

## A clínica da depressão pós-parto

*Maria Helena Cruz de Moraes\**

*Maria Aparecida Crepaldi*

### Resumo

O objetivo deste artigo é a discussão clínica da depressão pós-parto, baseada em uma revisão teórica na literatura atual e clássica sobre o tema. A compreensão dos principais fenômenos do puerpério possibilita o diagnóstico da sua expressão patológica em forma de depressão pós-parto. Esse estado emocional regredido, com revivência da história pré-consciente e inconsciente da mulher, bem como a necessária reorganização interna e externa quando do nascimento do bebê propiciam abertura para o tratamento psicoterápico. A postura indicada do terapeuta é de acolhimento do sofrimento materno, facilitação da expressão de sentimentos e ansiedades e o reconhecimento da maternidade como um fenômeno psíquico. Desta forma, além do bem estar da mãe, fica assegurado o nascimento psíquico da criança e o equilíbrio familiar.

**Palavras-chave:** puerpério, depressão pós-parto, psicoterapia.

### The Clinic of the Postpartum Depression

#### Abstract

The objective of this article is the clinical discussion about postpartum depression starting from a theoretical review based on modern and classical works on the theme. The comprehension of main postpartum emotional phenomena leads to the diagnosis of its pathological expression: postpartum depression. This regressed emotional state with the reliving of woman's pre conscious and unconscious history and the necessary internal and external organization, when the baby is born, provides an opening for psychological monitoring. The psychotherapist's most appropriate position is as the holder of the maternal suffering, facilitating the expression of feelings and anxiety and recognizing maternity as a psychological phenomenon. This manner, besides ensuring the mother's well-being, psychotherapy protects the child's psychological birth and maintains the family balance.

**Keywords:** postnatal period, postpartum depression, psychotherapy.

---

\* Doutora em Psicologia da Saúde pela UFSC

## A clínica da depressão pós-parto

O presente artigo tem por objetivo relacionar e discutir os conflitos psicológicos que podem ser vividos pela mulher no puerpério, além de tecer considerações clínicas sobre o tratamento psicológico da depressão pós-parto, incluindo a postura técnica recomendada no tratamento psicoterápico de mães recentes em caráter preventivo ou curativo.

Parte-se da concepção de que nenhuma mulher nasce mãe, ela se torna mãe. E apesar das evidentes idealizações no imaginário coletivo, para algumas delas, a chegada do bebê significa uma carga superior àquela que imaginavam suportar. Na ocasião do nascimento de um filho, a maioria das mulheres experimenta sentimentos contraditórios e inconciliáveis com a imagem idealizada e romaneada de mãe acolhedora, tranqüila, compreensiva, capaz de enormes sacrifícios (Azevedo & Arrais, 2006).

## Aspectos psicológicos do puerpério e da depressão pós-parto

Em concordância com os estudos de Bridon (2003), considera-se a ideia de que a função materna se refere a uma posição inconsciente, fruto da história individual de cada mulher e que condensa aspectos desenvolvimentais e conflitivas psicológicas, que podem divergir da vontade e desejo conscientes. A intenção neste texto é compreender melhor a maternidade e não patologizá-la.

Segundo Bydlowski (2000) a tendência a compreender a problemática das mães como patológica se deve à intensidade do ressurgimento de certas fantasias regressivas e o afluxo de memórias infantis expressas sob um modo quase nostálgico. A este estado emocional, que se caracteriza pelo relaxamento das forças defensivas que garantem a repressão e pela afluência espontânea dos conteúdos até então pré-conscientes ou inconscientes, a referida autora chama de “transparência psíquica”. É essa transparência que se expressa através de palavras, comportamentos, sonhos e sintomas, que possibilita ao psicoterapeuta a identificação dos conflitos subjacentes.

