



# **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016*  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Andréia Duarte de Sousa

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E O VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ: uma revisão  
sistemática

Palmas – TO

2018

Andréia Duarte de Sousa

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E O VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ: uma revisão  
sistemática

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

**Orientador:** Profa. Cristina D'Ornellas Filipakis

Palmas – TO

2018

Andréia Duarte de Sousa

DEPRESSÃO PÓS PARTO E O VÍNCULO AFETIVO MÃE-BEBÊ: uma revisão  
sistemática

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do CentroUniversitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

**Orientador:** Prof. Cristina D'Ornellas Filipakis

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.a M.e Cristina D'Ornellas Filipakis

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof. M.e Iran Johnathan Silva Oliveira

Centro Universitário Luterano de Palmas

---

Prof.a M.e Izabela Almeida Querido

Centro Universitário Luterano de Palmas

Palmas – TO

2018

## RESUMO

SOUSA, Andreia Duarte. **Depressão Pós-Parto e o Vínculo Afetivo Mãe-Bebê: uma revisão sistemática**. 2018. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2018.

A depressão é um estado que acomete cerca de 10 a 15% das mulheres no período que compreende o pós-parto, tendo maior prevalência de ocorrência entre a quarta e oitava semana posteriormente ao nascimento do bebê. Em geral expressa um grupo de sentimentos como choro constante, irritabilidade, desesperança, falta de motivação, insegurança em relação a maternidade, ansiedade, entre outros. Desta forma a presente revisão buscou identificar as consequências da depressão pós-parto para o vínculo afetivo mãe e bebê. Conhecendo as características, os sintomas, e as consequências do quadro depressivo, para a mãe e para o desenvolvimento global da criança. Fatores como o papel da mulher na sociedade desde tempos remotos até os atuais, as ideologias acerca do papel de mãe, foram peças fundamentais para a compreensão de tal fato. Através dos estudos analisados pode-se considerar que a depressão puerperal afeta as mães, a relação de vínculo com o bebê, assim como o desenvolvimento psicológico, social e cognitivo da criança, tendo em vista que a mãe depressiva não se encontra disponível para estabelecer uma base segura e de qualidade com o filho.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Mãe-bebê. Vínculo Afetivo.

## ABSTRACT

SOUSA, Andreia Duarte. Postpartum **Depression and the Affective Mother-Baby Bond: A Systematic Review**. 2018. 58 f. Course Completion Work (Undergraduate) - Psychology Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas / TO, 2018.

Depression is a condition that affects approximately 10% to 15% of women in the postpartum period, with a higher prevalence of occurrence between the fourth and eighth week after the baby is born. In general it expresses a group of feelings like constant crying, irritability, hopelessness, lack of motivation, insecurity regarding motherhood, anxiety, among others. Thus, the present review sought to identify the consequences of postpartum depression for the affective bond between mother and baby. Knowing the characteristics, the symptoms, and the consequences of the depressive picture, for the mother and for the overall development of the child. Factors such as the role of women in society from the earliest times to the present, ideologies about the role of mother, were key to understanding this fact. Through the analyzed studies, it can be considered that puerperal depression affects mothers, the relation of bond with the baby, as well as the psychological, social and cognitive development of the child, considering that the depressive mother is not available to establish a safe and quality foundation with the child

Key Words: Postpartum Depression. Mother-baby. Affective Bond.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1: Subestágios da fase Sensório-Motor.....	20
Quadro 2: Resumo da análise dos resultados.....	38
Figura 1: Resultados das buscas no GOOGLE ACADÊMICO com as palavras chave em conjunto.....	35
Figura 2: Resultados das buscas no SCIELO com as palavras chave em conjunto.....	36
Figura 3: Resultados das buscas no PEPSIC com as palavras chave em conjunto.....	37
Figura 4: Resultados das buscas no CAPES com as palavras chave em conjunto.....	37

## SUMÁRIO

<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
2.1 O PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE E A MATERNAGEM.....	10
<b>2.1.1 Maternagem X Maternidade.....</b>	<b>14</b>
2.2 DESENVOLVIMENTO INFANTIL DA CONCEPÇÃO AOS 2 ANOS .....	15
2.3 TEORIA DO APEGO .....	22
2.4 CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS À SUA OCORRÊNCIA.....	26
<b>2.4.1 Diagnóstico Diferencial e Prognóstico .....</b>	<b>30</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>35</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O vínculo afetivo mãe-bebê se estabelece ainda durante a gestação, momento em que Borsa (2007) aponta como sendo de grande expectativa da mulher em relação ao filho. A mãe cria expectativas voltadas a um bebê imaginário, essas expectativas envolvem o sexo, o nome e as características da criança. É no período gestacional que a mãe constrói a imagem do filho desejado e direciona sentimentos a ele. Ainda segundo Borsa (2007), após o término da gestação, e com o nascimento do bebê, o vínculo entre mãe e filho tende a se intensificar, ainda que a imagem do bebê imaginário seja rompida, dando espaço ao bebê real, período em que a mulher ressignifica o papel da maternidade.

