autores, mulheres com pequena confiança em sua capacidade materna tenderiam a se comportar de maneiras que levam a um padrão relativamente baixo de reforço de seus filhos. Para ele, este padrão de comportamento pode

afetar o comportamento da criança e o desenvolvimento de sua própria auto-eficácia enquanto mãe. Além disso, essa deficiência de reforço pode levar à depressão materna, pois a má percepção da mãe quanto ao seu papel materno pode fazer com que ela venha a se culpar por respostas negativas da criança. Para Teti e Gelfand (1997), a associação entre sentimento de incapacidade materna e depressão pode ser explicada pelo fato de as mães que se sentem competentes e auto-eficazes para lidar com seus bebês persistirem em estabelecer relações harmoniosas com sua prole, utilizando para este fim seus recursos internos e externos. Já as mães que se percebem como pouco eficazes e que se deixam levar por sua indecisão, possivelmente acabam por sentir-se ineficazes no desempenho do papel materno.

Esse fato parece refletir, na situação da depressão, ou seja, nos casos analisados, o estado de desamparo no qual essas mulheres já se encontravam antes do nascimento de seus bebês. Este desamparo, como bem coloca Winnicott (1988), pode ser comparado ao do próprio bebê, tal o estado de fragilidade e vulnerabilidade que estas mulheres sentiam antes mesmo do nascimento. É possível pensar que em função desse desamparo demonstrado por todas as participantes, elas se desautorizaram a cuidar dos seus filhos, delegando essa função às figuras femininas, acreditando que essas pessoas seriam mais capazes de cuidar de seus filhos que elas mesmas.

O desamparo frente ao bebê mencionado por todas as mães pode ser desenvolvido, segundo Maldonado (2000) em função do processo regressivo, no qual a maioria das mães se encontra após o nascimento de seu bebê. Este pode acontecer em decorrência da identificação materna com o bebê e também pelas dificuldades enfrentadas pela mulher neste momento, tais como: falta de apoio do companheiro, gravidez não planejada, não se sentir pronta para o encargo de tomar conta de um bebê (Felice, 2000). Nestes casos, corroborando a literatura, as sete mães do estudo demonstraram necessidade de serem cuidadas e protegidas, e a sensação que pareceu predominar é a de ser frágil, recém-nascida como mãe e de não ser capaz de fazer as coisas sozinhas. Além disso, este processo regressivo parece ter levado, em função da sensação de fragilidade que lhe é característico, as mães a um estado de dependência absoluta das figuras femininas de apoio.

O apoio da figura feminina, da maneira como foi mencionado pelas participantes, pode ser considerado como intrusivo, pois a figura de apoio passou a ocupar o lugar da mãe nos cuidados com o bebê. A função da figura feminina de apoio é de auxiliar a mãe a desenvolver as suas capacidades maternas para o desempenho do papel de mãe e não a própria figura tomar o lugar de mãe e realizar as funções as quais ela se sente incapaz. A

figura deveria sim incentivar a mãe para que esta se familiarize com seu bebê, para que esta consiga, aos poucos, ir se sentindo capaz de desempenhar funções que lhe cabem. Essa possibilidade de ir aos poucos se familiarizando e se autorizando a cuidar do bebê, logo após o nascimento, pode ser facilitado pelo modelo de identificação, as quais foram no presente estudo as próprias figuras de apoio femininas. A partir desse modelo, as mães podem adotar um modelo seu de mãe, sendo de certa forma copiado do modelo das figuras (Klaus, Kennell & Klaus, 1993). Nesse sentido, pode-se pensar que as figuras femininas de apoio das mães foram intrusivas. As mães, em nenhum momento, referiram tal intrusividade. No entanto, a intrusividade pode ter sido responsável pela dificuldade de essas mulheres desenvolverem suas capacidades enquanto mães, pois elas tomaram conta do bebê e das mães de forma integral.

O que foi possível perceber, nos casos analisados, em que todas as mães apresentavam indicadores de depressão, é que essas figuras femininas que foram mencionadas pelas mães como servindo de modelo para elas, acabaram desempenhando o papel de mãe, tanto para as mães que se encontravam em um estado de desamparo, como para seus bebês. Nos cinco casos, as figuras femininas de apoio parecem ter desempenhado um papel para além de suas funções. A função da matriz de apoio é possibilitar que a mãe sinta a ligação e a sintonia com seu filho, para tomar decisões sobre o que, como e quando fazer certas coisas com base em seu próprio bom senso, intuição e sensibilidade (Maldonado, Dickenstein & Nahoum, 1996). De fato, essas funções não foram contempladas dessa maneira pelas figuras femininas de apoio. As figuras não permitiram que isso ocorresse, bem como as próprias mães se ausentaram de suas responsabilidades com seus bebês, podendo isto, ser justificado pelo estado de desamparo em que se encontravam. Talvez em função disto, as figuras femininas acabaram tendo que tomar conta da situação, dessa forma deixando as mães sentirem-se cada vez menos capazes de cuidar de seus bebês, em função de seus sentimentos de incapacidade no desempenho da função materna.

Caberia às figuras auxiliarem as mães a se engajarem no desempenho do seu papel de mãe e não desempenhar as funções por elas, mesmo que esta tarefa fosse temporária. A função das figuras é de apoiar, valorizar, sustentar a mãe para que ela se sinta autorizada e capaz de desempenhar seu papel de mãe através de seu bom senso (Stern, 1997). O que foi possível ver nos resultados do presente estudo, por exemplo, foram as mães pedindo às suas figuras que tomassem conta de seus bebês, pois elas não sabiam o que fazer, além de

consideraram as figuras femininas mais capazes de ficar com seus filhos do que elas mesmas.

