

Relatos de uma menina mãe: reflexões psicanalíticas sobre perdas e ausência de forças protetoras

Accounts of a girl who is mother: psychoanalytic reflections on losses and the absence of protective forces

DOI:10.34117/bjdv8n3-361

Recebimento dos originais: 27/01/2022

Aceitação para publicação: 25/02/2022

Djenane Alves dos Santos

Mestra em Letras pela UNIR (2012)

Instituição: Universidade Federal de Rondônia

Endereço: BR 364, Km 9,5. CEP: 76801-059 - Porto Velho - RO

E-mail: djenane.santos@unir.br

Francisco Carlos da Silva Lins

Pós-Graduação em Psicologia Infantil (2021)

Endereço: José Vieira Caula, 3754. CEP: 76820-148 - Porto Velho - RO

E-mail: psicoterapiapvh@gmail.com

Rosiane Ribas de Souza Eler

Mestra em Letras pela UNIR (2017)

Instituição: Universidade Federal de Rondônia

Endereço: R. Rio Amazonas, 351 - Jardim dos Migrantes, CEP: 76900-726

Ji-Paraná - RO

E-mail: rosiane.ribas@unir.br

Juliana Isabel R. Fagundes de Carvalho

Mestranda em Linguística

Instituição: Universidade do Estado de Mato Grosso

Endereço: R. José Sarney, 571, apt. 08 - Jardim dos Migrantes, CEP: 76900-622

Ji-Paraná - RO

E-mail: julianausabel@gmail.com

Edneia Bento de Souza Fernandes

Mestra em Letras pela UNIR (2017)

Instituição: Universidade Federal de Rondônia

Endereço: BR 425, Km 2,5. CEP: 76850-000 - Guajará- Mirim- RO

E-mail:edneia.fernandes@unir.br

Joacil Braga Brandão Júnior

Professor de Língua Portuguesa

Endereço: R. Alfeu Tavares, 149 - Rudge Ramos, São Bernardo do Campo – SP

CEP: 09641-000

E-mail: juniorjoacil@gmail.com

Sônia Maria dos Santos Pereira

Graduada em Letras Português pela UNIR (2012)

Endereço: Rua: Elias Gorayeb, 1514. Nossa Senhora das Graças. CEP: 76804-144

Porto Velho - RO

E-mail: soniapereirasm@yahoo.com.br

RESUMO

O presente trabalho visa compreender a Depressão Pós-parto por meio de um olhar psicanalítico, analisando a subjetividade de um caso para promover reflexões a cerca desta patologia, bem como busca analisar quais processos psíquicos se revelam neste caso. Utilizou-se um estudo qualitativo exploratório que teve como objeto de estudo o caso de uma mãe que apresentou subjetividade marcada por rupturas significativas. Destacaram-se dois pontos fundamentais: as perdas e a ausência de forças protetoras que contribuíram para o quadro de Depressão Pós-parto.

Palavras-chave: depressão pós-parto, perdas, luto e melancolia.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to understand the depression concerning the after childbirth on the psychoanalyst view, analyzing the subjective case to promote reflections regarding this pathological problem, as well as to analyse which psychologic process manifests itself in this case. We made a very qualitative research based on a mother's case that showed meaningful abruptions. We pointed out two fundamental points: The losses and absences of the protective strengths that contributed to the image of the after childbirth Depression.

Keywords: depression after childbirth- losses- mourning and melancholy.

1 INTRODUÇÃO

A depressão segundo a OMS é atualmente uma das principais causas de incapacitação em todo mundo, ocupando o quarto lugar entre os principais fatores de patologia, a nível mundial. Ainda segundo os dados da OMS, apresentados em 2017, em 2030, a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, que afetará mais pessoas que qualquer outro problema de saúde (OMS, 2017).

Frequentemente, indícios de depressão ocorrem após o parto e muitos são os fatores que contribuem para esse estado. As mudanças na vida da mulher vão além de alterações biológicas; elas são de cunho físico, emocional e social, relacionadas à chegada de uma nova vida. A própria mulher não entende os fatores que ocorrem durante esse processo gestacional. Muitas das vezes, só o acompanhamento do pré-natal por profissionais poderá esclarecer como esses fatores se manifestam.

Diante dessa constatação, muitos pesquisadores, atualmente, têm se debruçado sobre estudos relacionados a tal episódio depressivo, com o objetivo de compreender as

implicações da depressão pós-parto como um caso de saúde pública. Desta forma, iniciamos com uma revisão da literatura sobre essa patologia, que guiou o estudo do caso que apresentamos a seguir.

Destacamos a relevância desta pesquisa para a saúde da mulher, tendo em vista a contribuição na promoção de saúde e compreensão de distúrbios na fase pós-gestacional. Importante, também, a contribuição para a instrumentalização dos profissionais de saúde, para que estejam capacitados a realizar um trabalho eficiente de acompanhamento na rede pública e privada.

Especificamente, este estudo se propõe a compreender a depressão pós-parto por meio de um olhar psicanalítico, analisando a subjetividade de um caso para promover reflexões a cerca desta patologia. Para tanto, levantamos as seguintes questões: Quais processos psíquicos se revelam em mulheres que passaram por depressão pós-parto? De que forma esses processos interferem na saúde mental e na subjetividade delas?

Para responder a estes questionamentos, realizamos a presente pesquisa por meio de um estudo qualitativo de caráter exploratório que teve como objeto de estudo, o caso de uma participante, escolhida a partir de entrevistas realizadas com 4 mães que apresentaram características de depressão, após o nascimento de seu primeiro filho.

