

A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A FIGURA MATERNA: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA E CONTEXTUAL

Fernanda Pavão Corrêa ^{1*}, Conceição Aparecida Serralha ¹

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Recibido, diciembre 10/2013

Concepto de evaluación, junio 7/2014

Aceptado, julio 29/2014

Referencia: Corrêa, F. P. & Serralha, C. A. (2015).

A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 113-123. DOI: 10.14718/ACP.2015.18.1.11

Resumo

Este estudo, de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa, pretendeu buscar na fala de mulheres que foram acometidas pela depressão pós-parto, vivências em relação à maternidade que tiveram com suas próprias mães, e verificar se essas vivências influenciaram no desencadeamento da depressão. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com cinco mães e, posteriormente, analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo. Os resultados mostraram que a maioria das participantes demonstrou relação conflituosa com suas mães e trouxeram fortes indícios de que os modelos de mulher (lugar e papel sociais) e de maternidade vivenciados e internalizados pelas participantes do estudo tiveram influência no desencadeamento e agravamento da depressão que as acometeu após o parto. O estudo avançou neste sentido, uma vez que tais modelos maternos sempre foram relacionados ao desempenho da jovem mãe, mas não ao surgimento e desenvolvimento da depressão. Tais indícios podem, assim, fomentar novos estudos que confirmem e ampliem esse conhecimento.

Palavras-chave: depressão pós-parto; maternidade; mulher

LA DEPRESIÓN POSPARTO Y LA FIGURA MATERNA: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO Y CONTEXTUAL

Resumen

Este estudio, de carácter exploratorio descriptivo y cualitativo, tuvo como objetivo examinar en el discurso de las mujeres que fueron afectadas por la depresión posparto, las experiencias sobre la maternidad que tuvieron con sus propias madres, y verificar si estas experiencias influyeron en el desencadenamiento de la depresión. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con cinco madres, y posteriormente analizados por la técnica de análisis de contenido. Los resultados indicaron que la mayoría de las participantes mostró una relación conflictiva con sus madres. Se obtuvieron fuertes evidencias de que los modelos de mujer (lugar y función social) y la maternidad experimentada e interiorizada por las participantes en el estudio fueron influyentes en el desencadenamiento y empeoramiento de la depresión después del parto. El estudio avanzó en esta dirección, ya que tales modelos maternos siempre han estado relacionados con el desempeño de la joven madre, pero no con la aparición y desarrollo de la depresión. Tales evidencias pueden, animar a la ampliación y confirmación de los resultados en futuros estudios.

Palabras clave: depresión posparto; maternidad; mujer

* Rua Alameda das Samambaias, 565. Bairro: Cidade Jardim – Pirassununga –SP/ Brasil. Tel.: (19) 9 8120 0060/ (19) 3561 7540. fernandapavaocorrea@gmail.com. Este artigo apresenta os resultados da pesquisa realizada para o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia de Fernanda Pavão Corrêa, sob orientação da Prof. Dra. Conceição Aparecida Serralha.

POSTPARTUM DEPRESSION: A RETROSPECTIVE AND CONTEXTUAL ANALYSIS

Abstract

This study, exploratory-descriptive and of qualitative approach, aimed to examine the discourse of women who were affected by postpartum depression in order to search for experiences about motherhood they had gone through with their own mothers and to analyze whether these experiences influenced the onset of depression. Data were collected through interviews with five mothers and subsequently analyzed by the technique of Content Analysis. The results showed that most participants displayed conflicting relationships with their mothers and provided strong evidence that models of women (place and social role) and motherhood experienced and internalized by the participants in the study were influential in triggering and worsening the depression that struck after delivery. The study made progress in this direction, since such maternal models have always been related to the performance of the young mother, but not to the emergence and development of depression. Such evidence may thus encourage further studies to confirm and extend these findings.

Key words: postpartum depression; motherhood; woman

INTRODUÇÃO

Tema de vários estudos nos últimos anos, a depressão passou a ser conhecida como o “mal-do-século” devido à alta incidência de casos, estando relacionada a determinados sofrimentos e sentimentos de perdas. Pode ser considerada uma doença pós-moderna e entendida como uma reação aos problemas da contemporaneidade (Saraiva & Coutinho, 2008).

Apesar de a depressão acometer ambos os sexos, há um predomínio no sexo feminino, sendo “muitas vezes precedida por eventos vitais marcantes, como a gestação, o parto e o período pós-parto” (Ruschi et al., 2007, p. 275). Há uma estimativa de que pelo menos 20% das mulheres apresentam depressão em algum estágio de suas vidas, fato que implica tanto em um impacto na saúde da mulher, como na de seus familiares e outras pessoas de seu convívio (Motta, Mucion & Manfron, 2005).

A depressão que ocorre no período pós-parto é denominada depressão puerperal ou depressão pós-parto e possui uma elevada prevalência, estimando-se que ela ocorra entre 10% e 15% das mulheres (Fonseca, Silva & Otta, 2010; Mattar et al., 2007; Schwengber, Prado & Piccinini, 2009). Trata-se de uma perturbação emocional, humoral e reativa, podendo iniciar seus sintomas desde a gestação (Saraiva & Coutinho, 2008).

Ao engravidar e posteriormente dar à luz um filho, a mulher passa por uma etapa especial, na qual expectativas são criadas não só por ela, mas por todos os seus familiares, que esperam apenas por alegrias com a chegada de mais um membro à família. Porém, algumas dificuldades podem surgir junto às mudanças, o que vai contra a idealização da maternidade construída ao longo dos séculos na sociedade. Culturalmente, ainda se acredita que a mãe deva ser perfeita e fazer tudo por seu bebê, sem que haja falhas ou sentimentos ambivalentes. Essa expectativa torna-se um

fardo muito pesado para as mães, que, ao perceberem a impossibilidade de corresponder ao esperado, sentem-se culpadas.

Na ocasião do nascimento de um filho, a maioria das mulheres experimenta sentimentos contraditórios e inconciliáveis com a imagem idealizada de maternidade ditada pela cultura. Desta forma, estabelece-se um conflito entre o ideal e o vivido e instaura-se um sofrimento psíquico que pode se configurar como uma base para a depressão após o parto (Azevedo & Arrais, 2006, p. 269).

