



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**OS EFEITOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA  
INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ**

**BRUNA LIRA DE LUCA**

**BRASÍLIA  
NOVEMBRO/2005**

**BRUNA LIRA DE LUCA**

**OS EFEITOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA  
INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ**

Monografia apresentada como  
requisito para conclusão do curso  
de Psicologia do UniCEUB – Centro  
Universitário de Brasília.

Professora orientadora: Morgana de  
Almeida e Queiroz

Brasília/ DF, Novembro de 2005.

Dedico este trabalho a todas as mães que passaram ou estão passando por problemas no puerpério. E a seus bebês, que, de alguma forma, sofrem com as influências da depressão materna.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente, a Deus, por me proporcionar a realização deste sonho. A minha família e ao meu namorado, por todo amor e apoio dado em todos os momentos. Aos meus colegas e amigos de sala por terem partilhado comigo cinco anos de muita alegria, brincadeiras, e também nervosismo, nos fins de semestre. E aos professores, por nos transmitirem toda a sabedoria e conhecimento e permitirem que esse objetivo se concretizasse.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....</b>	<b>9</b>
1.1. Conceito e Fatores Desencadeantes da Depressão Pós-Parto.....	9
1.2. Categorias dos Distúrbios de Humor Pós-Parto .....	12
1.3. Sentimentos Relacionados à Depressão Pós-Parto .....	13
<b>DESENVOLVIMENTO DOS LAÇOS AFETIVOS MÃE/ BEBÊ .....</b>	<b>16</b>
2.1. Formação de laços afetivos mãe/ bebê .....	16
2.2. A importância da amamentação na interação mãe/ bebê.....	20
2.3. Prematuridade e interação mãe/ bebê.....	21
<b>OS EFEITOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA INTERAÇÃO MÃE/ BEBÊ.....</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>34</b>

## RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo, através de revisão bibliográfica, investigar os impactos da depressão pós-parto na interação mãe/ bebê. A depressão pós-parto pode ser desencadeada por inúmeros fatores distintos, dentre eles podemos considerar, os biológicos, os psicológicos e os sociais. Sabe-se que é através dos primeiros contatos com a mãe que se inicia a formação dos vínculos afetivos. Buscou-se, então, analisar a influência que a depressão materna exerce sobre esses vínculos e sobre as futuras relações da criança. A literatura revisada revela que a depressão no período após o parto afeta não só a mãe, como também, o bebê e até mesmo o próprio pai. Todavia, a presença deste, aliada a ausência de conflitos conjugais, pode amenizar os efeitos da depressão materna para o bebê.

## INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto e sua relação com a formação dos laços afetivos entre mãe e bebê representam uma área de relevante interesse entre os pesquisadores do desenvolvimento infantil, devido às evidências de que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações como o bebê e conseqüentemente, no desenvolvimento psicoafetivo do mesmo.

O período posterior ao parto é caracterizado por acarretar diversas mudanças na vida de uma mulher. Nesta época, inúmeros fatores, como os biológicos, os psicológicos e os sociais, podem desencadear a depressão pós-parto, que por sua vez, pode influenciar na interação da mãe com seu bebê.

Nesse sentido, o presente trabalho, através de revisão da literatura sobre o tema, visa contribuir para compreensão da interação mãe/ bebê, discutindo os impactos da depressão pós-parto na formação desse vínculo primordial para o desenvolvimento humano.

Os objetivos específicos deste estudo são conceituar, descrever as principais características e identificar os principais sintomas da depressão pós-parto; descrever como se desenvolvem os laços afetivos entre a díade mãe/ bebê; discutir a importância da amamentação na formação do vínculo mãe/ bebê e discutir a influência da depressão pós-parto na formação e na manutenção dos laços afetivos da criança com sua mãe.

A presente revisão está organizada em três capítulos distintos. No primeiro deles, destacamos o conceito de depressão pós-parto e suas categorias. Os distúrbios do humor decorrentes do período pós-parto podem ser causados por inúmeros fatores distintos, dentre eles, podemos citar as bruscas alterações hormonais que a mulher sofre no período pós-parto, a falta de suporte social, conflitos de relacionamento, dificuldades financeiras, complicações na gravidez ou no parto e problemas de saúde após o nascimento da criança.

Ainda no primeiro capítulo, destacamos as três categorias em que a depressão após o parto é subdividida, o baby blues, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. O baby blues é a categoria mais branda do distúrbio, não é

considerada como grave e atinge cerca de 60% das primíparas. Os principais sintomas são o baixo astral, cansaço, dificuldades para dormir, preocupações e ansiedades repentinas, falta de concentração, falta de apetite, hipersensibilidade e acessos de choro.

Os sintomas da depressão pós-parto estão muito próximos às características comuns ao pós-parto, como constante baixo astral, alterações de peso e apetite, problemas para dormir, agitação e inquietação, cansaço, dificuldade de concentração, sentimentos de culpa, perda da libido, dentre outros. Porém na depressão estes sintomas ocorrem com maior freqüência, daí a dificuldade em se diagnosticar o distúrbio.

Já na psicose puerperal os sintomas são considerados graves. Em mães com psicose puerperal são identificadas depressões profundas, bruscas alterações de humor, perda do controle da realidade e até mesmo, alucinações. Em situações mais graves, é necessária a hospitalização, a fim de garantir a integridade da criança e da mãe.

O segundo capítulo trata sobre o desenvolvimento dos laços afetivos entre mãe/ bebê. A formação desses laços não ocorre automaticamente; é através do contato com a criança que se inicia a construção do vínculo entre mãe e bebê. O desenvolvimento dessas interações se inicia antes mesmo da gravidez. Dá-se início a esse processo a partir do desejo da mulher de ser mãe. Esta mulher já traz as representações do filho em seu inconsciente. E tais representações são de suma importância para o entendimento das futuras relações.

Ainda no que tange a formação dos laços afetivos, salienta-se a importância da amamentação. É através dela que o bebê experimenta uma das principais formas de contato com a mãe. Porém, a mesma não deve ser considerada como extremamente indispensável, pois temos conhecimento de inúmeras pessoas que não passaram pela amamentação e se desenvolveram satisfatoriamente, experienciando outras formas de interação.

O último capítulo trata a respeito da influência da depressão pós-parto na interação mãe/ bebê. Vários estudos contribuíram para a investigação do papel do distúrbio de humor pós-parto na interação mãe/ bebê, e demonstrando que este pode impedir que os laços afetivos entre a díade se formem de maneira adequada, prejudicando as futuras relações da criança com a mãe e com o resto do mundo.



O presente trabalho se justifica mediante a grande influência que as primeiras interações exercem nas relações futuras da criança com o mundo e os impactos que a depressão após o parto causam nesta interação.

## DEPRESSÃO PÓS-PARTO

### 1.1. Conceito e Fatores Desencadeantes da Depressão Pós-Parto

A depressão pós-parto é classificada pelos médicos como uma subcategoria da depressão. Comumente, a depressão é desencadeada por algum acontecimento traumático ou uma mudança na vida do indivíduo. O nascimento de um filho acarreta inúmeras mudanças na vida de uma mulher, viabilizando o risco de ocorrência da depressão. Um dos principais sintomas é a tristeza materna, e em algumas mulheres, o transtorno persiste evoluindo para casos mais graves de depressão pós-parto.