Para Bowlby (1989), o período do pós-parto é essencial à mãe, pois é nesse período ela possui inteira liberdade de ação, e toda a atenção possível deve ser direcionada ao bebê. Cada momento de interação se inicia com trocas de expressões faciais e verbalizações por parte da mãe, e o recém-nascido corresponde, sorrindo e movimentando braços e pernas. Com o nascimento do bebê, toda atenção é voltada para ele, tudo o que se remete a criança, pode despertar a atenção da mãe. “Normalmente chega um momento em que ela sente que o bebê é ela própria” (BOWLBY, 1989, p.21). O período que corresponde aos primeiros meses de vida do bebê é propício para estabelecimento do vínculo seguro, ocasião que, segundo Pontes (2007), colabora com o desenvolvimento saudável da criança, possibilitando a ela sentimentos de segurança/valorização. O apego seguro se dá através das interações entre mãe e filho, e que deve consistir em um vínculo afetivo contínuo do bebê com a mãe.

Ao contrário do apego seguro, no inseguro a criança internaliza sentimento de insegurança/desvalorização. E isso pode ocorrer na falta de cuidado físico da mãe em relação ao bebê, como nas situações em que a mãe trabalha o dia inteiro e deixa a criança sob cuidados de outras pessoas, que não estabelecem um vínculo afetivo com essa criança. Ou em situações em que a criança é cuidada por muitos cuidadores, ou até mesmo em circunstâncias em que os adultos não são receptivos e sensíveis aos cuidados com a criança, entre outras situações.

Esse momento em que a mulher está vivendo, e que consiste em uma fase de mudanças e adaptações em relação ao bebê, a depressão pode estar presente. A depressão pós-parto consiste em um transtorno resultante de fatores biopsicossociais, "muitas vezes, não podendo ser controlada, atuando de forma implacável ao seu surgimento" (TOLENTINO, 2016, p.61). Fatores como a pouca idade da mãe, o estado civil, as condições socioeconômicas, a história de vida e gravidez indesejada, podem ser fatores importantes para



o desencadeamento da depressão. Portanto, este trabalho pretendeu verificar as consequências da depressão pós-parto no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebê, quando a mesma apresenta depressão pós-parto.

O referido trabalho trouxe como problemática conhecer a relação entre a depressão pós-parto, o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebê e o desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos. Como objetivos específicos estabeleceram-se: (1) conhecer a depressão pós-parto, suas características, etiologia, sinais, sintomas, diagnóstico diferencial e prognóstico; (2) compreender a relação entre os diversos papéis assumidos pela mulher na contemporaneidade; (3) investigar como se estabelece o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê desde a gestação até os 2 anos de vida da criança.

Esse tema é importante na medida em que mostra como a depressão pós-parto pode impactar o desenvolvimento do vínculo afetivo entre a mãe e bebê, buscando compreender esta interação quando a mãe se apresenta indisponível para prestar cuidados e afeto ao filho. O vínculo afetivo é de importância vital para o bebê, pois dessa forma ele terá condições de se desenvolver de forma segura e saudável.

No que se refere a dados, o DATASUS (2016) aponta que no Brasil, a cada quatro mulheres, uma apresenta sintomas de depressão no período pós-parto e esse quadro pode se manifestar até 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A predominância do distúrbio no Brasil foi mais alta que a apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em países de baixa renda, em que cerca de 19% das mulheres tinham algum transtorno mental, na sua maioria depressão, em níveis mundiais a depressão pode afetar de 10 a 15% das mulheres. Quanto ao papel do profissional de psicologia, ao lidar com mulheres com depressão pós-parto, é o de trabalhar em conjunto com a equipe multiprofissional, ainda durante o pré-natal, momento em que já é possível notar fatores de risco.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE E A MATERNAGEM

Segundo Zanello (2016), na França no século XVII e parte do XVIII, era comum e aceitável mulheres darem à luz aos bebês e os entregar no mesmo dia para amas de leite, independente da classe social. As amas levavam as crianças em carroças cheias de recém-nascidos, e como as crianças eram amontoadas, caíam ao longo do caminho e conseqüentemente morriam. Por esse e outros motivos (como a falta de cuidado com os bebês que sobreviviam) o número de mortalidade infantil era bastante alto na época, “de modo que as mães desenvolviam uma frieza emocional a fim de não se apegarem a seus bebês e sofrerem, caso o perdesse” (GUTIERREZ, 2011 S/P).