As mulheres, ao gerarem seus filhos não precisam necessariamente saber agir logo de início, como se houvesse um instinto que lhes bastasse para serem mães perfeitas. Pelo contrário, é com o tempo e com a convivência com seus bebês, que as mulheres se tornam aptas a desenvolver suas funções maternas de forma satisfatória e saudável. Entretanto, o fato de muitas mães se sentirem forçadas a se adequarem às pressões da sociedade e se “adaptarem a uma visão romanceada deste estado” (Azevedo & Arrais, 2006, p. 275), pode lhes provocar grande ansiedade, assim como culpa, e vir a gerar conflitos considerados importantes no desencadeamento da depressão pós-parto.

A nova mãe passa por uma série de mudanças que vai além das mudanças fisiológicas. Há alteração de sua identidade de filha para a de mãe e, muitas vezes, de profissional para mãe de família. É de extrema importância que ocorra uma reorganização emocional e psíquica, o que pode alterar suas atividades, energias e investimentos emocionais (Stern, 1997). Os cuidados de um recém-nascido envolvem grande responsabilidade e conseqüentemente um alto estresse psicológico.

De acordo com Winnicott (1993), do final da gestação aos primeiros meses de vida do bebê, a mãe vive um estado de “preocupação materna primária”, no qual há um aumento da sensibilidade, que lhe permitirá desenvolver suas funções

de maneira satisfatória, atendendo às necessidades do filho e aprendendo a conhecê-lo melhor. Para que este estado seja alcançado, não existe uma regra. No entanto, segundo Araújo (2011), Winnicott acreditava ser importante que a mãe pudesse contar com o apoio do pai – cujo papel, na falta do pai biológico, poderia ser exercido por outra pessoa, como a avó, a vizinha, entre outras –, no tocante a várias atividades do lar, de forma que a mãe ficasse liberada de outras preocupações que não fossem o bebê.

Analisando todo o contexto da chegada de uma nova criança, podem ser apontados múltiplos fatores para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto, que podem aparecer combinados ou não. São eles: problemas socioeconômicos; transtornos psíquicos que ocorreram em períodos anteriores à gestação; predisposição genética (nos casos de indivíduos da família que já apresentaram algum tipo de transtorno psíquico); falta de suporte tanto social como emocional e psicológico; gestação não planejada; nascimento prematuro; criança com alguma doença; deficiência ou morte do neonato; dificuldade na amamentação ou para lidar com o temperamento do bebê; problemas no parto ou histórico de partos anteriores problemáticos; antecedente de aborto induzido; mãe muito ansiosa; conflitos com o parceiro e a falta de apoio ou ausência deste; mudanças nos sistemas neuroendócrinos; eventos vitais negativos e estressantes durante esse período; perdas significativas e estresse; dificuldade de retornar ao trabalho ou de conciliar as antigas atividades com as da maternidade; sobrecarga e falta de suporte por parte dos familiares e, por fim, um grande tempo sem ver o bebê após o parto (Baptista & Baptista, 2005; Felix, Gomes & França, 2008; Fonseca et al., 2010; Nascimento, Amorim, Primo & Castro, 2009; Santos Junior, Silveira & Gualda, 2009; Schwengber & Piccinini, 2005).

Baptista e Baptista (2005), constataram que a definição da época em que os sintomas depressivos começam a surgir na mulher varia muito de autor para autor, sendo que há os que acreditam que os sintomas se iniciem na segunda semana do puerpério, outros que se iniciem na quarta, quinta, sexta a oitava semana, décima semana ou de dois a três meses após o parto. Evidencia-se, portanto, uma dificuldade em precisar com exatidão o início da depressão pós-parto.

Para Santos Junior et al. (2009), entre os sintomas mais comuns estão: “desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas” (p. 517). O desânimo vem com um humor depressivo, que faz a mulher deixar de realizar as atividades que lhe ofereciam prazer, perdendo o interesse por elas. Com relação às alterações do sono, pode haver insônias ou, pelo

contrário, sono excessivo. Schwengber e Piccinini (2005) também falam de irritabilidade, choro frequente, sentimento de desamparo e desesperança, falta de energia ou fadiga, falta de motivação, sensação de ser incapaz de lidar com as mudanças que ocorrem, assim como presença de queixas psicossomáticas. Há também sentimentos ambivalentes em relação aos filhos, assim como a dificuldade de se falar sobre isso, já que estigmatizações podem ocorrer (Felix et al., 2008). Por fim, a mulher pode ser negligente nos cuidados ao filho e diminuir o período de amamentação (Mattar et al., 2007).

Esses sintomas mencionados podem prejudicar o estabelecimento de uma relação suficientemente adequada na díade, podendo a criança ter o seu desenvolvimento neurobiológico e psicológico prejudicado, em razão da extrema importância da identificação da mãe com o filho no início da vida, para suprir-lhe todas as necessidades e proporcionar um desenvolvimento saudável. Além disso, a própria saúde da mulher fica prejudicada.

Em relação aos fatores internos que podem estar envolvidos nesse adoecimento, encontram-se as representações maternas, que, segundo Stern (1997), influenciam a maneira como as mulheres irão exercer sua maternidade. Essas representações são formadas não só por interações que acontecem na atualidade, mas também pelas lembranças infantis e fantasias, medos e expectativas da mãe em relação ao bebê. Todos esses elementos poderão determinar a natureza do relacionamento com o filho. Desta forma, entende-se que,

As relações da mulher com a própria mãe vão gerar modelos internos de maternidade. Modelos positivos, que transmitem a idéia de que ser mãe é uma experiência gratificante, feliz e enriquecedora, e modelos negativos, que contêm a imagem de mãe escrava, infeliz, sobrecarregada e danificada, são incorporados pela mulher desde sua infância. Tais modelos farão parte do universo mental feminino, e com eles a mulher tende a se identificar ao cumprir seu papel materno (Felice, 2007, p. 146).

Ou seja, caso haja uma instalação segura de uma “boa mãe” nas representações e no mundo mental da mulher, provavelmente ela irá se sentir mais segura para desempenhar sua função quando tiver um filho. Porém, se no lugar de uma mãe bondosa predominam sentimentos de desconfiança e agressividade para com a mãe que está internalizada, a mulher pode sentir-se culpada e angustiada quando se tornar mãe e tiver que cuidar do filho (Felice, 2007). Ela sente medo de fazer algum mal ao bebê, de não saber como agir com ele, além de também não saber lidar com seus sentimentos ambivalentes, que indicam conflitos com a maternidade e com a mãe internalizada.