2 METODOLOGIA

Este estudo de caso foi efetivado na cidade de Porto Velho-RO, para o qual foram realizadas entrevistas com mulheres de diferentes bairros, que procuraram apoio profissional em Centros de Atenção Psicossocial da cidade e que apresentaram características de depressão, após o nascimento de seu primeiro filho. Das quatro mães entrevistadas, selecionamos três que apresentaram traços indicativos de estado depressivo e uma com menção a diagnóstico comprovado de depressão. Não fizemos exclusão por conta de idade, já que nosso objetivo foi tentar entender o que essas mães passaram após o nascimento de seus filhos.

As entrevistas aconteceram de forma individual e tiveram como objetivo obter dados que possibilitassem avaliar se havia ou não um processo de adoecimento psíquico ocorrido por ocasião da gravidez.

As mães entrevistadas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual é instrumento fundamental nos procedimentos de pesquisa, de forma a assegurar o voluntariado das participantes sem lhe

causar danos. Os nomes das participantes também foram modificados para preservar suas identidades.

Nas entrevistas, utilizaram-se questões abertas, nas quais a mãe poderia falar, livremente, sobre a experiência da maternidade e dar informações em relação à depressão pós-parto. Martins (2008) explica que questões abertas são aquelas nas quais o pesquisador solicita opinião emitida pelo sujeito, usando, para isso, suas próprias palavras.

Com os relatos obtidos, foi realizada uma triagem nos questionários, visando verificar, inicialmente, se as mães apresentavam indicadores de depressão. Após essa primeira apreciação, foi escolhido um caso, com fins de delimitação do corpus, para ser o objeto de análise psicanalítica. O motivo que levou à escolha deste caso foi por apresentar a vida de uma mãe que teve sua subjetividade muito marcada por rupturas significativas.

Desta forma, como instrumento de análise, utilizou-se a abordagem psicanalítica como referência fundamental, que segundo Silva e Zanetti (2012), não se restringe apenas ao psiquismo da paciente, mas também ao sofrimento decorrente dessa patologia.

Para tanto, esta pesquisa teve uma abordagem qualitativa, cujo eixo norteador é dado por Minayo (2008, p. 57) que define o método qualitativo como “aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam”.

O método em questão, além de permitir revelar os processos subjetivos referentes a determinados grupos, torna favorável a construção de interpretações de casos, revisão e criação de conceitos.

O meio utilizado para entender o referido público foi o estudo de caso, que, segundo Yin (2005, p. 15) é:

a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Assim, o estudo de caso realizado apresenta significativos fenômenos contemporâneos, deparando-se com ocorrências peculiares das mulheres da sociedade atual.

Ainda sobre o estudo caso, Godoy (1995) acrescenta que se trata de um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Visa ao exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ALGUMAS DEFINIÇÕES

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV (1994, p.142) descreve a Depressão Pós-parto como:

Sintomas comuns em episódios com início pós-parto, embora não exclusivos deste período, incluem flutuações e instabilidade do humor e preocupação com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante. A presença de ruminções graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê está associado a um risco significativamente aumentado de danos a ele.

Ainda no que tange à conceituação e classificação da depressão pós-parto, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde CID-10 (2003), as alterações psíquicas em período puerperal podem ser divididas em três tipos; a Síndrome de Tristeza Pós-Parto (Maternity Blues), a Depressão Puerperal ou Depressão pós-parto e a psicose puerperal. Para uma melhor compreensão desses transtornos puerperais, é necessário que se faça uma distinção entre eles, uma vez que os quadros como tristeza materna, depressão pós-parto e psicose puerperal variam de intensidade e até mesmo de duração.

Desta forma, a depressão pós-parto pode se iniciar com a tristeza materna, quando os sintomas não desaparecem, podendo ser gerada por diversos fatores, sociais, falta de apoio econômico, falta de um relacionamento de confiança ou por fatores biológicos, como desequilíbrio de hormônios da tireoide como o estrogênio, progesterona e do cortisol devido ao *stress* (BARINI, 2008).

Há ainda a forma menos intensa da depressão pós-parto, conhecida como *baby blues*, ou melancolia do pós-parto. Surge na maioria das vezes, até o quarto dia do nascimento do bebê e dura no máximo uma semana, tendo sintomas parecidos com os da depressão pós-parto. Um *baby blues* muito intenso e longo demais pode ocasionar, posteriormente, uma depressão pós-parto mais grave, portanto, é importante o acompanhamento das mulheres na primeira semana depois do nascimento do filho (BARINI, 2008).

Sobre a forma menos intensa da depressão que ocorre após o parto, Miller (*apud* FRIZZO; PICCININI, 2005, p. 48)¹ explica que “a melancolia da maternidade parece ser um estado mais reativo do que um estado de depressão propriamente dita e pode ser concomitante a mudanças neurofisiológicas normais no puerpério”. Portanto, se trata de um estado considerado normal.

Em contrapartida, a Psicose Puerperal aparece, comumente, nas três primeiras semanas após o parto, apresentando perturbações psíquicas severas com riscos de vida para o bebê. Soifer (1992, p. 83) explica que a mulher

torna-se ensimesmada, afastada, triste, rejeita o filho, em geral declara que não pode vê-lo, sofre insônia, inapetência, descuida-se da própria aparência, não se veste, não se banha nem se penteia. Muitas vezes faz referência a alucinações, geralmente auditivas, ou exprime ideias delirantes.[...] a ansiedade é de esvaziamento ou de castração. As idéias delirantes são do tipo paranóide: alguém vem roubar a paciente, matá-la, envenená-la.

Além disso, a autora explica que essa patologia pode trazer delírios e alucinações que podem envolver o bebê. Há, portanto, graves riscos para a mãe e filho.

Neste artigo, teremos como objeto de estudo, a Depressão Puerperal ou Depressão Pós-parto. No que se refere ao conceito de puerpério, segundo Arrais (2005), é definido como o período que sucede o parto, podendo estender-se até sessenta dias após o nascimento do bebê. Durante esse período, a mulher gestante passa por mudanças significativas, que acontecem para que ela retorne ao estado pré-gestacional.

