

A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ EM CASOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

(2007)

Juliane Callegaro Borsa

Psicóloga. Mestranda em Psicologia Clínica, PUCRS. Pesquisadora Bolsista do CNPq, pesquisadora do grupo de Formação e Atendimento em Psicoterapia Psicanalítica coordenado pela Prof^a. Maria Lúcia Tiellet Nunes.
E-mail: psicojuli@yahoo.com.br

Cristiane Friederich Feil

Acadêmica de Graduação da Faculdade de Psicologia, PUCRS. Bolsista de iniciação científica FAPERGS do grupo de pesquisa Formação e Atendimento em Psicoterapia Psicanalítica, coordenado pela Prof^a. Maria Lúcia Tiellet Nunes.
E-mail: cris_feil@yahoo.com.br

Rafaele Medeiros Paniágua

Acadêmica de Graduação da Faculdade de Psicologia, PUCRS. Bolsista de iniciação científica BPA-PUCRS do grupo de pesquisa de Formação e Atendimento em Psicoterapia Psicanalítica, coordenado pela Prof^a. Maria Lúcia Tiellet Nunes.
E-mail: rmedeirospaniagua@yahoo.com.br

RESUMO

O presente artigo consiste em uma revisão teórica acerca da depressão pós-parto, enfatizando a relação mãe-bebê e o vínculo que se estabelece nestes casos. São importantes novos estudos que permitam compreender a etiologia da depressão pós-parto e a implicação deste transtorno para o desenvolvimento da criança e, também, para a saúde mental da mãe.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Maternidade; Relação Mãe-bebê; Desenvolvimento Infantil

INTRODUÇÃO

Os casos de mães com depressão pós-parto são relativamente comuns e ocorrem devido a inúmeros fatores psicossociais, subjetivos e biológicos. Segundo Barbosa, Maus, Lima, Zimmerman e Lima (2003), apesar de sua considerável incidência, este transtorno é

frequentemente ignorado. Para Coutinho e Coutinho (1999), nos últimos anos vem ocorrendo um renovado interesse no estudo deste transtorno devido a evidências, cada vez mais sólidas, de sua associação com distúrbios na capacidade cognitiva e no desenvolvimento emocional das crianças envolvidas.

Para Bowlby (2002) é essencial para a saúde mental e desenvolvimento da personalidade do bebê a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe. O autor denomina de "privação da mãe" (p.4) a situação na qual a criança não vivencia este tipo de relação. Assim, o bebê sofre privação quando a mãe é incapaz de proporcionar-lhe os cuidados amorosos necessários, como acontece nas situações em que a mãe sofre de depressão pós-parto.

De acordo com o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2002), os sintomas para diagnóstico de depressão pós-parto são os mesmos utilizados para diagnóstico da depressão maior divergindo pelo fato de que depressão pós-parto inicia-se no quatro primeiros dias de puerpério onde, de acordo com Barbosa et. al. (2003), é um período carregado de emoções intensas e variadas. Os sintomas da depressão pós-parto são caracterizados pela instabilidade do humor, sentimentos de tristeza, instabilidade emocional, choro, irritabilidade e cansaço. Nesse contexto, é possível compreender as dificuldades de se estabelecer um vínculo afetivo favorável ao desenvolvimento do bebê, à medida que a mãe não se encontra disponível para dedicar-se ao recém nascido, privando-o do seu cuidado e interação.

A escolha por este tema advém do desejo de compreender a relação mãe-bebê e o vínculo que se estabelece quando a mãe sofre de transtorno depressivo no período pós-parto. Este tema é relevante à medida que salienta a importância dos primeiros contatos maternos para o desenvolvimento infantil. Busca-se compreender esta relação quando a mãe sente-se incapaz de dar atenção e afeto ao seu bebê.

Características da Gestação, Parto e Puerpério

A maternidade, segundo Pozza (2002), é um fenômeno ao qual se acrescenta uma dimensão psicossocial ligada ao cotidiano feminino, o qual se compõe da gestação, parto, puerpério e criação.

