



Universidades Lusíada

Alfaya, Cristiane

Depressão materna no sexto mês de vida do bebê : resultados iniciais

<http://hdl.handle.net/11067/3540>

<https://doi.org/10.34628/zav5-t681>

Metadados

Data de Publicação	2015
Resumo	A transição para a maternidade, principalmente quando se trata do primeiro filho, está associada a importantes mudanças físicas e psíquicas. Autores como Winnicott têm sugerido que com a maternidade a mulher entra numa condição psíquica especial que a coloca num estado de grande disponibilidade emocional para o bebê. Assim sendo, o presente estudo investigou indicadores de depressão em mães com e sem depressão aos seis meses de vida do bebê. Participaram do estudo 17 mães com idade entre 16 e 38...
Palavras Chave	Depressão pós-parto
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] RPCA, v. 06, n. 1 (Janeiro-Junho 2015)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:24:52Z com informação proveniente do Repositório

**DEPRESSÃO MATERNA NO SEXTO MÊS DE VIDA DO BEBÊ:
RESULTADOS INICIAIS**

**MATERNAL DEPRESSION IN THE SIXTH MONTH
OF BABY'S LIFE:
EARLY RESULTS**

Cristiane Alfaya

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Contacto para Correspondência:
cristianealfaya@hotmail.com

Resumo: A transição para a maternidade, principalmente quando se trata do primeiro filho, está associada a importantes mudanças físicas e psíquicas. Autores como Winnicott têm sugerido que com a maternidade a mulher entra numa condição psíquica especial que a coloca num estado de grande disponibilidade emocional para o bebê. Assim sendo, o presente estudo investigou indicadores de depressão em mães com e sem depressão aos seis meses de vida do bebê. Participaram do estudo 17 mães com idade entre 16 e 38 anos, de diferentes níveis socioeconômicos do Programa de Saúde da Família na cidade de Santo Antônio de Jesus (Bahia - Brasil). O Inventário Beck de Depressão (BDI) e uma Entrevista Diagnóstica detectaram 08 mães com nível de depressão (grupo I), e 09 mães sem nível de depressão (grupo II). A Entrevista Diagnóstica foi utilizada para investigar a presença de indicadores de depressão em ambos os grupos. As respostas das mães na Entrevista Diagnóstica foram examinadas através da análise de conteúdo e com base no eixo temático sobre indicadores de depressão. As mães de ambos os grupos apresentaram indicadores de depressão como cansaço, alteração do sono, e preocupação com o corpo. Os resultados foram discutidos com base na teoria de Winnicott sobre a maternidade e a depressão.

Palavras-chave: Depressão, Maternidade, Cansaço, Alteração do sono, Preocupação com o corpo.

Abstract: The transition to motherhood, especially when it comes to the first child, is associated with important physical and psychological changes. Authors such as Winnicott have suggested that with motherhood, the woman enters a special mental condition that offers a state of great emotional availability for the baby. Therefore, the present study investigated indicators of depression in mothers with and without depression at six months following birth. The study included 17 mothers aged between 16 and 38, from different socioeconomic levels of the Family Health Program in the city of St. Anthony of Jesus (Bahia - Brazil). The Beck Depression Inventory (BDI) and a Diagnostic Interview detected 08 mothers with depression (group I) and 09 mothers without depression level (group II). The Diagnostic Interview was used to investigate the presence of indicators of depression in both groups. The responses of mothers in the Diagnostic Interview were examined through content analysis and based on the main theme of depression indicators. The mothers of both groups showed indicators of depression such as fatigue, sleep disturbances, and body concerns. The results were discussed based on Winnicott's theory about motherhood and depression.

Key-words: Depression, Parenting, Fatigue, Sleep disturbances, Body concerns.

Introdução

A transição para a maternidade, principalmente quando se trata do primeiro filho, está associada a importantes mudanças físicas e psíquicas. Essas mudanças são compreendidas como um evento normal no desenvolvimento do ciclo vital (Carter & McGoldrick, 1995; Maldonado, 1990), mas são vivenciadas de diferentes formas de acordo com a história individual e familiar de cada um (Szejer & Stewart, 1997; Prado, 1996; Brazelton & Cramer, 1992).