Isso era o normal dentro daquele momento histórico, naquela época ainda não havia o chamado “sentimento de infância”, nem o sentimento materno, a família era uma instituição social e moral, o valor sentimental da família não era levado em conta, não havia preocupação com os laços afetivos, ou com a criação e educação das crianças. Por esses motivos as mulheres não tinham receio de entregar os filhos à amas. Dentre as razões pelas quais as mulheres optavam por entregar as crianças é que elas possuíam outros objetivos e prioridades que nada tinha a ver com os cuidados a um bebê. As principais prioridades era a dedicação ao marido e aos bens e interesses pessoais, e não a amamentação e os cuidados com a criança, pois o marido possuía figura de autoridade, era o mantenedor da economia familiar, e dessa forma, toda a atenção deveria ser dirigida a ele (BARBIERI, 2012). Algumas mulheres preferiam não amamentar e cuidar das crianças, baseando-se nos seguintes motivos, segundo Barbieri (2012):

(1) físico - dar de mamar faz mal à mulher já que o leite é algo precioso à sua preservação e/ou por ter a saúde fraca (argumento também usado no contexto brasileiro por Gilberto Freyre às mulheres brancas da casa grande); (2) estético - deforma o peito e o faz ficar caído, perdendo assim sua beleza; (3) social e moral - o ato de amamentar era pouco digno de uma dama, de uma mulher civilizada, tornando-se assim, uma prática de distinção social; (4) pudor - mostrar o seio para outras pessoas era um ato de desrespeito para a época, forçando a mulher ficar reclusa durante cada amamentação, impedindo-a de um maior círculo social e (5) moda – principalmente no século XVIII era *démodé* a mulher ficar cuidando dos filhos ao invés de participar e curtir a vida social e conjugal (BARBIERI, 2012, S/P).

No século XVIII a sociedade considerava que a conduta da amamentação era uma tarefa desagradável aos olhos de quem via, e principalmente aos homens que se queixavam e

consideravam o período de amamentação uma espécie de atentado ao exercício de sua sexualidade/masculinidade, até mesmo uma forma de restrição de seu prazer. “Outros demonstravam clara aversão pelas mulheres que amamentavam, com seu forte cheiro de leite e seus seios que ressumavam sem cessar” (BANDITER, 1985, p. 96). E mesmo que o pai não sentisse repulsa do bebê durante a amamentação, ele se sentia incomodado frequentemente, pois os médicos e a classe moralistas daquela época proibiam a prática de relações sexuais durante o período gestacional e de amamentação.

Médicos daquele período consideravam que o esperma estragava o leite materno e o azedava, podendo colocar a vida do bebê em risco. O pai se sentia reduzido no que se diz respeito ao prazer sexual. Boa parte dos homens, então, substituíam a esposa por outras mulheres. Evidentemente as esposas não gostavam dessa situação. A estrutura familiar ficava ameaçada devido a tais acontecimentos. Por tudo isso o bebê era um estorvo na vida dos pais, um empecilho para a vida conjugal do casal. Ter que se ocupar de cuidados a uma criança não era algo agradável, pois as mulheres queriam mesmo era continuar suas vidas sociais sem que nada pudesse impedi-las.

Todas essas mulheres tinham a consciência bem tranquila, já que o meio em que viviam admitia a necessidade da vida mundana quando se tem certa posição, e que os próprios médicos reconheciam que tais obrigações são desculpas válidas para não amamentar. Um médico, Moreau de Saint-Elier, afirmava em meados do século XVIII que o cuidado dos filhos "é um encargo constrangedor na sociedade". (BANDITER, 1985, p. 98)

A isso pode-se acrescentar que nada era menos elegante, segundo o ideal mundano da época, do que "parecer amar em demasia os filhos" e perder com eles seu precioso tempo (BANDITER, 1985, p. 98). Ainda que a sociedade não se importava com o fato das mulheres não se apropriarem da obrigação de cuidar dos filhos, elas, porém não tinham importância nenhuma perante a sociedade. Desta forma, ainda durante os séculos XVII e XVIII, o governo começa a pensar em tentativas de convencer essas mulheres a amamentar e a cuidar dos filhos, pois se deram conta que futuramente precisariam dessas crianças para servir ao país.

Com a baixa de contingente de pessoas na Europa, em função das mortes provocadas pela fome, doenças e guerra, bem como pelo alto índice de mortalidade infantil, os governantes começaram a exaltar as mulheres para cuidarem de suas crias, pois a elas caberia cuidar do futuro do Estado. Discurso ideológico, mas altamente sedutor: para quem não tinha direitos, a promessa de algum reconhecimento já parecia grande coisa, (ZANELLO, 2016, p.105)

Juntamente com o passar das revoluções e início das guerras no antigo continente que visava a busca de novas terras, o governo notou que necessitava das crianças vivas, pois

seriam o futuro da nação, e deu início a campanhas que tinham como meta o incentivo do papel de maternidade na vida das mulheres, tendo como objetivo fazer com que amamentassem e educassem os filhos. A tática usada pelo governo, “ao invés de vir pela punição ou obrigação, veio pela sedução: elogios as “boas” mães. Além disso, havia promessa de igualdade para elas (na divisão dos trabalhos, entre o âmbito público do homem e privado das mulheres) e de felicidade na maternidade (ZANELLO, 2016). Dado esse interesse do estado na disseminação de ideologias que exaltasse o papel da mulher, como mãe, cuidadora, em um primeiro momento a ênfase foi o de convencer as mulheres a amamentar, pois elas não amamentavam. Posteriormente a ênfase foi convencê-las a educar os filhos, e serem responsáveis pelo caráter e modo de ser das crianças.