Assim, a fase puerperal é importante e delicada para as mulheres, pois neste período ocorrem mudanças hormonais e fisiológicas causando alterações de humor. Entretanto, a existência de episódios depressivos anteriores não pode ser descartada, pois é um dos fatores de risco a que se deve atenção.

Para Iaconelli (2005), existem outros fatores que podem ser considerados de risco para uma futura depressão pós-parto. Esses fatores estão sendo estudados e demonstram uma ligação direta com a patologia. Dentre eles, estão: mulheres com sintomas depressivos durante e depois da gestação, mulheres com histórico de transtornos afetivos, mulheres que sofrem no período de TPM (Tensão Pré-menstrual), mulheres que passaram por problemas de infertilidade ou sofreram dificuldades na gestação, mulheres que foram submetidas à cesariana, mulheres vítimas de carência social, mulheres que perderam pessoas importantes, que perderam um filho anterior, mulheres cujo bebê apresenta

¹ MILLER, L.M. **Postpartum mood disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

anomalias após seu nascimento, mulheres com dificuldades conjugais e mulheres que casaram em decorrência de terem ficado grávidas.

Todos esses fatores, bem como o histórico de vida e saúde das mulheres, têm sido apontados pelos estudiosos como indicadores de risco que devem ser levados em conta para fins de prevenção ou tratamento da depressão materna.

3.2 NARCISISMO DE FREUD

A maternidade é idealizada como a figura de uma mãe sempre disposta a prestar amor incondicional ao filho. Nesta ideia, é impensável que a mãe possa expressar sentimentos negativos ao bebê que ela trouxe ao mundo como “uma dádiva ou dom”. Iaconelli (2005, p. 3) detalha a visão do senso comum da seguinte forma:

Existe um tabu cultural em relação ao tema gestação e depressão, como se a mulher devesse estar radiante pelo nascimento de seu filho e ela fosse culpada de uma espécie de “ingratidão”, pois “ela tem tudo e mesmo assim sofre”. Nesta visão, o sofrimento de uma mãe de bebê recém-nascido seria decorrente de uma incapacidade de dar valor ao “milagre da maternidade”. O senso comum tende a esconder a real natureza da tarefa de vir a ser mãe.

Assim, a ideia de ser mãe fica influenciada pela imagem da alegria e gratidão materna, escondendo-se os processos psíquicos complexos que merecem a atenção por parte da família.

Segundo Iaconelli (2005) esses processos psíquicos se desenvolvem no encadeamento de transformações que uma mulher precisa passar no ciclo gravídico-puerperal. Esse ciclo abarca três grandes momentos, nos quais se desenvolvem pequenas etapas vividas de forma diferente para cada sujeito: a transformação da filha em mãe, a transformação da autoimagem corporal e a relação entre a sexualidade e a maternidade. A autora destaca ainda:

Cada um destes temas requer uma reordenação psíquica que incide sobre as vicissitudes de cada mulher. A mentalidade, de que a chegada de um filho é isenta de ambiguidade, tende a dificultar o auxílio que estas mães precisam receber. Algumas mulheres não conseguem admitir para si mesmas que merecem ajuda, escondendo dos cônjuges e da família seu estado. (IACONELLI, 2005, p. 3).

Assim, a reordenação psíquica pela qual passa o sujeito é um processo que abarca a história de vida de cada um, sendo singular, dado a particularidade de cada contexto de vida. O mito da positividade da chegada do bebê, desta maneira, oculta os ciclos

complexos e ambíguos da transformação feminina, podendo impedir o auxílio e a atenção que as mulheres necessitam receber.

Um dos processos psíquicos complexos que pode ocorrer por ocasião da maternidade se refere à neurose narcísica. O estudo sobre narcisismo, considerado por Freud (1914, p. 82) como “a libido afastada do mundo externo e dirigida para o ego” é um dos trabalhos mais importantes de seu legado teórico. Este estudo é imprescindível para compreender os conceitos da psicanálise. Freud (1914, p. 82-83) propõe o conceito de narcisismo como uma alternativa à libido não sexual “Assim, formamos a ideia de que há uma catexia² libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais” O teórico afirma: “Também vemos, em linhas gerais, um antítese entre a libido do ego e a libido objetal” (FREUD, 1914, p. 83). Assim, ele traça a diferença entre libido do ego e libido objetal.

Ao fazer essa distinção entre dois tipos de libido, Freud (1996 [1914]) explica que quanto mais uma delas é empregada a outra se esvazia. A libido objetal elevada refere-se à possibilidade de o indivíduo desistir de sua própria personalidade em favor de uma catexia objetal, como por exemplo, o caso de uma pessoa apaixonada, ao passo que a condição oposta ocorre na fantasia do paranóico.

Na Conferência XXVI – A Teoria da Libido e o Narcisismo (1917 [1916 – 1917]), Freud observa: “A hipótese de que a libido objetal se possa transformar em libido do ego, parece-nos, pois, ser a única que pode resolver o enigma daquilo que se denomina de neuroses narcísicas” (p. 490).

Observa-se assim, que a retirada da libido do objeto para o ego, sem retorno ao objeto pode indicar processo patológico. Martins (2006, p.63), com base nos estudos do Narcisismo freudiano explica que:

A retirada da libido objetal para o ego não é diretamente patogênica: somente o será quando sua retirada para o ego é forçada por um processo muito intenso vivido pela pessoa. Aqui, haverá uma interferência na mobilidade da libido que se tornou narcísica e não consegue retornar aos objetos, tornando-se patogênica, pois é provável que haja uma intolerância à acumulação de libido narcísica acima de determinado nível.

² De acordo com o Dicionário de Psicanálise (1998, p.108), o termo catexia se refere a “investimento”, termo utilizado por Freud para designar uma mobilização de energia pulsional que tem por consequência ligar esta última a uma representação.