Autores como Winnicott (1956/2000), Mahler (1982), Cramer e Palácio-Espasa (1993), e Stern (1997) têm sugerido que com a maternidade a mulher entra numa condição psíquica especial que a coloca num estado de grande disponibilidade emocional para o bebê. Este estado de disponibilidade permite que a mulher adapte-se às necessidades do bebê, de forma que o atenda suficientemente bem. Entre os autores mencionados, que investigaram este período, destaca-se Winnicott que propôs o conceito de *preocupação materna primária*. Este conceito é definido como um estado psicológico de sensibilidade aumentada desde a gestação em que a mulher é capaz de identificar-se com o bebê, fornecendo um ambiente favorável ao seu desenvolvimento emocional. Para Mahler (1982), desde o nascimento até o quarto ou quinto mês após o parto, na fase de simbiose normal, mãe e filho estão emocionalmente fundidos em uma matriz única e indiferenciada. Esta

indiferenciação é experimentada de maneira intensa pela proximidade física, tanto pela mãe que cuida, como pelo bebê que é cuidado. Cramer e Palácio-Espasa (1993) afirmam que a chegada do bebê desperta nos pais, especialmente nas mães, a revivência de fantasias infantis. Esta revivência promove uma forma particular de funcionamento psíquico denominado *neoformação psíquica*. Com isso, os pais costumam atribuir características e significados aos comportamentos do bebê por meio da identificação projetiva. Apoiando a idéia da existência de um estado psicológico especial no período puerperal, Stern (1997) definiu o conceito de *constelação da maternidade*, a qual se desenvolve na mulher desde a gestação, sendo responsável em determinar as ações, sensibilidades, medos, fantasias e desejos da mulher, após o nascimento do bebê, especialmente com a chegada do primeiro filho. Com destaque para a teorização de Winnicott são revisados a seguir, algumas das suas principais idéias, bem como alguns estudos empíricos sobre a etiologia da depressão materna.

De acordo com Winnicott, desde a gestação até as primeiras semanas após o parto, a mulher desenvolve o que chamou de *preocupação materna primária*. Esse conceito refere-se a um estado de funcionamento psíquico especial, caracterizado por uma sensibilidade aumentada, o qual possibilita que a mulher atenda às necessidades do bebê, ao identificar-se com ele, a partir de suas próprias experiências como bebê (Winnicott, 1956/2000). Este estado emocional materno vai diminuindo, pouco a pouco, à medida que o bebê vai desenvolvendo as suas potencialidades, e a mãe percebe que ele está crescendo, tornando-se cada vez mais uma pessoa e necessitando cada vez menos dela. Com isso, a díade mãe-bebê vai deixando o estado de dependência absoluta (Winnicott, 1963/1983), que transcorre do nascimento até, aproximadamente os cinco ou seis meses de vida do bebê, passando para o estado de dependência relativa, com a presença de uma mãe que foi suficientemente boa e tenha promovido um *holding* adequado (Winnicott, 1960/1983). Durante o período da dependência absoluta e fase de *holding* a mãe é capaz de segurar, manejar e apresentar a realidade para o bebê de maneira sensível e constante, o que segundo Winnicott requer empatia por parte da mãe, possibilita a maturação do ego do bebê e, com isso, o bebê pode sentir que existe e vir a estabelecer relações objetais. É o que este autor chama de capacidade do indivíduo de *viver com*.

Winnicott entende não apenas o bebê como em estado de dependência, mas a própria a mãe, já que ela encontra-se identificada com o seu bebê, a fim de satisfazer suas necessidades. Possivelmente, pela presença do estado de dependência e vulnerabilidade na mãe, o autor entenda que seja tão difícil e doloroso para as mães se separarem de seus bebês, podendo não acompanhar a rapidez com que os bebês precisam ficar separados delas. É a mãe devotada comum capaz de envolver-se emocionalmente com o bebê (Winnicott, 1966/2002).

É importante destacar que na fase de *holding*, a mulher apresenta grande disponibilidade emocional para o bebê, além da presença maciça da identificação projetiva, fundamental para o desenvolvimento do ego do bebê. Com isso, nos

primeiros meses de vida do bebê, é possível que a mãe experimente sentimentos de ansiedade, cansaço, alterações do sono e apetite.

