

A relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio*

Laura Pithan Prochnow

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Santa Maria-RS)

Rita de Cássia Sobreira Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi examinar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. Participaram sete mães adultas com indicadores de depressão. Estes foram avaliados através do Inventário Beck de Depressão e entrevista diagnóstica. As mães também responderam a entrevista sobre a gestação e o parto e sobre a experiência da maternidade. Os resultados de análise de conteúdo das entrevistas indicaram que embora a presença das figuras femininas de apoio tenha sido sentida como alívio e proteção pelas mães, estas delegaram os cuidados dos bebês para as figuras femininas. Nesse sentido, discute-se em que medida estas figuras ajudaram de fato estas mulheres a assumir o papel de mães. Para finalizar, enfatiza-se a importância de se considerar as peculiaridades de uma figura feminina de apoio para as mulheres em situação de depressão materna.

Palavras-chave: Depressão materna; relação mãe e figuras femininas; figuras femininas de identificação.

ABSTRACT

Mother's relationship with female support figures in the context of maternal depression

The present study aimed to examine mother's relationship with female support figures in the context of maternal depression. Seven adult mothers with depression indicators took part in the study. Depression indicators in mothers were evaluated through Beck Depression Inventory and a diagnostic interview. Mothers also answered a semistructured interview concerning pregnancy and labor, as well as the experience of motherhood. Qualitative content analysis was used. The results of the study indicated that although the presence of female figures was felt as relief and protection, mothers delegated maternal care to those female figures. In this sense, the extent to which these figures did in fact help these women to assume the maternal role is discussed. Finally, the importance of considering the peculiarities of a support female figure for women in the context of depression is highlighted.

Keywords: Maternal depression; mother's relationship with female; female figures of identification.

Alguns autores (Klaus, Kennell e Klaus, 1993; Stern, 1997) consideram fundamental que as mães recebam apoio de uma figura feminina no período do pós-parto. No entanto, verifica-se que poucos estudos têm se dedicado a esta questão. Isto se torna também importante no contexto da depressão materna já que os estudos em geral têm apontado a falta de apoio social como fator de risco para a mãe desenvolver depressão. Tendo em vista estes aspectos, o presente estudo se propõe a investigar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio, as quais também servem de modelo de identificação.

A gravidez, assim como o puerpério, era considerada desde a Antiguidade "assunto de mulheres". Uma mulher ao ficar grávida ativava a rede feminina de sua família, a qual oferecia suporte emocional e físico para ela. Quando a mulher dava a luz às figuras femininas iam para sua casa, a parteira era chamada e os homens da família mantidos à distância. Normalmente, uma mulher mais experiente permanecia na casa da parturiente para auxiliá-la nas atividades doméstica e também para ajudar nos cuidados com o bebê. Nesse momento, os conhecimentos sobre o bebê e ser mãe eram passados transgeracionalmente. Com o passar dos

* Este artigo é derivado da dissertação de mestrado da autora Laura Pithan Prochnow intitulada "A relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio".

anos, em virtude das alterações históricas e culturais, com a modificação do padrão familiar – de ampliada para nuclear – esta constelação feminina foi se dissipando. Atualmente, as mães parecem não podem mais contar com esta rede feminina protetora, no máximo, elas podem contar com os maridos (Langer, 1989).

Para a construção da identidade materna, a mulher, desde a gestação, faz uma preparação através de sonhos e expectativas quanto ao seu desempenho como mãe (Stern, 1997). As bases da construção desta identidade podem ser encontradas na infância da mulher. A mulher, ainda menina, cria, a partir da interação com sua mãe, um modelo de mãe para si, no qual irá espelhar-se para brincar com suas bonecas e futuramente poderá utilizá-lo na interação com seus filhos. Neste sentido, o tornar-se mãe é um processo de construção que demanda da mulher um trabalho de preparação que vai capacitá-la a cuidar de seu bebê.