Por intermédio de recomendações de moralistas, e médicos da época, as mulheres que eram mães iriam sendo incentivadas a amamentar os filhos, também foram motivadas a se preocupar com a higiene e a saúde. A grande verdade é que as crianças passam a ter um valor mercantilista, e começam a ser pensadas, como um meio de riqueza econômica e investimento útil para a transferência do patrimônio do país, por isso o governo passa a preocupar- com a perda das crianças (GUTIERREZ, 2011). O estado foi então dando lugar de reconhecimento ao papel de mãe e cuidadora, e começa a fazer uma exaltação da mãe como provedora do futuro da nação e dessa maneira, para quem nunca teve nada, no sentido de direitos e reconhecimentos sociais, para as mulheres ter algum reconhecimento já era muita coisa, por isso muitas mulheres começaram a se sentir confortáveis nesse novo papel (ZANELLO, 2016).

É nesse momento que a mulher passa a ser reconhecida como formadora de homens, e torna-se público-alvo de livros de caráter pedagógico – manuais que ensinavam a ser boa mãe e boa esposa. A entrada do discurso médico modificou as concepções de leitura feminina – se até esse momento as mulheres liam romances ou receitas, o lançamento de guias maternos incentivou a educação das mulheres (MATTOS, 2013, S/P).

"Para reforçar, o lugar da mulher, filósofos renomados, como Rousseau, passaram a enaltecer a mulher-mãe. De Eva, perigosa e pecadora, a mulher passou a ser Virgem Maria, mas só se fosse mãe” (LUNA, 2016, S/P). A maternidade foi glorificada e, agora, a mulher não podia apenas gestar. Ela tinha que amamentar e educar. A mulher no século XVIII se encontrava em um contexto de submissão ao homem, e passava a apropriar-se de um papel idealizado, colocando-a como uma espécie de santa, livre dos pecados por conta da dessexualização do sexo feminino, a autoridade do homem em seu papel de pai ia sendo

substituída pelo amor maternal, as mulheres iam então nesse período sendo incentivadas a assumir todo o cuidado com a prole.

Porém, paralelamente a essas circunstâncias em que as mulheres se encontravam, “vistas como homens menores, as mulheres não possuíam os mesmos direitos políticos que eles. Nem as mesmas regalias e reconhecimento social” (ZANELLO, 2016), algumas delas começaram a se conscientizar da situação de opressão em que se encontravam:

E começaram a buscar mais educação, formando grupos para discutir filosofia, temas atuais e a condição de cada uma. Eram conhecidas como As Preciosas. No seio desses grupos, nasceram mulheres que não queriam mais ter filhos, não queriam continuar com o papel de dona de casa, reprodutora (LUNA, 2016, S/P).

E de certa forma essa conscientização por parte das mulheres foi tida como perigosa para muitos homens, pois para eles o lugar de ocupação da mulher seria como dona de casa e cuidadora dos filhos, que já eram considerados o futuro da nação.

A Igreja também teve bastante influência neste aspecto, contribuindo significativamente com o imaginário social de divindade que é direcionado à mãe, como no caso da associação à Virgem Maria.

Nesse momento, o controle sobre a mulher-mãe se altera e a defesa de pureza e castidade começou a atuar na consciência coletiva de tudo que se relacionava à maternidade e ao feminino. Nesse caso, todas as mulheres que pensavam em fugir desse ideal puritano, acabavam sendo enquadradas como impuras e ligadas ao pecado (CATTONY, 2016, S/P)

A igreja cumpria um papel na colonização e no povoamento, o que se vendia era a ideia de que o matrimônio dentro da igreja protegia as mulheres, pois os homens eram responsáveis por colonizar o país e deixavam as mulheres muitas vezes com a prole. Se essas mulheres fossem casadas, a igreja defendia o direito de que os homens deveriam cuidar da família (mandar dinheiro ou alguma forma com que elas pudessem se sustentar) e também protegia da violência, pois violência dentro do matrimônio era visto com maus olhos pela igreja. Dessa forma, essas ideologias se apresentavam como um meio de empoderamento para as mulheres, porém um empoderamento colonizado. Criam-se então, diretos a partir de um certo tipo de matrimônio e principalmente na exaltação da maternidade.

Com o passar dos anos (e dos séculos) as mulheres começaram a se inserir no mercado de trabalho, buscando novas formas de realização pessoal, como a carreira profissional e os estudos, dessa forma para muitas a maternidade se tornou algo distante ou um simples não

querer. Hoje a satisfação feminina está além da maternidade. As mulheres contemporâneas podem decidir se querem ou não casar, possuem também maior liberdade de viver sua sexualidade sem necessariamente estar em um matrimônio. Outro fator importante se refere aos contraceptivos, que possibilitam a mulher a escolha de ter ou não ter, ou de quando ter um filho. Foram descobrindo contentamento muito além das dedicações domésticas e familiares. Mesmo que hoje as mulheres tenham mais liberdade de escolha se comparado há tempos passados, ainda assim há sempre dilemas sociais em relações aos novos papéis que vêm sendo assumido por elas (FARIA, 2012).