O estado aumentado de sensibilidade que a mãe vive durante a gravidez e os primeiros anos da criança, bem como a evocação da sua própria infância e das relações com a própria mãe provoca uma regressão psíquica que a conduz a uma possibilidade complexa de identificações: da mãe com o bebê, do bebê com o bebê que ela própria foi, da mãe com sua própria mãe ou do bebê com a mãe da mãe, dentre outras variações onde entram irmãos, avós e etc.

Ao encontro destas ideias, pesquisando através de tratamentos psicoterápicos e psicanalíticos com mulheres, Langer (1981), Videla (1997), Felice (2000) e Maldonado (2005) apontam que são revividas a própria gravidez, parto, amamentação, gratificações, privações, abandonos, estados emocionais patológicos devido a perdas reais, vivência de outras gravidezes da mãe, etc. Do ponto de vista psicológico, o nascimento de um bebê representa ainda o final de uma jornada e início de outra, já que a mãe deixa de ser apenas filha para ser mãe, o casal passa da díade para a tríade. Estes fatos implicam em adequações e acarretam modificações intra e interpessoais.

Vários são os conflitos psicológicos que podem ser vividos pela mulher no puerpério. Se ela apresenta características de personalidade dependente e simbiótica, por exemplo, poderá vivenciar esse período como um momento de separação física e emocional doloroso, no qual o ventre flácido e vazio a faz sentir que perdeu uma parte de si mesma, fazendo-a reviver, segundo, Soifer (1984) uma das angústias mais arcaicas que é a separação da própria mãe.

Mais uma “tarefa” psicológica da mãe esperada para este período é a elaboração da perda de seu “bebê ideal”, a partir do momento que se relaciona com seu “bebê real”, que na maioria das vezes mostra-se bastante diferente do primeiro. Para a mãe a realidade do feto *in útero* não é a mesma do bebê recém-nascido. Durante a gravidez, conforme lembra Felice (2000), a mulher nutre fantasias em relação ao bebê, fruto do desconhecimento das características físicas e psíquicas de seu filho, bem como de suas próprias expectativas e projeções.

A maioria dos conflitos e revivências se passam de forma inconsciente e podem ser praticamente imperceptíveis quando as condições favoráveis e a alegria pelo nascimento do bebê facilitam a elaboração. Do contrário, alguns transtornos podem ser observados. Para a melhor compreensão desses transtornos puerperais faz-se necessária a distinção entre eles, pois os quadros depressivos maternos variam de intensidade e duração, determinando diferenças no diagnóstico clínico.

Em situações “normais”, segundo Rosfelter (1994), Klaus, Kennel e Klaus (2000), Maldonado (2005), Alt e Benetti (2008) e Cabral e Oliveira (2008) de 80 a 90% das mulheres apresentam um quadro chamado *baby-blues*, *postpartum blues* ou tristeza puerperal. O termo *blues* evoca as nostálgicas melodias dos negros escravos da Luisiana cantando a lembrança da Mãe África perdida. O estado emocional do *postpartum blues* se caracteriza por um período esperado e transitório de instabilidade emocional,

lágrimas imotivadas, tristeza súbita e transitória, introversão, irritabilidade e cansaço. Este fenômeno ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto e, por isso, é também chamada de “síndrome do terceiro dia” ou “depressão transitória” (Bydlowski, 1997, 2000), devendo desaparecer até o final do primeiro mês.

As causas para o *blues* são complexas, envolvendo o fim do estresse da gravidez e do parto, novas condições hormonais, mas principalmente estão relacionadas a uma desorganização do ego materno, constituindo-se na “tradução emocional de uma espécie de desnudamento psíquico que permite à mãe lidar com o seu recém-nascido” (Bydlowski, 2000, p.136). O *blues* é uma preparação da mãe para a apreensão e compreensão das necessidades do bebê e, de alguma forma, explica a sua universalidade.