Para Harvey (2002), a depressão pós-parto, diferentemente da depressão, vem associada a uma causa específica, ou seja, é causada por transformações fisiológicas e está limitada a um período específico de duração.

No que se refere ao conceito de depressão pós-parto, Klaus et.al. (2000) apud Schwengber e Piccinini (2003), enfatizam que:

*A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres. Esses sintomas incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (p.404).*

No período pós-parto a mulher experiencia intensas mudanças e fantasias. A respeito dessas fantasias, Ávila (1999) salienta:

*Geralmente, a primípara fantasia muito os dias após o parto: dias maravilhosos ao lado do bebê, sendo visitada, festejada e cuidada, imaginando apenas o lado róseo e romântico da maternidade, tão divulgado em nossa cultura. O mito da maternidade aceito em nossa sociedade afirma*

*que as mães devem sentir só amor e ternura pelo bebê, e ainda satisfação por se sacrificarem a serviço do filho (p.138).*

Toda gestante imagina os belos dias que viverá após o nascimento do bebê, com visitas e festejos. Mas, a realidade não segue necessariamente esses moldes, a mulher passa pelo parto e por exacerbadas alterações fisiológicas e, imediatamente após esses eventos deve assumir o papel de mãe. Ao perceber que o bebê é apenas um ser que chora e dorme, a mãe sente-se confusa e deprimida. A chegada em casa, após o período de internação, é um momento marcado muitas vezes, pelo término das comemorações e visitas e pelo aumento das obrigações e responsabilidades. Ao voltar para casa, a mulher sente-se insegura, pois perde o apoio que tinha no hospital e todas as atenções se voltam para o bebê. Nesta fase, a criança depende exclusivamente dos cuidados da mãe, que sofre de intensa sensibilidade e carência afetiva e, por vezes, não tem autoconfiança para cuidar do filho. Daí a grande importância do apoio da família, neste momento, tolerando e acolhendo a mãe. Caso ela se sinta apoiada e amada, passa a aprender a relacionar-se com a criança e as chances de ocorrência da depressão diminuem.

A depressão pós-parto ou a psicose puerperal podem se manifestar através de tristeza, rejeição do filho, insônia, descuido com a aparência, dentre outros. Em casos mais graves as mulheres vivenciam alucinações e idéias suicidas. A mulher sente-se inútil e incapaz de criar seu filho.

Segundo Schwengber e Piccinini (2003) o pouco suporte oferecido pelo parceiro, o não planejamento da gestação, o nascimento pré-maturo e a morte do bebê, a dificuldade em amamentar e as dificuldades do parto podem significar risco para a depressão pós-parto.

As expectativas em torno da amamentação e da saúde do bebê fazem com que os dias posteriores ao parto não se tornem nada fáceis.

A ansiedade gerada pela lactação pode, também, ser um fator que desencadeie a depressão pós-parto. Alguns bebês têm facilidade em sugar e conseguem mamar logo após o nascimento. Em contrapartida, existem bebês que necessitam de um tempo maior para que este aprendizado ocorra, e até dormem ao tomar o seio, o que, segundo Harvey (2002) pode provocar enorme frustração na mãe, que se sente rejeitada, desprezada e inútil. Caso a mãe consiga entender a

situação e ser paciente, a lactação desenvolve-se facilmente, em caso contrário, a mãe angustiada afasta-se da criança obtendo resposta de rejeição por parte dela.

Em casos de mães e bebês internados existem outros agravantes, como o fato de estarem em ambiente diferentes de seu contexto habitual e com pessoas desconhecidas.

De acordo com Harvey (ibid) diversos fatores como os biológicos, sociais e psicológicos podem ser geradores da depressão pós-parto. Como fatores biológicos, a autora considera o papel dos neurotransmissores e dos hormônios na depressão pós-parto. Os primeiros são substâncias químicas responsáveis por regular o humor. E na depressão os níveis desses neurotransmissores são baixos. Os antidepressivos atuam com objetivo de aumentar esses níveis. Alterações hormonais também podem acarretar a depressão pós-parto. Durante a gravidez os níveis de estrógeno e progesterona permanecem altos e, logo após o parto, há uma queda drástica na taxa desses hormônios, que só voltam ao normal com o término da amamentação. Após o parto também caem os índices de cortisol, hormônio responsável pelo equilíbrio da pressão sanguínea e de açúcar no sangue. É essa a substância responsável pelos níveis de energia e pela habilidade do corpo em lidar com o estresse. Com a proximidade do parto, o índice deste hormônio sobe, caracterizando a uma preparação para que a mulher possa enfrentar o estresse do parto. A queda deste índice após o parto também pode estar associada à depressão.

Fatores sociais também podem corroborar para o desencadeamento da depressão após o parto. Harvey (idem) considera a falta de apoio, conflitos de relacionamento e dificuldades financeiras como uma das principais causas sociais do distúrbio. Em contextos sócio-históricos anteriores, as mulheres criavam seus filhos mais próximas à família. Atualmente com as mudanças culturais, perde o apoio social da família, restando, em algumas situações, apenas o marido, que, por muitas vezes, encontra-se no trabalho. No pós-parto é fundamental a presença e apoio do companheiro. As dificuldades de relacionamento aumentarão a probabilidade de depressão. Neste período, a mulher se preocupa com seu corpo e com a percepção do marido acerca do mesmo e, comumente, não se interessa por sexo.

Por fim, existem os fatores psicológicos que podem desencadear a depressão pós-parto. Segundo Harvey (id) casos de depressão anterior ou na família podem ser indicadores do distúrbio. O autor salienta que o fato de se tornar mãe acarreta

uma série de mudanças na vida da mulher e ela precisa se adaptar a isso. Problemas durante a adaptação, aliados a outras circunstâncias, podem propiciar o desenvolvimento de quadros de depressão pós-parto. Gravidezes indesejadas podem trazer a tona, após o parto, sentimentos de culpa ou raiva, capazes de desencadear a doença.

No entanto, Schwengber e Piccinini (2003) consideram que as possibilidades de ocorrência da doença aumentam frente a complicações na gravidez ou no parto e problemas de saúde após o nascimento da criança.

### **1.2. Categorias dos Distúrbios de Humor Pós-Parto**

Os distúrbios de humor decorrentes do período pós-parto são subdivididos em três categorias: baby blues, depressão pós-parto e psicose puerperal. O primeiro é comum a maioria das novas mães e ocorre nas duas primeiras semanas após o nascimento. Conforme Schwengber e Piccinini (2003), o baby blues “se caracteriza por um distúrbio de labilidade transitória de humor, atinge cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, porém, geralmente, tem remissão espontânea” (p.404). Neste período, ocorrem mudanças hormonais no corpo da mulher, onde índices muito altos de hormônios caem bruscamente. Considera-se o baixo astral, cansaço, dificuldades para dormir, preocupações e ansiedades repentinas, falta de concentração, falta de apetite, hipersensibilidade e acessos de choro, como os principais sintomas do baby blues. Esta categoria não é considerada grave e dura apenas alguns dias. O tratamento ideal neste tipo de distúrbio é o apoio da família.