A Maternidade na contemporaneidade compõe-se de grandes polêmicas e posições contrastantes, embora ofereça condições que amparam a mãe nos cuidados com o bebê o que implica na facilidade, pelo menos aparente, de desenvolver a função materna, as condições de vida na atualidade tendem a colocar em choque a visão tradicional, do que se espera da atividade materna, com as condições atuais da mulher na sociedade e na família (FARIA, 2012, p. 7)

Assim, pode-se perceber que vários são os caminhos e dilemas vivenciados pelas mulheres contemporâneas, (além dos maternais), como as chances de conquistas profissionais, porém como citado, as novas esferas e lugares que as mulheres vêm conquistando e sendo inseridas, por vezes entram em choque/contrastam, e convergem com valores antigos. Bussab (2002) faz uma referência a Hrdy (2001) e questiona de que forma criar filhos saudáveis (em referência às mulheres que desejam ter filhos) emocionalmente e ao mesmo tempo obter carreiras e vidas brilhantes. Busnel (2002) relata que não é à toa que as mães que optam por trabalhar sintam um conflito muito maior do que as mães que não possuem escolha.

### **2.1.1 Maternagem X Maternidade**

Tradicionalmente, a maternidade é representada pelos laços sanguíneos entre a criança e a mãe, já a maternagem é caracterizada pelo vínculo afetivo e os cuidados que são desenvolvidos da mãe para o bebê, sendo, portanto, conceitos diferentes. A maternidade corresponde a fatores biológicos e a maternagem não tem como base preceitos biológicos, e nem mesmo fatores ligados a gênero. Ela é amplamente baseada e fundamentada no afeto, no vínculo e no cuidado à criança. Enquanto a maternidade é uma circunstância física, a maternagem é atribuída como uma escolha, mesmo que posteriormente à gestação. Palombo (2011) afirma que:

O conceito de amor materno foi assimilado de forma contundente, e por muito tempo não questionável como se fosse uma situação "sine qua non": mulher = matinar. Afirmava-se que a necessidade de maternagem é uma característica universal feminina, fazendo-a parecer um dom, um sentimento instintivo e estritamente biológico que todas as mulheres vivenciaram independentemente da cultura ou da condição socioeconômica: pré-concebido, pré-formado, esperava-se apenas a ocasião para exercê-lo, sofrendo-se quando a oportunidade tardava (TOURINHO, S/D, p.8)

Dessa forma, somente os fatores biológicos eram considerados aceitáveis, excluindo outros fatores, como os psicológicos e culturais. Porém, algumas dúvidas ficaram, como por exemplo o fato de algumas mulheres possuírem tais desejos maternos e outras não. E, como citado nesse capítulo, no final do século XVIII, uma família considerada "boa" era respaldada no amor, havendo então uma glorificação do amor materno, sendo chamado até mesmo de instinto materno e amor incondicional. A definição de amor maternal passou a contextualizar a família em torno dos filhos e a principal figura de cuidados de afeto era a mãe. (TOURINHO, S/D). A mãe era encarregada de tudo, de todas as responsabilidades domésticas e pela educação dos filhos. Essas tradições, no que se referem aos cuidados maternos ligados somente a mãe, foram se estendendo, levando até mesmo a uma severa divisão de gênero, resumindo as mulheres aos cuidados domésticos.

Enquanto a mãe apresentava uma figura afetiva, cabia ao pai uma figura mais autoritária. Desta forma, pode-se notar que ao longo dos séculos os papéis assumidos pelas mulheres se respaldaram na obrigação de ter e cuidar dos filhos. A romanização da maternidade, atrelada a fatores inatos, foi sendo disseminada por gerações, como a ideia de que uma "boa mãe" é aquela que abre mão de tudo para se dedicar somente aos filhos. Todo esse discurso traz consequência para as mulheres até os dias atuais. No entanto, ainda como defende Tourinho, é fundamental desconsiderar que a maternidade é superior a paternidade e para isso é necessário desmitificar o amor materno como sendo algo inato. E entender também que a interação da criança com o pai é fundamental e deve ser desenvolvida. É necessário atribuir ambos (as interações) como de qualidades iguais, porém isso não quer dizer que não existem diferenças entre o estabelecimento das funções tanto maternas quanto paternas, pois ambos possuem suas singularidades.

## 2.2 DESENVOLVIMENTO INFANTIL DA CONCEPÇÃO AOS 2 ANOS

Segundo Papalia e Feldman (2013), o desenvolvimento humano acontece mediante três etapas chamadas: germinal, embrionário e fetal, e ao longo dessas etapas da gestação, o

zigoto vai se desenvolvendo, se modificando, até se transformar em um embrião e posteriormente em feto. Em se tratando dessas fases, a primeira delas, chamada de período germinal, se refere às duas primeiras semanas da gestação, nesse período ocorre a divisão celular e o desenvolvimento do blastócito, que se fixa no útero. Ainda segundo Papalia e Feldman (2013), ao longo do período germinal, ocorre a divisão do zigoto, no período/tempo de 36 horas depois o período de fecundação, se encontrando em uma circunstância de divisão celular rápida. Em 72 horas após a fecundação, o zigoto já se dividiu em 16 células, e em seguida em 32 células. Em um dia após a fecundação já são 64 células.