No outro lado do espectro clínico do *baby-blues* encontra-se a psicose puerperal que ocorre entre 0,1% a 0,2% dos partos, e é mais comum em primíparas (Ruschiet al, 2007). Caracteriza-se por comportamentos maternos que denotam repúdio total ao bebê, apatia, comprometimento do juízo de realidade, delírios e alucinações geralmente relativos à criança, com risco de suicídio e infanticídio (DSM-IV-TR, APA, 2002) ou dificuldade de perceber o bebê como separado de si, permanecendo em um vínculo simbiótico ou negando o nascimento da criança (Marques, 2003).

A psicose do tipo agudo acontece em jovens mães primíparas e o risco de recidiva na próxima gravidez é alto. O quadro clínico se instala bruscamente e sua duração é relativamente curta (de horas a semanas). Ocorre do segundo dia ao terceiro mês depois do parto e pode requerer intervenção medicamentosa e/ou internação hospitalar (Bydlowski, 2000).

Existem outras situações em que se destacam as situações reais que podem prolongar ou exacerbar a depressão materna, como por exemplo, os bebês prematuros, malformados, que apresentam transtornos genéticos, neurológicos ou com doenças congênitas (Toth&Peltz, 2009). Da mesma forma, as mães de bebês natimortos ou que morrem após o nascimento costumam apresentar um quadro depressivo chamado reativo como parte do processo de elaboração do luto.

Quando o *blues* não desaparece e, pelo contrário, se intensifica mostrando-se severo e durável, se torna o precursor da chamada depressão pós-parto ou puerperal (DPP), um evento patológico que demanda ajuda. A DPP é um importante problema de saúde pública, já que ocorre em um momento crucial no ciclo da vida familiar, na concretização do sentido de parentalidade e do nas-

cimento psíquico da criança, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento da criança.

“A DPP é limitante e pode durar meses sem melhora espontânea e sem ajuda se torna uma provação dolorosa no primeiro ano de vida com o bebê” (Bydlowski, 1997, p. 193). A DPP é um problema que atinge cada vez mais mulheres em seu processo reprodutivo, com estimativas de que 8% a 25% das mães podem apresentar depressão puerperal (Mandú, Santos & Corrêa, 2006). Já Faisal-Cury e Menezes (2005) e Cruz, Simões e Faisal (2005) afirmam que no Brasil, os números parecem ainda mais preocupantes. Dependendo da amostra de puérperas estudada, variam de 16% a 37% (Cury & Volich, 2010).

Apesar disto, esse é um assunto que tende a ser silenciado e/ou vetado em sua expressão (Harvey, 2002 e Agard-Maréchal, 2007) devido aos sentimentos de vergonha e inadequação das mulheres em manifestar mal-estar diante da criança ou ao “mito do amor materno”, característico da cultura ocidental (Badinter, 1985), o que leva a comunidade científica a um subdiagnóstico desse fenômeno (Zaconeta, Motta & França (2004). Acrescenta-se a esses fatores a questão da invisibilidade da depressão pós-parto, causada pelo desconhecimento deste fenômeno psíquico em sua integralidade pelas equipes de saúde.

A depressão pós-parto tende a ser mais intensa quando há uma quebra de expectativa da mãe em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho; daí advindos a prostração, desapontamento, impressão de não ser capaz de enfrentar a situação. A mulher em sua identificação regressiva com o bebê passa a solicitar cuidados e atenção para si, mobilizando preocupação nos familiares (Maldonado, 2005).

Soifer (1984), Bydlowski (2000), Maldonado (2005), Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa e Faria (2006) e Ruschiet al. (2007) destacam que dentre os sintomas manifestados pela mulher constam desânimo profundo, cessação do interesse para o mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda a atividade, diminuição dos sentimentos de auto-estima, humor deprimido, irritabilidade, choro frequente, falta de energia, agitação ou retardo psicomotor, capacidade diminuída para pensar e concentrar-se, transtornos alimentares e do sono, sentimentos de desamparo e desesperança, sensação de não dar conta do bebê, sentimentos de inutilidade ou culpa, pensamentos recorrentes de morte, bem como manifestações psicossomáticas como cefaleia, hemorragias, infecções, fissuras mamárias e dificuldades na lactação, entre outros.