Após o nascimento de um filho muitas mulheres podem demonstrar sentimentos de insegurança, ansiedade, dúvidas sobre como cuidar dele. Para amenizar esses sentimentos é importante que a mãe receba apoio emocional, físico e informacional. Segundo Klaus, Kennell e Klaus (1993), é importante que esse apoio seja oferecido por outra mulher em virtude de que esta pode servir de modelo de identificação para que a mãe se espelhe, sendo assim facilitado o desenvolvimento das habilidades e capacidade materna de lidar com o bebê. O sentimento de segurança transmitido por outra mulher cria um tipo de força interna que possibilita a mulher começar a testar os limites de suas próprias capacidades. Esta idéia de que a mãe constrói com o tempo e a convivência com o bebê suas habilidades maternas para lidar com as questões que envolvem a maternidade de forma saudável, é fator importante para desmistificar a idéia de mito do instinto materno. Idéia esta, que segundo Azevedo e Arrais (2006), pode configurar-se como um dos responsáveis pela instalação e manutenção da depressão materna.

De acordo com Felice (2000) um ambiente contigente e acolhedor poderá ajudar a puérpera a superar momentos de maiores angústias, ajudando a mãe a construir uma imagem materna positiva. Um dos fatores que a autora aponta como importante para a nova mãe construir uma imagem materna positiva é o modelo que esta mulher tem internalizado de mãe. Se a mãe se identifica com uma figura que desempenha o papel materno de forma tranqüila, possivelmente ela também desempenhará prazerosamente o papel de mãe. Por outro lado, se a mãe nutre fantasias da existência de uma mãe ideal, infalível, onipotente, ao se perceber falível, irá transferir a função de mãe para uma outra mulher, a qual considera mais capaz. Por outro lado, se a identificação se dá pelos aspectos ne-

gativos do papel de mãe, provavelmente prevalecerão sentimentos de incapacidade de realizar as tarefas referentes ao bebê e provavelmente também transferirá as funções de mãe para uma figura considerada mais capaz. A imagem materna positiva pode ter papel benéfico, principalmente, quando a mãe nutre fantasias de desastre em relação ao bebê e teme cometer algum dano físico a este.

Após o parto há um aumento da sensibilidade da mãe, diminuição das defesas e um aumento da disponibilidade de pensamento primitivo. Com isto, para Klaus, Kennell e Klaus (2000), é facilitado o processo de regressão psicológica, no qual a mãe se identifica com o bebê. Esta experiência pode ser positiva, no sentido de ajudar a mulher a familiarizar-se com seu bebê, uma vez que lhe possibilita ir ao encontro das necessidades do bebê. Mas, por outro lado, pode torná-la muito frágil. As mulheres podem entrar em um estado de dependência absoluta de outra pessoa, pode surgir sentimento de estar “perdida”, sem rumo. Nesse momento, então, é acentuada a necessidade da mãe de ser cuidada e protegida. Neste segundo caso, é possível que a mãe desenvolva algum transtorno do pós-parto.

A literatura (Beck, Reynolds e Rutowski, 1992; Klaus, Kennell e Klaus, 1993; Maldonado, 2000; Miller, 1997; O’Hara, 1997) basicamente diferencia três tipos de transtornos do pós-parto: a melancolia da maternidade (*baby blues*), a psicose puerperal e a depressão materna. Neste artigo, será enfocada a depressão materna. A depressão materna parece ser multi-determinada, podendo ter influências genéticas, psicológicas, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas. Segundo Miller (1997), as mulheres que pertencem a uma cultura que oferece pouco suporte no período do pós-parto e que são exigidas com grandes expectativas com relação ao desempenho do papel materno parecem mais vulneráveis a desenvolver este transtorno.

A depressão materna, neste estudo, será considerada como episódio de depressão maior que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto, podendo se desenvolver durante o primeiro ano de vida do bebê. Acomete cerca de 10% das puérperas (O’Hara, 1997). Tal depressão caracteriza-se por alterações do sono e apetite, dificuldades de dormir principalmente após amamentar o bebê, crises de choro, sentimentos de desamparo e desesperança, desatenção, dificuldades de concentração, falta de energia e de interesse em atividades antes consideradas agradáveis. Podem surgir também idéias suicidas e sentimentos excessivos de culpa (Dunnewold, 1997). A severidade da depressão, para Maldonado (2000), parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, com seu papel ma-

terno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança.

