

MATERNIDADE E DEPRESSÃO: IMPACTO NA TRAJETÓRIA DE DESENVOLVIMENTO¹

Melissa dos Santos Alt*
Sílvia Pereira da Cruz Benetti#

RESUMO. O objetivo do presente trabalho é discutir o caso clínico de uma mulher em psicoterapia psicanalítica que apresentou um quadro depressivo grave no primeiro ano de vida de sua filha e reviveu esses sintomas quando esta ingressou na puberdade, movimento que demandou ajustamentos na função parental. Alguns aspectos das manifestações dos quadros da depressão e psicose puerperal são apresentados e discutidos em relação às implicações e conseqüências do estado afetivo materno e à compreensão psicodinâmica dos componentes emocionais da maternidade. Neste sentido, destaca-se a importância das vivências maternas com suas próprias figuras parentais, as vivências traumáticas na trajetória de vida e a depressão materna no período do puerpério. Considera-se necessária a ênfase no acompanhamento de crianças cujas mães tiveram episódios depressivos graves no primeiro ano de vida do bebê, assim como o acompanhamento da própria trajetória materna em face do desenvolvimento de seus filhos.

Palavras-chave: depressão materna, maternidade, psicanálise.

MOTHERHOOD AND DEPRESSION: IMPACT IN DEVELOPMENT

ABSTRACT. The clinical case of a woman undergoing psychoanalytic therapy, with severe depressive symptoms during her daughter's first year of life and with a re-experience of the same symptoms during the girl's start of the puberty period, which required adjustments in parental functioning, is discussed and analyzed. Aspects of puerperal psychosis and depression are presented and discussed in relation to the implications and the consequences of the maternal affective state and to the psychodynamic comprehension of emotional components of motherhood. Maternal experiences with their parental figures, traumatic life events and maternal depression are highlighted. It is understood that the follow-up of children whose mothers experienced depression, coupled to the mother's trajectories in response to the children's development, is necessary.

Key words: Maternal depression, motherhood, psychoanalysis.

MATERNIDAD Y DEPRESIÓN: IMPACTO EN LA TRAYECTORIA DE DESARROLLO

RESUMEN. El objetivo del presente trabajo es discutir el caso clínico de una mujer en terapia psicoanalítica que presentó un cuadro depresivo grave al primer año de vida de su hija y revivió esos síntomas cuando ésta ingresó en la pubertad, movimiento que demandó ajustes en la función parental. Algunos aspectos de las manifestaciones de los cuadros de la depresión y psicosis puerperal son presentados y discutidos en relación a las implicaciones y consecuencias del estado afectivo materno y a la comprensión psicodinámica de los componentes emocionales de la maternidad. En este sentido, se destaca la importancia de las vivencias maternas con sus propias figuras parentales, las vivencias traumáticas en la trayectoria de vida y la depresión materna en el periodo de la puerperalidad. Se considera enfático el acompañamiento de niños cuyas madres tuvieron episodios depresivos graves al primer año de vida del bebé es necesaria, así como el acompañamiento de la propia trayectoria materna hace al desarrollo de sus hijos.

Palabras-clave: Depresión materna, maternidad, psicoanálisis.

¹ Apoio: Capes.

* Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica.

Psicóloga. Doutora em Psicologia. Professora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS. São Leopoldo-RS.

A depressão materna no pós-parto tem conseqüências importantes para a criança e adolescente em diversas áreas do desenvolvimento, afetando a formação do vínculo na díade mãe-bebê (Schwengber & Piccinini, 2004), o desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância (Motta, Lucion & Manfro, 2005) e o desenvolvimento socioemocional na adolescência (Murray, Halligan, Adams, Patterson & Goodyer, 2006). O aumento de transtornos emocionais na infância de crianças cujas mães apresentaram depressão grave é significativo, sendo necessárias estratégias de prevenção dirigidas a estes grupos (Abbott, Dunn, Robling & Paykel, 2004).