Dentre os principais fatores psicossociais de risco para o desenvolvimento da DPP, destacam-se:

- Relativos à família: presença de transtorno psiquiátrico na família, história familiar de pós-parto, condições sócio-econômicas e ambientais desfavoráveis, reduzido suporte social (Bydlowski, 1997).
- Relativos à própria mulher: história de transtorno de humor ou ansiedade prévios ou durante a gravidez, que se não diagnosticadas podem levar a consequências materno-fetais danosas, desde o momento do parto até o pós-parto (Jablenski, 2005); história de transtorno disfórico pré-menstrual; abuso sexual na infância; gravidez precoce, ou seja, em idade inferior a dezesseis anos; gravidez não planejada ou não aceita; vivência negativa em gravidezes anteriores; a forma como é assistida no parto, mães solteiras; ter muitos filhos; abortamentos repetidos; baixo nível de escolaridade; abuso de substâncias/tabagismo; eventos estressantes nos últimos doze meses; desemprego ou volta precoce ao trabalho (Camacho et al., 2006).
- Relativos à vida conjugal: atitude negativa do pai do bebê em relação à gravidez (Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005), ausência de um companheiro, conflitos conjugais, violência doméstica, desemprego do cônjuge (Silva, 2007; Cury & Volchi, 2010).

As dificuldades recaem geralmente sobre o exercício das funções maternas e da construção de um espaço psíquico e real para este bebê e podem se manifestar de diferentes formas. É o que Cramer e Palacio-Espasa (1993) denominam de “neo-formação” estrutural na organização psíquica da mãe, na qual “(...) toda uma série de investimentos narcísicos e pulsionais da mãe, até então conservados em seu espaço intrapsíquico, irá se distribuir no espaço inter pessoal da relação com a criança real e fantasística” (p. 28), a qual se transforma em ligação e depositário de investimentos até então ligados a objetos internos ou a aspectos *do self* da mãe.

Como a patologia se manifesta basicamente na interação com o filho, Delassus (2002) denominou esses quadros as “doenças da maternidade”, como patologias interacionais que ocorrem com todas as mães, de forma mais consciente ou inconsciente, envolvendo menor ou maior ansiedade, apresentando diferentes graus de

implicações na vida intra e inter-psíquica destas e, por consequência segundo Frizzo e Piccinini (2007) na tríade mãe-bebê, na tríade mãe-pai-bebê.

Na depressão pós-parto a criança é muitas vezes percebida como exaurindo a mãe. Ao exercer a função materna, a mulher sente-se incompetente para cuidar e fornecer o que a criança precisa, já que não pode dar o que ela própria nunca recebeu quando era bebê. A DPP evidencia uma falta originária, uma sensação de não ter forças para as exigências da maternidade, pois o luto pelos seus próprios desejos de amor não estão elaborados, devido a precoces dificuldades na relação com a própria mãe.

Em situações extremas de projeções maciças de desapego, abandono, invasão, violência sutil, como no deixar a criança adoecer seguidamente por negligência, por exemplo, ou violência declarada (maus tratos, abusos, agressões físicas e sexuais) o que se constata é a total incapacidade das mães que geralmente não foram acolhidas em suas próprias necessidades e temores e/ou nas quais predominam ansiedades persecutórias projetadas no bebê. Nesses casos, as crianças têm de lidar sozinhas com suas angústias, refletindo em suas personalidades o vazio de suas primeiras interações.