Assim, vemos que, no que se refere às negociações psíquicas do ego, a libido necessita estar em movimento de retorno do mundo externo para o ego e do ego para o mundo externo. No que se refere à maternidade, tanto a libido da mãe pode se retirar do ego para empregá-la no bebê, como, ao contrário, pode retirar-se forçadamente, por um processo intenso vivido, do bebê para seu ego não conseguindo retornar ao objeto/bebê.

3.3 LUTO E MELANCOLIA DE FREUD

A maternidade traz perdas decorrentes da transformação pela qual passa a mulher: perda do corpo, perda da rotina, perda de si em função de outro ser. Contudo, estas perdas não configuram em si predisposições para desencadear uma patologia, sendo, de certa forma, aceitas pela mulher por ocasião da maternidade.

As perdas constituem um tema central de intersecção entre o luto e a melancolia teorizados por Freud (1917 [1915]), pois a perda é o ponto de partida para o desencadeamento de ambos.

Freud (1917 [1915]) compara a melancolia com o afeto normal do luto. Em relação a este último, o teórico explica que se trata da reação à perda de um ente querido ou à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, envolvendo graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida. Entretanto, este estado não pode ser considerado como condição patológica, pois será superado após lapso de tempo, sendo até mesmo prejudicial a tentativa de interferência em relação a ele.

Assim sendo, de acordo com o autor, o luto realiza um trabalho extremamente penoso para o sujeito, pois o objeto amado não existe mais, por isso toda a libido se retira das ligações com aquele objeto, contudo em um processo relutante, que consiste, primeiramente, em apego ao objeto e depois prevalece o respeito pela realidade. A realidade impõe ao sujeito a execução de suas ordens, embora não sejam obedecidas imediatamente:

São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e energia catexical, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexicada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas (FREUD 1917 [1915], p. 250-251).

Desta maneira, a detenção da realidade pelo sujeito se faz de forma fragmentada e extremamente penosa. Contudo, quando esse trabalho se conclui, o ego fica novamente livre para se relacionar com o mundo externo.

Por outro lado, a melancolia é considerada como o estado patológico, no qual, ocorre o mesmo processo de perda do luto. Porém, na melancolia acrescenta-se uma perda em relação a si próprio, ou seja, a perda da autoestima ou o esvaziamento do ego. Além disso, o sujeito não consegue fazer o retorno para o mundo externo.

Freud (1917 [1915], p. 251) explica que na melancolia as perdas são de natureza ideal “O objeto talvez não tenha realmente morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor”. Assim, não se pode ver claramente o que foi perdido, estando essa perda no campo das ideias. O teórico explica ainda que o sujeito pode saber *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém. “Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda (FREUD, 1917 [1915], p. 251)”. Desta forma, no trabalho do luto, as perdas são plenamente explicadas, ao passo que na melancolia a perda parece enigmática.

Portanto, os processos que ocorrem na melancolia são semelhantes aos do luto com a principal distinção: “No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego (FREUD, 1917 [1915])”. Em outras palavras, essa diferença constitui, conforme o autor, uma diminuição extraordinária da autoestima, um empobrecimento do ego em grande escala.

Em relação à maternidade, as perdas decorrentes da gravidez podem estar relacionadas ao estado de luto quando esse processo é consciente, ou seja, pode haver uma disposição em aceitar as perdas advindas da gravidez. Em contrapartida, quando não há renúncia pelo que se perdeu ou não há consciência do que se perdeu, pode ocorrer, na mãe, diminuição da autoestima, recolhimento para o ego, falta de conexão com o mundo exterior, que caracterizam o processo de melancolia.

4 RELATO DO CASO

Ana engravidou na adolescência, aos 14 anos, sem planejar. Não era casada, estava namorando. Sua vida familiar anterior à gravidez lhe trazia sentimentos negativos em relação aos pais e ao lar: — *Meu pai ficava embriagado na maioria das vezes e tinha vergonha disso, mas ele era sempre bondoso. Minha mãe era muito irritada com tudo e*

agressiva. Não era muito bom ficar em casa, descrevendo que somente com os irmãos tinha uma convivência boa.

Ao relatar sua rotina antes da gravidez, há indícios de uma vida sobrecarregada para uma adolescente: — *Ficava em casa cuidando dos meus irmãos mais novos durante a manhã, cuidava de todos os serviços da casa e fazia almoço, porque minha mãe trabalhava fora e, à tarde, ia para a escola. Não tinha bem definido qual seria meu futuro, apenas estudar. O que pode ter gerado desejo de libertação: — Quando comecei a namorar pensava em casar para ter minha própria casa e mais liberdade.*

No dia que soube que estava grávida sentiu tristeza, desespero e medo especificamente da mãe: — *Sim, foi muito difícil porque não esperava uma gravidez. Fiquei triste e desesperada. Não sabia o que fazer. Senti muito medo da minha mãe. Ana descreve a reação de seus pais e família diante de sua gravidez como algo desastroso, num cenário de dor, tristeza e repressão: — Foi muito ruim. Foi um choque para todos. Muita tristeza de todo lado. Minha mãe ficou furiosa, disse coisas muito pesadas, xingamentos e maldições. Meu pai e irmãos ficavam calados e tristes. Minha mãe passou a me tratar mal, enquanto estive com ela e depois quando visitava a casa dela também.*

Seus sentimentos durante a gravidez envolvem um quadro negativo, generalizado em relação a si, à família e à sociedade: — *Me sentia muito triste, não via nenhum motivo para ficar feliz. Toda minha rotina estava desfeita, fiquei sem rumo, sem saber o que fazer, tive que me casar pra sair de casa, minha mãe não me queria mais na casa dela. Depois que me casei, sentia muita falta da casa de minha mãe e dos meus irmãos, isso me deixava triste. Meu corpo ia mudando e eu sentia vergonha das pessoas, de aparecer na rua. Por isso, não estudei naquele ano.*