No tocante ao quadro clínico da depressão, Winnicott acredita que este deve ser considerado como a evidência de crescimento e saúde no desenvolvimento emocional do indivíduo, pois indica que a pessoa está sentindo em profundidade, especialmente, em períodos de mudança durante o ciclo vital, como a transição para a maternidade. Para Winnicott, é fundamental que a pessoa faça uma reavaliação interna ao experimentar novas situações que gerem mudança de vida. Esta reavaliação interna é considerada pelo autor como a própria depressão. A pessoa que se deprime, ao enfrentar novas experiências, está indicando possibilidades para a realização de atividades construtivas em direção à maturidade, segundo o autor (Winnicott, 1964/1999; Winnicott, 1958/2001). Ainda no que se refere ao valor da depressão, Winnicott (1964/1999) sugere que é a partir de uma reavaliação que a pessoa pode ampliar o conhecimento a respeito de si, passando a olhar para si e para o outro de outra maneira, o que estaria indicando amadurecimento.

Para os estudos empíricos revisados sobre a depressão materna e sua etiologia, a definição do quadro clínico está associada ao nascimento de um bebê e refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e oitava semana após o parto, atingindo cerca de 10% a 16% das mulheres. Os sintomas incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, pessimismo, 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 (Klaus, Kennell & Klaus, 2000; Cooper & Murray, 1997; O'Hara, 1990).

Além da depressão, os distúrbios do humor que caracterizam o período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade e as psicoses puerperais. A melancolia da maternidade que se caracteriza por uma labilidade transitória de humor atinge cerca de 60% a 90% das novas mães no período entre o terceiro e o quinto dia após o parto. Este quadro, geralmente, tem remissão espontânea. Já as psicoses puerperais apresentam sintomas acentuados, os quais freqüentemente requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização. A incidência desse quadro é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, entre as duas primeiras semanas (Piccinini et al., 2012; Souza, Burtet & Busnello, 1997).

No tocante à etiologia da depressão materna, fatores biológicos, psicológicos e sociais podem ser mencionados como possíveis causas. Dentre os fatores biológicos, as maiores contribuições estão centradas em que, a partir do momento do parto, acontece uma rápida diminuição nos níveis dos hormônios sexuais circulantes (estrógeno e progesterona), os quais tiveram grande incremento durante a gestação, acarretando alterações na homeostase metabólica. Além disso, um trabalho de parto prolongado ou dificultoso causando estresse físico generalizado, como desidratação, perda de sangue ou infecção pós-parto representa, igualmente, fatores biológicos de risco para o aparecimento

de depressão, embora menos específicos do que os citados anteriormente (O'Hara, 1997). Apesar destas evidências, as alterações metabólicas e hormonais desencadeadas parecem não esclarecer, de todo, as reações depressivas que surgem no puerpério. Essas reações também aparecem em algumas mulheres que adotam filhos e mesmo em alguns companheiros, evidenciando, desta forma, a interferência de outros fatores (Szejer & Stewart, 1997).

Quanto aos fatores psicológicos, pesquisadores afirmam que os distúrbios do puerpério podem decorrer de um conflito da mulher em assumir o papel de mãe, relacionado às experiências infantis, incluindo a identificação feminina da criança com sua própria mãe, que poderá determinar, em grande parte, a aceitação ou rechaço da maternidade (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). A vulnerabilidade individual é também considerada como um dos fatores associados à depressão materna, sendo compreendida como uma predisposição herdada ao desenvolvimento de transtornos psíquicos (O'Hara, 1997). Outros autores defenderam o desatrelamento entre as psicopatologias da parentalidade após o nascimento e a estrutura de personalidade da mãe. Com isso, postularam que o encontro mãe-bebê pode induzir uma patologia específica, determinada mais pelas vicissitudes da interação do que por uma patologia preexistente da mãe (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