A psicose puerperal é a forma mais rara e séria de distúrbio de humor no período pós-parto. O CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) a considera, juntamente com a depressão pós-parto, como um tipo de transtorno de humor, iniciada pelo puerpério. Comumente ocorre em mulheres que apresentam histórico de depressão ou possuem casos na família. A incidência de psicose puerperal em uma gravidez aumenta a probabilidade de que a mesma se desenvolva em futuras gravidezes. Esta categoria costuma se desenvolver nas duas primeiras semanas após o parto e os sintomas são considerados graves, tais como, depressão

profunda, bruscas alterações de humor, perda do controle da realidade e até mesmo alucinações.

Soifer (1980) caracteriza a psicose puerperal como:

*(...) repúdio total ao bebê: a paciente não quer vê-lo, aterroriza-se com ele, permanece triste, afastada, como uma ausente. Torna-se apática, abandonada, nem sequer aceita dedicar-se aos próprios cuidados pessoais. Pode sofrer insônia, inapetência. Frequentemente esse quadro se associa a idéias paranóides de perseguição, de que alguém vai introduzir-se na casa para prejudicar ou roubar, etc (p.73).*

Em alguns casos a mãe torna-se extremamente obsessiva com o bebê ou o rejeita, podendo ter pensamentos de prejudicá-lo. Mães com psicose puerperal necessitam de tratamento com urgência. As principais formas de tratamento para esta categoria de distúrbio são a psicoterapia aliada ao apoio farmacológico e em situações mais graves, torna-se necessária a hospitalização para garantir a integridade dela e do bebê.

A depressão pós-parto pode ter início logo após o parto ou até um ano depois. Os sintomas principais são constante baixo astral, alterações de peso e apetite, problemas para dormir, agitação e inquietação, cansaço, dificuldade de concentração, sentimentos de culpa, perda da libido, dentre outros. Problemas com o parceiro também são comuns, assim como idéias de suicídio. A depressão após o parto, muitas vezes, não é diagnosticada com facilidade, devido à proximidade dos sintomas com características comuns após o parto. Porém, na depressão, esses sintomas ocorrem com maior frequência.

### **1.3. Sentimentos Relacionados à Depressão Pós-Parto**

Além dos sintomas físicos da depressão pós-parto, como as alterações de peso, cansaço e dificuldades para dormir, Harvey (2002) afirma que a doença está intimamente ligada a uma série de sentimentos. O mais visível deles é a tristeza e o baixo astral. A frustração também é um sentimento comum, as mães tendem a se sentirem incapazes de cuidar de seus filhos. Estas mães buscam a perfeição e se frustram por não alcançá-la. Sentimentos como a raiva e a irritabilidade também

costumam surgir, aliados a culpa por ter raiva do bebê ou por negligenciá-lo. Para o autor, as preocupações excessivas com o desenvolvimento e a saúde da criança geram intensa ansiedade. A mulher com depressão pós-parto torna-se extremamente autocrítica o que reforça o sentimento de inferioridade e a baixa auto-estima. Algumas puérperas têm sentimentos suicidas, podendo passar de simples pensamentos, e em situações mais graves, é possível que coloque as idéias em prática. Na psicose puerperal, além de idéias suicidas, a mãe tem idéias de matar a própria criança.

Ao se tratar das idéias suicidas da mãe, Ávila (1999) enfatiza:

*O comunicado que a mulher faz do desejo de se matar ou matar o filho precisa ser entendido no seu ambiente como “pedido de ajuda”. Se o ambiente que cerca a mulher é cheio de conflitos, situação econômica precária, ou ela se sente realmente desamparada, seu estado mental pode agravar-se. A fantasia inconsciente da mãe que tenta agredir o filho é de que a criança sofre e sofrerá; portanto, só a morte aliviaria a sua dor e sofrimento (p. 141).*

Para garantir a integridade da criança e da mãe torna-se relevante o apoio terapêutico a essa mãe, e em casos mais graves a internação. Contudo, Andrade (2002) considera ser de suma importância que os laços afetivos entre a mãe e o bebê sejam considerados durante o processo de internação. É inútil acreditar que apenas a presença física do bebê com a mãe seja suficiente para a formação do vínculo, os profissionais de saúde e familiares devem intervir para facilitar esse contato e diminuir os riscos à mãe e a criança.

Uma mãe com depressão pós-parto pode mostrar-se alegre e hiperativa, mas se manter afastada do bebê ou exagerar no cuidado deixando em segundo plano as relações sociais, sexuais e a própria casa. Outra forma mascarada da doença é o desenvolvimento de manias como, por exemplo, a limpeza da casa. Algumas mulheres, ainda, usam de forma inconsciente somatizações como mecanismos de defesa frente à depressão.

Segundo Soifer (1980) a mulher pode desenvolver mecanismos maníacos, frente à depressão pós-parto apresentando-se eufórica, falante e com dificuldades

para dormir. Em oposição a esses mecanismos, a puérpera pode vir a apresentar ensimesmamento, abulia e obsessão por limpeza, dentre outros.

Para Ávila (1999) existem formas de se prevenir a depressão pós-parto. Tal prevenção deve iniciar-se ainda na gravidez. A família precisa conhecer a respeito das vivências emocionais que a mulher passa no puerpério, para ser capaz de acolher as ansiedades que venham a acontecer. A autora salienta que “se o filho receber dos pais afeto, estabilidade, segurança e proteção no começo de sua vida, estará mais preparado para enfrentar e resolver de forma saudável as ansiedades diante do nascimento do próprio filho” (p.143).



## DESENVOLVIMENTO DOS LAÇOS AFETIVOS MÃE/ BEBÊ

### **2.1. Formação de laços afetivos mãe/ bebê**

A formação dos laços afetivos mãe/ bebê não ocorre automaticamente. O que não significa que, se em um momento inicial os pais tiverem dificuldades com seu bebê, eles nunca formarão um bom laço afetivo. Comumente, os pais se sentem culpados por não conseguirem desenvolver os laços afetivos por seu filho de imediato, e neste momento, o psicólogo é importante, ajudando os pais a alcançarem mais proximidade com a criança. Brazelton (1988) considera o vínculo como um processo contínuo que não acontece da noite para o dia. A tarefa de ser mãe é complexa e desafiadora e os sentimentos de ansiedade fazem-se presentes neste momento.

É através do contato com a criança, trocando-a, dando-lhe banho e amamentando-a, que se constrói um elo de convivência entre a mulher e seu filho. Assim, a criança sente-se segura e passa a ter confiança nos pais, o que faz com que, futuramente, ela desenvolva uma relação de segurança e confiança com as outras pessoas que a rodeiam.

Ávila (1999) acredita que a forma e a qualidade da relação entre os pais e a criança são bastante influenciadas pela história de vida dos pais e pelas circunstâncias em que ocorre a gravidez.