Durante a gravidez, algo positivo é relatado por Ana, contudo, nota-se a possibilidade de fuga da realidade. Não deixa de relatar seu descontentamento ou desilusão da perda do ambiente do lar; parece haver sentimentos ambíguos: — *Comecei a trabalhar no restaurante da minha sogra. Isso foi bom porque ficava ocupada e à tarde fazia as compras do restaurante com meu marido. À noite, muitas vezes, ficava na frente da casa olhando para a rua.*

Consequentemente, à imersão de pressões negativas, o relacionamento conjugal era marcado por conflitos: — *Não foi muito fácil, porque não sentia desejo sexual, isso fazia com que ele ficasse irritado comigo e brigávamos muito. Ele era agressivo.*

As impressões em relação ao bebê antes e depois do nascimento demonstram um quadro de medo e desconfiança antes do nascimento: — *Antes do nascimento tinha muito*

medo do bebê nascer com problemas, pensava nisso sempre e pedia muito a Deus que isso não acontecesse. A menção a Deus pode indicar receio e possibilidade de castigo divino.

Após o nascimento, Ana não soube dizer o que sentia. A omissão do sentimento pode ter sido uma forma de esconder uma declaração de infelicidade pela chegada do bebê, num contexto cultural no qual a chegada de uma criança deve ser permeada de alegria: — *Depois (do nascimento)...não sei dizer o que sentia.* Esta declaração pode esconder um quadro de tristeza pela chegada do bebê.

O momento do parto lhe trouxe uma espécie de alívio da situação de gravidez, seguida de medo de morte e novamente o encontro com o desagrado e desafeto de sua mãe: — *Fiquei feliz quando senti as primeiras contrações. Não tinha medo do parto, queria que tudo passasse logo. Estava acompanhada pela minha sogra e uma parteira da igreja. Achei que ia morrer no parto, achei que não ia suportar as dores. Quando vi o bebê, apenas senti alívio por ele não apresentar defeito físico. Minha mãe e outras pessoas da família foram me visitar na maternidade. Quando sai da sala de parto, minha mãe me olhou com decepção e sarcasmo, perguntou se eu tinha gostado do que passei.*

O retorno para casa foi marcado pela boa receptividade da família do marido. Entretanto, não há menção da receptividade de sua família: — *Fui bem recebida por meus sogros. Minha sogra preparou um chá de bebê com as mulheres do curso de vaso que fazíamos. Essas pessoas estavam me esperando na minha casa, levaram presentes e muitas outras pessoas me visitaram.* Nesta declaração, como em outras do questionário, parece que o papel de mãe estava sendo desempenhado pela sogra.

No pós-parto, os relatos apontaram indícios de estado depressivo: — *Minha irmã mais velha me ajudou durante uma semana. Nesse período, ela colocava umas músicas instrumentais e eu chorava constantemente sem saber o porquê. Durante a noite, minha sogra me ajudava e me ensinava muitas coisas. Nas semanas seguintes, minha irmã mais nova me ajudava. Não tinha apetite, fui emagrecendo rapidamente e não tive como amamentar, pois não produzia leite. Chorava com o bebê durante as madrugadas sem dormir.*

A percepção em relação ao bebê, na pergunta “O que sentia por ele?” difere da declaração anterior, na qual Ana não sabia o que dizer. Nesta, ela descreve sentimentos positivos que podem indicar sentimentos dúbios: — *Sentia ternura por ele, era lindo, passou a ser o motivo das minhas ações, dos meus pensamentos.*

As declarações sobre si mesma, aparência e futuro, indicam quadro depressivo: — *Era bem difícil pensar na maternidade como algo bom, porque não podia dormir direito, nem me vestir bem, nem poder sair, passear. Não gostava da minha aparência, não conseguia me sentir bem, me sentia feia, dependente dos outros, muitas vezes chorava sozinha, na cama e enquanto cuidava do bebê. Voltei a estudar, e isso me fazia sentir melhor. Pensava que por meio dos estudos poderia ter um futuro melhor.*

Ana estudou, embora o marido não concordasse, conforme relatado: — *Meu estado de tristeza se agravou com o passar do tempo, ia para a escola contra a vontade do meu marido e por isso, sempre tinha brigas. Passei a ter medo de ficar só em ambientes, medo de morrer e experimentava sintomas de ansiedade diante assuntos negativos. Depois de alguns anos fiquei acamada, não conseguia assistir televisão, tinha crises nervosas e de pânico em situações que me causavam medo. Fui, então, levada, por minha avó, ao psiquiatra que diagnosticou depressão e síndrome de pânico e passei a fazer uso dos medicamentos rivotril e anafranil.*

5 ANÁLISE DE DADOS

Ao caso de Ana, pode-se atribuir rupturas significativas em sua subjetividade. O caso apresenta uma trajetória peculiar marcada por indicadores de depressão. Com o intuito de delimitação, nesta análise, se destacam apenas dois aspectos das condições nas quais se desenvolveu a patologia: as perdas e a ausência de forças protetoras.

5.1 PERDAS

De acordo com os autores citados no aporte teórico, alguns acontecimentos como separações de pessoas importantes, conflitos com o marido e/ou com a mãe da puérpera e acontecimentos problemáticos relacionados ao parto ou ao período após o parto têm valor preditivo para a depressão materna.

Ana relata a relação com sua mãe, anterior à gravidez, como marcada por desajustes emocionais e crises como agressividade, irritabilidade da mãe, pressão ao desempenhar a função da mãe, quando preparava as refeições, cuidava da casa e dos irmãos. Destaca ainda, medo, especificamente da mãe, ao descobrir que estava grávida.