A gestação é um período no qual acontecem mudanças significativas na vida de uma mulher. Uma delas é deixar o papel de filha para assumir a maternidade, o que implica uma revivência da infância, na qual o desejo de ser mãe manifesta-se, por exemplo, nas brincadeiras de bonecas (Piccinini, Ferrari e Levandowski, 2003). Marques (2003) considera que na relação mãe-filho se repete de algum modo a relação infantil com a própria mãe.

Para Brazelton e Cramer (2002), a gestação reflete toda a vida anterior à concepção, as experiências com os pais, a vivência edípica, as forças que levaram a adaptar-se com maior ou menor sucesso a essa situação e, finalmente, a separação dos pais. Segundo os autores tudo isso vai influenciar em sua adaptação ao novo papel que assume. A gestação então não é só um

período de ensaio e expectativas, mas é um período onde relacionamentos são mentalmente retrabalhados.

A relação da mãe com seu filho tem início no período pré-natal, e se dá, basicamente, através das expectativas que a mãe tem sobre o bebê e da interação que estabelece com ele ao longo da gestação (Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes 2004). As expectativas se constituem sobre o bebê imaginário que cada mãe constrói, e envolvem, principalmente, o sexo do bebê, o nome, a maneira como ele se movimenta no útero, e as características psicológicas que são a ele atribuídas (Maldonado, 2002; Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes, 2004). De acordo com estes autores, no período pré-natal os pais já constroem a noção de indivíduo do bebê, reconhecendo comportamentos e características temperamentais o que resulta na existência de uma relação materno-fetal bastante intensa, com sentimentos e expectativas sobre o bebê.

Quanto ao parto, em um estudo realizado por Borsa e Dias (2004) onde foram entrevistadas mães em período puerperal, este evento foi relatado de forma ambivalente. Entende-se que esses sentimentos são normais já que o parto corresponde ao término de uma etapa, dando início a um novo período repleto de novas vivências. Com o parto quebra-se a imagem idealizada do bebê ao mesmo tempo em que este passa a se tornar um ser independente da mãe, recebendo todo carinho e atenção que antes era desprendido a ela. Este momento é, portanto, onde a mãe irá ressignificar a experiência da maternidade.

Por fim o puerpério, período caracterizado pelos três primeiros meses após o parto, é um período propenso a crises, devido às mudanças físicas e psicológicas que o acompanham. Neste período a mulher entra num estado especial, caracterizado pela sensibilidade aumentada, cujo objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com seu bebê (Soifer, 1992; Maldonado 2002). Segundo Maldonado (2002), o puerpério, assim como a gestação, é um período bastante vulnerável à ocorrência de crises emocionais, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto. Os primeiros dias após o nascimento do bebê são carregados de emoções intensas e variadas. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A sensação de desconforto físico devido às náuseas, as dores e ao sangramento pós-parto é particularmente intensa, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. Assim, compreende-se o quanto é complexo este momento para vida da mulher possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto, já que a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, essa última podendo atingir grande intensidade.

Além das vivências inconscientes em que predominam as fantasias de esvaziamento ou de castração, há uma grande ansiedade de carência materna – quando a puérpera apresenta forte dependência infantil em relação à mãe ou ao marido – e as de autodepreciação, quando não se sente capaz de assumir sozinha a criança, ou até mesmo não compreendendo o significado do choro do bebê e conseguir satisfazê-lo (Silva, Souza, Moreira e Genestra, 2003). Segundo os mesmos autores, para poder suportar essas ansiedades inconscientes, mecanismos de defesa são

colocados em movimento. A mãe pode se apresentar cheia de energia, eufórica e falante; em contrapartida, pode manifestar transtornos do sono bem como inúmeros outros sintomas comumente relatados.

A importância do vínculo para o desenvolvimento global do bebê

A relação mãe-bebê e a formação do vínculo e do apego foram muito estudadas por autores da Psicanálise e da Teoria das Relações Objetais. Dentre eles destacam-se Margareth Mahler, René Spitz, Serge Lebovici, Donald Winnicott e John Bowlby (Borsa, 2007).