É sumamente importante o papel dos profissionais de saúde no desenvolvimento dos laços afetivos entre a mãe e o bebê, viabilizando que os pais compreendam que a criança precisa, além de cuidados físicos, de afeto e calor humano.

A formação dos vínculos afetivos entre mãe e bebê se inicia antes mesmo da gravidez. Dá-se início a esse processo a partir do desejo da mulher de ser mãe. Segundo Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004) “as expectativas da mãe em relação ao bebê originam-se de seu próprio mundo interno, de suas relações passadas e suas necessidades conscientes e inconscientes relacionadas àquele bebê” (p. 223).

A mulher já traz seu filho em seu inconsciente, como um bebê fantasmático. Gerard Poussim (1993) apud Andrade (2002) considera que “o bebê fantasmático abre o caminho do passado para o bebê real; é o bebê fantasmático que assegura os vínculos entre o bebê real e suas próprias origens” (p. 168). Mas, o alvorecer desta ligação ocorre durante a gestação, onde as representações maternas e paternas começam a acontecer. Outra forma de representação acerca da criança é o chamado bebê imaginário, é aquele que os pais constroem em sonhos e pensamentos. O bebê imaginário começa a se formar entre o quarto e o sétimo mês de gestação. Mas a partir do sétimo mês, essas representações tendem a diminuir, para dar espaço ao bebê real, de modo a evitar desapontamentos. O bebê real pode ter semelhanças ao imaginário ou exacerbadas divergências, o que pode gerar intensas frustrações nos pais.

Segundo Brazelton e Cramer (1992) “o apego pelo recém-nascido constrói-se com base em relacionamentos preliminares com a criança imaginária e com o feto que durante nove meses foi elemento integrante da vida dos pais” (p. 03).

Frente às expectativas da mãe em relação a seu bebê, a literatura aponta repercussões tanto positivas, quanto negativas, para a relação entre a díade. Segundo Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), “os aspectos positivos envolvem, principalmente a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe para começar a existir enquanto ser humano” (p.223). Ainda segundo os autores, ao conseguir imaginar o bebê e investir nesta imagem, mesmo que proveniente de ideais desejados, a mãe é capaz de desenvolver um nível de relação mais próximo ao bebê.

Por outro lado, Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (idem) enfatizam que “as expectativas são consideradas negativas quando não há espaço para o bebê assumir sua própria identidade, isto é, quando a mãe não consegue aceitar a singularidade de seu filho e abandonar sua carga maciça de projeções” (p. 224).

O exame dos relacionamentos anteriores viabiliza o entendimento das primeiras relações entre pais e bebês. As circunstâncias que levam a mulher a desejar ter um filho são consideradas por Brazelton e Cramer (ibidem) como a pré-história do apego.

O desejo da mulher de ter um filho pode vir de inúmeros motivos diferentes. A mulher ainda criança aprende a se comportar conforme as figuras maternas que a rodeiam e freqüentemente é reforçada por isso. Por volta do primeiro e segundo ano

de vida a menina cuida de sua boneca como sua mãe fizera com ela e o desejo de ser mãe pode vir desde essa época. Pode vir também, com o propósito de que a criança realize oportunidades perdidas pelos pais e ela passa a ter a obrigação de cumpri-las. Essa busca pela perfeição tende a trazer frustrações para os pais e interferir na interação pais/ bebê. A mulher pode desejar ter um filho na esperança de renovação de antigos laços afetivos, que permaneciam de alguma forma em estado latentes.

Brazelton e Cramer (idem) subdividem o processo da gravidez em três estágios no desenvolvimento do feto. Os autores consideram como primeiro estágio a aceitação da novidade. O mesmo ocorre quando os pais recebem a notícia da gravidez. Os sentimentos de dependência relacionados aos próprios pais dão lugar a responsabilidade. A relação entre marido e mulher, que antes era dual, tornar-se-á triangular. Esta é a etapa onde os medos florescem, a mulher fica temerosa sobre os períodos pelos quais o feto está exposto.

O segundo estágio é caracterizado pelas primeiras mexidas do bebê. Nesta fase a mãe passa a percebê-lo como um ser separado dela. É a primeira manifestação de vida. As preferências pelo sexo da criança, também podem vir a tona. Para Brazelton e Cramer (ibid) os movimentos do bebê são sua primeira contribuição ao relacionamento com os pais.

O terceiro estágio ocorre nos últimos meses da gestação, onde, para os pais o feto é cada vez mais real. Aqui, as representações acerca do bebê imaginário dão lugar ao bebê real.

Durante o trabalho de parto, o apoio emocional dado aos pais influencia as interações dos pais com o bebê nas primeiras horas após o nascimento, o que pode vir a diminuir os índices de cesarianas e complicações no parto. Caso essa atenção não seja dada de forma adequada pode ocorrer o estresse pós-traumático, onde a mãe culpa o bebê por todo o sofrimento pelo qual teve de passar.

A hora do parto envolve inúmeros desafios pelos quais a mãe precisa passar. Um deles é o luto pelo bebê imaginário e adaptação ao bebê real. Outro desafio que a mulher necessita superar é o medo de ferir a criança e aceitar a total dependência do bebê.

Winnicott (1987-1999) considera que nos últimos meses de gestação a mulher se prepara para a árdua tarefa de ser mãe. O autor refere-se a esse estado como “preocupação materna primária” (p. 30) e a respeito do tema salienta:

*Neste estado, as mães se tornam capazes de colocar-se no lugar do bebê, por assim dizer. Isto significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada (p. 30).*

É de grande valia para o desenvolvimento psicoafetivo do bebê a forma como ele é segurado. As três principais funções da mãe determinadas por Winnicott são: segurar o bebê, também chamado de *holding*, manipular o bebê ou *handling* e apresentar o objeto ao bebê. O fato de segurar e manipular o bebê de forma adequada facilita os processos de maturação. É a partir daí que a criança passa a adquirir confiança no mundo e nas pessoas que a cercam. No *holding*, além de segurar o bebê, a mãe o retém, o contém, o sustém. E o *handling* descreve os cuidados de manipulação, o manuseio do bebê.

A última função da mãe, citada por Winnicott (*idem*), mas não menos importante, é a relação objetal. Acerca do assunto, salienta:

*(...) quando a mãe e o bebê chegam a um acordo na situação de alimentação estão lançadas as bases de um relacionamento humano. É a partir daí que se estabelece o padrão da capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo (p 55).*

Muitos bebês, antes de tomar o seio da mãe com o objetivo de suprir a fome, o exploram com a mão, boca e gengiva, até que acorra enfim a amamentação.

A comunicação entre a mãe e o bebê, também são de imensa relevância para o desenvolvimento dos laços afetivos. Porém, segundo Maldonado, Nahoum e Dickstein (1987) ao nascer, o bebê ainda é desconhecido para os pais. E eles possuem dificuldade em decifrar seus códigos de comunicação, o que torna o primeiro mês, um período de intensa ansiedade. Esta ansiedade diminui, gradativamente, à medida que a criança evolui satisfatoriamente.