Uma das mães foi à única que não pôde contar com o apoio de uma figura feminina mais experiente que servisse de modelo para ela ou que a liberasse para que pudesse se preocupar apenas com seu filho. Ela se mostrou atrapalhada nos cuidados com o bebê e no desempenho do papel materno, demonstrando muita insegurança e desamparo, o qual podia ser comparado ao desamparo do próprio bebê, como refere Winnicott (1988). Dentre as mães do estudo, esta foi a que obteve o índice de depressão mais alto no Inventário Beck de Depressão. Além disso, ela havia referido ter tido depressão após o nascimento das outras duas filhas mais velhas. Esse fato corrobora a expectativa do estudo de que o apoio de uma figura feminino mais experiente nos assuntos referente à maternidade minimizariam os efeitos da depressão, visto que ela não pôde contar com nenhuma. A literatura revisada refere que um dos maiores perigos da depressão materna é o risco da reincidência que é de 60% (O'Hara, 1997). Outro fator apontado pela literatura, como sendo de risco para a mulher desenvolver depressão é a história pessoal de transtorno de humor (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997). Tendo em vista os acontecimentos relatados por esta mãe, sua depressão foi recorrente nas três gestações. Além disso, apresentava um desequilíbrio emocional, sendo cogitado em supervisão a possibilidade de ser *borderline*.

Todas as mulheres mencionaram que de alguma forma buscaram o apoio de figuras femininas durante a gestação e após o nascimento do bebê. De fato, após o nascimento do bebê a mulher fica bastante vulnerável, com sentimentos de insegurança e muitas dúvidas sobre como cuidar de seu filho. Além disso, esta é uma fase de mudanças propensa a crises e desequilíbrios para a vida da mulher. A mãe, nesse período, necessita ser ajudada, cuidada e apoiada, especialmente por uma figura feminina, para que possa desenvolver sentimentos de capacidade para exercer suas funções de mãe (Brazelton & Cramer, 1992; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Stern, 1997). Os resultados do estudo corroboram a literatura ao indicarem que todas as mães, mesmo as já experientes, mencionaram que se encontravam fragilizadas, desamparadas, inseguras e com muitas dúvidas, desde a gestação e após o nascimento do bebê, com relação ao seu desempenho como mãe.

As sete mães relataram ter buscado o apoio de uma figura feminina desde a gestação e esse apoio seguiu no puerpério. Mencionaram que a procura por essa figura teve como objetivo amenizar os sentimentos de insegurança, angústias e tristeza. Chegaram a dizer que procuraram uma pessoa que ajudasse, acompanhasse e oferecesse cuidados, tanto para elas, como para seus bebês. Esses achados corroboram a expectativa das funções da

matriz de apoio. A primeira é proteger a mulher fisicamente, prover suas necessidades vitais e, por algum tempo, afastá-la da realidade externa para que ela possa dedicar-se à sobrevivência e ao desenvolvimento psíquico-afetivo do bebê. A segunda função está relacionada à necessidade da mãe de sentir-se apoiada, valorizada, acompanhada, apreciada, instruída e ajudada (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Stern, 1997).

A busca das mulheres pelo apoio da figura feminina, como sendo alguém para oferecer suporte emocional e físico, alguém com que elas pudessem desabafar, conversar sobre suas dúvidas e ansiedades em relação à maternidade e também sobre os outros problemas que as incomodavam durante a gestação e após o nascimento do bebê, parece ter relação com o sentimento de desamparo e insegurança durante esse período. Em função desses sentimentos, todas as mães pareceram sentir-se incapazes de lidar com seus filhos, bem como sentir-se tão desamparada em relação ao desamparo do bebê quanto o próprio bebê (Winnicott, 1988), necessitando ser cuidadas, ou seja, maternadas. É possível pensar que este desamparo tenha sido o desencadeador da depressão após o parto, uma vez que as mães não estavam em condições emocionais de ser continente para seus bebês.

A gravidez não planejada foi outro ponto que chamou atenção nos resultados. Todas as mães mencionaram de alguma forma não estar esperando ficar grávidas naquele momento, por diferentes motivos: por dificuldades financeiras e por julgar o companheiro imaturo, por estar com idade avançada, por não considerar o momento adequado para uma gravidez, pois pretendia estudar, por não se relacionar bem com o companheiro e achar que a gravidez seria uma forma de “prendê-lo”, no meio da gestação o companheiro acabou falecendo; por ter sido abandonada quando soube da gravidez, por uma figura considerada importante, por não ter o apoio do companheiro na gestação, ou ainda pelo afastamento total do companheiro, ao saber da gestação. Nesse sentido, a gravidez pode ter sido sentida pelas participantes como uma invasão, no sentido winnicottiano, a qual pode ter contribuído para agravar seu estado de desamparo, pois todas viviam alguma situação peculiar.

É possível pensar que os sintomas depressivos tenham sido desencadeados pelo estado de desamparo dessas mulheres, o qual pode ter sido exacerbado pela gravidez indesejada, sendo percebida como uma invasão, como também as responsabilidades e as mudanças ocorridas na vida de uma mulher após a chegada de um bebê. O nascimento pode ser visto por muitas mulheres como uma sobrecarga, tanto emocional, quanto física, para a qual muitas não estão preparadas. Isto em função das exigências do bebê e de tudo que envolve a maternidade. Algumas mães, como foi demonstrado pelos resultados, podem sentir-se incapazes de assumir o bebê, ou até mesmo abandoná-lo, além de estarem

suscetíveis a desenvolver depressão após o parto (Cutrona & Troutman, 1986; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997).