A psicanalista Margareth Mahler destacou a importância fornecida às relações de objetos precoces, ou seja, ao vínculo com a mãe, às angústias de separação e aos processos de lutos nas etapas evolutivas. A autora ainda destaca o papel da fantasia de simbiose e do processo de individualização, ilustrando a importância dos movimentos de aproximação e distanciamento entre a mãe e seu bebê (Mahler, 1993; 1982; Mondardo e Valentina, 1998). Falhas no desenvolvimento da criança (com ocorre, por exemplo, no autismo) podem ter sido provocadas por alguns fatores, tais como defeitos inatos, incapacidade do ego para neutralizar as pulsões agressivas no estabelecimento do vínculo com a mãe; defeitos na relação mãe-filho, traumas, instabilidade emocional com a mãe ou a auto-imagem do indivíduo (Lebovici, 1987; Mahler, 1993; 1982).

Do mesmo modo, Spitz (2000) aponta a importância dos sentimentos da mãe em relação ao seu filho. Para esse autor, na maternidade todas as mulheres se tornam meigas, amorosas e dedicadas. O amor e afeição pelo filho o tornam um objeto de contínuo interesse para a mãe, além de oferecer uma gama sempre renovada, rica e variada, todo um mundo de experiências vitais. O autor ainda afirma que a atitude emocional e afetiva da mãe servirá para orientar os afetos do bebê e conferir qualidade de vida ao mesmo.

Para Lebovici (1987), a interação da mãe com o seu bebê é compreendida como um processo de intensa comunicação da díade. Neste processo a mãe emite mensagens enquanto que o bebê, por sua vez, responde à mãe como a ajuda de seus próprios meios. A interação mãe-bebê aparece assim como o protótipo de todas as formas posteriores de troca.

Segundo Donald Winnicott (1998; 2001), é só na presença de uma mãe suficientemente boa que a criança pode iniciar o processo de desenvolvimento pessoal e real. Essa mãe é flexível o suficiente para poder acompanhar o filho em suas necessidades, as quais oscilam e evoluem no percurso para a maturidade e autonomia. Assim, tanto a mãe quanto o ambiente devem ser suficientemente bons para que haja no bebê uma formação emocional saudável. Winnicott (2000) salienta que a mãe pode vir a falhar em satisfazer as exigências instintivas, mas pode ser perfeitamente bem sucedida em jamais deixar que o bebê se sinta desamparado, provendo as suas necessidades egóicas até o momento em que ele já possui introjetada uma mãe que apóia o ego e que tenha idade suficiente para manter essa introjeção apesar das falhas do ambiente a esse

respeito. O bebê bem cuidado rapidamente estabelece-se como pessoa ao passo que o bebê que recebe apoio egóico inadequado ou patológico tende a apresentar padrões de comportamento caracterizados por inquietude, estranhamento, apatia, inibição e complacência.

Por fim, de acordo com Bowlby não só a mãe, mas também o pai é importante para fornecer uma base segura a partir da qual a criança possa explorar o mundo de forma que se sinta amparada tanto fisicamente como emocionalmente. Estudos realizados pelo autor apontam que crianças as quais tiveram um apego seguro com suas mães, no futuro, tendem a se tornar indivíduos cooperativos, sociáveis e autoconfiantes. No entanto, as crianças que não estabelecem uma boa relação de apego, tendem a tornar-se emocionalmente prejudicadas (Wendland, 2001; Bowlby, 1989; Mondardo e Valentina, 1998).

A Depressão Pós-Parto: etiologia e características

Uma gestante ou puérpera que sofre de depressão pós-parto, segundo o DSM-IV (2002), possui atitudes maternas quanto ao bebê altamente variáveis. Sentimentos de desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão maternal (que inibe o descanso adequado da criança), são características deste transtorno. De acordo com o DSM-IV (2002), a depressão pós-parto é caracterizada, principalmente, por humor deprimido, acentuada falta de interesse ou prazer por certas atividades, insônia ou hipersônia, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, ideação suicida, etc. Estas características comumente surgem nas quatro primeiras semanas após o parto. Já, segundo o CID-10 (1993), os transtornos mentais associados ao puerpério podem ocorrer ao longo das seis semanas após o parto¹.