Os fatores indicados pela literatura como sendo de risco para o desenvolvimento da depressão materna são: história pessoal de transtornos de humor (O'Hara, 1997), eventos de vida estressantes (Cutrona, 1983), conflitos conjugais (Cooper e Murray, 1995), dificuldades financeiras (Romito, Saurel-Cubizolles e Lelong, 1999), falta de apoio do cônjuge (Frizzo e Piccinini, 2005), não aceitação da gravidez (Moraes, 2006), ideal de maternidade visto como natural e instintivo (Azevedo e Arrais, 2006) e falta de apoio social para a mãe (Beck, Reynolds e Rutowski, 1992; Klaus, Kennell e Klaus, 1993). Com relação ao último aspecto não tem sido considerada a especificidade de uma figura feminina de apoio. A figura feminina pode servir de modelo de identificação para a mãe, podendo auxiliá-la a desenvolver os sentimentos de capacidade e habilidades de cuidar do bebê (Stern, 1997). Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi examinar a relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio.

MÉTODOS

Participantes

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

Todos os participantes do presente estudo faziam parte do projeto longitudinal denominado “*O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê*” (Piccinini et al., 2002), que acompanha aproximadamente 40 famílias durante os dois primeiros anos de vida dos bebês, metade das quais com mães que apresentam sintomas de depressão e as demais sem sintomas de depressão. Para as mães que apresentavam sintomas de depressão foram oferecidas doze sessões de psicoterapia breve mãe-bebê.

Delineamento e procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo com objetivo de apreender as semelhanças e particularidades dos casos. O estudo consiste em entrevistas com as mães sobre a experiência da maternidade. Para fins do presente estudo, foram selecionadas mães adultas com bebês na idade de 5 meses a um ano de vida. O convite para a participação no estudo ocor-

reu em hospitais da rede pública da cidade de Porto Alegre, através de anúncio em veículos de comunicação e por indicação. As gestantes selecionadas preencheram uma *Ficha de contato inicial* que investigava alguns dados demográficos sobre o casal. Após o preenchimento desta ficha, foi feito um contato telefônico com aquelas mães que preenchiam os critérios do estudo. A partir de sua aceitação, foi feita a coleta de dados no Instituto de Psicologia da UFRGS. A coleta de dados foi iniciada com a assinatura das participantes de um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Nessa ocasião, as mães foram entrevistadas e filmadas. Para fins do presente estudo foi realizada individualmente a *Entrevista sobre a experiência da gestação e parto e da maternidade*, que foram gravadas e posteriormente transcrita para análise. O projeto longitudinal prevê diversas fases de coleta de dados, sendo que o presente estudo enfocou a primeira fase, antes de iniciar a psicoterapia breve pais-bebê. Nesta primeira fase o pai a mãe e o bebê foram avaliados.

Instrumentos

Para fins de coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: *Ficha de Contato Inicial* (GIDEP, 1998a): visou à seleção dos possíveis participantes do estudo, contendo dados como nome da gestante e do companheiro, idade, escolaridade, profissão, estado civil e um telefone ou endereço para contato posterior. *Inventário Beck de Depressão* (Beck e Steer, 1993): esta escala foi utilizada para avaliar sintomas de depressão materna e paterna. O BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade de sintomas da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade dos sintomas da depressão. A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,94 ($p < 0,001$). *Entrevista Diagnóstica* (NUDIF, 2003a): visou confirmação e complementação dos sintomas da depressão materna obtidos através do BDI, tendo como objetivo investigar os sintomas atuais de depressão, a história da mãe na gestação, a qualidade de seus relacionamentos com o bebê, com sua família e seu marido, e o histórico médico prévio. *Entrevista sobre a Gestação e o Parto* (NUDIF, 2003b): que investigava dados sobre a experiência do parto e da gestação. *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* (NUDIF, 2003c): que investigava os sentimentos da mãe em relação à maternidade. Para este estudo, foram analisadas, em especial, as questões referentes aos sentimentos com relação ao bebê; os sentimentos em relação à materni-

dade e o apoio fornecido pelo companheiro, pela família, amigos e profissionais. Nesta ocasião foram também utilizados outros instrumentos de avaliação com o pai, o casal e a família, que não foram considerados no presente estudo.²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi utilizada análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977) a fim de investigar o conteúdo do relato das entrevistas, visando apreender suas características e significações. Para fins deste artigo, o eixo norteador da análise será a questão da relação da mãe com suas figuras femininas de apoio, procurando ressaltar a especificidade do contexto da depressão materna.