Além do enfoque dirigido ao desenvolvimento de crianças de mães com episódios depressivos ou psicóticos no puerpério, alguns autores mencionam a necessidade de se acompanhar longitudinalmente a trajetória psicológica das próprias mães e suas vivências emocionais em face do desenvolvimento de seus filhos e das experiências de novas gestações (Robertson, Jones, Haque, Holder & Craddock, 2005); porém são poucos os trabalhos sobre essa questão. Neste sentido, este relato teve como objetivo principal discutir a trajetória de uma mulher que apresentou um quadro depressivo grave no primeiro ano de vida de sua filha e reviveu esses sintomas quando esta ingressou na puberdade. Na adolescência as mudanças corporais e psicossociais refletem-se em modificações nos laços sociais e familiares em direção a uma maior autonomia. Este processo se constitui em uma etapa de segunda individuação, que repercute em transformações do vínculo com os objetos primários (Blos, 1962/1995; Mahler, 1982). No caso apresentado, discute-se o ressurgimento de vivências maternas depressivas psicóticas em relação ao processo de individuação na adolescência, a partir da compreensão psicodinâmica da psicose puerperal.

MATERNIDADE E DEPRESSÃO

Estudos sobre os transtornos emocionais no pós-parto identificam diversas características do comportamento e do estado emocional da mãe na fase puerperal, como transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e psicoses puerperais (Alcade, 2002). A presença de conflitos emocionais está associada a fatores fisiológicos e emocionais e a situações de vida da mulher, como dificuldades do casal, pouco suporte familiar ou não querer engravidar (Schermann & Alafaya, 2000).

Dentre os eventuais transtornos emocionais do pós-parto, três podem ser enfatizados: melancolia da maternidade (*baby blues*), psicose puerperal e

depressão. Algumas mulheres, em torno do terceiro dia após o parto, apresentam depressão precoce ou *baby blues*, um estado de fragilidade e hiperemotividade. O choro e a tristeza são acompanhados por sentimentos de falta de confiança e incapacidade para cuidar do bebê. O *baby blues* corresponde a uma etapa de reconhecimento mútuo entre a mãe e o bebê. É o tempo necessário para a mãe compreender que o bebê é um ser separado dela, marcando o fim da gravidez psíquica (Catão, 2002).

A depressão pós-parto ocorre após o *baby blues*, sendo que os sentimentos depressivos não cedem ao final de duas semanas após o parto. É uma manifestação psicopatológica importante, pois cerca de 10 a 15% das mulheres desencadeiam um quadro depressivo dentro dos três primeiros meses após o parto. Geralmente, manifestam-se sentimentos de incapacidade de cuidar do filho e dificuldades para enfrentar a nova configuração sociofamiliar. A sintomatologia típica inclui: sentimentos de culpa, transtornos do sono, flutuações de humor com grande tendência a tristeza e ausência de sintomas psicóticos (Catão, 2002).

A psicose pós-parto é uma síndrome com características de depressão, delírios e pensamentos da mãe sobre ferir o bebê ou a si mesma. Nos casos mais graves ocorrem inclusive fantasias homicidas em relação à criança, as quais, em situação extrema, podem chegar ao infanticídio (Alcade, 2002). A incidência da psicose pós-parto é de um caso em cada 1000 partos, embora alguns estudos indiquem que essa incidência tem maior frequência. Cerca de 50% das mulheres com psicose pós-parto têm histórico familiar de transtorno de humor. Além disso, há grande probabilidade de mulheres que tiveram psicose puerperal apresentarem episódios de doença psiquiátrica ao longo da vida (Robling, Paykel, Dunn, Abott & Katona, 2000).

Em termos de entendimento psicodinâmico, o nascimento da criança representa o rompimento da relação simbiótica entre o bebê e a mãe. Este processo de separação pode desencadear na mãe vivências depressivas e psicóticas, reativadas por conflitos e lutos mal-elaborados da infância. Nesse momento a mãe precisa desenvolver um vínculo afetivo, que lhe permitirá identificar-se com a criança, colocando-se no lugar dela e imaginando o que ela está necessitando (Cramer & Espasa, 1993). Para Soifer (1971/1992), o parto envolve a separação de dois organismos que estavam vivendo juntos em uma relação de total dependência e permanente contato íntimo. Ao nascer, a criança encarrega-se de uma variedade de funções fisiológicas que até então eram cumpridas pela mãe, como a respiração, a alimentação e outras. A mãe, que se adaptara ao estado de gravidez e incorporara o feto

no seu esquema corporal, deverá passar por um novo processo de ajustamento, retornando a situação de não-gravidez. A angústia no momento do parto é de natureza catastrófica, pois há na mulher um sentimento de perda e de esvaziamento de partes importantes de si mesma e medo de ser atacada por algo desconhecido (bebê). Já a etapa do puerpério é caracterizada pela dualidade entre a situação do perdido, gravidez, e do adquirido, o bebê.