Quanto à etiologia da depressão pós-parto, verifica-se que os autores que se dedicam a estudar este transtorno, mantêm opiniões semelhantes. Segundo Barbosa et. al. (2003), a origem da depressão pós-parto permanece incerta havendo poucas evidências para referendar os fundamentos biológicos, mas as características pessoais e os fatores psicossociais estressantes parecem ser relevantes para o desenvolvimento desta patologia. A história psiquiátrica também é freqüentemente relatada como fator de risco para a depressão pós-parto. Uma vez que este transtorno se manifesta, o risco de recorrência deste quadro em gestações futuras é elevado.

Em estudo realizado por Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Souza e Faria (2006), não foi encontrada associação entre a depressão no pós-parto e as variáveis demográficas e obstétricas. Por outro lado, a preferência pelo sexo da criança e ter pensado em interromper a gravidez mostraram associação com a doença. Parece que a rejeição à maternidade entendida por cogitar em não ter o filho é um fator que aumenta a chance para depressão no pós-parto. O estudo

¹ É importante distinguir a depressão pós-parto e a tristeza que ocorre comumente após o parto. Esta última afeta até 70% das mulheres nos 10 dias após o parto, é transitória e não prejudica o funcionamento (CID-10, 1993).

conclui que as precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério.

De acordo com Daher (1999) alguns estudos apontam sobre os fatores que contribuem para a ocorrência de sintomas depressivos: o grande número de experiências vitais negativas durante esse período; baixo apoio emocional durante a gravidez; solidão; menoridade; ser solteira; menor nível educacional; menor nível socioeconômico.

Um outro fator possível para a ocorrência da depressão pós-parto está diretamente relacionado aos aspectos psicossociais. O ideal da maternidade imposto culturalmente pode ser prejudicial à medida que impõe o amor incondicional materno como uma condição inerente à constituição do feminino (Badinter, 1985; Azevedo e Arrais, 2006).

Coutinho e Coutinho (1999) apontam basicamente como fatores de risco a gravidez indesejada, a primiparidade, as complicações obstétricas, a ausência de aleitamento materno, o baixo nível sócio-econômico, a ausência de suporte da família e amigos, além de história patológica pregressa e familiar de transtornos de humor. Os autores, no entanto, salientam que existem estudos discordantes que enfatizam os aspectos biológicos como principais responsáveis pela depressão pós-parto.

Barbosa (2003) ressalta que a duração da depressão pós-parto é similar a da depressão surgida em outros períodos; os episódios apresentam remissão espontânea dentro de dois a seis meses. Observa-se que os sintomas depressivos residuais podem ser encontrados por mais de um ano após o parto.

Para Daher (1999), é interessante observar a existência de uma imprecisão sobre a prevalência da depressão em puérperas, além de uma discordância quanto ao aparecimento da sintomatologia depressiva. A autora aponta uma dificuldade conceitual em relação à depressão nos períodos gestacionais e pós-gestacionais; não existe um intervalo exato de tempo que indique o surgimento da sintomatologia depressiva, podendo variar de duas semanas a três meses, o que é metodologicamente complicado de se avaliar.

Apesar de possíveis discordâncias, os diversos autores concordam que os sintomas depressivos freqüentemente se seguem a um estressor psicossocial, como é o caso da gestação e do próprio parto. Outro aspecto consensual entre os autores que discutem a depressão pós-parto está relacionado às dificuldades no estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê.

Para Maldonado (2002), a depressão pós-parto tende a ser mais intensa quando há uma quebra muito grande de expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho. O desaparecimento da imagem idealizada vem muitas vezes acompanhado de desapontamento, desânimo, a sensação do 'não era isso que eu esperava' e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova situação. De acordo com a autora, na depressão que se prolonga pelos primeiros meses após-parto é comum persistir a sensação de decepção consigo mesma, desilusão e fracasso. A prostração e a incapacidade de assumir a função materna

apresenta aspectos regressivos, de identificação com o próprio bebê. A mãe também solicita para si, os cuidados e atenção, mobilizando preocupação nos familiares.