Entende-se, assim, que a maternidade não se inicia apenas com a chegada do bebê, e sim muito antes disso, desde as primeiras relações e identificações com a mulher nas brincadeiras infantis, na adolescência, no desejo de ter um filho até a gravidez em si. Durante esta, podem ressurgir conflitos até então não elaborados pela mãe, além de reviver experiências anteriores. Desse modo, por ser a gestação um período no qual a sensibilidade da mulher está aumentada, esses fatores tornam-na mais suscetível a transtornos emocionais (Raphael-Leff, 2000 citado por Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008). A gravidez pode, assim, ser responsável tanto por desencadear uma depressão, como por proporcionar uma oportunidade para resolução de conflitos até então latentes. É um período de grande importância, fazendo-se relevante a compreensão da dinâmica psíquica deste período e como ela influencia a constituição da maternidade (Piccinini et al., 2008).

Segundo Felice (2006), “a relação da mulher com a figura materna tem geralmente forte destaque nos trabalhos psicanalíticos sobre a maternidade, por sua intensa influência sobre as vivências que a mulher experimenta ao se tornar mãe” (p. 146). Klein (1981) está entre os autores psicanalíticos que buscaram falar sobre os aspectos psicológicos do processo de construção da maternidade, desde os períodos iniciais do desenvolvimento da mulher. Ela fala sobre as fantasias da menina com relação à mãe, que exercem influência na maneira como a menina se relacionará com seus bebês internos e futuramente com seu bebê real. Tais fantasias são responsáveis por muitos dos sentimentos de culpa e angústias que surgem na menina e posteriormente na mulher quando esta deseja ser mãe. Quando esse desejo é satisfeito, além de gerar ansiedades e temores, gera alegria por proporcionar uma renovação das relações primitivas com a própria mãe.

Desse modo, sabendo-se que o processo de maternidade tem seu início desde as etapas mais precoces do desenvolvimento da menina, em razão do relacionamento desta com a própria mãe, permitindo-lhe internalizar modelos de maternagem tanto positivos como negativos (Felice, 2007), faz-se importante considerar também a possibilidade de que esse processo de internalização já esteja presente desde outras gerações. Segundo Welldon (1991, citado por Felice, 2007), a psicopatologia na maternidade pode ser entendida como resultado de instabilidade emocional e individuação não satisfatória, que ocorrem devido a um processo que envolve várias gerações; a chamada transmissão transgeracional. Além disso, podem influenciar também os aspectos sociais transmitidos de geração em geração, ou seja, do que se espera de uma menina ou uma

mulher em uma família ou mesmo na sociedade (Piccinini et al., 2008; Stern, 1997).

Partindo do pressuposto de que o modelo de maternagem internalizado, bem como o de mulher, podem influenciar o desencadeamento de uma depressão pós-parto, este artigo pretende relatar os resultados de uma pesquisa cujo objetivo foi buscar, na fala de mulheres que foram acometidas pela depressão pós-parto, vivências em relação à maternidade que tiveram com suas próprias mães, e verificar se estas de alguma forma influenciaram no desencadeamento da depressão.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa, buscando uma melhor compreensão do fenômeno depressão pós-parto, ao verificar as possíveis relações desta com os modelos de maternagem internalizados nas vivências com a própria mãe.

Participantes

Participaram deste estudo cinco mães que são identificadas neste artigo por nomes fictícios – Lígia, Lúcia, Maria, Nina e Rosa – e que foram acometidas pela depressão pós-parto em algum momento de suas vidas.

A participante Lígia, de 29 anos, tem 2 filhas e foi acometida pela depressão logo após o parto de sua primeira filha, quando tinha 18 anos de idade. Era solteira e casou-se após a descoberta da gravidez. Passou por um parto normal que considerou traumático em sua vida e que a levou posteriormente a cirurgias para correção de sequelas. Também, nesta época, enfrentou dificuldades em reação à saúde de sua filha recém-nascida.

Lúcia, 39 anos, teve no total 3 filhos e sua depressão surgiu nos primeiros dias após nascimento de seu primeiro filho, aos 23 anos, quando teve dificuldades na amamentação. Na época, trabalhava havia oito anos e abandonou o seu emprego para cuidar de seu filho. Não gostava de ficar em casa, mas o marido não concordou que voltasse a trabalhar.

A entrevistada Maria, 34 anos, ao perder sua virgindade aos 14 anos, foi obrigada por sua mãe a se casar, mesmo sem amar seu parceiro. Aos 15 anos, engravidou da primeira filha (do total de 3 filhos) e teve uma gravidez conturbada devido aos conflitos entre a sua família e a de seu marido. Sua depressão ocorreu logo após o nascimento desta primeira filha.

Nina, 24 anos, mãe de 2 filhos, foi acometida pela depressão aproximadamente após 6 meses do nascimento do seu primeiro filho, aos 19 anos. Na época morava em uma

cidade diferente da de sua família e com o adoecimento voltou para a cidade dos familiares, onde, principalmente, o pai lhe ajudou muito. Após o nascimento teve dificuldades no relacionamento com seu companheiro, com o qual já morava antes da gravidez.

Por fim, Rosa de 18 anos, adoeceu logo após o nascimento de sua primeira e única filha, quando tinha 17 anos. Na época em que engravidou morava com os pais em um sítio e continuou com eles, que a apoiaram durante as dificuldades. Parou os estudos por um tempo para dedicar-se aos cuidados da filha. Não se encontrava mais em um relacionamento com o pai da criança, devido a conflitos entre os dois.

Instrumentos

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas baseadas em um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, que visou buscar os dados necessários para o alcance do objetivo do estudo. Este instrumento de coleta de dados, usado principalmente em pesquisas qualitativas, exige

(...) formulação flexível das questões, cuja sequência e minuciosidade ficarão por conta do discurso dos sujeitos e da dinâmica que flui naturalmente no momento em que entrevistador e entrevistado se defrontam e partilham uma conversa permeada de perguntas abertas, destinadas a “evocar ou suscitar” uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados (...) (Alves & Silva, 1992, p. 64).