De acordo com Maldonado, Nahoum e Dickstein (*idem*), uma das primeiras formas de comunicação se estabelece através da respiração da mãe, seu calor, seu cheiro, sua voz e até mesmo as batidas de seu coração. A criança reconhece a mãe por meio desses sinais. O embalar também propicia a ocorrência de comunicação entre mãe e filho. A mãe, por sua vez, também passa a reconhecer as necessidades

do bebê através dos sinais que ele oferece. A maioria das mães relata ser capaz de traduzir o choro do bebê e as necessidades implícitas por meio deste.

## **2.2. A importância da amamentação na interação mãe/ bebê**

Conforme destacado anteriormente, a formação de vínculos afetivos não acontece de imediato. Constrói-se por meio de interações sucessivas entre a mãe e a criança. Portanto, quanto maiores as oportunidades de interação entre ambos, maior a probabilidade de ocorrência de um vínculo satisfatório e melhores respostas maternas frente às necessidades do filho são estabelecidas. A amamentação é uma das principais formas de interação entre a díade mãe/ bebê. É através dela que a mãe pode experimentar inúmeras formas de contato com a criança, olhando-a nos olhos, segurando-a e embalando-a. O processo de aleitamento materno é marcado por intensa intimidade entre a mãe e o bebê, no qual a criança aprende a confiar na mãe e por consequência, confiar no mundo.

Maldonado, Nahoum e Dickstein (1987) consideram que “Amamentar não representa apenas uma maneira natural e cômoda de alimentar o bebê mas oferece a oportunidade de aprofundar a ligação entre mãe e filho” (p. 54). Segundo os autores, durante a mamada, o bebê não recebe apenas o leite da mãe, mas também o aconchego e contato com ela. Para eles a amamentação via mamadeira possibilita a perda de um contato mais íntimo da puérpera com a criança, já que qualquer pessoa pode dar mamadeira ao bebê, tornado o ritual da amamentação um processo mecânico.

Além de proporcionar o aprofundamento das relações afetivas, a amamentação aumenta a resistência do bebê às infecções. Para Maldonado, Nahoum e Dickstein (id) “o leite materno é um alimento perfeitamente adequado às necessidades do bebê, é digerido com mais facilidade e rapidez do que o leite artificial” (p. 56).

A amamentação é considerada por Winnicott (1987-1999), não só como o ato de alimentar o bebê, mas também, uma forte aliada ao processo de comunicação entre ele e a mãe.

Além de ser extremamente necessário para a integridade física do bebê, também é de importância psicológica para ele e sua mãe. Brazelton (1988)

considera que “o que importa mais para o bebê, é o clima que envolve os temas de amamentação (...)” (p. 26). Esta deve se tornar um processo agradável para ambas as partes.

Em contrapartida, sabemos de inúmeras pessoas que não passaram pelo processo da amamentação, por uma série de motivos distintos, e que se desenvolveram satisfatoriamente, experimentando outras formas de contato íntimo com a mãe.

Winnicott (1987-1999) considera que existe certo exagero quando se diz ser sumamente indispensável a amamentação através do seio. Para o autor o “seio bom” seria um jargão que significa uma maternidade e uma paternidade satisfatória. Ele considera que os atos de segurar e manipular o bebê, o *holding* e o *handling*, como já citados anteriormente, são muito mais importantes do que a própria amamentação.

Winnicott (*idem*) salienta que é um grande erro criar uma obrigatoriedade no ato de amamentar, principalmente em casos de mães com dificuldades de fazê-la. Não há maiores problemas em desistir da amamentação em situações peculiares. No caso do uso da mamadeira, por exemplo, a mãe pode fazer uso de um recurso que também usaria se amamentasse através do seio, que é o olhar nos olhos do bebê.

Não temos a pretensão de afirmar, aqui, que a amamentação através do seio é de pouca importância. Porém de maior relevância, no processo de desenvolvimento do apego é a maternagem em si. A não possibilidade de amamentação não implica, necessariamente, na não formação de vínculos afetivos. E em situações em que a mãe persiste na amamentação e fracassa, provavelmente, haverá imensa frustração, e tal fato pode prejudicar o relacionamento entre ela e sua criança.

### **2.3. Prematuridade e interação mãe/ bebê**

A formação dos laços afetivos em bebês prematuros determina as relações afetivas que a criança desenvolverá ao longo de sua vida. Assim como o bebê a termo, o bebê pré-termo precisa ter seu desenvolvimento afetivo preservado, e esse desenvolvimento depende em grande parte dos pais.

O bebê a termo, ao nascer, tem um maior contato com o calor do corpo de seus pais, o leite da mãe, o cheiro, a voz. Além de entrar em contato, também, com os outros familiares. Já o bebê pré-termo, na maioria das vezes, é separado dos pais logo ao nascer, o que faz com que ele fique privado de todo esse contato com os pais e a família. Ao invés de sentir o cheiro da mãe e de seu leite, sentirá o cheiro de remédios e dos aparelhos na incubadora e sofrerá procedimentos completamente invasivos. A função do psicólogo, neste contexto, é propiciar que o ambiente se torne acolhedor e receptivo, tanto para os pais, quanto para o bebê, permitindo o fortalecimento dos laços afetivos entre a criança e os pais e familiares.

É de suma importância a presença dos pais na UTI neonatal. É comum que eles não tenham essa percepção e julguem que não têm importância no processo de melhora de seus filhos, já que estão tendo todos os cuidados médicos. Os pais têm a impressão de que não podem fazer nada para ajudar neste processo. Esta impressão está equivocada, já que é de grande importância que o bebê sinta os cuidados dos pais para o desenvolvimento das relações afetivas.

Como já citado no item anterior, a mulher cria uma série de representações acerca de seu bebê. E ao se aproximarem os dias do nascimento, tais representações tendem a decair para que o bebê real possa ocupar o seu espaço. No entanto, em casos de bebês prematuros, não há tempo para que essas representações diminuam, portanto são ajustadas após o parto, o que pode provocar estresse. Nesta fase ocorre o luto pelo bebê imaginário e a adaptação ao bebê real.

Estudos comprovam que podendo ver, tocar e cuidar de seu bebê, os pais desenvolvem com maior facilidade os laços afetivos com a criança. Em contrapartida, as crianças prematuras logo ao nascer são levadas para a UTI, sem que a mãe possa ao menos tocá-la. É necessário que se explique aos pais, antes do nascimento, que seu filho será levado à UTI logo após nascer. É comum que eles se sintam culpados pelo parto prematuro e pela situação da criança, mais uma vez, esta é uma situação em que é necessária a atuação do psicólogo. Temos o papel de acolher os pais e dar espaço para que eles possam verbalizar seus medos e culpas. É importante, também, que a equipe médica explique o caso para os pais para que essa culpa seja sanada ou diminuída. Mas essa atenção dada pela equipe médica, muitas vezes não ocorre.

A respeito do desenvolvimento do apego em bebês prematuros, Brazelton (1988) salienta que “O desenvolvimento do apego é menos calmo e suave, mas não

existem razões para que o resultado eventual não seja bastante gratificante. Na verdade, o esforço para a superação das dificuldades pode ser uma forte força para o apego” (p.69).