O óvulo fecundado demora 4 dias até chegar ao útero (enquanto isso percorre a tuba uterina). Com a divisão do óvulo, ele se torna mais delicado e complexo e se fixa à parede do útero. O período embrionário compreende a fase que se inicia na segunda e se estende até a oitava semana de gestação. É descrita como um período em que os principais órgãos, sistemas, músculos e nervos do corpo se desenvolvem rapidamente (MATOS, 2009). O embrião mede por volta de 5 centímetros, e já é possível notar olhos, orelhas, boca, nariz, coração, pernas, mãos. Já o período fetal se refere a oitava semana de gestação até o nascimento do bebê. Pode ser identificada como uma fase em que o corpo aumenta de tamanho. "bem como dos detalhes das diferentes partes que o constituem, ou seja, constitui uma fase de aperfeiçoamento dos sistemas básicos já existentes" (MATOS, 2009, p. 5). É também a última fase do período gestacional e é considerada o ponto divisório entre "a sobrevivência e a não sobrevivência; os sistemas nervoso, circulatório e respiratório estão todos suficientemente desenvolvidos para suportar a vida" (BEE, 1987, p.169).

Com o nascimento da criança, Papalia e Feldman (2013) apontam que os recém-nascidos possuem certas características, como a pele mais fina. Os meninos tendem a ser maiores que as meninas, e até mesmo mais pesados. Os recém-nascidos ainda em seus primeiros dias de vida chegam a perder cerca de 10% do seu peso, passando a recuperá-los por volta da segunda semana de vida. Após o nascimento, o bebê começa o processo de contato e de vínculo com a mãe, "por isso a importância de já nos primeiros minutos de vida haver o contato pelo colo materno" (TORRES, 2014, p.2). O estabelecimento do laço afetivo entre mãe-bebê é o que aproxima/une os dois. E esse vínculo vai se dar por meio do contato, da proximidade, da voz, dos cuidados, da atenção, do afeto, entre outros. Posteriormente ao nascimento, os bebês já demonstram certas habilidades, para que possa interagir com o ambiente a sua volta. Já acompanham estímulos (como objetos) colocados perto de si. Entrando no segundo mês de vida já é possível que estique as pernas, façam movimentos com



a cabeça (movimentando para um lado e para o outro), já sendo capazes de fazer movimentos de acordo com a voz que o acompanha (TORRES, 2014)

Falando sobre desenvolvimento psicossocial infantil, vários são os teóricos que discorrem sobre esse tema, entre eles Vygotsky e Piaget. Para Vygotsky, o desenvolvimento infantil se dá através da interação da criança com o meio, ela primeiramente aprende para posteriormente se desenvolver. “deste modo, o desenvolvimento de um ser humano se dá pela aquisição/aprendizagem de tudo aquilo que o ser humano construiu socialmente ao longo da história da humanidade” (DUARTE, S/D, p. 293).

Segundo Vygotsky, os bebês nascem com poucas habilidades mentais (como a percepção e a memória) e com o passar do tempo essas habilidades vão se desenvolvendo, e sendo transformadas pela cultura e pelo ambiente, em que a criança está inserida. E as habilidades mentais vão se tornando mais sofisticadas. A memória possui contribuição bastante considerável no que se refere ao processo de aprendizagem da criança. Pois quando há algum tipo de imperfeição nessa área o processo de desenvolvimento é afetado (RIBEIRO, 2014). Assim como a memória, pensamento e linguagem também são desenvolvidos mediante o meio social ao qual pertence a criança “na primeira infância a criança deve explorar todos os seus sentidos e, cabe ao adulto que estimule todos eles, o adulto deve apresentar a criança todas as formas de sentir o mundo” (DUARTE, S/D, p.302). Possibilitando dessa forma o desenvolvimento das funções mentais citadas, pois o meio social vai moldando e transformando os comportamentos da criança, assim como os processos de aprendizagem.

Um fator importante na teoria de Vygotsky é a zona de desenvolvimento proximal, Segundo Rabello (2005) a interação desenvolvimento/aprendizagem está ligada, no sentido de que os indivíduos vivem em sociedade. Ou seja, para Vygotsky esse processo de desenvolvimento se dá através do convívio social, pelo estabelecimento da socialização. Para Vygotsky a criança pode ter toda estrutura biológica, todas as funções funcionando bem, porém, se ela não estiver inserida em um ambiente com pessoas que a estimule, proporcionando aprendizagem, não se pode esperar que a criança se desenvolva (como o esperado) com o passar do tempo, pois ela não possui por conta própria recursos para percorrer o processo de desenvolvimento/aprendizagem. Dessa forma entende-se que o processo de estabelecimento de aprendizagem, acontece por intermédio das experiências e vivências a que a criança teve acesso.