A Depressão Pós-Parto, como a manifestação sintomática do conflito da mulher diante da maternidade, tem origem no intrapsíquico feminino, pode ser agravado por circunstâncias externas, mas indiscutivelmente traz consequências nefastas para o bebê, pois perturba, dificulta e às vezes impossibilita a relação com ele. Até mesmo as formas mais brandas e camufladas da depressão da mãe podem afetar a criança, na medida em que ele percebe a pobreza de interação, a ausência ou a pouca harmonização afetiva (Schwengber & Piccinini, 2003).

## O tratamento psicoterápico da depressão pós-parto

Conforme destacado acima, a exposição ao caráter eminentemente regressivo das emoções do recém-nascido suscita inúmeras e perturbadoras experiências inconscientes, bem como novos e exigentes reajustes pessoais às mulheres que se tornam mães. Porém, “A maternidade, enquanto processo, não está pronta de antemão; há inúmeras chances de que a trajetória se modifique ou não se complete” (Delassus, 2003, p.249). Nesse sentido, o referido autor considera a doença materna um “grito” de impotência e dificuldade para se tornar mãe, principalmente quando o inconsciente se manifesta ultrapassando as condições atuais e reais de poder sê-lo.

Em função do contexto que confere incredulidade em relação à depressão, num momento que deveria ser de felicidade e da exigência dos cuidados com o bebê, as mães dificilmente procuram ajuda para si mesmas. Os efeitos negativos vão se fazendo sentir nos meses seguintes ao parto e o tratamento passa então a ser urgente (Bydlowski, 1997).

Os estudos de Szejer (1999) e Klaus et al. (2000) ressaltam que o período de pós-parto constitui-se num tempo de ressonância que pede uma abertura de espaço para escuta, visto que pais, avós, familiares e, principalmente a mãe, estão abertos a seus sentimentos. Em função disso, diferentes modalidades de tratamentos psicoterápicos têm sido desenvolvidas, tais como a terapia familiar, a psicoterapia da díade mãe-bebê, a psicoterapia de grupos de puérperas. Neste texto, discorre-se sobre a psicoterapia psicanalítica individual da mulher com depressão pós-parto. O atendimento psicoterapêutico nessa perspectiva é um espaço para a escuta, ao resgatar elementos importantes desde a gravidez e parto, auxiliando na elaboração de conflitos e ajudando a mãe a lidar com a criança e a maternidade em todas as suas demandas.

Assim, segundo Delassus (2003), a postura clínica para com mães deprimidas pressupõe auxiliá-las a definir a problemática em questão através da escuta; escuta essa que pode curar a depressão materna. “Porque aqui escutar é ouvir, e ouvir é restabelecer o contato. O contato estabelecido com a mãe em dificuldade permite reencontrá-la na realidade do momento (...)” (p. 250).

Dentre os sofrimentos da puérpera, Rosfelter (1994) afirma que é preciso compreender que em sua queixa sobre fadiga, por exemplo, tão comum na DPP, as mulheres estão expressando a própria sensação de desamparo e de abandono pelas pessoas mais próximas, temendo não ser amada e ao mesmo tempo perdendo suas referências.

Segundo Forman, O’Hara, Stuart, Gorman, Larsen e Coy (2007) o acompanhamento psicoterapêutico psicanalítico da mulher enfoca a maternidade em um sentido amplo, levando em conta tanto a relação concreta com o bebê, companheiros e familiares quanto à maternidade do ponto de vista intrapsíquico consciente e inconsciente. Na prática clínica observa-se a necessidade das puérperas de falar e serem ouvidas, buscando dessa forma, alívio e a possibilidade de dar sentido a sua experiência, podendo sentir-se também cuidadas.