É comum e previsível que as mães de crianças prematuras tendam a se culpar e busquem fugir da situação. O surpreendente é que, em algumas situações, os pais tiram proveito da dificuldade superando esses sentimentos e desenvolvendo laços afetivos intensos com a criança.

O ambiente dos berçários é muitas vezes assustador para os pais. Ao verem seus filhos ligados àquela monstruosidade de máquinas e aparelhos, os pais ficam aterrorizados e até mesmo evitam o contato com a criança por medo de prejudicá-la.

Brazelton (ibid) cita as mudanças ocorridas nos berçários após os trabalhos de Klaus e Kennell (1970, 1976) e Leiderman (1973) que enfatizaram a relevância de que os pais freqüentem os berçários, toquem e conheçam seus bebês. E não os vejam com seres vulneráveis e frágeis. Tais atitudes podem ajudar na criação de fortes vínculos afetivos entre pais e bebês.

Sem dúvidas, é comum que haja o luto após o nascimento de um bebê prematuro. Além de demonstrarem essa reação pela perda do bebê perfeito, culpam-se pelo ocorrido. Aos poucos, o luto vai se desintegrando, dando lugar ao apego dos pais pela criança, processo que ocorre de forma gradativa.

A princípio, o bebê não é visto como uma pessoa. Segundo Brazelton (idem) no primeiro estágio em direção ao apego, o relacionamento com o bebê se dá através das notícias dadas pelos médicos e enfermeiras. Em um segundo momento, gradativamente, os pais se encorajam frente aos reflexos automáticos da criança e quando falam e ela se vira em direção a sua voz. Até serem capazes de segurá-la e alimentá-la. Neste momento, Brazelton (ibidem) considera a concretização do vínculo. A partir de então, o bebê é realmente visto, pelos pais, como uma pessoa.

Após a alta, os pais do bebê prematuro ficam ansiosos para se aproximarem dele e acabam por sufocá-lo, já que o aprendizado de adaptação ao mundo da criança prematura demanda maior tempo para acontecer, do que em uma criança nascida no tempo correto, pois o sistema nervoso dela é imaturo.

Gradualmente esse aprendizado ocorre, mas antes disso, os pais, mais uma vez se sentem fracassados frente às respostas negativas da criança. É importante que a equipe médica e de enfermagem conscientize os pais a respeito disso, a fim de evitar tais desapontamentos.



Os psicólogos podem contribuir para a formação de laços afetivos duradouros, facilitando os contatos iniciais dos pais com o bebê, acompanhando os pais no primeiro encontro com o bebê, não dificultando a entrada dos pais no berçário, orientando os pais para que não se sintam diminuídos ou envergonhados frente à equipe de saúde e, principalmente, escutando o que eles têm a dizer.

## OS EFEITOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA INTERAÇÃO MÃE/ BEBÊ

Conforme visto no primeiro capítulo do presente trabalho, a depressão pós-parto é multideterminada. Neste sentido, não é desencadeada por um único fator, mas pela combinação de diversos deles, que aumentam a vulnerabilidade da mãe em desenvolver a depressão. À esse respeito Maldonado, Nahoum e Dickstein (1987) consideram:

*Esta depressão varia muito de intensidade em cada mulher, e se deve a vários fatores: a tensão que freqüentemente surge no decorrer do parto, a dor que eventualmente suportou, em parte, talvez enormes mudanças metabólicas que se processam neste período (p. 66).*

As diferenças entre a criança idealizada pela mãe e a criança real, também podem ser responsáveis por gerarem a depressão pós-parto. Assim como a grande responsabilidade e compromisso que ela deve ter com o bebê e as freqüentes dúvidas acerca do cumprimento dessa árdua tarefa. Muitas vezes a mulher se sente desamparada e até culpada por medo de não saber cuidar adequadamente da criança ou por medo de fazer-lhe mal.

A mulher pode se sentir culpada, também, quando a expectativa de sentir fortes emoções com o nascimento do bebê não se concretiza e essas fortes emoções passam a dar lugar à tristeza e indiferença.

A depressão pós-parto, causada por qualquer um destes fatores, pode impedir que os laços afetivos entre o bebê e a mãe se formem de maneira adequada, prejudicando as futuras relações da criança com a mãe e com o resto do mundo.

De acordo com Phares, Duhig e Watkins (2002) apud Frizzo e Piccinini (2005) “as famílias onde um dos genitores apresenta depressão tendem a ser menos coesas, menos adaptativas, mostram menos envolvimento e são mais superprotetoras do que famílias onde nenhum dos pais apresenta depressão” (p.47).

Em casos de necessidade de permanência no hospital, os riscos de depressão após o parto tendem a aumentar e, conseqüentemente, a probabilidade de danos para a interação mãe/ bebê também. Comumente, nos hospitais, o bebê fica no berçário, separado da mãe e só tem contato com ela no momento da amamentação. Assim, neste período, mãe e bebê permanecem a maior parte do tempo separados. Por conseguinte, as oportunidades de contato com a criança, a fim de conhece-la, são menores.

Sabe-se que as primeiras horas após o parto são muito relevantes para a efetivação do vínculo entre a puérpera e o bebê, porém, na maioria das vezes, o bebê é separado da mãe logo após o nascimento, que só volta a vê-lo horas depois. Tendo em vista tais dificuldades, alguns hospitais estão adotando a humanização do parto, onde o bebê é acolhido de forma mais calorosa e carinhosa e a mãe pode acariciá-lo e tocá-lo a fim de restabelecer o contato e a intimidade. Alguns hospitais, ainda, adotaram o método mãe-canguru, onde a criança fica no mesmo quarto que a mãe e permanece na maioria do tempo junto de seu corpo, com uma roupa adequada para o acolhimento da mesma.

Segundo Cattaneo et al. (1998) o método mãe canguru é definido como contato pele a pele precoce, prolongado e contínuo entre a mãe e seu bebê recém-nascido. Deve-se assegurar que esse contato seja prolongado pelo maior tempo possível durante dia e noite. O método contribui para a humanização do cuidado neonatal e para o desenvolvimento de um melhor vínculo entre mãe e bebê. Permite, ainda, que a mãe se torne confiante no cuidado do bebê no hospital e posteriormente, em casa. O método mãe canguru, portanto, promove a diminuição da ansiedade materna, melhor qualidade no contato com seu bebê e facilita a amamentação.

Estes fatores favorecem o estabelecimento de contato entre mãe e filho e podem diminuir os riscos de depressão após o parto, facilitando, conseqüentemente, a formação do vínculo entre a díade.

A ocorrência de depressão após o parto pode vir a desencadear inúmeros de impactos para a interação mãe/ bebê. Nesse sentido, uma série de autores vem contribuindo para os estudos de tais impactos.