Logo após o parto, a mãe tem um trabalho psíquico a realizar, pois requer, ao mesmo tempo, a colocação em jogo de uma acentuada dose de libido narcísica e de libido de objeto. Com isso existe um conflito entre esses dois tipos de investimento: de um lado seu corpo está dolorido e por outro lado, ela se sente chamada a doar seus cuidados a um bebê que está com fome, deve ser limpo, e em definitivo lhe faz conhecer suas necessidades vitais. Estes cuidados requerem uma mãe emocionalmente disponível, o que nem sempre ocorre. É aqui que Winnicott descreve seu ódio inicial da mãe com seu filho, o que nos levaria a pensar num possível preditor ao transtorno da depressão pós-parto (Lebovici, 1987).

Sobretudo esses sintomas são confundidos com as reações comuns, apresentadas pelas puérperas em função do parto. Segundo Daher (1999), a gestação e o puerpério acabam por favorecer na mulher alguns comportamentos muito semelhantes aos comportamentos depressivos, relatados pelo DSM-IV (2002), sendo difícil o preciso diagnóstico de sintomatologia depressiva na gravidez ou puerpério, em virtude da sobreposição dos comportamentos patológicos aos comportamentos normais do puerpério. Também, foi possível compreender que o período que engloba o aparecimento dos sintomas depressivos no pós-parto ainda gera uma série de discussões entre os autores que se dedicam a investigar essa patologia.

Por fim, compreende-se que existe certa dificuldade de se diagnosticar a depressão pós-parto já que seus sintomas pouco diferem de outros episódios depressivos. A característica principal desta é certa rejeição do bebê, sentindo-se aterrorizada e ameaçada por ele (Silva, Souza, Moreira e Genestra, 2003).

A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto

Conforme mencionado anteriormente, com o nascimento do bebê, a mãe é colocada perante a criança real, o que vai provocar uma reorganização desta relação com o bebê imaginário, cuja representação a mãe deixa de investir progressivamente para investir agora no bebê real (Marques, 2003).

Segundo Maldonado (2002), se a gravidez pode ser considerada como um período de maior vulnerabilidade, o parto pode também ser encarado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas e envolve diversos níveis de simbolização. A autora ressalta outro aspecto importante: para a mãe a realidade do feto *in utero* não é a mesma realidade do bebê recém-nascido e para muitas mulheres é difícil fazer a transição; especialmente as que apresentam forte dependência em relação a sua própria mãe. As mulheres podem facilmente gostar do filho enquanto ainda está dentro delas e amar a imagem idealizada do bebê, mas não a realidade do recém-nascido. Para Soifer (1992), no momento em que a criança adquire vida própria, diferente da vida intra-uterina, incorpora-se como nova integrante à

família já existente, isto é, vai transtornar o equilíbrio familiar, que já havia passado por algumas oscilações durante a gravidez. "Desse modo, chegamos à incógnita máxima do parto: a criança, essa conhecida tão desconhecida, que por fim poderá ser vista e tocada." (p.52).

A síndrome depressiva do pós-parto tem uma provável ligação com o contexto afetivo e a experiência do parto faz parte da construção do vínculo mãe-bebê. Algumas mulheres mencionam que podem sentir certo prazer no parto, mas todas falam da dor. Toda a experiência dolorosa confronta com a realidade de seu corpo de uma maneira inevitável e no parto a mulher é confrontada com uma nova realidade: do seu corpo, do corpo do bebê e da relação dolorosa que os une. O bebê após o nascimento é um objeto subjetivo aos olhos de sua mãe, mas também um objeto real, desconhecido e ainda estranho. Para a mãe investir libidinalmente no seu bebê real, a mãe refaz o trabalho mental do bebê que "cria" e acha o objeto (Lebovici, 1987, p.123).