Para Raphael-Leff (1997), a psicoterapia individual durante o início da maternidade dá, a quem cuida de uma criança, tempo e espaço seguro para a reflexão, atentando para seu mundo interior desde uma perspec-

tiva de auto-observação. Nesse sentido, a psicoterapia individual permite diminuir significativamente o estado depressivo materno, melhorar as estratégias adaptativas de enfrentamento da nova situação, favorecendo uma reorganização intrapsíquica. (Benhaijoub, Ladenburger, Lighezzolo&DeTichey, 2008)

O foco da psicoterapia é sempre determinado pelos sonhos, associações livres e comunicações não verbais da mulher que está em atendimento psicoterápico. A partir da compreensão dos sintomas chega-se ao significado do sofrimento psíquico e à dificuldade na interação mãe-filho à luz dos aspectos do mundo interno da mãe, seus relacionamentos mais amplos e sua história emocional passada.

Embora Blydowski (1997) afirme que na psicoterapia no período pós-parto, o psicoterapeuta não deve ter ideias pré-concebidas nem teorias prontas a aplicar, alguns aspectos merecem especial atenção. Dentre eles a inevitável ambivalência presente no vínculo da mãe com seu bebê.

Segundo Maldonado (2005) a atenção à ambivalência afetiva materna em suas várias manifestações diminui os sentimentos de ciúme, inveja, raiva e conseqüentemente culpa e vergonha, oriundos das projeções maternas sobre o bebê, bem como minimiza a crença na própria maldade interna e na própria capacidade de destruição. Assim, a mulher pode fazer emergir mais plenamente os sentimentos de amor, entendendo as dimensões polivalentes de cada relação humana.

Como em toda psicoterapia psicanalítica, a aliança terapêutica com o psicoterapeuta ajuda a mãe a adquirir confiança em sua capacidade maternal. Da mesma forma, reviver na transferência as experiências emocionais com imagens parentais e outras figuras importantes proporciona uma cena viva para lidar com o passado.

Um aspecto específico e diferencial na psicoterapia da depressão pós-parto é que, para além da transferência da paciente em relação ao terapeuta que é utilizada como instrumento de compreensão, a atenção se volta também, como salientado acima, à transferência materna em relação ao bebê e à vivência da maternidade, possibilitando o reconhecimento de projeções e identificações da mãe sobre a criança à luz de sua história interior.

Quando o psicoterapeuta se dispõe a escutar poderá articular sua compreensão a partir da mãe, que fornece por meio de suas associações a marca de sua conflitiva em suas relações com o filho, evidenciando o encontro entre os elementos intra-psíquicos maternos com o inter-relacional. Dessa forma, as descompensações são reorganizadas pelo impacto de interpretações simples. “... primeiramente, um *insight* fulgurante, acompanhado

pela ‘descoberta’ do filho com novos olhos...; depois, uma reintegração dos elementos projetados no espaço intrapsíquico da mãe...” (Cramer&Palacio-Espasa, 1993, p. 35).

Comparada à atitude materna em relação ao bebê, a postura do psicoterapeuta deve se caracterizar neste tipo de psicoterapia pela continência, portanto pelo acolhimento a suas angústias. Termo cunhado por Bion (1962), continência designa a capacidade de conter as necessidades, angústias e fantasias da paciente, aceitar e conter a carga de identificações projetivas, que constituem a transferência, compreender seu conteúdo, dar um nome para o que ela sente e faz, e devolver o que ela projetou em doses parceladas, devidamente desintoxicadas, sem julgamento de valores e críticas, através da atividade interpretativa (Zimmermann, 2001).

Nesse sentido, segundo Rodrigues e Hutz (1998), o “apoio” passa a ser entendido como uma postura, um lugar do psicoterapeuta dentro do *setting*, que representa proteção para o paciente contra os riscos inerentes ao mergulho psíquico que é o *insight* e o encontro com afetos reprimidos. Segundo Delassus (2003) é preciso ajudar a mãe a passar da dor à doçura, do sofrimento à possibilidade de amar. O tratamento materno, além de preventivo em relação à criança também é necessário para a mãe que tem direito à maternidade tranqüila e feliz.