Fatores sociodemográficos, em especial a situação conjugal, têm aparecido em alguns estudos como associado à depressão materna, especialmente, entre mães solteiras e sem apoio social. Pesquisadores encontraram que a prevalência desses sintomas variou de acordo com a idade, a raça e o estado civil das mães. Esse estudo, que teve como objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos entre mães adolescentes nos Estados Unidos evidenciou que a depressão das novas mães estava associada com a pouca idade, com a raça negra, estado civil de solteira, baixo nível educacional e suporte social inadequado (Deal & Holt, 1998). Apoiando esses resultados, outros pesquisadores em um estudo que investigou a incidência de depressão e a experiência da maternidade entre oito e nove meses após o parto, encontraram que a depressão da mãe nesse período estava associada principalmente com a ausência de um companheiro, com complicações obstétricas e insatisfação com os cuidados recebidos na maternidade (Brown, Andrews, Adler & Bridge, 1994).

De acordo com a revisão teórica apresentada, a maternidade é entendida como uma nova fase do desenvolvimento vital, a qual pode ser experimentada como de difícil adaptação psicobiológica através de manifestações psicopatológicas como a depressão materna, sobretudo com a chegada do primeiro filho. Nesse sentido, o presente artigo buscou investigar a presença de indicadores de depressão no contexto da maternidade em mães com e sem depressão aos seis meses de vida do bebê. A interpretação dos dados apoiou-se nas teorias psicodinâmicas da maternidade, especialmente a partir dos conceitos teóricos de Winnicott como a preocupação materna primária, o estado de dependência absoluta, a mãe devotada comum, e o valor da depressão.

Método

Participantes

Participaram do estudo 17 mães de um bebê com seis meses de vida, nascido a termo e saudável. As mães, primíparas, com idade entre 16 e 38 anos, do Programa de Saúde da Família na cidade de Santo Antônio de Jesus (Bahia, Brasil), eram de níveis sócio-econômicos variados. A média de idade das mães era de 24 anos. Quanto ao nível de escolaridade, 59% das mães tinham o ensino fundamental (completo e incompleto), 29% tinham o ensino médio (completo e incompleto), e 12% tinham o ensino superior (completo e incompleto).

Das 17 mães entrevistadas, 47% apresentaram nível de depressão (grupo I) com escores entre 12 e 33 pontos no Inventário Beck de Depressão (BDI), e 53% não apresentaram nível de depressão (grupo II) com escores entre 0 e 07 pontos na BDI.

As participantes fazem parte da pesquisa “*Interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil no contexto da depressão materna: Estudo Longitudinal no primeiro ano de vida do bebê*”¹ que acompanha o desenvolvimento dos bebês de mães com e sem depressão. Para o presente estudo foi considerado apenas a primeira fase de coleta de dados, quando o bebê tinha seis meses de vida. Todas as participantes consentiram sua participação através da assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* na pesquisa.

Instrumentos e Procedimentos

Para a coleta dos dados do estudo foram utilizados o *Inventário Beck de Depressão* (BDI) e a *Entrevista Diagnóstica*². O BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3 (Beck & Steer, 1993). Este instrumento é amplamente usado tanto em pesquisa como em clínica, e o ponto de corte para a depressão no contexto da maternidade é igual ou superior a 12 pontos. A versão em português resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, 2001; Cunha, Prieb, Goulart & Lemes, 1996).

A *Entrevista Diagnóstica* utilizada para a realização do presente estudo foi baseada em Dunnewold e nos critérios do DSM-IV e teve como objetivo investigar

¹ Projeto de pesquisa apoiado pelo CNPq sob a coordenação da professora, doutora Cristiane A. S. Alfaya.

² A *Entrevista Diagnóstica* é uma adaptação da *Entrevista Diagnóstica Materna* (GIDEP/NUDIF, 2003), elaborada pelo Núcleo de Infância e Família – NUDIF, integrante do Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP/CNPq da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do qual a autora faz parte.

os sintomas do pós-parto, a história imediata da mãe na gestação, a qualidade de seus relacionamentos com o bebê, com sua família e seu marido, e o histórico médico prévio (Dunnewold, 1997).

Quando o bebê completava seis meses de vida, a mãe era contatada por intermédio de agentes de saúde, e se agendava uma visita à residência da família. O BDI e a *Entrevista Diagnóstica* eram realizados individualmente com as mães.