A literatura aponta que o nascimento de um filho é uma fase propensa a crises e desequilíbrios para a vida da mulher, por causa das mudanças que o acompanham (Stern, 1997). Por isso, neste momento, Klaus, Kennell e Klaus (1993) e Stern (1997) referem que é fundamental que as mães recebam apoio informacional, físico e emocional de uma figura feminina, com a qual elas possam contar para auxiliar tanto em relação às atividades domésticas, quanto para ajudar a cuidar do bebê. No presente estudo constatou-se que as mulheres puderam contar com uma figura feminina de apoio tanto em relação aos cuidados com o bebê “*A minha mãe me ajuda muito, ela sempre quer cuidar a Carina³ pra mim. Se eu preciso sair, não tenho que me preocupar ela fica com a minha mãe. A minha mãe é a única que eu posso contar, se chega a faltar ela, não sei o que vai ser de mim*” (EM),⁴ como também nas atividades domésticas para que a mãe pudesse se deter apenas nos cuidados com a criança “*É uma mão na roda porque eu chego, a louça tá lavada, as coisas tão mais ou menos onde devem estar*” (EM) e também em relação ao apoio emocional, “*a minha mãe tava sempre comigo quando eu precisava... se eu precisasse conversar ela tava ali, se eu precisava ir no médico ela ia comigo*” (EGP).

Ao tornarem-se mães, muitas mulheres podem demonstrar sentimentos de insegurança, ansiedade, dúvidas sobre como cuidar de seu bebê, mesmo que tenham se preparado desde antes da gestação para tal. Como refere Zalcberg (2003), as bases para a construção da identidade materna iniciam na infância da mulher. É a partir da interação com figuras femininas, provavelmente com a mãe, que a menina irá se espelhar para exercitar, através das brincadeiras, o papel de mãe com suas bonecas. Já na vida adulta irá se preparar através das fantasias e expectativas quanto ao seu desempenho como mãe. As mães do estudo pareciam ter expectativas em relação à maternidade baseadas em um modelo de mãe internalizado “*Eu sempre imagi-*

nei que eu iria cuidar dos meus filhos assim como a minha mãe cuidava de mim” e imaginavam que desempenhariam de forma satisfatória o papel de mãe, frustrando-se com as dificuldades no pós-parto “*Eu achei que ia dar conta de tudo porque sou muito dinâmica, mas não foi o que aconteceu*” (EM).

Mesmo com toda preparação muitas mães podem sentir-se fragilizadas e inseguras para lidar com seu bebê. Para amenizar estes sentimentos, Klaus, Kennell e Klaus (2000), enfatizam a importância de a mãe ter uma figura feminina ao seu lado, que ofereça apoio, mas que também possa servir de modelo de identificação para ela. Esses autores pontuam a importância de o apoio ser oferecido por uma figura feminina, em virtude de que somente esta pode servir de espelho para a mãe, sendo assim facilitado o desenvolvimento das habilidades e capacidades maternas de lidar com o seu bebê. Os autores referem que esta figura feminina deve ser experiente nos assuntos relacionados à maternidade (Klaus, Kennell e Klaus, 1993; Stern, 1997).

No estudo constatou-se que as mães puderam contar com figuras femininas de apoio e estas foram referidas como alguém em quem elas se espelhavam para desempenhar as funções de mãe, ou seja, as figuras também serviram de modelo de identificação para as mães “*Eu procuro seguir o modelo da minha mãe... ser assim atenciosa, bem preocupada e dar uma boa educação...*” (EM); “*Eu sigo assim... o modelo da minha mãe... não sou assim muito de dar carinho, tá amassando, beijando, mas nunca deixo faltar nada*” (EM); “*Sabe... eu tenho o jeito da minha mãe pra cuidar dos meus filhos... sou bem nervosa assim como ela*” (EM).