Outro aspecto que chamou atenção na análise das entrevistas foi a queixa de seis das sete mulheres em relação à falta de participação dos seus companheiros, tanto em termos de cuidados com elas (reclamaram por não se sentirem protegidas por seus companheiros), como também de cuidados com o bebê. Essa falta de participação dos companheiros foi ressaltada como um dos fatores que as entristeceu durante a gestação e após o nascimento, sendo mencionada como um dos motivos pelos quais sentiam-se sobrecarregadas. Esses achados evidenciam a importância ressaltada pela literatura de que, nos dias atuais, a participação dos companheiros está cada vez mais freqüente e efetiva nos assuntos referentes à maternidade e que os homens estão se envolvendo cada vez mais com tarefas que antes eram desempenhadas apenas por mulheres (Maldonado, 2000; Stern, 1997). Esse maior envolvimento pode ser justificado pelas mudanças nos padrões familiares. As famílias passaram a ser menores, ou seja, o modelo familiar passou a ser o nuclear e não mais o de família ampliada. Nos modelos de família ampliada quando uma mulher iria dar à luz as outras mulheres mais experientes dessa família se reuniam para tomar conta dessa nova mãe, assim como auxiliá-la no desenvolvimento de suas capacidades e habilidades para cuidar do bebê. No modelo atual de família, as mulheres, novas mães, muitas vezes, podem apenas contar com o auxílio do companheiro (Langer, 1989).

A literatura indica que, o marido, atualmente, é chamado a se responsabilizar por certas tarefas, tais como: cuidados com o bebê, apoio emocional para a mulher, realização das atividades domésticas e proteção da esposa para que esta possa tomar conta de seu filho. Porém, ele continua ficando em segundo plano nas tarefas referentes à experiência maternal, nos cuidados com o bebê e nas tarefas que uma mulher experiente desempenharia mais facilmente (Brazelton & Cramer, 1992; Dessen & Braz, 2000; Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Stern, 1997; Teti & Gelfand, 1997). Nos casos analisados, as mães puderam contar com o apoio de figuras femininas mais experientes, mas enfatizaram sentir falta do apoio dos companheiros, que contou com a participação do companheiro, mas este parece não ter conseguido desempenhar a função da forma como ela esperava. Esses achados corroboram a expectativa de que, após o nascimento do bebê, a mulher fica bastante vulnerável, com sentimento de insegurança, ansiedades e muitas dúvidas sobre como cuidar de seu filho, sendo necessário, para amenizar esses sentimentos, que a mãe se sinta apoiada, valorizada, tanto emocional quanto fisicamente. (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 2000; Szejer & Stewart, 1997; Winnicott, 1956/2000).

A reclamação das mulheres pela falta de participação em relação à divisão de tarefas sobressaiu-se nos relatos. Observou-se que as mães solicitavam o auxílio a seus companheiros, não podiam contar com eles, pois estes trabalhavam fora todo o dia. A literatura indica que problemas no relacionamento conjugal trazem risco para a mãe desenvolver depressão após o nascimento do bebê (Cooper & Murray, 1997). Segundo Mayor (2004), os seus resultados também indicaram que as mulheres deprimidas tenderam a relatar falta de apoio do marido, em relação às tarefas domésticas e a responsabilidades com o bebê. .

As participantes relataram sentir-se desamparadas pelos companheiros, mesmo recebendo apoio de uma figura feminina. Esses achados corroboraram a expectativa da importância do papel do companheiro na matriz de apoio. Porém, deve-se esclarecer e ressaltar que este desempenha uma função diferente da figura feminina, tradicionalmente incluídas nas funções da matriz de apoio. Os resultados mostraram que os companheiros não participaram da primeira função da matriz de apoio, que seria proteger a mãe fisicamente, prover suas necessidades vitais e, por algum tempo, afastá-la das exigências da realidade externa para que ela pudesse dedicar-se às tarefas de manter a vida e crescimento do bebê e promover seu desenvolvimento psíquico. Além disso, a literatura indica que o marido é necessário como uma proteção e um pára-choque físico e prático e como um apoio psicológico, porém não pode servir de modelo de identificação para a nova mãe (Stern, 1997). Dessa forma, parece que o apoio emocional, tanto ou mais do que o apoio na realização das tarefas domésticas, pode se constituir em um fator de proteção importante contra a depressão materna e a insatisfação conjugal no período de transição para a parentalidade.

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo examinar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. Com base na literatura, esperava-se que as figuras femininas de apoio servissem de modelo de identificação. Além disso, a segunda expectativa do estudo foi de que ao poder contar com estas figuras, esperava-se que as mulheres tivessem maior facilidade para desenvolver suas capacidades e habilidades para lidar com o bebê, tendo minimizados os sentimentos de incapacidade frente ao bebê. Já a terceira expectativa foi de que as mães que pudessem contar com o apoio emocional e físico de figuras femininas tivessem os sintomas de depressão minimizados.

Seis das sete mães puderam contar com o apoio de uma figura feminina. Todas estas, com exceção de uma, referiram ser esta figura alguém em quem elas podiam se espelhar para desempenhar as funções de mãe, ou seja, as figuras femininas serviram de modelo de identificação para estas mães, apoiando também a segunda expectativa.

Os resultados confirmaram parcialmente a segunda expectativa. As mães relataram se sentir aliviadas com a presença de uma figura feminina de apoio, que realizava uma maternagem para elas, ou seja, cuidava delas, sendo mencionado por seis das sete mulheres como uma forma de conforto no desamparo. Por outro lado, foi possível perceber que as mães passaram a delegar às suas figuras femininas as responsabilidades e cuidados com seus filhos e estas aceitaram esta entrega. Dessa forma, então, ao invés de a figura feminina auxiliá-las passou a desempenhar as funções maternas pelas mães. Nesse sentido, o auxílio oferecido pelas figuras femininas pode ser considerado como intrusivo à relação mãe-bebê, impedindo as mães de familiarizarem-se com seus bebês para, assim, se autorizarem nos cuidados dos mesmos. As participantes demonstraram uma desautorização do papel materno, necessitando de outra pessoa para cuidar de seu bebê. É possível pensar que essa delegação tenha ocorrido em função do desamparo, que todas as mães mencionaram estar sentindo, acreditando ser essa pessoa estaria mais capaz de cuidar de um bebê do que elas. Além disso, o sentimento de desamparo pareceu ter sido fortalecido pelas figuras femininas em relação aos bebês, na medida que desautorizaram as mães nos cuidados com seus filhos e passaram elas, as figuras femininas, a tomarem conta dos bebês pelas mães, possivelmente, não abrindo espaço para as “novas mães” entrarem na relação.