Procedimento

Após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM (protocolo 2201), as participantes foram selecionadas por meio de indicações de médicos ginecologistas e por uma abordagem direta a mães na sala de espera do Ambulatório de Pediatria da UFTM. As mães que concordaram em participar da pesquisa, primeiramente, foram esclarecidas sobre como o estudo seria realizado e sua finalidade, e depois assinaram um termo de consentimento (TCLE), concordando em colaborar com a pesquisa através de sua participação voluntária, autorizando também a gravação em áudio das entrevistas.

Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas agendadas tanto no Centro de Estudo e Pesquisa em Psicologia Aplicada (CEPPA) da UFTM, como nas casas das participantes, conforme a conveniência e a necessidade de cada uma, sempre em espaços reservados, nos quais

as perguntas pudessem ser feitas sem interrupções e com privacidade. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para a análise.

Análise dos Dados

A análise foi realizada com base em metodologia qualitativa. Segundo Turato (2003), “o qualitativo enfatiza a diferença, o individual, e a contextualização dos particulares leva às teorias gerais, mas que têm que ser adaptáveis a cada situação única” (p. 27-28). Ou seja, este método, ao estudar o ser humano, o faz dentro do contexto deste, considerando sempre as individualidades. A amostra em número de cinco mães participantes foi em razão da metodologia de pesquisa escolhida, que pretende um estudo mais aprofundado do tema e não propriamente uma generalização.

Foi realizada uma Análise de Conteúdo, que se iniciou com uma pré-análise, na qual o material foi lido diversas vezes. Após essas leituras foi feita uma categorização, que levou em conta dois critérios: repetição e relevância dos pontos encontrados no discurso das mães entrevistadas (Turato, 2003).

RESULTADOS

Na análise, foram levantadas três categorias:

Relação das mulheres entrevistadas com suas mães

Nesta categoria, foi possível incluir dois tipos de relações presentes na amostra de participantes: Boa relação e Relação conflituosa. No tocante ao primeiro tipo “Boa relação”, entende-se uma relação saudável de proximidade e diálogo entre mãe e filha, levando a filha a confiar e poder contar com a mãe, que, por sua vez, se mostra disponível para exercer o papel materno adequado a cada momento. Quanto ao tipo “Relação conflituosa”, entende-se uma relação em que a mãe não conseguiu atender suficientemente bem a filha, ou seja, por algum motivo sentiu dificuldade em exercer a maternidade e em se aproximar de sua filha. São relações marcadas por constantes conflitos ou mesmo pelo não exercício do papel materno, que é, para Winnicott (1993), a capacidade de abrir mão de diversas coisas em favor do cuidado ao filho e a diminuição gradativa desse cuidado apenas quando se pode perceber, na criança, uma capacidade para lidar com a falha materna e para enfrentar e entender as ausências da mãe.

Dentre as cinco mulheres que participaram da pesquisa, apenas uma demonstrou uma boa relação com a própria mãe. Em todas as outras entrevistas evidenciaram-se relações conflituosas com as mães.

Modelos de mulher (lugar e papel sociais) transmitidos pelas mães das entrevistadas

Ficaram evidenciadas nas entrevistas com as participantes deste estudo, vivências relacionadas ao modelo de mulher que lhes foi transmitido, como um modelo que ainda contém muito da influência histórica da visão da mulher submissa, desvalorizada e que tem como principal função se ater aos trabalhos domésticos e à maternidade.

Modelos de maternidade vivenciados pelas participantes

Foram encontrados modelos de maternidade com diversas características, mas no geral modelos que demonstram diferentes dificuldades das mães que os transmitem. Entre esses, a mãe que abandona, ou que de alguma forma não esteve presente na criação das filhas, no oferecimento de suporte, ou seja, na execução de seu papel de mãe, que vai além do fato de residir na mesma casa, da presença física; a mãe que não consegue desempenhar sua função materna e que a delega a outra pessoa; a mãe que demonstra que a maternidade é algo ruim e que deve ser evitada; a mãe que superprotege e que, apesar da relação de proximidade, não prepara a filha para o desenvolvimento da autonomia e amadurecimento necessários para enfrentamento de situações ao longo da vida.

Os resultados deste estudo trouxeram fortes indícios de que esses modelos vivenciados e internalizados pelas participantes tiveram influência no desencadeamento e agravamento da depressão que as acometeu após o parto. O estudo avançou neste sentido, uma vez que tais modelos maternos sempre foram relacionados ao desempenho da jovem mãe, mas não ao surgimento e desenvolvimento da depressão. Tais indícios podem, assim, fomentar novos estudos que confirmem e ampliem esse conhecimento.

DISCUSSÃO

Na análise da relação das participantes do estudo com a própria mãe, buscou-se compreender a qualidade do suporte que poderia advir dessa relação para o enfrentamento de situações de vida. No caso em que foi encontrada 'boa relação' (caso de Rosa), foi analisado se essa relação com a mãe pode ter sido um dos fatores de influência no seu adoecimento, mesmo que tenha sido relatada como boa. Segundo Rosa, seu relacionamento com a mãe "sempre foi ótimo, ela sempre foi muito carinhosa, amiga (...) Me incentivava bastante, quando eu tô desanimada minha mãe me põe pra cima de novo e fala que logo passa".

Contudo, ao analisar detalhadamente o discurso de Rosa, pôde-se perceber que a mãe sempre supriu as necessidades da filha de forma superprotetora, não a deixando aprender a lidar com grandes responsabilidades. Rosa morou em uma

fazenda e com os pais sempre fazendo tudo por ela. Além disso, era filha mais nova e tinha todas as atenções voltadas para si. Ao se deparar com a maternidade, esta lhe pareceu muito pesada. A amamentação foi problemática, o que com certeza agravou ainda mais o seu quadro de depressão. Sentia muita dor para amamentar: "eu tava sentindo tanta dor e a neném só querendo mamar, sabe?! Sem nem pensar em mim..." (Rosa). Esta interpretação pode demonstrar o grau de imaturidade de Rosa para o papel que precisava desempenhar naquele momento e a impossibilidade de perceber a condição de absoluta dependência do bebê, bem como da incapacidade deste de percebê-la como alguém de quem tivesse que se compadecer. É possível inferir que o fato de Rosa ter sido filha caçula e superprotegida, deixou-a sem recursos amadurecidos para lidar com a responsabilidade que veio com a maternidade, assustando-a. Além disso, a possibilidade de ter surgido fantasias de que não seria tão boa para seu bebê quanto sua mãe foi para ela, pode ter se apresentado também, trazendo-lhe mais insegurança.