Já para Piaget o desenvolvimento se dá a partir da junção desenvolvimento biológico e interação da criança com seu meio. A interação da criança com o meio deve ocorrer de maneira ativa, porém “o caráter biológico e o maturacional são relevantes na teoria de Piaget,

ou seja, desenvolvimento é a base e suporte para que o processo de aprendizagem ocorra” (RIBEIRO, 2014, 395). Diferente de Vygotsky, que argumenta que a aprendizagem é o que leva ao desenvolvimento da criança, Piaget afirma que é a aprendizagem quem “empurra” para desenvolvimento. Sua teoria é considerada maturacionista, pois também leva em consideração o desenvolvimento das funções biológicas que atua como alicerce para os avanços da aprendizagem “(RABELLO, 2005, P.4). Desta forma para Piaget a aprendizagem ocorre a partir das trocas entre as funções biológicas e o meio ao qual a criança está inserida. As vivências contribuem com a construção da capacidade de conhecimento da criança. “Produzem estruturas mentais que, sendo orgânicas não estão, entretanto, programadas no genoma, mas aparecem como resultado das solicitações do meio ao organismo” (CAVICCHIA, 2018)

Segundo Piaget o desenvolvimento cognitivo da criança acontece por intermédio de estágios/fases sendo elas: sensório motor, pré-operatório, operatório concreto e formal. Como este capítulo trata-se do período que abrange o nascimento, até os dois anos de vida da criança e o estágio que corresponde a tal período é o sensório motor, com início no nascimento e estendendo-se até os 24 meses de vida da criança. Ao longo dessa desse estágio a criança vai desenvolvendo uma inteligência mais prática, que ocorre com base nas percepções e nas ações/movimentos, com uma coordenação chamada sensório motora. Havendo expressões específicas dessa etapa que podem ser divididas em movimentos circulares, primárias, secundárias e terciárias.

Reações circulares primárias são os reflexos e hábitos que marcam os primeiros dias de vida do bebê, que com o tempo (3 a 6 meses) vão se transformando em ações inteligentes e práticas. Na próxima fase ocorrem as reações circulares secundárias, onde as ações do bebê ainda estão marcadas por hábitos básicos, mas já é perceptível o surgimento da intencionalidade em torno de um objetivo, com a intenção de mantê-lo, visto que já ocorre a assimilação dos objetos e conseqüentemente a construção de esquemas de ação por parte do bebê (FERRARI, 2014, p. 170)

Já dos 10 aos 24 meses de vida da criança nota-se a chegada das reações circulares terciárias, na qual as expressões que a criança reproduz, ocorrem de forma intencional, ela então observa as ações a sua volta e repete tais comportamentos, por vezes de maneira variada, a criança utiliza esquemas já habituais para ela, e mais complexos dentre as situações, com intenção de obter novos resultados, sempre que desejar. Ainda não há o uso concreto ou exato do pensamento. E esse tipo de inteligência determina certas ações, como pegar objetos distantes ou ocultos. Para Piaget o desenvolvimento motor é a primeira inteligência na criança e pela qual ela vai descobrindo e sentindo o mundo a sua volta. (FERRARI, 2014)

A criança nasce com uma série de características que são inerentes à espécie. Porém as diversas aptidões que acompanha os recém-nascidos vão se desenvolvendo, como já citado mediante o contato da criança com as relações sociais. Que vão dando lugar a novas e maiores conquistas no que se refere a aprendizagem infantil. Uma dessas características é o pensamento, que segundo Helen Bee ocorre de tal forma:

Os objetos e eventos são, de algum modo, representados mentalmente. Você tem uma palavra para um objeto e uma imagem mental do objeto e você pode usar a palavra e a imagem de diversas formas. Você pode se lembrar do objeto, compará-lo mentalmente com outros objetos, ou imaginar como ele é tudo isso em sua cabeça. Durante o período sensório-motor, o bebê apenas começa a fazer estas coisas, e ainda de uma forma muito primitiva (BEE, 2011, p. 144)

Desta forma os primeiros meses de vida das crianças, mais especificamente os 18 primeiros meses, eles tomam para si algumas representações internas básicas, como por exemplo a permanência das coisas ao seu redor (objetos). Esse período que abrange os primeiros 18 meses, os bebês ainda não possuem habilidades de manipulação das imagens/representações de forma interna, para exercitá-las mentalmente, como realmente são e explorá-las em combinações novas.

A maneira predominante de representar os objetos não se dá por meio de imagens internas, mas sim por meio de ações que a criança possa desenvolver com elas (as ações). Por exemplo, uma bola é representada pela sensação de tocar, agarrar, sentir a textura, direcioná-la até a boca, observar a cor, etc. No período sensório motor o bebê vai adquirindo e tomando para si as imagens dos objetos, e quando passa a ter as palavras acessíveis que possam já ser utilizadas como rótulos para os objetos, elas atribuem uma maneira nova de representação para as crianças.