Também foi possível depreender em relação ao sentimento de desamparo que este pode estar associado ao estado regressivo pelo qual a maioria das mães se encontram após o parto. Este estado pode ocorrer tanto em função da identificação da mãe com o bebê e como pelas dificuldades enfrentadas pela mulher neste momento, tais como: falta de apoio do companheiro, gravidez não planejada, não se sentir pronta para o encargo de tomar conta de um bebê (Felice, 2000). Nos casos do estudo, corroborando a literatura, as sete mães demonstraram necessidade de serem cuidadas e protegidas, e a sensação que pareceu predominar foi a de estarem frágeis, como se fossem recém-nascidas como mãe e de não serem capazes de fazer as coisas sozinhas.

Nesse sentido, o processo regressivo pode levar a puérpera a experimentar intensas reações emocionais, aparentemente inexplicáveis para ela e para as pessoas que se encontram a sua volta (Felice, 2000). Este estado parece ter feito com que as mães passassem a ser totalmente dependentes de suas figuras femininas de apoio, as quais acabaram fazendo um maternagem para elas. Outro sentimento que parece ter surgido, em

função da regressão, foi a sensação que todas as mães mencionaram de estarem perdidas, desorientadas frente ao bebê. Este fato pode ser relacionado com a idéia das mães, em função da regressão estarem identificadas com a condição de dependência do bebê. Dessa forma, o sentimento que parece estar predominando diante da situação desconhecida é de desamparo e impotência, levando a puérpera a expressar o desejo de encontrar um objeto bom e protetor para guiá-la e acalmar suas angústias. Este objeto bom e protetor foi identificado por elas como sendo as figuras femininas de apoio. Estas acabaram fazendo uma maternagem para as mães, para que se sentissem amparadas e apoiadas, tanto física como emocionalmente. Dessa forma, a regressão no período puerperal, a qual pode se refletir no sentimento de desamparo, pode ocorrer de forma acentuada, como foi o caso das participantes do estudo, o que parece ter provocado os transtornos emocionais vivenciados pelas mães e as dificuldades no desempenho das funções maternas. Nesse sentido, o que foi possível depreender é que as figuras femininas de apoio puderam auxiliar a mãe nesse momento, possibilitando que este sentimento não se tornasse tão forte, podendo ter conseqüências mais graves para a relação mãe-bebê.

No que diz respeito à terceira expectativa, de que o apoio da figura feminina seria minimizador das chances de as mulheres desenvolverem sintomas depressivos, os resultados revelaram que apesar de a maioria das mulheres, seis das sete participantes do estudo, ter podido contar com o apoio das figuras femininas, ainda assim apresentaram sintomas de depressão. Mas se for considerado que a única mulher que não contou com nenhum apoio foi a que obteve índice de depressão mais alto no Inventário Beck, pode-se pensar que o apoio oferecido por uma mulher mais experiente seja minimizador do surgimento de sintomas depressivos após o parto. Além disso, se forem levados em consideração os sentimentos de desamparo das mulheres desde a gestação, é possível considerar que se elas não tivessem tido este apoio o índice de depressão seria mais alto.

É importante ressaltar, mesmo que não tenha sido o foco do presente estudo, a falta de apoio do companheiro, desde a gestação e após o nascimento do bebê, tanto em relação às tarefas domésticas como em relação aos cuidados com o bebê, como também para oferecer apoio emocional para a mãe. A literatura mostra ser este um dos fatores de risco para o desenvolvimento da depressão materna (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Stern, 1997). Este aspecto foi bastante referido pelas participantes como sendo um dos motivos que as deixou triste e com sentimentos de desamparo desde a gestação e que se exacerbou após o nascimento do bebê. Nesse sentido, mesmo que as mães tenham podido contar com o apoio tanto emocional quanto físico de uma figura feminina, a qual também serviu de modelo de identificação para se espelharem no desempenho das capacidades maternas, não

pueram contar, de modo geral, com a participação dos companheiros neste contexto. Os companheiros deveriam desempenhar a função de proteção dessas mulheres em relação aos acontecimentos externos, ou seja, servir de apoio emocional e físico, auxiliando nas atividades domésticas e com o bebê (Stern, 1997). Pelos relatos das participantes, os companheiros não serviram nem de apoio emocional nem físico. Pelo contrário, foram, em muitos casos, os desencadeadores das dificuldades emocionais vivenciadas desde a gestação, como também não auxiliavam nas atividades domésticas e tampouco no auxílio nos cuidados com o bebê. Acrescido a isto, seis das sete mães do estudo referiram não estarem planejando sua gravidez. O que também pode ser considerada um fator de risco para desenvolver depressão materna.

Os resultados permitem pensar que as dificuldades enfrentadas por estas mulheres no desempenho da maternidade está, associada tanto aos seus sentimentos de desamparo, os quais parecem ter levado a uma desautorização do papel materno, delegando os cuidados e responsabilidades do bebê às figuras femininas de apoio, como também à falta de apoio dos companheiros. É possível que as mães com sintomas depressivos, deleguem os cuidados de seus filhos a outras pessoas as quais julgam mais competentes, por não acreditarem nas suas capacidades. Isto poderia explicar o fato de as figuras femininas passarem a cuidar dos bebês pelas mães.