A respeito desse assunto Brazelton (1988) apud Schwengber e Piccinini (2003) enfatiza:

*Essa depressão materna, segundo o autor, apresenta um lado positivo: a hipersensibilidade da mãe contribui para que ela procure meios de compreender seu bebê. Como se fosse um consolo para seus sentimentos de desorganização, a mãe busca um comportamento organizado no seu bebê. Brazelton ressaltou ainda que a depressão pode ser útil no sentido de auxiliar a mãe a se afastar do seu antigo mundo, com o que ganha tempo para desenvolver sensibilidade e responsividade com seu bebê (p. 405).*

Contudo, não é sempre que a depressão pós-parto é positiva para a díade. Tal depressão pode afetar de forma significativa a contingência da interação mãe/bebê. Mazet e Stoleru (1990) apud Schwengber e Piccinini (2003) salientam que mães que desenvolvem depressão após o parto mostram-se inseguras em seus afazeres maternos, fazendo com que a atenção dada pela criança diminua, o que segundo os autores caracterizaria uma microrejeição. A mãe se sentindo rejeitada interrompe a interação com o bebê e, conseqüentemente, as seqüências interativas subseqüentes cessam rapidamente.

Em situações em que a mãe encontra-se deprimida o bebê pode reagir a essa depressão. Stern (1997) apud Schwengber e Piccinini (2003) enfatiza que o bebê pode reagir à depressão tentando reanimar a mãe. Diante da situação o bebê busca trazer a mãe de volta a vida, tentando fazer com que ela mantenha o contato com ele. Caso fracasse nessa tentativa o bebê pode vir a tornar-se deprimido, também.

Os resultados dos estudos de Stern (idem) mostram que puérperas deprimidas passam uma pequena parte de seu tempo olhando, tocando e conversando com seus bebês, demonstrando mais expressões negativas do que positivas. E, como conseqüência disso, bebês de mães deprimidas demonstram menos afeto positivo e mais afeto negativo, apresentam pouca vocalização e mais expressões de tristeza e raiva.

A respeito das observações de interações mãe/bebê Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) apud Schwengber e Piccinini (2003) assinalam que:

*(...) em interações normais, a mãe cuidadosa modula o próprio comportamento no sentido de proporcionar ao bebê estimulação adequada, o que caracteriza uma interação sincrônica. Já a depressão pós-parto contribui para que os comportamentos afetivos e de atenção da díade mãe-bebê*

*tornem-se assíncronicos, na medida em que a mãe encontra-se efetivamente não-responsiva. Com isso, o bebê tende a experimentar uma desorganização comportamental diminuindo o nível de respostas contingentes em relação a mãe (p. 406).*

Em casos onde a interação mãe/ bebê ocorre normalmente, a mãe costuma ajustar seu comportamento ao da criança, estimulando-a de forma adequada. Assim, os comportamentos da mãe e do bebê se tornam sincrônicos. À medida que a mãe torna-se indisponível às demandas do bebê, tais comportamentos passam a ser assíncronicos, o que acarretaria falhas no desenvolvimento afetivo da criança.

Field, Healy e Guthertz (idibem) apud Frizzo e Piccinini (2005) demonstraram em seus estudos que “nas díades em que a mãe apresentava depressão, também ocorrem comportamentos sincrônicos, mas estes eram de natureza negativa” (p.51). Estes resultados sugerem que os bebês tendem a se espelhar nos comportamentos predominantes de suas mães e que o afeto negativo mostrado pelo bebê pode vir a reforçar o comportamento depressivo da mãe. A esse respeito Golse (2002) salienta que “a criança deprimida aparece rapidamente como perseguidor pela sua mãe o que ilustra a noção interativa bem conhecida que um bebê deprimido é também um bebê que deprime” (p.240).

Field e cols. (1985) apud Frizzo e Piccinini (2005) salientam que:

*Mães deprimidas apresentam comportamento predominantemente deprimido ou ansioso, menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com suas crianças. Além disso as mães deprimidas, também tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças e expressam mais insatisfação associada com seus filhos do que mães não deprimidas (p.50).*

Os bebês podem ser afetados de diversas maneiras em função da depressão materna, já que dependem extremamente dos cuidados da mãe. Além disso, é logo após o parto que se dá início ao desenvolvimento concreto das relações entre mãe e bebê, portanto dificuldades neste período podem ter implicações consideráveis para a criança.

Hart, Jones, Field e Lundy (1999) apud Schwengber e Piccinini (2003) consideram a existência de dois estilos diferentes de interação mãe/ bebê, que podem ser desenvolvidos pela mãe deprimida. Segundo os autores, o primeiro desses estilos é caracterizado pelo afastamento, pouca estimulação e apatia, e o segundo, caracteriza-se por comportamentos intrusivos e de excessiva estimulação. Sobre os resultados desses estudos Hart, Jones, Field e Lundy (idem) apud Schwengber e Piccinini (idem) destacam que:

*(...) mães deprimidas intrusivas apresentam mais respostas positivas, mais demonstração de brinquedos e uma tendência maior a guiarem fisicamente seus bebês que, no entanto, mostraram menos manipulação do objeto. Por outro lado, mães deprimidas que se mostraram mais apáticas, quietas e afastadas mantinham a criança brincando com mais frequência e mostravam afeto mais restrito enquanto suas crianças demonstraram menos expressão afetiva, positiva ou não (p.408).*

De qualquer forma, ambos os estilos interativos de mãe deprimida forneceriam estimulação inadequada para a criança. Em suma, tais resultados demonstram que estilos de interação não adequados, como os citados acima, representam uma série de riscos distintos para o desenvolvimento da criança. Esta criança, segundo Frizzo e Piccinini (2005), pode vir a desenvolver um estilo de interação deprimido, com baixo padrão de atividade, bem como um comportamento hiperativo, demonstrando irritação e grandes níveis de ansiedade.

Posteriormente, Field (2000) apud Frizzo e Piccinini (2005) propôs que mães que possuam estilos de interação intrusivo, ainda que fornecendo estimulação inadequada, possam vir a facilitar o desenvolvimento da criança, já que a estimulam verbalmente, fato que acaba por contribuir para o desenvolvimento cognitivo do bebê. O que não ocorre com mães que desenvolvem estilo de interação deprimido e apático.

Outro estudo, ainda, conduzido por Goodman, Brogan, Lynch e Fielding (1993) apud Schwengber e Piccinini (2003) evidencia que crianças de mães que tiveram depressão após o parto foram vistas pelos professores, como pouco populares, porém não obtiveram menores notas em função disso e não tiveram

prejuízo no relacionamento com seus colegas, comparando-as a crianças de mães sem indicadores de depressão pós-parto.

A depressão após o parto tende a afetar significativamente a relação mãe/ bebê, principalmente caso não haja ninguém para apoiar ou até mesmo substituir as funções maternas comprometidas pela depressão. Daí a grande relevância do pai, neste momento, pois ele pode intermediar a relação mãe/ bebê ou substituir parcialmente o papel da mãe, amenizando assim, os efeitos da depressão pós-parto para o desenvolvimento do bebê.

Schwengber e Piccinini (2004) desenvolveram estudos acerca das eventuais diferenças na interação mãe/ bebê entre mães com ou sem depressão no final do primeiro ano de vida da criança. Estes estudos mostraram que mães deprimidas tendem a ser menos atentas em relação aos brinquedos do bebê. Mães com indicadores de depressão demonstraram menos afeto e se mostraram mais apáticas do que mães sem indicadores de depressão. Foi verificado, também, que as mães depressivas demonstram mais afeto negativo e mostraram mais expressões de ansiedade e tristeza e menos afeição com os bebês.