Além destas questões, o conflito edípiano materno é ativado com o nascimento do bebê. Neste sentido, a maternidade é compreendida como um resgate e conquista da identidade feminina, sendo o bebê considerado um representante do falo paterno. Quando a mãe dá à luz uma criança do sexo feminino, revive sua história em relação à própria mãe de forma mais intensa, ocorrendo sentimentos ambivalentes, resultantes das dificuldades da elaboração da própria identidade feminina materna (Halberstadt - Freud, 2001).

Na psicose e na depressão pós-parto a identidade materna é difusa e enfraquecida, devido a dificuldades e conflitos vividos em sua experiência anterior com a própria mãe. Para Cramer e Espasa (1993), as dificuldades, que até então eram vividas apenas de forma latente e intrapsíquica, tornam-se manifestas e de caráter interpessoal. O bebê passa a representar uma “efígie viva de objetos internos antes recalcados ou clivados” (Cramer & Espasa, 1993, p. 30) e por isso as pulsões e fantasias podem ser atuadas (Halberstadt - Freud, 2001). A mulher, quando apresenta um quadro de depressão ou psicose puerperal, pode mencionar desejos de suicídio ou de matar o bebê (Soifer, 1971/1992). A dinâmica inconsciente do infanticídio resulta da projeção, no bebê, de uma parte do ego que está arruinada por um objeto interno muito ameaçador. A morte da criança significa eliminar o terror, a dor, o sofrimento e, ao mesmo tempo, o objeto terrorífico. Soifer refere ainda que a mania é outra manifestação psicopatológica possível. A mãe, aparentemente, mostra alegria e satisfação, mas não se ocupa do filho, deixando-o aos cuidados de outras pessoas, num estado de tensão permanente, irritabilidade e hiperatividade.

Caso clínico²

Elisa, 37 anos, procurou atendimento por iniciativa própria, por sentir-se muito deprimida. Inicialmente, trouxe dois aspectos de sua vida como

fontes de maiores dificuldades: o relacionamento com seu companheiro e o comportamento de sua filha. Comentou que seu companheiro estava saindo com outras mulheres e sua filha, de 13 anos, não arrumava seu quarto, não lavava a louça e namorava um rapaz drogado, faltando à aula para encontrar-se com ele. Havia se separado do pai de sua filha recentemente. Estivera casada por 15 anos, mas ele bebia e não conseguia emprego. Na ocasião da separação, contou para seu ex-marido que estava apaixonada pelo atual companheiro. O ex-marido não aceitou a traição e a ameaçou de morte. Para evitar que a agredisse, Elisa passou a dormir no quarto com sua filha. Após prestar queixa à polícia, ele foi obrigado a sair de casa.

Seu companheiro atual é casado, tem filhos adultos e é 15 anos mais velho que Elisa. Tem posição social superior à dela, ajuda-a a pagar a hipoteca de sua casa e também fornece alimentação. Frequentemente viajavam para a praia. Nestas ocasiões, deixava a filha de 13 anos sozinha em casa, pois seu companheiro não queria a menina junto com eles. Argumentava que também tinha o “direito de viver a sua vida”, pois sua filha se casaria, teria filhos e iria deixá-la, por isso não valia a pena prender-se a ela. Algumas vezes, entretanto, ficava com a filha e não saía com o companheiro. No transcorrer da psicoterapia, as brigas entre mãe e filha tornaram-se muito intensas e constantes. Elisa reclamava que a filha não fazia as tarefas domésticas e após o horário da escola ficava horas ao telefone com o namorado. Como estavam brigando muito, Elisa pensou em entregar a filha para a avó paterna cuidar. Dizia se sentir “sugada” pela menina, pois era a única responsável pelo seu sustento e educação. Além disto, não estava bem com seu companheiro porque a filha tomava muito do seu tempo. Acreditava que, se dedicasse mais tempo ao Hélio, a traição não teria acontecido. Com a intensificação das dificuldades familiares, ficou mais deprimida e verbalizou que tinha vontade de se matar, porque não “valia mais a pena viver”. Para intensificar sua tristeza, descobriu que contraíra uma doença sexualmente transmissível. Nesta ocasião, foi avaliada por um profissional psiquiatra e este receitou antidepressivo.