As figuras femininas, citadas pelas mães, eram mulheres experientes em relação à maternidade “*Quem me ajudava era a minha mãe que já tinha criado eu e os meus irmãos... eu sabia que podia confiar no que ela me dizia porque ela tinha experiência de cuidar de criança e eu ainda não*” (EM). Diversos autores (Klaus, Kennell e Klaus, 1993, 2000; Stern, 1997; Szejer e Stewart, 1997) sugerem que a figura feminina deve ser uma mulher experiente nos assuntos referentes à maternidade, podendo acalmar a mãe e servir de modelo no exercício da maternidade.

As figuras femininas foram percebidas pelas mães como oferecendo conforto ao desamparo, alívio e proteção “*Quando eu ganhei ela fui direto pra casa dos meus pais. Eu me sentia protegida lá, eu me sentia protegida parecia que nada de ruim podia me acontecer quanto eu tava lá porque... até tentei ir pra casa, mas o Marcelo não me ajuda em nada, pelo contrário brigava comigo todo tempo. Daí voltei pra casa da minha mãe. Sabe... não sei o que seria de nós duas sem a minha mãe ela me ajuda com a minha filha. quando*

eu queria descansar um pouco ela ficava com ela” (EM). Nesse sentido, é possível pensar que as figuras femininas de apoio ofereceram conforto para as mães em um momento delicado de suas vidas, um momento de fragilidade emocional e difícil de enfrentar.

O sentimento de desamparo relatado pelas mães pode estar associado ao estado regressivo pelo qual muitas mulheres se encontram após o parto. Este estado segundo Winnicott (1988), pode ocorrer em função da identificação da mãe com o bebê. As mães do presente estudo demonstraram necessidade de ser cuidadas e protegidas, e a sensação que pareceu predominar foi a de estarem frágeis, não sendo capazes de realizar as tarefas do seu cotidiano e cuidar do bebê *“Eu não conseguia atinar da fazer nada, nem de dizer ah ele tá chorando”* (EM).

Outro sentimento que parece ter surgido, em função do estado regressivo das mães, foi a sensação de estarem perdidas, desorientadas frente ao bebê *“Não imaginei que ficaria tão atrapalhada precisando que outra pessoa realizasse as tarefas por mim. Eu chorava muito e via que minha mãe e meu marido ficavam preocupados. Eu não conseguia entender porque eu tava assim...”* (EM), *“Eu olhava pra ele e não sabia o que fazer... ele chorava e eu chorava junto... as vezes tinha vontade de desaparecer do mundo, dormir e não acordar mais”* (EM). Dessa forma, o sentimento que pareceu estar predominando diante da situação desconhecida é de desamparo e impotência, levando a puerperas a expressar o desejo de encontrar um objeto bom e protetor para guiá-la e acalmar suas angústias. Este objeto bom e protetor, no estudo, pode ser associado com a busca pelo apoio das figuras femininas para aliviar o sentimento de “estar desorientada” *“desde que eu fiquei sabendo que tava grávida busquei o apoio da minha mãe. Ela ia no médico comigo, conversava bastante sobre como era ser mãe. Isso me acalmava.”* (EGP). As figuras femininas acabaram fazendo uma maternagem para as mães, para que se sentissem amparadas e apoiadas, tanto física como emocionalmente *“A minha mãe cuidava de nós duas”* (EM). Sendo assim, a regressão no período puerperal, a qual pode se refletir no sentimento de desamparo, pode ocorrer de forma acentuada, como foi o caso das participantes do estudo, o que parece ter favorecido o desenvolvimento de transtornos emocionais e as dificuldades no desempenho das funções maternas.