Fenichel (1981) assinala as representações das experiências infantis da puérpera com a própria mãe como um fator-chave para o início da depressão pós-parto. Segundo ele, quando as representações são positivas, a mulher estará psicologicamente munida para assumir as tarefas maternas, entusiasticamente. Em contrapartida, as que possuem

representações negativas de suas experiências infantis com a mãe são apáticas na interação com o filho e hesitantes na aceitação da maternidade.

De modo geral, Ana teve que lidar com muitos lutos advindos da gravidez, ainda que inconscientes; somando-se a isso os lutos próprios da adolescência. De acordo com Freud (1996, p. 250) “o luto de modo geral é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido”. Freud (1917 [1915], p. 250) diz ainda “objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com o objeto”. Sobre isso, Boukobza (2000) relaciona a depressão pós-parto com a renúncia muito forte que a mãe precisa realizar com a chegada do bebê, que perturba profundamente a imagem narcísica dela mesma, tornando-se o bebê um intruso, que irá perturbar e usurpar seu espaço psíquico.

Deste modo, Ana teve como perda, por consequência da gravidez, o ambiente que lhe abrigava. Embora este ambiente fosse marcado por rupturas, como dito anteriormente, constituía, ainda assim, sua referência de lar.

As perdas, neste caso, foram: sua rotina, sua adolescência, escola, mãe, irmãos, família. Isso se evidencia em suas declarações: — *Me sentia muito triste, não via nenhum motivo para ficar feliz. Toda minha rotina estava desfeita, fiquei sem rumo, sem saber o que fazer. Depois que me casei, sentia muita falta da casa de minha mãe e dos meus irmãos, isso me deixava triste.*

A noção de perda em Freud (1917 [1915]) é considerada como um ponto central comum entre o luto e a melancolia. Ambas são causadas pela perda, contudo, a melancolia é considerada como estado patológico de viver o luto, na qual advém a perda de interesse pelo externo, podendo a perda ser também de si próprio, ou seja, da autoestima, o esvaziamento do ego.

Depois do parto, Ana descreve seu estado com as seguintes declarações: — *eu chorava constantemente sem saber o porquê... Não tinha apetite, fui emagrecendo rapidamente e não tive como amamentar, pois não produzia leite. Chorava com o bebê durante as madrugadas sem dormir...meu estado de tristeza se agravou com o passar do tempo, passei a ter medo de ficar só em ambientes, medo de morrer e experimentava sintomas de ansiedade diante assuntos negativos.*

Assim, vemos no caso de Ana, acontecimentos psicossociais característicos de melancolia, descrita por Freud (1917 [1915], p. 250):

Os traços distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. Esse quadro torna-se um pouco mais inteligível quando consideramos que, com uma única exceção, os mesmos traços são encontrados no luto. A perturbação da auto-estima está ausente no luto; afora isso, porém, as características são as mesmas.

Portanto, a melancolia pode ser considerada como um estado patológico da vivência do luto. Os traços psicológicos de Ana como vergonha das pessoas, sentir-se feia, dependente, não sair à rua, medo do castigo divino, etc., indicam o estado de melancolia, cujas características podem se relacionar às descritas por Freud.

A pressão familiar advinda da punição, a recriminação e a rejeição da gravidez de Ana, somada às suas perdas, possivelmente, podem ter sido tão intensas, em seu estado psíquico, que provavelmente, seu organismo tenha reagido não produzindo o leite materno: — *não tive como amamentar, pois não produzia leite*. Sobre o assunto Martins (2006) explica que na interação entre a mãe e o bebê podem ocorrer muitas situações que levam à frustração das expectativas e necessidades de ambos, estabelecendo círculos viciosos de angústia materna e ansiedade do bebê, podendo culminar com a agalactia total e o estado depressivo da mãe.

Ainda no que diz respeito às perdas, Freud (1917 [1915]), explica que a disposição para o luto é dolorosa, pois o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Diz ainda:

Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evoca e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas. Porque essa transigência, pela qual o domínio da realidade se faz fragmentariamente, deve ser tão extraordinariamente penosa, de forma alguma é coisa fácil de explicar em termos de economia... Contudo, o fato é que, quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido (FREUD, 1917 [1915], p. 250-251).

Ana não evocou cada uma das lembranças e expectativas do que perdeu pelo fato de haver, nesse processo, perdas conscientes e inconscientes.

No que se refere às perdas conscientes, a evocação das lembranças poderia ter sido demasiadamente penosa para seu estado de desilusão consigo mesma, para que houvesse, assim, o processo gradual de retirada da libido dos objetos perdidos para uma renúncia do que perdeu a fim de que realizasse um retorno ao relacionamento com o mundo externo.

Sobre as perdas inconscientes, Freud (1917 [1915]) comenta que a melancolia está de alguma forma, relacionada a uma perda objetual inconsciente, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda. O teórico explica ainda que o sujeito pode saber *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém. Por esse motivo, possivelmente, Ana sentia ausência do que não teve em sua infância, qual seja, a reafirmação do amor e proteção dos pais e, conseqüentemente, não tinha consciência de tais objetos perdidos para que se realizasse a renúncia.

Isso se evidencia no agravamento de seu estado depressivo com o passar do tempo: — *Meu estado de tristeza se agravou com o passar do tempo, passei a ter medo de ficar só em ambientes, medo de morrer e experimentava sintomas de ansiedade diante assuntos negativos. Depois de alguns anos fiquei acamada, não conseguia assistir televisão, tinha crises nervosas e de pânico em situações que me causavam medo. Fui então levada por minha avó ao psiquiatra que diagnosticou depressão e síndrome de pânico e passei a fazer uso dos medicamentos rivotril e anafranil*

Além dos aspectos mencionados, seu quadro pode ter sido agravado por falta de acolhimento no novo espaço físico e emocional que seria ocupado por ela. Embora, neste novo ambiente, a sogra tenha realizado o papel de sua mãe ao ensiná-la e acolhê-la, esse fato não foi suficiente para suprir uma ausência que, possivelmente, se iniciou na infância.