Cabe ressaltar, no final do estudo, a importância de uma abordagem qualitativa para examinar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio e os sentimentos em relação à maternidade. Os estudos revisados foram, em sua maioria, de caráter quantitativo, encontrando-se pouca literatura reportando análises qualitativas. Além disso, não foram encontrados estudos que se dedicassem à investigação da relação da mãe em situação de depressão com as figuras femininas de apoio, apesar de a maioria da literatura indicar a importância do apoio emocional oferecido à mulher antes, durante e após o nascimento do bebê para que sejam minimizadas as possíveis consequências puerperais. Nenhum estudo foi encontrado que relacionasse depressão e o apoio oferecido por figuras femininas, sendo estas modelos de identificação. Assim, uma contribuição do presente estudo foi oferecer uma análise de diversos aspectos que compõem a relação de uma mãe com as figuras femininas de apoio e os modelos de identificação de sua vida no contexto de depressão, e a sua evolução em um período de grandes mudanças como é a transição para a maternidade.

Ao final estudo, constata-se que alguns pontos poderiam ser melhorados ou aprofundados em estudos posteriores. Inicialmente, é importante considerar que as participantes deste estudo foram selecionadas por conveniência e, somado a isso, em

virtude do tamanho pequeno da amostra, a generalização dos resultados não se faz possível. Pode-se pensar que com uma amostra maior os resultados poderiam ser mais abrangentes e consistentes, esclarecendo outros aspectos relevantes da relação das mães em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. Além disso, com um número maior de participantes poderiam também ser identificados indicadores de depressão mais elevados entre as mães, o que poderia contribuir para uma maior variabilidade na qualidade da relação das mães em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio.

Ainda em relação aos indicadores de depressão apresentados pelas mães, é interessante salientar que no presente estudo a cronicidade dos quadros depressivos apresentados pelas participantes não foi examinada. Novos estudos poderiam utilizar-se de uma abordagem longitudinal, tendo em vista que, como mostra a literatura, a depressão da mãe terá repercussões na sua interação com o bebê e também nos seus sentimentos em relação à maternidade (Klaus, Kennell & Klaus, 1993; Maldonado, 2000), estando estreitamente relacionada ao tempo de permanência do diagnóstico, no sentido de que quanto maior esse tempo, maiores seriam as implicações nos comportamentos maternos e infantis (Klaus, Kennell & Klaus, 1993).

Cabe também destacar, no final deste estudo, outras limitações, as quais podem contribuir para a elaboração de outros estudos sobre esta temática. Observou-se que a realização da coleta de dados em apenas um encontro não consiste na melhor maneira para investigar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. Além desse ponto, outro aspecto a ser considerado como uma limitação foi a coleta de dados, a qual não foi realizada pela pesquisadora. Em função de este estudo fazer parte de um projeto maior que consiste numa intervenção psicoterapia pais-bebê e como a pesquisadora não é uma das terapeutas, foi decisão do grupo que as entrevistas com as mães, antes da psicoterapia, a qual foi realizada a coleta de dados para o presente estudo, seriam realizadas apenas pelas terapeutas. Pode-se pensar que se a pesquisadora tivesse coletado os dados poderia ter aprofundado mais as questões referentes à relação da mãe com suas figuras femininas de apoio.

Estudos futuros poderiam examinar outros fatores não contemplados no presente estudo, os quais, de acordo com alguns autores, também poderiam contribuir para o prolongamento ou reincidência da depressão materna, tais como: a qualidade do relacionamento conjugal (Cooper & Murray, 1995, Klaus, Kennell & Klaus, 1993; O'Hara, 1997), a história pessoal e ocorrência de problemas psiquiátricos (Cutrona & Troutman, 1986) e o temperamento do bebê (Teti & Gelfand, 1997). Uma outra questão que poderia ser ampliada em novos estudos que utilizem abordagem longitudinal é a avaliação da

depressão ainda na gestação. No presente estudo, devido ao fato de não ter sido aplicado nenhum instrumento para avaliar a depressão no período da gestação, não foi possível corroborar estes achados, apesar de se perceber, pelo relato das mães, a existência de sinais de alteração de humor já na gestação.

Devido à pouca quantidade de pesquisas nacionais sobre o assunto e às limitações desse trabalho, o presente estudo contribui para preencher uma lacuna encontrada na literatura no que diz respeito à relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio, sendo estas consideradas modelos de identificação para as mães, uma vez que os estudos encontrados não investigaram esta peculiaridade do apoio oferecido às mães, ou seja, as figuras femininas.

Enfim, cabe destacar que os resultados do presente estudo reforçam as sugestões da literatura de que a depressão materna deve ser foco de atenção primária em saúde, enfatizando abordagens multifatoriais, que possam contemplar o contexto em que ocorre a depressão. É muito importante que novos estudos dêem prioridade à avaliação precoce de depressão já durante a gestação, pois uma vez diagnosticada, pode-se viabilizar a realização de intervenções precoces com o objetivo de apoiá-la nesse momento importante de sua vida, que vem acompanhado de tantas mudanças. A atuação preventiva das equipes multidisciplinares nesse período pode proporcionar à nova mãe e sua família o apoio que necessitam para enfrentar as eventuais dificuldades associadas à depressão no contexto da maternidade. Nesse sentido, o atendimento precoce à mãe com indicadores de depressão e sua família representaria a possibilidade de prevenção do estabelecimento de um quadro depressivo crônico, o qual pode ter repercussão na interação da mãe tanto com seu bebê, como com seus familiares e pessoas que convivem com ela.