Outro ponto a ser considerado é o fato de Rosa ter sido mãe adolescente, que é também o caso de Lígia, Maria e Nina, uma vez que nesta fase da vida, a prevalência da depressão pós-parto é muito alta. A filha nasceu quando ela tinha 17 anos de idade, que, segundo a OMS (2013), ainda se enquadra na adolescência, fase que vai até os 19 anos. Na adolescência, ocorrem muitas mudanças tanto físicas como psicológicas, e a gravidez e um bebê na família envolvem muitas renúncias (Frizzo, Kahl & Oliveira, 2005). A chegada de um filho só aumenta a quantidade de mudanças e reajustes pelos quais a adolescente irá passar, deixando-a mais susceptível a transtornos psicológicos.

Dentre os casos em que foram encontradas relações conflituosas temos o da entrevistada Maria, que foi criada pela avó materna até os sete anos de idade e que até esta idade acreditava que sua avó era sua mãe de fato. "Eu cresci ela falando que minha mãe tinha me abandonado, (...). Ela sempre falava que tinha acontecido assim... Isso dos 7 anos em diante, que foi quando minha mãe verdadeira apareceu. Até lá eu achava que minha vó era minha mãe" (Maria).

Mesmo depois do reaparecimento da mãe biológica, ela continuou sendo criada pela avó. Desse modo, a relação analisada neste caso não foi somente a relação estabelecida com a mãe biológica, mas também a estabelecida com a avó, pois foi esta uma das responsáveis pela transmissão dos modelos de mulher e de maternidade internalizados. Deve-se levar em conta o fato de que a mãe biológica a abandonou e isso também pode ter influenciado sua concepção de maternidade.

Na seguinte fala de Maria pôde ser percebida a relação conflituosa com a mãe (avó):

Eu senti que eu tinha muita fartura dentro da minha casa, dentro da casa dos meus pais, só que o principal eu não tive, o amor deles. Ela me obrigava a dar ‘bença’ todos os dias, na hora que levantava, na hora que saía, que chegava, beijava a mão, mas me obrigava... Não era espontâneo... Nunca foi de sentar no colo, dar um carinho, nem minha mãe, nem meu pai. Foi onde que eu senti... e isso eu não sei se atrapalhou ao longo da minha vida, (...) a gente não pode bater tanto em filho igual ela batia e fazia muitas coisas de crueldade tanto comigo como com minha mãe e de certo com os filhos legítimos (...).

A afetividade é uma questão importante para o desenvolvimento global do ser humano. Receber afeto é primordial na constituição da personalidade, além de influenciar o desenvolvimento cognitivo e o de uma vida emocionalmente saudável. Os vínculos afetivos são condição essencial para posteriores bons relacionamentos e a falta deles pode acarretar prejuízos emocionais (Moraes & Rubio, 2012).

Dentre as outras três mulheres (Lúcia, Lígia e Nina), duas (Lígia e Nina) tiveram as relações com as mães marcadas pela sensação de abandono e ambas deixaram de morar junto de suas progenitoras ainda na infância. Porém não foi somente uma distância física que marcou essas mulheres, mas também emocional. Elas não se sentiam acolhidas e protegidas por suas mães, o que ficou evidenciado na seguinte fala de Lígia:

Depois que minha mãe mudou, a gente se falava normal, a relação começou a ficar mais complicada foi depois dos meus 15 anos porque começou aquela fase de começar a namorar, de querer dar palpite, tipo assim, vou posar de mãe, né? (...). Principalmente pra mim e pra minha irmã, que aí minha irmã já começou a trabalhar, depois dos 14 começou a trabalhar. Então, assim, a gente se sentia independente. Quando a gente ficou mocinha nem aqui ela tava, ela tava viajando com o marido dela. Então, assim, a gente não queria, nós não aceitava (sic), eu não aceitava de jeito nenhum... aí eu falava pra ela: ‘não mãe, a hora que a gente precisou você tava longe’.

O mesmo pôde ser notado na fala de Nina:

(...) ficou confuso o meu sentimento em relação a ela. Acho que porque, é... eu tinha 3 anos e ainda tenho uma vaga lembrança que o meu pai presenciou ela em casa com outro homem, então depois disso a gente ficou com o meu pai (...) então ficava aquilo na minha cabeça, (...) de que ela não me amava, sabe? (...) sempre em época assim de Dia das Mães, Natal, eu sentia muito, eu sempre chorava, até os meus 15

anos, no meu aniversário eu chorava, eu sempre tava longe dela, (...) era bem distante.

No caso de Lúcia, havia uma relação de mais proximidade com a mãe, porém com muitos conflitos, uma vez que esta só conseguia se mostrar disponível para a filha quando tudo estava bem. A mãe não conseguia atendê-la nos momentos de maior dificuldade.

Ao levarmos em consideração os modelos sociais de mulher transmitidos de geração a geração para a análise realizada neste estudo, podemos dizer que a identidade feminina é construída com uma grande influência da herança histórica e dos contextos sociais e culturais que são atravessados ao longo do tempo. Segundo Rocha-Coutinho (2003), essa identidade por muito tempo caminhou junto com a discriminação das mulheres, o que fez com que fossem negadas a elas todas as capacidades socialmente valorizadas. “A perspicácia intelectual, pensamento lógico, capacidade e interesses profissionais e políticos” (p. 60), por exemplo, eram questões normalmente associadas apenas aos homens.

Atualmente, são notadas grandes mudanças em relação à visão social da mulher, de sua identidade e de seu papel dentro da sociedade. Ao longo do tempo, ela veio ganhando cada vez mais espaço, mas as mudanças que ocorreram ainda necessitam ser ampliadas e consolidadas. Ainda há grupos sociais com uma visão arraigada de que a mulher deve ser dócil e submissa e de que deve viver em função de seus filhos, sendo sua função como mulher apenas ser mãe (Rocha-Coutinho, 2003).