Esse tipo de conduta terapêutica é o que se chama “maternar” a mãe, o que além de aliviá-la em suas angústias, presta-se a um novo modelo de identificação nos cuidados com seu próprio bebê. Bernardino e Rohenkhol (2002) chamam essa atitude terapêutica de “a clínica do *holding*”, onde o objetivo é sustentar psicologicamente a mãe para que ela possa fazer o mesmo com o bebê.

Eizirik, Libermanne Costa (1998) lembram que no exercício da função de psicoterapeutas, todos levam traços masculinos e femininos, fruto de suas próprias identificações maternas e paternas. Os autores se referem a “uma disposição à maternidade” como uma aptidão necessária para trabalho terapêutico que inclui a capacidade de esperar o desenvolvimento da criança-paciente, o que lembra uma gestação.

Para Lebovici e Solis-Ponton (2004) o reconhecimento da complexidade dos elementos que integram a herança psíquica consciente e inconsciente permitirá à mulher passar de uma situação passiva que consiste em sofrer as exigências internas a uma posição ativa, uma construção criativa da narrativa de sua própria história. Esta posição pode liberá-la para perceber o bebê e a ele responder, aceitando a sua contribuição na formação do papel e auto-imagem como mãe mediante suas possibilidades e limitações.

## Considerações finais

Pode-se dizer, portanto, que o acompanhamento psicoterapêutico das puérperas deve estar consubstanciado não só por uma técnica psicoterápica que envolve compreensão psicodinâmica dos fenômenos psíquicos deste momento da vida da mulher e estratégias de “urgência”, mas por uma postura clínica que envolve empatia, continência e ressignificação dos sentidos dados à maternidade. Sem julgamentos ou acusações, em contraposição ao superego rígido de algumas mulheres oriundo da internalização de uma mãe má e acusatória, a mulher poderá se compreender melhor e sentir-se mais livre para exercer a maternidade do seu jeito, libertando-se dos “fantasmas” conscientes e inconscientes e dos mandatos transgeracionais que às vezes perpassam várias gerações.

## Referências bibliográficas

- Agard-Maréchal, A. (2007). *Dans les silences des mères*. [Dentro dos silêncios das mães]. Paris: Éditions Albin Michel.
- Alt, M.S. & Benetti, S.P.C. (2008). Maternidade e depressão: impacto da trajetória de desenvolvimento. *Revista Psicologia em Estudo*, v.13, n.3.
- Azevedo, K. R. & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v.19, n.2.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Benhaijoub, A., Ladenburger, A., & De Tichey, C. (2008). Depression maternelle et prévention approche clinique et projective. [Depressão materna e prevenção: método clínico e projetivo]. *Revue Evolution Psychiatrique*, v.73, n.2, pp.331-352.
- Bernardino, L.M.F. & Rohenkhol, C.M.F. (2002). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bion, W. (1962). *Aprendendo com a experiência*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Bridon, D. (2003) *O autismo nos (des)caminhos da feminilidade: o lugar da função materna na ocorrência de autismo infantil*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. [A dívida da vida: itinerário psicanalítico da maternidade]. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant*. [Eu sonho uma criança]. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Cabral, F. B. e Oliveira, D.L.C. (2008, agosto). *A invisibilidade da depressão pós-parto no contexto das equipes de Saúde da Família*. Trabalho apresentado no Encontro Fazendo Gênero 8- Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, Santa Catarina.
- Camacho, R.S., Continelli, F.S., Ribeiro, C.S., Contilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E. & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), pp.92-102.
- Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas Psicoterápicas Mãe/Bebê: estudos clínicos e técnicos* (F. F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Cruz, E.B.S.; Simões, G.L. & Faisal, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, (4), pp.181-188.
- Cury, A.F. & Volich, R.M. (2010). *Segredos de mulher: diálogos entre um ginecologista e um psicanalista*. São Paulo: Ed. Atheneu
- Delassus, J. M. (2002). *Le sens de la maternité*. [O sentido da maternidade]. Paris: Dunod.
- Delassus, J. M. (2003). *Tornar-se mãe: o nascimento de um amor*. (M.C. Franco, Trad.). São Paulo: Edições Paulinas.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