Pode-se perguntar se o apoio oferecido pelas figuras femininas auxiliou as mães nesse momento de fragilidade emocional e dificuldades, possibilitando que o sentimento de desamparo não se tornasse mais forte, com conseqüências mais graves para a relação mãe-bebê. Por outro lado, questiona-se em que medida as figuras femininas poderiam ter dificultado a possibili-

dade de as mães se apropriarem de seu papel de mãe para se autorizarem a cuidar de seus filhos. Em relação a este último aspecto, chamou a atenção no estudo a delegação dos cuidados com o bebê para as figuras femininas de apoio *“Quando eu sai do hospital minha mãe foi lá pra casa comigo. Daí ela me ajudava em tudo... sabe eu achei que não ia precisar de ninguém pra me ajudar nos cuidados com o Carlos porque eu já tinha uma certa experiência com crianças.... eu ajudava a cuidar do meu afilhado, mas o que eu vi que quando é o filho da gente é diferente. Então, minha mãe ficava com ele, ela que dava banho que trocava porque eu tinha medo.... quando a minha mãe falava de ir embora eu começava a chorar e não conseguia parar só quando ela dizia que ia ficar mais alguns dias. Minha mãe acabou ficando dois meses na minha casa”* (EM); *“Eu tinha medo de machucar ela... porque eu não tava muito bem... chorava muito não tinha vontade de nada, nem de comer. Então, eu tinha medo de ficar sozinha com ela sempre tinha alguém junto, ou era minha sogra ou a babá que a gente contratou porque eu não tinha o mínimo jeito pra cuida dela”* (EM).

É importante ressaltar, mesmo que não tenha sido o foco do presente estudo, as dificuldades enfrentadas pela mulher neste momento, tais como gravidez indesejada e falta de apoio do companheiro, que podem ter exacerbado os sentimentos de incapacidade materna e a depressão. Com relação à gravidez indesejada, destacam-se falas tais como *“Quando eu fiquei sabendo que tava grávida foi uma preocupação muito grande pra toda minha família. Eu tava com 47 anos, tinha muito medo que a criança nascesse com problemas de saúde, que ela não fosse normal e também, eu tenho a saúde frágil, tive um aneurisma há cinco anos atrás”* (EGP);⁵ *“Sabe eu não planejava ficar grávida. Eu queria acabar a faculdade, depois arranjar um emprego e talvez depois me casar... filho nem passava pela minha cabeça.”* (EM); *“Ficar grávida foi uma ‘m’ muito grande. Eu já sabia que eu pirava quando as crianças nascem porque já tenho duas filhas e foi uma barra terrível tomar conta delas. Eu saio fora do ar parece que não consigo pensar direito”* (EGP), *“Foi uma barra enfrentar essa gravidez sozinha. Ficar grávida assim... ganhar um nenê sozinha sem uma família não era o que eu imaginava pra mim”* (EGP).

Com relação à falta de apoio do companheiro, apareceram falas tais como *“O meu marido não ajuda em nada e ainda atrapalha, não faz nada”* (EM), *“depois que ela nasceu piorou o nosso relacionamento. Já não tava muito bom antes agora ela ignora nós”* (EM). A literatura mostra ser este um dos fatores de risco para o desenvolvimento da depressão materna (Klaus, Kennell e Klaus, 1993; Stern, 1997). Este aspecto foi

bastante referido pelas participantes como sendo um dos motivos que as deixou triste e com sentimentos de desamparo. Nesse sentido, mesmo que as mães tenham podido contar com o apoio da figura feminina parece ter faltado o apoio dos companheiros. Os companheiros deveriam desempenhar a função de proteção dessas mulheres em relação aos acontecimentos externos, ou seja, servir de apoio emocional e físico, auxiliando nas atividades domésticas e com o bebê (Stern, 1997). Segundo Frizzo e Piccinini (2005), a presença do pai e a ausência de conflitos conjugais são fatores que podem amenizar os efeitos da depressão materna para o bebê. Pelos relatos das participantes, os companheiros não serviram nem de apoio emocional nem físico. Pelo contrário, foram, em muitos casos, os desencadeadores das dificuldades emocionais vivenciadas desde a gestação, como também não auxiliavam nas atividades domésticas e tampouco no auxílio nos cuidados com o bebê.