Nas entrevistas realizadas, notou-se esse tipo de pensamento. A mãe da participante Lúcia sempre transmitiu uma identidade de mulher que se caracterizava por ser mãe e dona de casa, concentrando seus esforços apenas em cuidar da criação dos filhos, não se permitindo conciliar sua função materna com o exercício de um trabalho fora de casa, por exemplo. Entretanto, nos dias atuais, por serem essas crenças muito questionadas, o conflito entre mãe e filha surgiu, já que esta não se identificava com o modelo social de mulher que a mãe lhe transmitia e não se realizava como pessoa sendo de tal forma. O conflito ficou claro na seguinte fala de Lúcia:

Eu ando falando que quero fazer ligadura e ela [a mãe] fala pra mim que eu não devo fazer, que um neném é muito bom dentro de uma casa, pra eu arrumar outro neném, que eu não devia trabalhar pra fora, porque ela é contra totalmente eu trabalhar pra fora. Ela quer que eu fique dentro de casa cuidando da minha casa. Diz que fazer serviço de casa é muito bom, aí ela vai lá em casa e fica dando palpite nas minhas coisas, que ela quer que eu fique lá dentro

toda vida, ajeitando, botando tudo no lugar e eu não sou assim. Aí eu falo pra ela: ‘aqui é minha casa e eu penso diferente da senhora, eu não penso assim, eu prefiro trabalhar pra fora, eu não suporto ficar dentro de casa, eu não suporto ficar presa, eu gosto de liberdade, eu gosto de conversar, eu gosto de ver gente. Eu não sou assim, nós somos diferentes uma da outra e não adianta a senhora querer, que eu não vou ser igual à senhora nunca.

No caso de Nina, suas vivências com a própria mãe parecem tê-la levado a ver a relação entre ser mulher e o casamento de forma negativa, como no relato sobre o casamento da mãe com o ex-marido a seguir:

A minha mãe eu já presenciei várias vezes apanhando dele, ele batia muito nela, (...) então eu sempre tive muito receio de casamento achava que todos eram iguais. Ela também sempre deixou bem claro que casamento não era bom, que sofria... Ixi!!! Já ouvi ela comentando várias vezes... (Nina).

No relato de Maria, encontramos também um modelo de mulher advindo de sua cultura familiar, da mídia e de uma sociedade, que dita as regras, papéis e lugares sociais de cada gênero (Lucena, 2012):

Inclusive essa irmã [da mãe] tinha um ciúme doentio do marido dela e eu tinha uns 5 ou 6 anos e eles eram meus padrinhos de religião e eu sentei no colo dele e minha tia achou ruim e falou pra minha mãe que minha mãe tinha que dar um jeito em mim que eu tava muito assanhada pro lado de homem. Minha mãe veio com raiva, me arrastou do colo dele e quando eles foram embora ela me deu uma surra muito grande. Eu me lembro disso, algumas coisas mais fortes assim, que aconteceu. Ela falou: ‘nunca mais você chega perto dele’ (Maria).

Em outro relato Maria deixa transparecer como o modelo social de mulher que sua mãe transmitiu, influenciou o aparecimento de conflitos entre as duas.

Um dia nós brigamos aqui por causa da minha filha ter brincado na terra. Ela tava com quase 9 anos e minha mãe não aceitou, porque ela já tava mocinha e não tinha que brincar na terra... e eu não aceitei. A filha era minha então eu acho que quem mandava era eu, só que ela intrometia. Ela veio me agredir e eu disse: ‘não sou criança mais’ e segurei no braço dela e empurrei (Maria).

Nesse relato, pôde-se inferir um modelo social de mulher com uma conotação negativa, no qual a criança, por ser mulher, tem tolhida a sua espontaneidade, devendo

zelar pelo recato sempre. Durante toda a sua criação, Maria vivenciou episódios que deixavam clara essa forma de sua mãe (avó) ver a mulher. A tentativa da mãe de impor essa visão à Maria foi algo que gerou dificuldades na relação das duas e parece ter se reativado com a maternidade de Maria. Além disso, ela teve um bebê menina, que dentro do modelo apreendido por ela, não era algo positivo. Isso mostra como é delicada a questão do papel e do lugar social da mulher, muitas vezes definido tanto por sua natureza como pela cultura prevalente em uma sociedade, transmitida de forma generacional.

Em relação aos modelos de maternidade vivenciados pelas participantes do estudo, notamos diferentes tipos de dificuldades, que culminavam sempre em uma falta de suporte ou sustentação emocional. A mãe de Lúcia, por exemplo, teve dificuldade em exercer o seu papel de mãe, passando suas responsabilidades de educar para a filha mais velha, como se evidencia no seguinte relato:

(...) então [a mãe] pegou a minha irmã pra tomar conta. Então minha irmã me batia. Ela que começou a tomar conta. Minha mãe olhava pra minha cara e falava: eu vou chamar a ‘Graça’ [irmã]. Ela que era minha mãe, pra que chamar minha irmã? Se ela tinha que me bater, batia ela (Lúcia).

Nina, também, presenciou sua mãe tentando abortar o seu irmão mais novo. Foi uma tentativa mal sucedida, pois o feto já estava com seis meses. Lígia, por sua vez, contando sobre sua mãe, também mostrou como a vivência de maternidade desta esteve associada a fatos ruins: “Ela [mãe] falava que sofreu muito com a gente [filhos] que meu pai sempre deixou ela sofrer muito, que era um filho atrás de outro. Ele ia pra casa de zona [de prostituição], gastava o dinheiro tudo, chegava em casa e ainda batia nela.”

Assim, de modo geral, foram detectados modelos negativos de maternidade, nos quais esta era vista como algo ruim e que devia ser evitado. Sabemos que o sujeito só pode se constituir na sua relação com o outro (Santos & Ghazzi, 2012) e que a transmissão psíquica que ocorre entre as gerações, nas relações familiares e dentro de um contexto cultural e social tem papel fundamental na constituição psíquica de uma pessoa (Correa, 2003). Desse modo, tomando todos os casos analisados, pôde ser notado que as mães das participantes exerceram grande influência sobre suas filhas.

A transmissão acontece de forma muito particular em cada pessoa, pois depende de como ela irá interpretar e elaborar aquilo que lhe é passado. Muitas vezes a elaboração é muito difícil e essa impossibilidade de significação do ocorrido é o que causa a maior parte dos prejuízos para ela.