Elisa referiu que sentia “saudades” do tempo em que morava sozinha, pois ao se separar do ex-marido, sua filha fora viver com o pai na casa da avó. Não tinha a responsabilidade de sustentar a menina, de se preocupar com o almoço, a janta, a escola e o namorado da filha. Sentia-se livre para viajar com o companheiro. A garota só havia retornado para a casa da mãe porque o pai mudara-se para outro estado. Conforme foi relatando suas experiências de vida,

² Todos os cuidados éticos em relação à obtenção da autorização para o estudo, garantia de sigilo e de privacidade foram tomados. Obteve-se o consentimento escrito para o estudo e foram alteradas as informações de identificação do caso.

pôde falar sobre vivências muito dolorosas de rompimentos de vínculos com as figuras parentais, de abandono e de abuso sexual. A infância da paciente fora marcada por dificuldades, pois sua família era muito numerosa e seus pais não possuíam recursos para sustentá-la. Quando completou quatro anos de idade seus pais se separaram. Nesse mesmo período seu irmão gêmeo faleceu. Entretanto, relata não se recordar da existência do irmão. Só soube da sua morte porque sua irmã mais velha lhe contou, anos mais tarde. Aos nove anos foi morar com parentes. Parou de estudar e começou a trabalhar de empregada doméstica, sem receber salário pelos seus serviços. Aos dezesseis, engravidou de seu patrão, que também era seu parente. Ele a levou a uma clínica para fazer um aborto. Depois desse episódio, Elisa foi trabalhar em outra residência. Conheceu seu ex-marido quando tinha 20 anos. Engravidou, mas como ele não quis assumir a criança, fez um outro aborto. Passados alguns anos, reatou o relacionamento com ele.

Os relatos de suas experiências relacionais e de toda a carga afetiva depressiva resultante dos abandonos dos objetos primários e do estabelecimento de relacionamentos abusivos permitiram que experimentasse sentimentos de profunda mágoa, ressentimento e raiva em relação à gravidez de sua filha. Engravidara da menina quando estava casada havia dois anos. Tentara interromper a gravidez por conta própria. Tomou chás e atirava-se no chão para abortar. Achava que não era o momento de engravidar, pois seu marido estava desempregado devido ao alcoolismo. Trabalhou durante a gestação e também logo que sua filha nasceu. Levava a menina para o trabalho, pois não tinha com quem deixá-la. A criança chorava muito e Elisa colocava uma fralda na boca da menina para que a mesma parasse de chorar. Não amamentou a filha, pois seus seios ficavam muito doloridos e tinha "nojo" do leite. Conforme surgiam as dificuldades iniciais no cuidado da filha, Elisa relatou que tinha muita raiva da menina e que pensou em matá-la. Não entendia por que não sentia "amor de mãe" pela filha e estava muito triste e culpada por pensar isso. No início da adolescência da filha esses pensamentos homicidas retornaram. Elisa colocou as facas de cozinha em baixo da casa para evitar cometer assassinato e pensou em entregar a menina para a avó. Falou que se auto-agredia, pois antes de machucar a filha preferia se matar. Esse desejo de morte só foi admitido depois de várias sessões de terapia, com muito sofrimento e culpa. Foi novamente avaliada pelo psiquiatra e esse receitou antipsicótico.