REFERÊNCIAS:

- Alvarez, M. G. (1995). Esboços do Feminino: Procura do materno? *Análise Psicológica*, 13 (1-2), 33-37.
- Attia, E., Downey, J. & Oberman, M. (1997). Postpartum psychoses. Em: L.J. Miller (org.), *Postpartum mood disorders*. (pp. 99-117) Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Badinter, E. (1980). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. (W. Dutra, Trad.) São Paulo: Círculo do Livro.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, C.T., Reynolds, M.A., & Rutowski, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 21(4), 287-293.
- Beeghly, M., Weinenberg, M.K., Olson, K.L., Kenan, H., Riley, J. & Tronick, E.Z. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 71, 169-180.
- Birman, J. (2001). *Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações* (M.B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Chertok, L. (1969). *Motherhood and personality*. London, Tavistock Publication.
- Cooper, P.J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerly, H. & Bond, A (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cox, J.L., Murray, D. & Chapman, G. (1993). A controlled study of onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Cramer, B.G. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. Em L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp.237-261). New York, NY: The Guilford Press.
- Cunha, J.A.(2001) *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A., Prieb, R.G.G., Goulart, P.M. & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico*, 27(1), 107-115.
- Cutrona, C.E. & Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- Cutrona, C.E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.
- Debray, R. (1988). *Bebês/ Mães em Revolta*. (M.V. Sischer, Trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Dessen, M.A. & Braz, M.P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 221-231.

- Donelli, T.S. (2003). *O parto no processo de transição para a maternidade*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Domash, L. (1988). Motivations for Motherhood and the nature of the self-object tie. Em *Critical psychophysical passages in the life of a woman: a psychoanalytic perspective*. New York, Plenum Press.
- Dunnewold, A. L. (1997) *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Felice, E.M. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo, Editora Vetor.
- Field, T. (2000). Infants of depressed mothers. *Stress, coping and depression* (pp. 3-22). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Field, T. (2002). Prenatal effects of maternal depression. In: S.H. Goodman & I.H. Gotlib. *Children depressed parents* (pp. 59-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Veja-Lahr, N., Goldsterin, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Frizzo, G.B. (2004) *A qualidade da interação pai-mãe-bebê em situação de depressão materna*. Dissertação de mestrado. Curso de Pós-Graduação de Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Gennari, J. L. & Gennari, M. C. de S. (1999). *O início da vida*. São Paulo: Antônio Bellini Editora e Design.
- GIDEP (1998a). *Ficha de contato inicial*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. instrumento não publicado.
- GIDEP (1998b) *Entrevista de Dados Demográficos*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Griboski, R. (2002). Humanização do parto à luz da Bioética: percepção de mulheres e profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Brasília, Brasília, DF.
- Hart, S., Jones, N.^a, Field, T. & Lundy, B. (1999). One-year-old infants of intrusive and withdrawn depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 111-120.
- Halberstadt-Freud, H.C. (1993). Postpartum depression and the illusion of symbiosis. *Psyche*, 47(11), 1041-1062.

- Hassen, M. de N. A. (1998). *Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre: A faculdade de medicina faz cem anos*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Jacobsen, T. (1997). Effects of postpartum disorders on parenting and offspring. Em: L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders*. (pp. 119-142). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Kitzinger, S. (1987). *A experiência de dar à luz*. São Paulo: Martins Fontes.
- Klaus, M. H., Kennell, J.H., & Klaus, P.H. (1993). *Motheing the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Massachusetts: Perseus Books.
- Klaus, M. H., Kennell, J.H., & Klaus, P.H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. (M.R. Hofmeister, Trad). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo: Estudo psicanalítico e psicossomático*. (M. N. Folberg, Trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber*. Porto Alegre: Artmed.
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M.T., Dickstein, J., & Nahoum, J.C. (1996) *Nós Estamos Grávidos*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Mathey, S., Barnett, B. Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 75-85.
- Miller, L.M. (1997). *Postpartum mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Miller, L.M. & Rukstalis, M.(1997). Beyond the “blues”: Hypotheses about postpartum reactivity. Em L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders*. (pp.3-20). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Ministério da Saúde –
- NUDIF (2003a) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF (2003b) *Entrevista Diagnóstica*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF (2003c) *Entrevista sobre a Gestação e o Parto*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF (2003d) *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado

- O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. Em L. Murray & P. J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P., & Campbell, S.B. (1982). Preceding depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 457-461.
- O'Hara, M. & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*, 37-54.
- Prado, L.C. (1996). A mãe também precisa de maternagem. Em L.C. Prado, *Famílias e terapeutas - Construindo caminhos* (pp.97-130). Porto Alegre: Artes Médicas
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: A história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Romito, P., Saurel Cubizolles, M.J. & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine, 49*, 1651-1661.
- Schwengber, D.D.S. (2002). *A interação mãe-bebê e a experiência da maternidade de mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida do bebê-e*. Dissertação de mestrado. Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Sotto-Mayor, I.M.B. (2004). *A qualidade do relacionamento conjugal no contexto da depressão materna*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário: seu valor estruturante dentro das trocas mãe-filho. Em T. B. Brazelton (org.), *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stake, R.E. (1994). Case Studies. Em N. Denzin, & Y. Lincoln (Orgs), *Handbook of Qualitative Research*. Londres: Sage.
- Steiner, M. & Tam, W.Y.K. (1997). Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. Em L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders* (pp. 47-64). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D., Bruschiweiller-Stern, N., & Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre*. (A. T. Pociello, Trad.). Buenos Aires: Paidós.

- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher*. (M.N.B. Benetti, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1997). Maternal cognitions as mediator of child outcomes in the context of postpartum depression. Em L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp. 136-162). New York: The Guilford Press.
- Trad, P.V. (1995). Using maternal representation patterns to evaluate postpartum depression. *American Journal of Psychotherapy*, 49 (1), 128-148.
- Whiffen, V.E. & Gotlib, I.H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive states. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274-279.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. Em D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad.) (pp.491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (1988). Os bebês e suas mães (J.L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Zalberg, M. (2003). *A relação mãe e filha*. São Paulo: Editora Elsevier

ANEXO A**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Estamos realizando um estudo com a finalidade de investigar os efeitos de uma psicoterapia breve realizada com mães deprimidas e o seu bebê, que visa facilitar o desenvolvimento da criança. Durante a realização deste projeto serão realizados três estudos. O primeiro examinará os fatores relacionados à ocorrência da depressão materna e a qualidade do relacionamento conjugal. O segundo estudo visa investigar a qualidade da interação mãe-pai-bebê em famílias cujas mães apresentam ou não depressão. O terceiro estudo tem como objetivo examinar o impacto de uma intervenção psicodinâmica breve mãe-bebê no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, nas representações maternas e na interação pai-bebê e mãe-bebê. Este projeto de pesquisa tem duração de um ano e pretende acompanhar as famílias dos seis aos dezoito meses de vida dos bebês. Estão programados diversos encontros, com intervalo aproximado de seis meses entre eles. A cada encontro serão realizadas entrevistas individuais com as mães e os pais de aproximadamente uma hora de duração, observações das mães e pais com seus bebês durante trinta minutos, observação da psicoterapia realizada com as mães e seus bebês, que deve durar em torno de cinquenta minutos, bem como o acompanhamento do desenvolvimento do bebê. Os encontros iniciais ocorrerão em dois momentos um com o pai, mãe e bebê e outro só com a mãe e o bebê. As observações, a psicoterapia e o acompanhamento do desenvolvimento do bebê serão gravadas em videoteipe. Durante as observações da interação pai-mãe-bebê os pais serão solicitados a brincarem com seu filho, como comumente fazem no seu dia-a-dia. Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a interação mãe-pai-bebê e a melhor forma de facilitar o desenvolvimento da criança.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação dos cuidados e tratamento recebidos neste hospital. Entendo que as informações oferecidas serão mantidas em caráter confidencial e que eu não serei identificada.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização de imagens, anotações e gravações realizadas comigo, meu marido e meu bebê. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Instituto de Psicologia.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o professor Dr. César Augusto Piccinini. Caso eu queira contactar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3316-5058.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética desta Instituição.

Data ___/___/___ .

Participante do Projeto

Pesquisador Responsável

ANEXO B

FICHA DE CONTATO INICIAL

(GIDEP - UFRGS - 1998)

Nome da mãe:

Data de nascimento da mãe:

Escolaridade:

Trabalhas fora? ()sim ()não ()desempregada Horas/semana_____

Nome do bebê:

Sexo do bebê: ()menina ()menino

Idade do bebê:

Data de nascimento do bebê:

É teu primeiro bebê?

Ele nasceu dentro do tempo esperado? ()sim ()não

Houve alguma complicação? ()sim ()não Qual?

O pai do bebê vive contigo? ()sim ()não

Há quanto tempo vocês vivem juntos?_____

Nome do pai do bebê:_____

Ocupação:

Idade/data de nascimento:

Ele tem outros filhos? ()sim ()não

Qual o bairro que tu moras?

Endereço:

Telefone:

Data da entrevista:

ANEXO C

Entrevista de dados demográficos do casal

(GIDEP – UFRGS – 1998)

Eu gostaria de algumas informações sobre você e o teu marido:**Esposa:**

- Nome:.....
- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído):
- Religião:..... Praticante: () sim () às vezes () não
- Estado Civil: () casada () solteira () separada () viúva () com companheiro
- Desde quando moras com o pai do bebê sim?
- Quem mais mora na casa?
- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregada
- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há meses
- Grupo étnico:

Marido:

- Nome:.....
- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído):
- Religião:..... Praticante: () sim () às vezes () não
- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregado
- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há meses
- Grupo étnico:

Endereço para contato:

Cidade:..... CEP

Telefone:.....

Telefone do emprego/contato: Esposa Marido

Telefone de um parente/amigo para contato:.....

ANEXO D

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA MATERNA

(GIDEP/NUDIF-UFRGS, 2003)
(Segundo Semestre de Vida do Bebê)

“Sabemos que após o nascimento de um bebê podem ocorrer muitas mudanças na vida da mulher, que nem sempre são fáceis de lidar. Por isso eu vou te fazer algumas perguntas para compreender melhor como tens te sentido em relação a isso”.

1 - Como foi a tua gestação?

- Tu tiveste algum problema de saúde? Qual?
- E antes, tu tiveste algum problema de saúde importante? Qual?
- E agora? Tu estás tendo algum problema de saúde?

2 - Como tu tens te sentido como mãe pela primeira vez?

- Como está o teu bebê?
- Como está sendo para ti cuidar dele?

3 - Tu tens alguém que te ajuda nos cuidados com o bebê?

- (Em caso afirmativo): Quem é essa pessoa? Tu estás satisfeita com essa ajuda?
- E o teu marido, tem te ajudado? (Se sim, ou não:) Como tu te sentes com isto?

4 - Tu trabalhas fora?

- (Em caso afirmativo): Já retornaste ao trabalho? Como te sentes em relação a isso?
- (Caso trabalhe, mas ainda não tenha retornado): Pretendes voltar a trabalhar? Quando? Como te sentes?

5 - Como está o teu relacionamento com a tua família/amigos/colegas? (Examinar cada um)

- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?
- E com o teu marido? Como está o relacionamento de vocês?
- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?

6 - Como tu estás te sentido atualmente?

- Tens te sentido cansada ou com falta de energia? Se sim: Quando começou? O que te levou a isso?
- Como está o teu sono? (Se há problemas:) Quando começou? O que te levou a isso?
- Como está o teu apetite? (Se há problemas:) Quando começou? O que te levou a isso?
- Nesse momento tu tens tido algum problema como engordar ou emagrecer demais?
- Tu tens te sentido preocupada com teu corpo? Quando começou? O que te levou a isso?
- Como está a tua vida sexual? Tu estás satisfeita com a tua vida sexual?
- (Se há problemas:) Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? Como tu te sentes?