Assim sendo, Ana não estava pronta a desempenhar o novo papel apresentado, além disso, não encontrou forças protetoras externas, prolongando-se, desta maneira, o estado de melancolia e deixando de concluir-se o trabalho do luto.

5.2 AUSÊNCIA DE FORÇAS PROTETORAS

O rompimento de forças protetoras pode ocorrer por falta de alicerce emocional solidificado em vínculos familiares. Ana viveu um vínculo familiar fragilizado anterior à gravidez. Possivelmente, a constituição da personalidade de Ana já tinha sido afetada pela falta de forças protetoras na infância.

Assim, a gravidez na adolescência pode ter sido uma consequência de rupturas existentes desde seus primeiros anos. Contudo, o suporte protetor conhecido por ela, apesar da fragilidade, era simbolizado por sua família e escola. A gravidez desfez este suporte, tornando essa mulher ainda mais vulnerável e insegura diante de eventos desconhecidos para ela. Sentiu-se sozinha diante de um turbilhão de mudanças e, talvez, novamente, não obteve o devido apoio da família que lhe poderia representar proteção.

Harvey (2002) explica que hoje em dia, as mulheres podem tornar-se muito isoladas o que trará repercussões em termos de não ter com quem contar, após o nascimento do bebê. “Acredita-se que esse isolamento seja um dos mais importantes fatores para a elevação da taxa de incidência de depressão pós-parto” (HARVEY, 2002, p. 29). Uma evidência de rejeição, que pode ter ocasionado o isolamento é perceptível na seguinte declaração de Ana: — *Minha mãe ficou furiosa, disse coisas muito pesadas, xingamentos e maldições. Meu pai e irmãos ficavam calados e tristes. Minha mãe passou a me tratar mal, enquanto estive com ela e depois nas visitas à casa dela também.*

Outra evidência de isolamento e falta de apoio emocional, por parte da mãe, se evidencia neste relato: — *Quando sai da sala de parto minha mãe me olhou com decepção e sarcasmo, perguntou se eu tinha gostado do que passei.*

Sobre falta de empatia durante o intraparto, um estudo sobre a violência obstétrica, realizado por Luna *et al* (2022), descreve o seguinte:

Mulheres relataram que a experiência de atos desrespeitosos e abusivos durante o intraparto destruiu seus sentimentos de autoestima e fez com que se sentissem “não humanas”, o que foi relatado principalmente por mulheres que deram à luz seu primeiro filho. Essa desumanização é descrita como negar às pessoas seus atributos humanos, igualando-os a animais. Muitas vezes, é caracterizada por um comportamento humilhante e degradante ou uma falta de empatia e indiferença para com as pessoas. Assim, essa falta de respeito faz com que as parturientes se sintam vulneráveis, desumanizadas e sem valor (LUNA *et al*, 2022, p. 16849).

Percebe-se, assim, que Ana pode ter experimentado rejeição, falta de empatia e falta de apoio afetivo, fato evidenciado no relato anterior, isso pode ter causado um estado de desamparo e vulnerabilidade.

Outro aspecto do estudo de Harvey (2002) é falta de uma relação de confiança: refere-se à necessidade que a nova mãe tem de ter alguém ao seu lado com quem compartilhar suas emoções, problemas, expectativas, etc.; a pessoa mais indicada seria o seu companheiro. “Não ter esse tipo de confidente é outro fator de risco no desenvolvimento da depressão pós-parto, identificado em mães solteiras e nos casais que enfrentam dificuldades no relacionamento” (HARVEY, 2002, p. 32). No caso de Ana, as situações de conflitos vividas com sua mãe, bem como, a incompreensão do marido causaram a impossibilidade de ter alguém para compartilhar emoções, frustrações e expectativas.

Dificuldades financeiras também são apontadas pela autora: as preocupações financeiras podem deprimir as pessoas e “ter ainda um bebê para sustentar pode aumentar

rapidamente as chances de desenvolvimento da depressão pós-parto” (HARVEY, 2002, p. 34). Ana relata sua dependência dos outros. Por se tratar de uma adolescente e estudante, evidencia-se sua dependência financeira, fato que pode ter gerado inúmeras preocupações e insegurança em relação ao filho e ao futuro.

Por último, Harvey (2002) cita as dificuldades de relacionamento: o companheiro da nova mãe tem um papel fundamental para a realização das necessidades de apoio e confiança emocional desta. “É evidente que fissuras existentes nesse relacionamento aumentarão a probabilidade da depressão pós-parto. Elas também podem exacerbar sentimentos de baixa autoestima, culpa e raiva” (HARVEY, 2002, p. 35). Conforme Ana, *Não foi muito fácil, porque não sentia desejo sexual, isso fazia com que ele ficasse irritado comigo e brigávamos muito. Ele era agressivo.*

O marido de Ana não lhe ofereceu apoio, proteção e foi incompreensível quanto ao seu estado, causando-lhe cobrança e aumentando-lhe as ansiedades provocadas por seu novo papel. Sobre isso Soifer (1992, p. 73) advoga que:

Quando a família e os amigos podem colaborar de modo eficiente, tais sensações acabam por se transformar em carinho para com o filho, em alegria pelo seu progresso e crescimento. Mas, como já dissemos, se essa colaboração não é suficiente ou se mostra inadequada, o estado depressivo, mesmo sem chegar à psicose, pode prolongar-se.

Portanto, o apoio que poderia ter vindo do marido não foi suficiente, colaborando para o estado depressivo que se prolongou.

Conforme foi visto, os vínculos familiares são aspectos importantes para a formação das forças protetoras oferecidas à futura mãe. No caso de Ana, esse processo foi fragmentado, desde a infância e, culminou em sua experiência materna.