Esse tipo de transmissão psíquica é chamado de transmissão transgeracional (Correa, 2003).

Sintomas de patologias e de sofrimento psíquico, como no caso da depressão pós-parto, por exemplo, podem estar relacionados a falhas na formação psíquica, que se inicia desde a relação mais inicial com o outro, a relação mãe-bebê. Essas falhas interferem nos processos de incorporação de objetos internos seguros (Correa, 2003), o que parece ser o caso da maioria das entrevistadas deste estudo, que não puderam contar com suas mães para que pudessem realizar essa incorporação adequadamente. Como relata Felice (2006), a maneira de exercer a maternidade, ao ser influenciada pelo psiquismo da mãe e pelos seus objetos internos, ou seja, pelo seu mundo mental, principalmente pela sua figura materna internalizada, se constitui de atitudes e sentimentos que se repetem, proporcionando uma continuidade das vivências maternas. Desse modo, entende-se que a relação com a própria mãe tende a influenciar na maternidade, já que essa relação é essencial na constituição do psiquismo.

Nesta pesquisa, os dados coletados mostraram que as relações estabelecidas foram quase todas conflituosas e os modelos de maternidade e de mulher, no tocante ao seu lugar e papel sociais, foram predominantemente negativos. Isso permite inferir com mais fidedignidade a possibilidade de influência dessas relações e modelos no desencadeamento da depressão pós-parto, pois, nesses casos, a chegada de um filho exigiu muito das mães, que não conseguiram contar com o próprio amadurecimento psíquico para desempenhar satisfatoriamente o papel materno. O seguinte relato torna isso evidente:

(...) no começo foi difícil de aceitar, porque eu sempre falei que eu não queria ter filho, que eu não queria ser mãe, que eu não tava preparada e não queria ter nenhum filho. E hoje não, eu vejo diferente. Eu sempre falava que não queria casar, aí acabei conhecendo, fui morar junto, tal, só que eu ainda não tava assim com aquele compromisso de casamento, eu pensava 'tô morando junto, quando eu resolver eu vou embora', acho que eu não levava muito a sério. Aí eu descobri que eu tava grávida e foi um choque sabe, eu pensei: 'nossa agora realmente um compromisso' uma coisa que eu não esperava, pra mim sempre foi assim, sabe? Eu nunca tive muito compromisso assim. Aí, eu me vi grávida e pensei, agora vai ter que ser diferente, né? Aí, depois que eu tive o meu primeiro, eu engordei muito. Fiquei muito gorda, muito diferente, assim, mudou muito a minha vida em pouco tempo. No começo do ano

eu tava vivendo um tipo de coisa, no mesmo ano eu já tava casada, com filho (...) (Nina).

A maternidade trouxe mudanças bruscas e significou para Nina o compromisso com o marido, a falta de tempo para si e mudanças no corpo. Este momento trouxe as lembranças do que a mãe dizia: "*não case, nem tenha filhos cedo*". Nina presenciou a mãe tomando abortivo e a mãe em dois casamentos que falharam. A depressão, assim, pode ter surgido nesse momento de contato com uma realidade que poderia se assemelhar ao que ela viu acontecer com sua mãe, de aparecimento do medo de que ela não fosse conseguir vivenciar o casamento e a maternidade diferentemente de sua mãe e acabasse falhando como mulher e como mãe, assim como sua mãe o fez.

O caso de Lígia, também, parece exemplificar bem a influência do abandono de sua mãe em seu adocimento. A mãe saiu de casa quando ela era ainda muito nova e, desde então, teve que fazer muita coisa sozinha, porque o pai trabalhava o dia inteiro. Ela sempre achou que deu conta de tudo sozinha, como no relato a seguir: "*Eu achava que eu sabia de tudo, que eu era dona do meu nariz, eu achava que se eu pago minhas contas, se eu compro minha roupa, se eu estudo, (...), então eu posso fazer o que eu quero*" (Lígia). A maternidade parece ter sido pensada da mesma maneira, como algo que ela daria conta tranquilamente. Contudo, nesse momento de sua vida, ela parece ter revivido toda a história de abandono pela mãe.

Eu sentia que precisava de mais ajuda, que as pessoas tinham que ficar ao meu redor, não podiam me abandonar, não podia deixar eu cair no chão, tinham que me acompanhar, me ajudar, estar lá em casa, não me deixar ficar sozinha, eu não queria ficar sozinha, queria sempre ter uma pessoa junto comigo, não queria ficar sozinha com o neném, pra me sentir mais segura, (...) achava que a família tinha que me ajudar a tomar conta, achava que minha mãe... igual a mãe dos outros, porque eu via as mães dos outros no hospital, de outras meninas, nossa eu tinha raiva, não é possível, a minha era inútil (...) (Lígia).

A história de Maria também mostra como o fato de haver uma confusão em relação à sua identidade, pois até os sete anos não sabia que tinha uma mãe que não era a que se apresentava, influenciou posteriormente, no momento em que teve que viver sua maternidade. Quando teve sua filha não conseguia reconhecê-la como tal, suas características físicas não eram as que ela esperava para seu bebê, queria que a filha fosse "branquinha e loirinha" como a família do pai. Porém, ela nasceu morena e com os

cabelos cacheados, o que, na realidade, eram características dela própria. Ao se identificar fisicamente com a filha, ela era remetida à sua própria história, na qual também não foi reconhecida por sua mãe. Além disso, há o fato de a recém-nascida ser diferente daquela que ela idealizou. É necessário que haja uma reconstrução das representações criadas pela mãe e também pelo pai a respeito de quem é o filho e uma adaptação a esse ser, que é diferente do que foi imaginado. Trata-se de “um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações” (Maldonado, 1989, p.42).

Essa dificuldade para lidar com a criança parece ter sido um importante fator de influência no desencadeamento da depressão pós-parto. Maria demorou a conseguir estabelecer uma relação de mais proximidade com a filha e chegou a esquecê-la em cima da cama após ter lhe dado um banho. Ela só se recordou da filha, quando esta começou a chorar após cair da cama e se machucar em um prego. Maria vivenciou com a filha algo que ela própria vivenciou com a mãe, quando ainda era bebê, e que se presume ter estado sempre presente em sua vida psíquica: a mãe biológica a deixou sozinha dentro de casa por mais de um dia sem trocá-la ou alimentá-la, antes de ser adotada pela avó materna.