Resultados

A análise de conteúdo conforme Bardin (1977) foi utilizada para analisar as respostas das mães com depressão (grupo I) e sem depressão (grupo II). Com base na literatura e nas respostas das mães à *Entrevista Diagnóstica* foram elaboradas três categorias temáticas: 1) cansaço; 2) alteração do sono; e 3) preocupação com o corpo. Estas categorias partiram das seguintes questões da *Entrevista Diagnóstica*, a saber: “*Você tem se sentindo cansada, desde o nascimento do bebê?*”; “*Como está o seu sono, desde o nascimento do bebê?*”; “*Você tem se sentido preocupada com o seu corpo, desde o nascimento do bebê?*”.

Dois codificadores foram utilizados na classificação das verbalizações maternas em cada categoria temática. Eventuais discordâncias eram discutidas e quando necessário, dirimidas na presença de um terceiro codificador.

A seguir, apresenta-se a frequência de respostas para cada categoria e, ao longo do texto são descritos os depoimentos das mães que melhor ilustram estas categorias.

Cansaço

Para fins de análise esta categoria foi dividida em duas subcategorias: *sim*; e *não*.

Tabela 1. Porcentagem e frequência de *Cansaço*.

Cansaço	Grupo I (n = 08)		Grupo II (n = 09)	
	Com depressão		Sem depressão	
	%	Freq.	%	Freq.
Sim	87,5	07	77,7	07
Não	12,5	01	22,3	02
Total	100		100	

Como se pode ver na Tabela 1, 87,5% do grupo I relatou *sim* para o sentimento de cansaço desde o nascimento do bebê, assim como 77,7% do grupo II. Apenas 12,5% do grupo I, e 22,3% do grupo II mencionaram *não* para o sentimento de cansaço. Nesta categoria, a maioria das mães de ambos os grupos estudados verbalizou *sim* o sentimento de cansaço com o nascimento do bebê.

Alteração do Sono

Para fins de análise esta categoria foi dividida em três subcategorias: *menos*; *mais*; e *igual*. A subcategoria *menos* foi considerada a partir das verbalizações “Diminuiu muito porque eu fico preocupada, aí eu acabo olhando pra ver se ela tá de xixi, essas coisas, se precisa trocar, mas ela não me dá trabalho. Dorme direitinho”; “Tá sendo menor. Menos tempo do que antes, porque agora eu acordo várias vezes durante a noite”. A subcategoria *mais* foi elaborada a partir das seguintes respostas “Tô dormindo mais”. A subcategoria *igual* foi considerada a partir das verbalizações “Tá normal porque a nenê dorme a noite toda. Ela não acorda a noite”; “Tá igual”.

Tabela 2. Porcentagem e frequência de *Alteração do sono*.

Alteração do sono	Grupo I (n = 08)		Grupo II (n = 09)	
	Com depressão		Sem depressão	
	%	Freq.	%	Freq.
Menos	06		33	03
Mais	0		22	02
Igual	25	02	45	04
Total	100		100	

Como mostra a Tabela 2, 75% do grupo I apresentou alteração do sono, dormindo *menos* desde o nascimento do bebê, assim como 33% das mães do grupo II. No grupo II, 22% das mães verbalizaram alteração do sono, dormindo *mais* desde o nascimento do bebê. Por outro lado, 25% do grupo I e 45% do grupo II responderam *igual*, não percebendo alteração do sono. Nesta categoria, a maioria das mães de ambos os grupos estudados verbalizou alteração do sono com o nascimento do bebê.

Preocupação com o Corpo

Para fins de análise esta categoria foi dividida em três subcategorias: *pouca*; *muita*; e *não*. A subcategoria *pouca* foi considerada a partir das verbalizações “Sim, um pouco”; “Um pouco”. A subcategoria *muita* foi considerada a partir das verbalizações “Sim, demais”; “Sim. Eu já to ficando horrível. Muito gorda. Nada dá. As roupas ficam apertadas”; “Sim, muita. Na verdade tenho medo de engordar demais e ficar que nem a minha mãe”.

Tabela 3. Porcentagem e frequência de *Preocupação com o corpo*.