6 CONCLUSÃO

Neste trabalho, delimitou-se às reflexões sobre apenas dois aspectos das condições nas quais se desenvolveu a patologia: as perdas e a ausência de forças protetoras.

Sobre o tema **as perdas**, advindas da gravidez inesperada de Ana, enumerou-se algumas: sua rotina, sua adolescência, escola, mãe, irmãos, família. Mais do que essas, entretanto, houve a perda de si própria, da autoestima.

Além disso, com base nos estudos de Freud (1917 [1915]), foi verificado que as perdas provocaram em Ana, além do luto, o estado de melancolia, considerada como estado patológico de viver o luto. Desta forma, adveio-lhe a perda de interesse pelo

externo, o esvaziamento do ego, o desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a inibição de toda e qualquer atividade, a autorrecriação.

Destacou-se também que Ana não esperava desempenhar um novo papel e, conseqüentemente, não estava preparada para ocupar um novo espaço físico e emocional para os quais necessitava devido acolhimento e forças protetoras externas.

Sobre a **ausência de forças protetoras** no caso de Ana, foi verificado que os vínculos familiares são apontados como fatores que exercem fortes influências para o desenvolvimento da Depressão Pós-parto, destacando-se, neste estudo de caso, os seguintes: falta de apoio, falta de uma relação de confiança, dificuldades financeiras e dificuldades de relacionamento.

Diante destes pontos observados, conclui-se, com base na teoria freudiana sobre luto e melancolia, que as perdas de Ana foram além do que podia ser identificado por ela, como sua família. Ana não conseguiu renunciar ao que tinha perdido porque, possivelmente, não saiba exatamente qual era a perda. Assim, o objeto perdido pode ter sido não identificado, devido sua ausência desde a infância.

Vimos que, na renúncia, de acordo com Freud, o ego promove a identificação com o que se perdeu e a libido se retira para o ego, então alterado pela identificação. Trata-se de um processo complexo, penoso e necessário da elaboração do luto para a retirada gradual da libido de todas as expectativas ligadas ao que foi perdido para que o ego fique livre para se relacionar com o mundo exterior. Deste modo, ocorre o processo da renúncia em direção ao recomeço. Para tal capacidade, entretanto, há necessidade de um ego fortalecido e consciência do que foi perdido.

Pelo que vimos, as perdas e ausências significativas ocorridas no processo analisado, que foi da infância à gravidez e, culminando no pós-puerpério, promoveram para Ana a fragilização do ego, na vivência da maternidade, na qual há natural vulnerabilidade. Essas condições a levaram ao estado de melancolia e Depressão Pós-parto que, com o passar do tempo, evoluiu para o quadro de depressão e síndrome do pânico.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão Pós-Parto: Para além da padronização patologizante**, Brasília: Universidade de Brasília, 2005 [tese de doutorado]. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia: Universidade de Brasília, 2005.

BARINI, R. Depressão na mulher: uma visão do ginecologista. In: **Anais do Fórum de Psiquiatria**. São Paulo, 2000. Disponível em: www.Psiqweb.med.br. Acesso em 25 de Abril de 2019.

BOUKOBZA, C. **Como um naufrago sobre um rochedo**: a depressão materna no pós-parto. *Psicanálise e clínica de bebê*, ano 4, n. 4, p. 16-27, dez. 2000.

CARLESSON, J. P. P. **Análise da Relação entre Depressão Materna e Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil**, 2011, 160f, Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2011.

CAMACHO, R. S. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento, **Rev. Psiquiatria clínica**. vol. 33, no. 2. São Paulo, 2006.

CID-10, Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, Décima revisão, vol.1, ed. USP, 2003.

CURY, A. F. **Psicodinâmica da gravidez**. In: ZUGAIB, Marcelo et al. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. cap. 8, p. 77-84

DEL-CAMPO, E. R. A. **Medicina legal**. São Paulo: Saraiva, 2005.

FENICHEL, Otto. **Teoria psicanalítica das neuroses**. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1981.

FREUD, S. (1914). **Sobre o narcisismo**: uma introdução. ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, 1996.

_____. (1917 [1915]). **Luto e melancolia**. ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, 1996.

_____. (1917 [1916-1917]). **Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III)**. ESB. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FRIZZO, G. B; PICCININI, C. A. **Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos**, *Psicologia em estudo*, Maringá, v.10, n.1, p. 47-55, jan/abr. 2005.

GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. In: *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo: v. 35, n. 2, p. 57-63, abril, 1995.

HARVEY, E. **Depressão pós-parto**: esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Ágora, 2002.

IACONELLI, V. **Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza.** *Revista Pediatria Moderna*, Julho-Agosto, v. 41, nº 4, 2005.

JADRESIC, M. E. et al. **Depresión en el embarazo y el puerperio:** estudio de factores de riesgo. *Acta psiquiátrica psicol. Am. Lat.*, v. 39, n. 1, p. 63-74, mar. 1993.

LUNA, W.V.F. *Et al.* O violência obstétrica sob a ótica dos sentimentos da parturiente: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, vol 8, No 3, 2022. ISSN: 2525-8761. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/44913/pdf> .

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-**DSM-IV**, 4ª. ed. São Paulo: Artmed, 1994.

MARTINS JUNIOR, J. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso:** instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MARTINS, R. A. O. **A depressão materna do pós-parto:** algumas compreensões e outros neoveiros. 2006. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, M. H. C. **A clínica da maternidade:** os significados psicológicos da depressão pós-parto [Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.]. Florianópolis, SC, 2010. 176 p.

ROUDINESCO, E; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SILVA, E. M.. **Depressão no pós-parto:** aspectos clínicos e epidemiológicos. *Neurobiologia*, v. 61, n. 4, p. 107-114, out./dez. 1998.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

YIN, R.K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.