Sem uma boa identificação com a criança, que permita à mãe se colocar na pele desta e, assim, saber o que ela necessita, Winnicott (1993) acredita que não é possível dar-lhe a provisão necessária, o que é muito preocupante, já que a mãe é, em geral, a pessoa responsável por conduzir o filho a um desenvolvimento saudável. No caso de Maria, a identificação parece tê-la remetido aos aspectos negativos de sua relação com a própria mãe e, sendo assim, as dificuldades de atender ao que a filha necessitava podem ter sido influentes em seu quadro de depressão.

Como exposto na revisão de literatura, a depressão pós-parto pode ser causada por vários fatores, combinados ou não. Em todos os casos aqui analisados, alguns desses fatores estiveram presentes e podem ser considerados relevantes, como: gravidez na adolescência, dificuldades socioeconômicas, problema na amamentação da criança, dificuldades no parto e problemas de saúde do recém-nascido. Todos esses fatores não podem ser ignorados, porém, este estudo pôde se atentar para a relação das participantes com suas mães e os modelos destas de mulher (lugar e papel sociais) e de maternidade, que, também, devem ser considerados, uma vez que o relato das participantes trouxe situações contundentes que não podem ser alijadas do adoecimento dessas mulheres.

Dentre os fatores citados na revisão como causadores da depressão pós-parto, encontram-se a falta de suporte tanto social como emocional e psicológico e a sobrecarga e falta de suporte por parte dos familiares (Baptista & Baptista,

2005; Felix et al., 2008; Fonseca et al., 2010; Nascimento et al., 2009; Santos Junior et al., 2009; Schwengber & Piccinini, 2005). Em relação especificamente a esses dois fatores, o presente estudo traz elementos importantes, que podem estar na raiz da má qualidade do suporte emocional e psicológico que as participantes do estudo tiveram. Assim, no discurso dessas cinco mulheres, as vivências que elas tiveram com suas mães em relação à maternidade e ao modelo de mulher (lugar e papel sociais) sugerem uma influência não absoluta, mas importante para o desencadeamento da depressão pós-parto que todas desenvolveram.

O estudo, desse modo, incentiva novos estudos na área, que possam retomar essa temática, investigando lacunas que não puderam ser preenchidas nesta pesquisa. Além disso, possibilita que profissionais da área da saúde possam ampliar o conhecimento sobre os fatores que levam ao adoecimento das mulheres após a gestação e desenvolver ações preventivas, ao considerarem as relações e experiências familiares. A depressão pós-parto é um caso de saúde pública e desenvolver formas de preveni-la ou tratá-la de forma adequada e satisfatória é uma meta que não se pode perder de vista.

REFERÊNCIAS

- Alves, Z. M. M. B. & Silva, M. H. G. F. D da. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia* FFCLRP- USP, (2), 61-69.
- Araújo, C. A. S. (2011). O ambiente winnicottiano. In E. Dias & Z. Loparic (Orgs.), *Winnicott na Escola de São Paulo* (pp. 211-229). São Paulo: DWW Editorial.
- Azevedo, K. R., & Arrais, K. R. (2006). Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276.
- Baptista, A. S. D., & Baptista, M. N. (2005). Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em Psicologia*, 9(1), 155-163.
- Correa, O. B. R. (2003). Transmissão psíquica entre as gerações. *Psicologia USP*, 14(3), 35-45.
- Felice, E. M. (2006). Trajetórias da maternidade e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Mudanças- Psicologia da Saúde*, 14(1), 7-17.
- Felice, E. M. (2007). Transformação e “cura” através da experiência de ser mãe. *Psychê*, 11(21), 145-159.
- Felix, G. M. A., Gomes, A. P. R., & França, P. S. (2008). Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 19(1), 51-60.
- Fonseca, V. R. J. R. M., Silva, G. A., & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 738-746.

- Frizzo, G. B., Kahl, M. L. F. & Oliveira, E. A. F. de (2005). Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. *Psico*, 36(1), 13-20.
- Klein, M. (1981). *Os efeitos das primeiras situações de angústia sobre o desenvolvimento sexual da menina*. In: Klein, M. *Psicanálise da criança* (3ª ed.) (pp. 259-311). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1932).
- Lucena, J. R. L. (2012). “Não se nasce mulher, torna-se mulher”: a (re)construção do conceito de gênero e a superação de imitações teóricas. Trabalho apresentado no XIII Encontro estadual de história: História e historiografia: entre o nacional e o regional. Guarabira, PB.
- Maldonado, M.T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Mattar, R., Silva, E. Y. K., Camano, L., Abrahão, A. R., Colás, O. R., Neto, J. A. et al. (2007). A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(9), 470-477.
- Moraes, V. L. C., & Rubio, J. A. S. (2012). Cognição e afeto se entrelaçam no processo de ensino e aprendizagem. *Revista eletrônica Saberes da Educação*, 3(1), 1-12.
- Motta, M. G., Lucion, A. B., & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 165-176.
- Nascimento, S. R. C., Amorim, M. H. C., Primo, C. C., & Castro, D. S. (2009). Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 11(2) 18-23.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Salud del adolescente. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/. Acesso em: jan 2013.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Rocha-Coutinho, M.L. (2003). Quando o executivo é uma ‘dama’: a mulher, a carreira e as relações familiares. InT. Feres-Carneiro (Org.) *Família e Casal: Arranjos e Demandas Contemporâneas*. Ed. PUC-Rio, Rio de Janeiro, São Paulo, Loyola.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E., & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-280.
- Santos, V. O., Ghazzi, M. S. A. (2012). A transmissão psíquica geracional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32(3), 632-647.
- Santos Junior, H. P. O., Silveira, M. F. A., & Gualda, D. M. R. (2009). Depressão pós-parto: um problema latente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 516-524.
- Saraiva, E. R. A., & Coutinho, M. P. L. (2008). O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(2), 505-527.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 143-156.
- Schwengber, D. D. S., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2009). O impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações acerca da maternidade no contexto da depressão. *PSICO*, 40(3), 382-391.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Winnicott, D. (1993). Preocupação materna primária. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (4ª ed.) (pp. 491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1958).