Outro fator importante de ser focado é sobre a amostra do estudo. Apesar da faixa etária ser distante, ou seja, participaram do estudo sete mulheres na faixa etária entre 24 e 49 anos. Destas, quatro estavam na faixa entre 24 e 32 anos, sendo que de apenas uma não era seu primeiro bebê, duas destas mães viviam com o companheiro, uma era viúva e a outra era solteira, três não haviam planejado a gestação, sendo que estas apresentaram índice de sintoma de depressão pelo BDI moderado. A mãe viúva apresentou índice de sintoma de depressão grave. As outras três mães das sete já eram mães de mais de um filho, tinham, um companheiro e não haviam sentido sintomas de depressão nas gestações anteriores, com exceção de uma mãe. As mulheres que apresentaram os índices de sintomas de depressão grave foram as que pareciam estar em situações mais delicadas da vida, uma delas ficou viúva quando estava no oitavo mês da gestação “*Meu marido foi assassinado na minha frente*”(EGP), já tinha dois filhos e não tinha nenhuma pessoa com quem contar “*Quando meu marido morreu eu não tinha ninguém... eu tava com aquele barrigão e não sabia o que fazer, não tinha ninguém para me dar uma mão*”(EGP); “*A minha mãe abandonou eu e os meus oito irmãos quando a gente era pequeno... ficou nós e meu pai.... faz quatro anos que meu pai morreu*”(EM). A outra mãe já tinha vivido outras duas gestações e nas duas mencionou ter se sentido muito mal após o nascimento dos dois filhos, principalmente por nunca ter podido contar com sua mãe e nem com seus companheiros. Esta mãe relatou que seu relacionamento com sua mãe sempre foi muito difícil. Neste sentido, apesar da faixa etária variada, das diferentes situações familiares e de momentos de vida, neste estudo não foi possível indicar que a depressão materna possa estar

associada especificamente com a idade materna e nem com o número de gestações. O que foi possível perceber é que, no presente artigo, os fatores que podem levar a mulher a desenvolver sintomas de depressão materna são falta de apoio de uma figura feminina, falta de apoio do companheiro, história de vida difícil, gestação indesejada, entre outros.

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

REFERÊNCIAS

- Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia. Reflexão Crítica*, 19, 2, 269-276.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck depression inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, C. T., Reynolds, M. A., & Rutowski, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 21, 4, 287-293.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Felice, E. M. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Editora Vetor.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. (2005). A Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia e Estudo*, 10, 1, 47-55.
- GIDEP. (1998a). *Ficha de contato inicial*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1993). *Motheing the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Massachusetts: Perseus Books.

- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. (M. R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Langer, M. (1989). *Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático*. (M. N. Folberg, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Miller, L. M. (1997). *Postpartum mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Moraes, I. G. S. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, 40, 1, 65-70.
- NUDIF. (2003a). *Entrevista Diagnóstica*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF. (2003b). *Entrevista sobre a Gestaçã o e o Parto*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF. (2003c). *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- O'Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray, & P. J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.
- Piccinini, C., Lopes, R. C., Prado, L., Schwengber, D., Alfaya, C., Frizzo, G., & Mayor, I. (2002). *O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê*. Projeto longitudinal do Núcleo de Desenvolvimento da Infância. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Não publicado.
- Romito, P., Saurel Cubizolles, M. J., Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher*. (M. N. B. Benetti, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1997). Maternal cognitions as mediator of child outcomes in the context of postpartum depression. In L. Murray, & P. J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp. 136-162). New York: The Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Zalberg, M. (2003). *A relação mãe e filha*. São Paulo: Editora Elsiar.

Recebido em: 22/10/2007. Aceito em: 22/12/2007.

Notas:

¹ O termo "BDI" refere-se ao Inventário Beck de Depressão. De acordo com as normas da versão em português (Cunha, 2001), os níveis de gravidade dos sintomas são classificados em mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos).

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

³ Todos os nomes utilizados foram modificados.

⁴ EM será utilizado ao longo do texto para referir Entrevista sobre a experiência da maternidade.

⁵ EGP será utilizado para designar os fragmentos da Entrevista da Gestaçã o e Parto.

Autoras:

Laura Pithan Prochnow – Psicóloga. Especialista em Atendimento Clínico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente professora da Universidade Luterana do Brasil – Santa Maria-RS.

Rita de Cássia Sobreira Lopes – Doutora em Psicologia pela Universidade de Londres. professora do PPG – Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

Laura Pithan Prochnow
Alameda dos Ipês 159 – Bairro Medianeira
CEP 97015-300, Santa Maria, RS, Brasil
Tel.: (55) 99520852
E-mail: lauraproch@hotmail.com