O pós-parto é marcado pelos primeiros contatos fora do útero, onde a mãe precisa estar apta a compreender o seu bebê e assim atender suas necessidades básicas. É um período difícil onde a mãe necessita renunciar a seus próprios interesses em favor dos interesses do bebê. Apesar disso, a mãe precisa estar saudável o suficiente para se deixar levar por esse estado devotado dos primeiros tempos, tanto quanto afrouxá-lo, gradualmente, à medida que seu filho cresce e conquista um espaço maior para o exercício de suas potencialidades (Granato, 2002).

Para Barbosa (2003), os primeiros contatos da mãe com seu bebê podem evocar grandes ansiedades. Só posteriormente é que esta relação se tornará mais organizada e controlada, possibilitando uma melhor interação entre ambos. Assim, é no período puerperal que a relação entre mãe e filho acaba encontrando dificuldades para ser estabelecida.

Segundo Coutinho e Coutinho (1999), vários estudos prospectivos concluíram que um prognóstico adverso do desenvolvimento infantil ocorre no contexto da depressão pós-parto. Nesta situação observam-se transtornos na comunicação entre a mãe e seu filho, que se iniciam já nos primeiros dias ou semanas do puerpério. Para os autores, há sólidas e recentes evidências da relação de causa e efeito entre a depressão puerperal e o desenvolvimento emocional e cognitivo adverso da criança. Para Schwengber (2002), a depressão materna pode estar associada a uma relação mãe-bebê menos adequada e a manifestações mais negativas das mães sobre a experiência da maternidade.

De acordo com Spitz (2000), estudos realizados com mães depressivas e seus filhos comprovaram que essas mães apresentavam mudanças de humor acentuadas e intermitentes em relação aos seus filhos que podem variar da extrema hostilidade, com rejeição, até a extrema compensação dessa hostilidade, na forma de uma supersolicitude ao bebê.

De acordo com Frizzo e Piccinini (2005) a literatura tem sido consistente em caracterizar que mães deprimidas tendem a ser menos responsivas a seu bebê do que mães não deprimidas. Segundo os mesmos autores, a depressão materna afeta não só a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai, tendo em vista a influência deste quadro no contexto familiar. A extensão do impacto da depressão materna para o bebê vai depender de vários fatores como a idade da

criança, o temperamento infantil, a cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, apático ou intrusivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação da díade mãe-bebê é fundamental na comunicação entre ambos e no decorrer do desenvolvimento global da criança. Esta interação se dá, sobretudo, pelo olhar, pela fala, pelo toque. A partir do momento em que nasce, o bebê irá comunicar-se com o mundo através da mãe. Esta será uma mediadora na relação de interação que o bebê irá estabelecer com o meio, no desenvolvimento da sua comunicação com o mundo externo (Lebovici, 1987, p.87).

Para que os bebês se convertam em adultos saudáveis e independentes, é necessário que lhe seja dado um bom princípio, o qual está assegurado na natureza, pela existência de um vínculo saudável entre a mãe e o seu bebê. De acordo com Winnicott (1988), o amor é o nome desse vínculo (p.55). Em casos de depressão pós-parto e outros transtornos emocionais comuns neste período, este vínculo nem sempre acontece de forma satisfatória e as dificuldades encontradas pela mãe para atender à demanda do seu bebê podem interferir negativamente no desenvolvimento do mesmo.

Muitos aspectos relacionados à depressão pós-parto ainda não estão totalmente esclarecidos. O que se sabe, contudo, é que novos estudos sobre este tema são importantes, considerando a relevância de conhecer a etiologia e características da depressão pós-parto bem como suas implicações para o desenvolvimento da criança.

É grande a importância de atenção específica aos casos de transtornos emocionais na maternidade nas diferentes etapas do desenvolvimento, tanto do ponto de vista das necessidades infantis como maternas, destacando-se as manifestações de dificuldades no relacionamento entre mãe e filho. Não significa que todas as situações refletirão dificuldades severas, mas é preciso reconhecer o esforço psicológico de mulheres que tiveram dificuldades iniciais de vínculo, permitindo o acesso às vivências depressivas iniciais (Alt e Benetti, no prelo).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alt, M.S. & Benetti, S.P.C. (no prelo). Maternidade e Depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**.