Preocupação com o corpo	Grupo I (n = 08)		Grupo II (n = 09)	
	Com depressão		Sem depressão	
	%	Freq.	%	Freq.
Pouca	0		67	06
Muita	75	06	0	0
Não	25	02	33	03
Total	100		100	

Como pode ser visto na Tabela, 3, 75% do grupo I respondeu *muita* para o sentimento de preocupação com o corpo, e 67% do grupo II respondeu *pouca* preocupação com o corpo.

As respostas do grupo I para a subcategoria *muita* preocupação com o corpo apresentaram um caráter pessimista como “*Eu já tô ficando horrível. Muito gorda. Nada dá. As roupas ficam apertadas*”, “*Tô ficando gorda. Na verdade tenho medo de engordar demais e ficar que nem a minha mãe*”.

Nesta categoria, a preocupação com o corpo foi constatada em ambos os grupos estudados. No entanto, o aspecto pessimista foi evidenciado apenas no grupo I.

Discussão

Os resultados do presente estudo sugerem que as mães entrevistadas, aos seis meses de vida do bebê, com e sem nível de depressão, apresentaram indicadores de depressão como cansaço, alteração do sono e preocupação com o corpo. Estes resultados corroboram as teorias da maternidade, as quais destacam a presença de mudanças físicas, psíquicas e sociais com a chegada do bebê na família, especialmente em se tratando do primeiro filho. Este resultado também nos faz refletir sobre a perspectiva de Winnicott sobre o valor da depressão no sentido produtivo de uma reavaliação diante das novas situações de vida. Neste sentido, os indicadores de depressão nas mães como o cansaço, as alterações do sono e do apetite poderiam estar indicando o desenvolvimento emocional das mesmas.

A presença de cansaço evidenciada em 87,5% do grupo I, e em 77,7% do grupo II, assim como a alteração do sono encontrada em 75% das mães do grupo I, e em 55% das mães do grupo II poderia ser compreendida à luz da do conceito de *Preocupação Materna Primária*. Com a maternidade, a mulher entra numa condição psíquica especial de sensibilidade e disponibilidade emocional aumentada, a qual permite que a mãe se identifique com as necessidades do bebê, fornecendo um *holding* adequado. Para isso, a mulher usa de suas próprias experiências como bebê, regredindo parcialmente, para identificar-se com ele. É a mãe devotada comum, capaz de envolver-se emocionalmente e priorizar as necessidades do bebê, abrindo mão de outros interesses. Com isso, pode ser esperado que as mães de bebês com seis meses de vida apresentem sentimentos de cansaço, e sono alterado.

O estado de dependência absoluta e vulnerabilidade, que ocorre até o quinto ou sexto mês de vida do bebê pode ser experimentado pela mãe, quando identificada com o bebê. Este estado tende a diminuir a partir do sexto mês de vida do bebê, com a aquisição da capacidade dele se autorregular, necessitando cada vez menos de regulação externa, promovida pela mãe identificada com ele através do *holding*. Com isso, o sentimento de cansaço e alteração do sono,

evidenciado neste estudo, não é de todo inesperado, considerando o período de vida dos bebês.

Apesar de a preocupação com o corpo ter aparecido nas mães de ambos os grupos, no grupo I, de mães com nível de depressão, esta apareceu com maior intensidade, do que no grupo II, de mães sem nível de depressão. Além disso, no grupo I, a preocupação com o corpo veio acompanhada de afeto negativo como *"To horrível. Gorda"*. As diferenças encontradas entre os grupos poderiam ser explicadas pela presença de depressão no grupo I. No entanto, a preocupação com o corpo, independentemente de sua intensidade e característica, encontrada em ambos os grupos poderia ser compreendida a partir das mudanças físicas decorrentes da gravidez.