Além disso, os estudos de Schwengber e Piccinini (idid) revelam que os bebês de mães com depressão apresentam mais vocalizações negativas e sorriem menos do que bebês de mães sem indicadores de depressão.

À respeito dos estudos realizados, Schwengber e Piccinini (id) apontam:

*Diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendiam a se afastar fisicamente e apresentavam mais comportamentos negativos para chamar a atenção. Quando as mães não estavam simulando afeto depressivo e afastamento, os bebês evidenciavam mais comportamentos positivos e brincavam mais próximos às mães (p.234).*

Tendo em vista essas considerações, percebe-se a relevante influência que a depressão tem sobre a qualidade da interação mãe/ bebê, seja logo após o parto ou mesmo ao final de um ano de vida da criança.

Quanto à depressão materna Stoleru e Mazet (1993) apud Andrade (2002) salientam “que ela pode potencialmente ser a causa de uma futura depressão no seu filho, de dificuldade de atenção, toxicomania, alcoolismo, acidentes repetidos na

infância. Em outro nível, a depressão pode ser a causa de maus tratos ao bebê” (p. 182-183).

Não obstante, segundo Golse (2002) “nem todas as depressões do bebê são devidas às depressões maternas (existe também, sabe-se desde há muito tempo, situações de carência quantitativa) e, por outro lado, nem todas as depressões maternas dão lugar à depressões do bebê” (p.232). Para o autor, algumas crianças podem passar por situações onde a mãe desenvolveu uma depressão pós-parto, e não serem influenciadas por tal fato.

Andrade (2002) considera, também, ser de extrema importância o suporte recebido pela díade mãe/ bebê, através pai ou outros membros da família, assim como um tratamento para a depressão. Tais fatores são de inteira relevância para a melhora das interações entre a mãe e seu bebê, preservando-o assim, das possíveis conseqüências da depressão materna.

Sobre a tristeza das mães e seu risco para o bebê, Catão (2002) evidencia que uma mãe com depressão está ocupada o bastante consigo mesma e não consegue atender as exigências da criança. Por conseguinte, segundo a autora, esta mãe não está apta a desempenhar a função materna. Tal fato provavelmente trará como conseqüência prejuízos para a constituição psíquica do bebê, o que se verifica através de distúrbios do sono, atrasos no crescimento e no desenvolvimento e até mesmo, na configuração de síndromes autísticas.



## CONCLUSÃO

A revisão bibliográfica permiti-nos avaliar que a depressão pós-parto não afeta somente a mãe, mas também o pai, a família e principalmente a sua interação com a criança. Sabe-se que inúmeros fatores podem ser determinantes para a incidência da depressão após o parto, dentre eles podemos considerar, os fatores biológicos, os psicológicos e os sociais, como os mais relevantes.

Algumas vezes, os sintomas maternos frente a depressão se apresentam de forma mais sutil. No entanto, as implicações desses sintomas não se tornam menos importantes para a díade mãe/ bebê e para o desenvolvimento futuro da criança, já que a mesma é capaz de identificar as mínimas deficiências na contingência do comportamento materno.

No que tange a depressão pós-parto e a interação mãe/ bebê, o pai tem um papel fundamental, além de intermediar a relação, ele pode substituir, temporariamente, as funções maternas afetadas pela depressão, fazendo com que os efeitos desta se tornem mais tênues para a mãe e para o bebê.

Depois de diagnosticada a depressão pós-parto, viabiliza-se a realização de intervenções terapêuticas. O principal objetivo destas intervenções é o apoio dado a mãe neste período, caracterizado por intensa sensibilidade, tendo em vista a gama de sentimentos experimentados pela mesma após o parto.

O atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade de prevenção da ocorrência de uma interação mãe/ bebê de baixa qualidade. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem se atentar a importância de intervenções que tragam benefícios para a interação mãe/ bebê.

A forma de tratamento utilizada perante a depressão pós-parto varia conforme a severidade do distúrbio. Para que o tratamento tenha sucesso, é necessário aliar acompanhamento psicológico, psiquiátrico e ginecológico. Em casos de necessidade da utilização de antidepressivos, a situação deve ser minuciosamente investigada junto ao médico, já que os mesmos podem interferir da amamentação.

Porém, além da preocupação médica com o problema, são muito relevantes os cuidados sociais, comumente envolvidos com o desenvolvimento da depressão

no período puerperal. Durante a intervenção psicológica, é importante que a mãe tenha contato com grupos de mães que também desenvolveram depressão após o parto. Bem como, tenha o apoio do pai ou de familiares, intermediando a relação mãe/ bebê. O psicólogo tem, também, a função de tentar minimizar e colocar nas devidas proporções as sensações de culpa por estar deprimida, por se achar incapaz de cuidar do bebê e as auto-recriminações por não conseguir se sentir feliz.

O tratamento para a depressão pós-parto deve enfatizar, não somente a qualidade de vida da mãe, mas também, a prevenção de distúrbios no desenvolvimento do bebê e preservar um bom nível de relacionamento conjugal e familiar

Tendo em vista a extrema importância do tema, faz-se necessário a realização de estudos que abordem a interação mãe/ bebê em contextos de depressão materna, levando-se em consideração formas de estratégias precoces de intervenção que considerem as particularidades dos quadros depressivos após o nascimento do bebê. Já que o desenvolvimento das futuras relações da criança são determinados pela qualidade das interações desenvolvidas nos primeiros meses de vida do bebê.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, M. A. G. (2002). Tornar-se Pai, Tornar-se Mãe: o processo de Parentificação. In Filho, L. C., Côrrea, M. E. G. & França, P. S. (Org.), *Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos*. (pp. 167-187). Brasília, L.G.E.

Ávila, A. A. (1999). *Socorro Doutor! Atrás da Barriga tem gente!* São Paulo: Atheneu.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Catão, I (2002). A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In Filho, L. C., Côrrea, M. E. G. & França, P. S. (Org.), *Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos*. (pp. 221-231). Brasília, L.G.E.

Cattaneo, A et all (1998). Recomendações para implementação do cuidado Mãe Canguru para bebês de baixo peso ao nascer. *Acta Paediatr*, 87, 440-445.

Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 9 (1), 47-55.

Golse, B. (2002) Depressão do bebê, depressão da mãe e conceito de psiquiatria perinatal. In Filho, L. C., Côrrea, M. E. G. & França, P. S. (Org.), *Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos*. (pp. 232-248). Brasília, L.G.E.

Harvey, E. (2002). *Depressão Pós-Parto: Esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Agora.

Maldonado, M. T., Nahoum, J.C. & Dickstein, J. (1987). Nós Estamos Grávidos. Rio de Janeiro: Bloch Educação.

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E. & Lopes, S. L. (2004). Expectativas e Sentimentos da Gestante em relação ao Seu Bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa (Brasília)*, 20 (3), 223-232.

Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8 (3), 403-411.

Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa (Brasília)*, 20(3), 233-240.

Soifer, R. (1980). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1987-1999). *Os bebês e suas mães* (Camargo, J. L., Trad.). São Paulo: Martins Fontes.