Azevedo, K.R. & Arrais, A.R. (2006), **O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto**. *Psicologia: Reflexão e Crítico*, 19(2), 269-276.

Badinter, E. (1985), **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Barbosa, F.; Maus, K.; Lima, R. P., Zimerman, D. E., Lima, C. P. (2003). Episódio Depressivo Maior com Início no Pós-Parto: Fatores de Risco. **Revista Femina da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, vol.31, nº1, p.73-77.

Borsa, J.B. (2007). Considerações Acerca da Relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. **Revista Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, v. 2, p. 310-321.

Borsa, J.B.; Dias, A.C.G. (2004). Relação Mãe e Bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Revista Perspectiva (Erechim)**, v. 28, n. 102, p. 39-53.

Bowlby, J. (1989). **Uma Base Segura – Aplicações Clínicas da Teoria do Apego**, Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (2002). **Cuidados Maternos e Saúde Mental**, São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, B.T.; Cramer, B.G. (2002). **As Primeiras Relações**, 2ªed. São Paulo: Martins Fontes.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (1993). Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano - Porto Alegre: Artes Médicas.

Coutinho, T., Coutinho, C. M. (1999). Depressão Pós-Parto. **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, nº7, p.571-577.

Daher, A. S; Baptista, M. N; Dias, R. R. (1999). Aspectos Relevantes da Depressão na Gravidez e dos Transtornos Pós-Parto. **Revista PSICO-USF**, Bragança Paulista, v. 4, nº1, p.77-89.

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2002). Trad. Claudia Dorneles - 4ª ed., Rev. Porto Alegre: Artes Médicas.

Granato, T.M.; Aiello-Vaisberg. T.M.J. (2002). A Preocupação Materna Primária Especial. **Psicologia Clínica - PUC-RJ**, Rio de Janeiro, v.14, nº2, p.87-92.

Frizzo, G. B.; Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55.

Kaplan, H. I.; Sadock B. J. (1997). **Compêndio de Psiquiatria**, Trad. Dayse Batista. 6º ed. Porto Alegre. Artes Médicas.

Lebovici, S. (1987). **O bebê, a Mãe e o Psicanalista**, Porto Alegre: Artes Médicas.

Mahler, M. (1982). **O processo de Separação-Individuação**, Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1993). **O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação**, Porto Alegre: Artes Médicas.

Maldonado, T. (2002). **Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério**, 16ªed. São Paulo: Saraiva.

Marques, C. (2003). Depressão Materna e Representações Mentais, **Análise Psicológica**, v.1 nº XXI, p. 85-94.

Mondardo, A. H. & Valentina, D. (1998). Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança, **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 3.

Moraes, I.G.S.; Pinheiro, R.T.; Silva, R.A.; Horta, B.L.; Souza, L.R. e Faria, A.D. (2006), Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados, **Revista de Saúde Pública**, 40(1): 65-70.

Piccinini, C. A., Ferrari, A. G., Levandowski, D. C. (2003). O Bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas, **Interações**, dez. 2003, v. 8, nº.16, p.81-108.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G. e Moreira, L. E. e Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 3.

Pozza, M. C. (1992). **Conflitos da mulher na tentativa de conciliação da maternidade com o trabalho profissional**, Dissertação de Mestrado – Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.

Silva, D. G., Souza, M. Moreira, V. e Genestra, M. (2003). Depressão Pós-Parto: Prevenção e Conseqüências, **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza. v. 3 n° 21 p. 439-450.

Soifer, R. (1992). **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**, 6° ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Spitz, R. (2000). **O Primeiro Ano de Vida**, São Paulo: Martins Fontes.

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**, Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. UFRGS.

Wendland, J. (2001). A abordagem Clínica das Interações Pais-Bebê: Perspectivas Teóricas e Metodológicas, **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1.

Winnicott, D. W. (1988). **Os Bebês e suas Mães**, São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2000). **Da Pediatria à Psicanálise**, Rio de Janeiro: Imago.

_____ (2001). **A Família e o Desenvolvimento Individual**, 2° ed. São Paulo: Martins Fontes.