7 - Como tu estás te sentindo emocionalmente (dos nervos)?

- Tiveste algum problema emocional (dos nervos) depois que o bebê nasceu? E antes disto? Qual?
- (Em caso afirmativo:) Tu procurou ajuda de alguém? O que fez? Como foi? Como tu te sentiste?
- Já fizeste algum tratamento para problemas emocionais (dos nervos)?
- Tomaste alguma medicação para isto? Qual? Duração?
- Na tua família há alguém com problemas emocionais (dos nervos)? Quem? O que ele(a) tem? (Mais alguém?)
- Tu tens sentido vontade de chorar? (Em caso afirmativo:) Em que momentos? Por quê? Quando começou?
- Tu tens te sentido culpada por alguma coisa? (Em caso afirmativo:) Em que momentos? Quando começou?
- Tem acontecido de tu te sentir inútil? (Em caso afirmativo:) Em que momentos? Quando começou?
- Tu já tiveste vontade de morrer? (Em caso afirmativo:) Em que momentos? E agora? Isto tem se repetido?
- Tu tens te sentido preocupada ou ansiosa? (Em caso afirmativo:) Em que momentos? Quando começou?

8 - Tu gostaria de me falar mais alguma coisa sobre os teus sentimentos neste momento da tua vida?

Obs: Participaram da elaboração desta entrevista (em ordem alfabética): Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes.

ANEXO E

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO

(GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2003)
(Segundo Semestre de Vida do Bebê)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre a tua gravidez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Esta foi a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez planejada?
2. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
3. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
4. Como a tua mãe e o teu pai receberam a notícia da gravidez?
5. Como a mãe e o pai do teu companheiro receberam a notícia da gravidez?
6. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos e emocionais?
Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
7. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
8. Que preocupações tu tinhas em relação ao bebê durante a gravidez?
9. Tu lembras de alguém que te ajudou durante a gravidez? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
10. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
11. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez?
12. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
13. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
14. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai durante a gravidez?
15. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro durante a gravidez?

II. Eu gostaria que tu me falasse sobre o parto e os primeiros dias com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como foi o parto? Foi normal ou cesariana? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
2. Alguém te acompanhou no momento do parto?
3. Que preocupações tu tiveste em relação a ti durante o parto?
4. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê durante o parto?
5. Tu lembras de alguém que te ajudou no parto? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
6. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
7. Como foi o teu primeiro encontro com o bebê após o parto? Como tu te sentiste?
8. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou e desagradou?
9. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
10. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
11. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
12. Tu lembras de alguém que te ajudou nos primeiros dias após o nascimento? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
13. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou que te atrapalhou nesses primeiros dias? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
14. E o teu companheiro? Ele te apoiou nesses primeiros dias do bebê?
15. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
16. E no relacionamento de vocês, alguma coisa mudou?
17. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai nesses primeiros dias?
18. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro nesse primeiros dias?

Obs: Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, César A. Piccinini, Cristiane Alfaya Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

ANEXO F

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2003)
(Segundo semestre de Vida do Bebê)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre o teu dia-a-dia com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?
2. Era como tu imaginavas? (*se não era*) O que está diferente?
3. Como tu vêes a comunicação entre vocês dois?
4. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
5. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que tu entendeste o teu bebê?
6. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes?
7. Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Por quê?
8. Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Por quê?
9. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
10. E o que mais o desagrada? Por quê?
11. Tu costumavas brincar com o bebê? Com que frequência? Do que vocês brincam?
Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

II. Gostaria que tu me falasse um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu estás te sentindo como mãe?
2. O que mais te agrada em ser mãe?
3. E o que é mais difícil para ti?
4. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?
Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
5. O que mudou para ti agora que és mãe?
6. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
7. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
8. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
9. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com teus amigos? Como te sentes?
10. Como tu te vêes ou te descreves como mãe?
11. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
12. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
13. Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
14. E o teu pai (ou outro cuidador), como ele te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dele?
15. Como as pessoas te vêem como mãe?

III. Eu gostaria que tu me falasse como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como é o jeito dele lidar com o bebê?
2. Como tu achas que ele está sendo como pai? Era como tu imaginavas?
3. Ele te ajuda nos cuidados com o bebê? Como te sentes com isso?

Em caso afirmativo: Como te sentes quando ele cuida do bebê? O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?

4. Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê?

Em caso afirmativo: Como tu te sentes ao pedir essa ajuda?

5. Como imaginas que ele te vê como mãe?

IV. Eu gostaria que tu me falasse se outras pessoas te ajudam a cuidar do bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Quem costuma te ajudar? Como é a ajuda dessa pessoa? No que ela te ajuda? Quantas horas esta pessoa fica com o bebê?
2. Tu pedes a ajuda dessa pessoa nos cuidados com o bebê?
3. Como é para ti pedir essa ajuda? Como tu te sentes?
4. Tu te sentes apoiada por essa pessoa?
5. O que mais te agrada nessa ajuda? Alguma coisa te incomoda?
6. Como imaginas que essa pessoa te vê como mãe?
7. Tem alguém que atrapalha o teu relacionamento com o bebê?
Em caso afirmativo: Quem? O que essa pessoa faz que te desagrada?

V. O bebê foi para a creche?

(Caso não tenha mencionado e se o bebê foi para a creche)

1. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
2. Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
3. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
4. Por que vocês escolheram colocar na creche?

(Caso o bebê não tenha ido à creche) Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?

5. Quando? Por que escolheram colocar na creche?
6. Como tu achas que ele vai reagir?
7. Como tu achas que tu vais te sentir?

Obs: Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, César A. Piccinini, Cristiane Alfaya Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)