A maternidade passou a ser um tópico que Elisa trazia constantemente na psicoterapia. Os temas

relatados oscilavam entre momentos de dificuldades em cuidar da filha e momentos de maior interação. Quando estava mais conectada às necessidades da adolescente, cozinhava, telefonava, fazia compras, passeava e conversava com a filha; em outros momentos, desligava-se. À medida que estabeleceu conexões afetivas entre suas vivências de abandono e violência e sua capacidade de cuidar de si e dos demais, conseguiu estabelecer um vínculo mais estável com a filha e delimitar um espaço para ela em sua vida. Esta atitude refletiu-se na forma mais atenciosa como seu companheiro passou a tratar a menina. Os pensamentos homicidas com relação à filha, assim como os sintomas depressivos, diminuíram, e a paciente conseguiu aproximar-se mais dela, fazendo programas juntas, tais como tomar um sorvete e comprar roupas. Este estado afetivo vem se mantendo já há um ano, refletindo-se na permanência da filha em casa e na continuidade da sua vida escolar.

DISCUSSÃO DO CASO

A maternidade é uma tarefa que envolve um processo de identificação entre a mãe e a criança, processo que envolve tanto as vivências reais e subjetivas da mãe como as características da própria criança. Neste trabalho abordamos situações envolvendo um caso clínico com transtorno emocional grave. Sabe-se que mulheres que tiveram experiências de maus-tratos, abandono e pobreza e não tiveram um apego seguro podem apresentar dificuldades na relação mãe-bebê. No caso de psicoses esse quadro se agrava. Para exercer o cuidado materno, a mulher deve ter internalizado experiências significativamente boas com suas próprias figuras cuidadoras. A experiência da maternidade exigiu de Elisa um investimento afetivo superior à sua disponibilidade, e, ao contrário, no momento da gravidez se viu inundada por afetos depressivos e hostis, manifestando uma incapacidade de identificação com o bebê. As fantasias homicidas se intensificaram quando a filha entrou na fase da adolescência. Neste sentido, é interessante observar que o processo psicológico de individuação da filha refletiu-se nas vivências afetivas de Elisa, que se viu novamente exigida na sua capacidade de cuidado e de identificação. O movimento de separação da filha, etapa fundamental da adolescência da menina, reativou as vivências de Elisa de perdas, separações e traumas. A ansiedade persecutória e a agressividade se intensificaram e foram projetadas na filha.

Halbersdtadt-Freud (2001) menciona que, nas relações simbióticas entre mãe e filha, nem o ódio, a

inveja e nem a regressão podem ser mostrados e tolerados. Quando a criança começa a se tornar independente, o amor materno lhe é negado. Em muitos casos, a criança sacrifica sua independência em troca desse amor. Similarmente à fase do pós-parto, quando a mãe se depara com a posse de seu filho, mas também com a perda da gravidez, Elisa enfrentou intensas dificuldades para cuidar da filha. Quando colocava uma fralda na boca da menina a fim de que a criança parasse de chorar, manifestava um sentimento de incapacidade e intolerância diante das demandas da menina. Halberstad-Freud (2001) acrescenta que nas depressões maternas a criança é percebida como “exaurindo” – retirando coisas da mãe. Ao exercer a função materna, 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. Elisa não amamentou a filha porque “tinha nojo do leite”. Seus objetos internos eram percebidos com características más e não pôde oferecê-los à filha.

A paciente sofreu muitas perdas durante a infância, que ocasionaram uma ferida narcísica importante. Primeiramente, ocorreu a morte do seu irmão gêmeo, e alguns anos depois foi afastada de sua mãe. Suas representações são de abandono, maus-tratos e rejeição. O mundo externo lhe parece hostil e seu *self* fica invadido por essas representações. As fantasias homicidas que apresenta com relação à filha mostram que Elisa tem muita raiva e frustração com as figuras parentais por terem-na abandonado. O sujeito, conforme Mahler (1982), consegue elaborar a constância objetual quando o objeto está disponível intrapsiquicamente e pode ser evocado sem dificuldade. Elisa não consegue evocar um objeto disponível, pois as imagens objetivas estão carregadas de energia agressiva; por isso suas sensações de solidão e isolamento são muito intensas. Conforme Klein (1946/1991), poder-se-ia se dizer que o mundo interno da paciente está despedaçado. O ego fica cindido e identificado com partes fragmentadas, projetadas no mundo externo e colocadas na filha. Entrar em contato com essa realidade psíquica é algo muito doloroso e os sentimentos depressivos e suicidas vêm à tona.