- Eizirik, C. L., Libermann, Z. & Costa, F. (1998). A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: Cordioli, A. V. (Org.) *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed Editora, pp. 67-76.
- Faisal-Cury, A. & Menezes, P.R. (2005). Depressão pós-parto: o papel do obstetra. *Femina*, 33(2), pp.135-139 (fev. 2005).
- Felice, E. M.D. (2000). *A Psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo: Editora Vetor.
- Forman, D.R., O'hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L., Larsen, K.E. & Coy, K.C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. [Tratamento efetivo para depressão pós-parto não é suficiente para melhorar o desenvolvimento da relação mãe-bebê]. *Development and Psychopathology*, v. 19 (2), pp.585-602.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.20, n. 3. Acesso em 25/11/09 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_attex&pid=S0102-79722007000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_attex&pid=S0102-79722007000300002).
- Harvey, E. (2002). *Depressão Pós-parto: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Editora Ágora.
- Jablenski, A. V. (2005). Pregnancy, delivery and neonatal complication in a popular cohort of women with esquizofrenia and major affect disorders. [Gravidez, parto e complicação neonatal em um coorte de mulheres com esquizofrenia]. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), pp.79-91.
- Klaus, M.H., Kennell, J. & Klaus, P.H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. (Trad. M.R. Hofmeister). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Lebovici, S. & Solis-Ponton, L. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici; A construção da parentalidade. In: Silva, M.C.P. (Org.) *Ser pai, Ser Mãe, Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*, pp.21-27. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Maldonado, M.T. (2005) *Psicologia da Gravidez*, 17 a edição. São Paulo: Editora Saraiva.
- Mandú, E. N. T., Santos, N. C. H. & Correa, A. C. P. (2006). Problemas e necessidades no campo da saúde reprodutiva. In: Mandú, E. N. T. (org.). *Saúde Reprodutiva: abordagens para o trabalho do enfermeiro em atenção básica*. Cuiabá: EDUFH
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), pp.85-94.
- Moraes, I.G.S., Pinheiro, R.T., Silva, R.A., Horta, B.L., Sousa, P.L.R. & Faria, A.D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v.40 (1), pp.65-70 (fev/2006).
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Rodrigues, V. & Hutz, M. (1998). O apoio como fator de mudanças nas psicoterapias. In: Cordioli (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.
- Rostfelter, P. (1994). *El nacimiento de una madre: bebe blues*. Buenos Aires: Editora Nueva Visión.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, Rosiane, Chambó Filho, A., Zandonade, E. & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n.3, set/dez 2007.
- Schmidt, E.B.; Piccolotto, N.M. & Müller, M.C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10, (1), pp. 61-68.
- Schwengber, D.D. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), pp. 403-411.
- Silva, M. R. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto da psicoterapia pais-bebê*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Sjezer, M. (1999). *A escuta analítica de bebês em maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soifer, R. (1984) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (I.V. De Carvalho, Trad.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Toth, S. L. & Peltz, J. (2009). La depression maternelle. In: Tremblay, R.E., Barr, R.G., Peters, R.V., Boivin, M. (orgs). *Encyclopédiesur le développement des jeunes enfants*, p. 1- 9.
- Videla, M. (1997). *Maternidad: mito y realidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Zaconeta, A.M.; Motta, L.D.C. & França, P.S. (2004) Depressión Postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasília, Brasil. [Depressão pós-parto: prevalência do teste de rastreamento positivo em púerperas do Hospital Universitário de Brasília, Brasil]. *Revista Chilena de obstetricia y ginecologia.*, 69 (3). Acesso em 01/04/10 em <http://www.scielo.br>
- Zimmermann, D. E. (2001). *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Submetido em: 19-3-2012

Aceito em: 30-4-2012