Ainda na categoria preocupação com o corpo, o presente estudo revela um aspecto típico do período de transição para a maternidade, que é a identificação com a figura materna. Este foi identificado em verbalizações como *"Tenho medo de ficar que nem a minha mãe"*. Ainda que o estudo não tenha focado este aspecto, os resultados atentam para a presença da identificação com a figura materna, sugerindo a realização de novos estudos, especialmente no contexto da depressão materna. Isto, pois a literatura aponta para os distúrbios do puerpério, incluindo a depressão, como uma possível decorrência do conflito na mulher em assumir o papel de mãe, relacionado às experiências infantis, envolvendo a identificação feminina da criança com sua própria mãe. Assim sendo, a qualidade da experiência de identificação feminina estaria determinando, em grande parte, a aceitação ou o rechaço da maternidade, bem como a presença de depressão materna.

Os resultados do presente estudo oferecem evidências empíricas sobre os conceitos teóricos na perspectiva psicanalítica de Winnicott sobre a transição para a maternidade, e indica a capacidade de dedicação e envolvimento emocional por parte das mães com e sem depressão materna em relação aos bebês.

Considerações

O presente artigo investigou a presença de indicadores de depressão em mães com bebês aos seis meses de vida, independentemente do quadro clínico para a depressão. As mães com e sem depressão apresentaram indicadores de depressão como cansaço, alteração do sono, e preocupação com o corpo. Estes resultados foram compreendidos à luz dos conceitos teóricos de Winnicott sobre a maternidade e, contextualizados ao período do ciclo vital, chamando a atenção para o diagnóstico de depressão materna até o sexto mês de vida do bebê. Apesar de os resultados serem esperados, corroborando as teorias sobre a maternidade, a investigação clínica realizada traz à tona a discussão sobre a questão diagnóstica no contexto da transição para a maternidade em mães primíparas. Além disso, evidenciou a capacidade das mães se dedicarem aos cuidados do bebê

independente da presença de depressão materna. Assim sendo, os resultados encontrados indicam a necessidade de novos estudos na área, considerando o contexto da depressão e o desenvolvimento dos bebês.

Referências

- Bardin L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beck A. & Steer R. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brown G., Andrews B., Adler Z. & Bridge L (1994). Social support, self-esteem and depression. *Psycho Medicine*, 16, 813-831.
- Carter B. & McGoldrick M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cooper P, Murray L. (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Murray L, Cooper P, (Orgs.). *Postpartum depression and child development*, pp. 201-220. New York: Guilford Press.
- Cunha J. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha J., Prieb R., Goulart P. & Lemes R. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico*, 27 (1), 107-115.
- Cramer B. & Palacio-Espasa F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Deal L. & Holt V. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Survey. *American Journal of Public Health*, 88, 266-269.
- Dunnewold A. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Dractu L. (1997). The dexamethasone suppression test: its relationship to diagnoses, severity of depression and response to treatment. *Neuropsychol Biol Psychiatry*, 13, 99-117.
- Klaus M., Kennell J. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mahler M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado M. (1990). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- O'Hara M. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 9, 03-15.
- O'Hara M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In: Murray L, Cooper P, (Orgs.). *Postpartum depression and child development*, pp. 03-34. New York: Guilford Press.
- Piccinini. C., Gomes, A., Alfaya, C., Sousa, D., Brum, E., Frizzo, G., Silva, M., Lopes, R. (2012). Parentalidade no contexto da depressão pós-parto. In:

- Alvarenga, P. & Piccinini, C. (Orgs.). *Maternidade e paternidade*, pp. 83-116. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prado L. (1996). *Terapeutas e famílias construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza C., Burtet C. & Busnello E. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Clínica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 17, 38-47.
- Stern D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer M. & Stewart R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott D. (1960/1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960). In: Winnicott, D. (Org.). *O ambiente e os processos de maturação*, pp. 38-54. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott D. (1963/1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: Winnicott, D. (Org.). *O ambiente e os processos de maturação*, pp. 79-87. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott D. (1964/1999). O valor da depressão. In: Winnicott D. (Org.). *Tudo começa em casa*, pp. 59-68. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott D. (1956/2000). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. (Org.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott D. (1958/2001). A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In: Winnicott D. (Org.). *A família e o desenvolvimento individual*, pp. 73-88. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott D. (1966/2002). A mãe dedicada comum. In: Winnicott, D. (Org.). *Os bebês e suas mães*, pp. 1-11. São Paulo: Martins Fontes.