Na psicoterapia Elisa está aos poucos entrando em contato com o seu mundo interno. Ao expressar sua história e ser autorizada a evocar os sentimentos agressivos e depressivos resultantes de suas experiências afetivas, viveu uma experiência transferencial continente, que lhe permitiu acessar sua própria hostilidade e sentimentos de vazio. Só nesse momento ela autorizou-se a falar sobre seus desejos homicidas em relação à filha, compreendendo que seu

relacionamento com ela estava marcado por objetos persecutórios e agressivos, razão de seus sentimentos depressivos intensos. Conforme processou este material, estabeleceu uma relação de cuidado com a menina que se refletiu na própria relação com o companheiro. Colocou limites à hostilidade do companheiro em relação à filha, passou a ficar em casa com ela e a determinar horários e combinações. Estes momentos foram intercalados por episódios depressivos, mas estes se apresentavam de forma menos intensa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, discutiu-se o caso clínico de uma mulher em psicoterapia psicanalítica cujos sintomas revelaram graves distúrbios no vínculo com sua filha. Sua história de vida, marcada por experiências traumáticas, deixaram falhas importantes no desenvolvimento de seu psiquismo, as quais se tornaram mais evidentes com o nascimento da filha. Observou-se, também, que estas vivências depressivas foram reeditadas quando a menina, ao ingressar na puberdade, demandou reformulações e ajustamentos da função parental. Verifica-se, então, a necessidade de atenção específica aos casos de transtornos emocionais na maternidade nas diferentes etapas do desenvolvimento, tanto do ponto de vista das necessidades infantis como das maternas, destacando-se as manifestações de dificuldades no relacionamento entre mãe e filho. Nem todas as situações refletirão dificuldades severas, mas é preciso reconhecer o esforço psicológico de mulheres que tiveram dificuldades iniciais de vínculo, permitindo o acesso às vivências depressivas iniciais.

REFERÊNCIAS

- Abbott, R., Dunn, V. J., Robling, S. A. & Paykel, E. S. (2004). Long-term outcome of offspring after maternal severe puerperal disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 365-373.
- Alcade, M. S. G. (2002). Patologia psiquiátrica en el puerpério. *Revista de Neuropsiquiatria*, 65(1), 32-46.
- Blos, P. (1995). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. Porto Alegre: Martins Fontes. (Original publicado em 1962).
- Catão, I. (2002). A tristeza da mãe e seus riscos para o bebê. Em L. Correia-Filho, M. E. Corrêa & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 232-248). Brasília: LGE.
- Cramer, B. & Espasa, P. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê, estudos clínicos e técnicos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Halberstadt-Freud, H. C. (2001). Electra Cativa. Sobre a simbiose e a ilusão entre mãe e filha e as conseqüências para o complexo de Édipo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 35(1), 143-168.
- Klein, M. (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1946).
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação – individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979).
- Motta, M. G., Lucion, A. B. & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 165-176.
- Murray, L., Halligan, S. L., Adams, G., Patterson, P. & Goodyer, I. M. (2006). Socio emotional development in adolescents at risk for depression. The role of maternal depression and attachment style. *Development-and-Psychopathology*, 18(2), 489-516.
- Robertson, E., Jones, I., Haque, S., Holder, R. & Craddock, N. (2005). Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 186(3), 258-259.
- Robling, S. A., Paykel, E. S., Dunn, V. J., Abott, R. & Katona, C. (2000). Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness, a 23 year follow-up study. *Psychological Medicine*, 30(6), 1263-1271.
- Schermann, L. & Alafaya, C. (2000). Depressão pós-parto, tendências atuais. *Revista Medicina da PUCRS*, 10(2), 130-248.
- 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*, 20(3), 233-240.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1971).

Recebido em 16/10/2006

Aceito em 11/12/2006

Endereço para correspondência: Melissa dos Santos Alt. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Av. Ipiranga 6681, Prédio 11, 9º andar, sala 928, CEP 90619-900, Porto Alegre-RS.
E-mail: melalt@gmail.com