**Quadro 1:** Subestágios da fase Sensório-Motor:

<p><b>1ª subestágio:</b> Exercício dos Reflexos.</p> <p>0 a 1 ½ mês</p>	<p>Do nascimento até por volta de 1 mês e meio de vida. Os comportamentos reflexos inatos quando praticados vão sendo modelados e os recém-nascidos aprendem a coordená-los. Durante os primeiros meses de vida os bebês ainda não conseguem compreender a permanência das coisas ao seu redor. Ou seja, não conseguem assimilar que os objetos mesmo não estando diante de seus olhos, existem da mesma forma (MENESES, 2012)</p>
<p><b>2º subestágio:</b> Corresponde as primeiras Adaptações que são adquiridas, assim como a Reação circular primária.</p> <p>1 ½ mês a 4 meses</p>	<p>A partir do contato do bebê com o meio, os comportamentos reflexos vão apresentando alguns desajustes e isso requer transformações. Esses desajustes são referentes às resistências apresentadas quando o bebê assimila objetos juntamente com o conjunto de suas ações. Os desajustes vão sendo balanceados pela acomodação. Por intermédio da assimilação e acomodação, os comportamentos reflexos sofrem mudanças e geram esquemas novos para que o bebê possa se adaptar às mais variadas situações. O bebê começa a levar tudo que vê até a boca, explora o mundo a sua volta (CAVICCHIA, S/D). As ações que geram satisfação para o bebê fazem com que o mesmo a repita, sempre que quiser. Chama-se isso: reação circular primária. O corpo do bebê é seu meio de manipulação, como comportamentos de sugar e prestar atenção aos sons.</p>
<p><b>3º subestágio:</b> Trata-se das adaptações sensório-motoras intencionais, assim como as reações circulares secundárias.</p> <p>4 a 8 meses</p>	<p>Nesse estágio as reações circulares começam a ser secundárias. Os bebês passam a direcionar sua atenção aos eventos externos, no que se refere aos objetos e desempenho de suas ações. Nas reações circulares primárias a atenção e a forma de sentir o mundo era o próprio corpo. Nas reações circulares secundárias o bebê passa processualmente a direcionar esse comportamento aos objetos externos. Esses comportamentos dão ênfase para a mudança entre esquemas reflexos, para ações inteligentes. Se anteriormente o bebê tateava, ou apenas visualizar os objetos, agora ele pode balançar, sacudir, etc. Se anteriormente o conceito de permanência não existia agora essa permanência é mais longa a partir do contato e das ações do bebê com o objeto, porém tal objeto somente existe a partir da ação do bebê com o mesmo.</p>

<p><b>4º subestágio:</b> Coordenação dos esquemas secundários e aplicação às situações novas.</p> <p>8 a 12 meses</p>	<p>Nesse estágio os bebês começam a atribuir maior atenção às suas ações, ou seja, eles já possuem um maior controle sobre seus atos, são capazes de coordenar esquemas para fins de obter o que desejam. A noção de permanência é cada vez melhor desenvolvida, no sentido que os bebês já conseguem ir atrás de objetos não visíveis para eles. Passam a ampliar seus movimentos, tendo habilidade de apanhar objetos de tamanhos minúsculos, podendo inclusive ser capaz de apanhar um grão de feijão através da movimentação da pinça, ou seja, dedo indicador e polegar.</p>
<p><b>5º subestágio:</b> Reação circular terciária e descoberta dos meios novos por experimentação ativa</p> <p>12 a 18 meses</p>	<p>Corresponde a reação circular terciária, nesse estágio a criança sonda os objetos desconhecidos de várias formas como: pegar, balançar, repetir esquemas. A criança experimenta e vai atrás de novidades. A criança percebe por meio de suas ações que pode trazer para perto de si objetos que estão distantes, e puxa-o para perto de si. Começa a ter noções espaciais, a criança já consegue obter interesse não somente em suas ações, mas fundamentalmente no objeto em si. Nesse estágio a criança dá início ao pensamento simbólico, ou seja, já consegue obter e representar imagens mentais.</p>
<p><b>6º subestágio:</b> Reação circular terciária e descoberta dos meios novos por experimentação ativa</p> <p>18 a 24 meses</p>	<p>No último subestágio ocorre uma mudança da inteligência sensório-motora para a inteligência representativa, a criança já consegue entender o mundo ao seu redor de maneira simbólica. Consegue retratar suas vivências externas em sua mente, por meio de memórias e imagens, já consegue representá-las e combiná-las sem o amparo de ações externas. Durante brincadeiras, consegue fingir ou fazer de conta (CAVACCHIA, S/D).</p>

Portanto, como pode ser percebido no Quadro 1, os subestágios do período sensório motor proposto por Piaget são o princípio da estruturação do intelecto das crianças, que vai então se ajustando ao meio, através de suas ações, com base nas interações que vão criando com as pessoas ao seu redor, fazendo uso das sensações e ações. Pode -se perceber também que as ações da criança com seu meio são muito importantes para seu desenvolvimento cognitivo. E as ações e movimentos da criança darão sustento às relações com os demais. O contexto das habilidades motoras, assim como seu convívio social e habilidades cognitivas possibilita que a criança possa explorar o mundo a sua volta de uma forma organizada (RODRIGUES, 2009)

### 2.3 TEORIA DO APEGO

Segundo Gomes (2011), a teoria do apego surgiu em meados do século XX, sendo desenvolvida por John Bowlby (psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico), e tendo participação de Mary Ainsworth. Porém, o principal fundador da teoria foi Bowlby, devido seus estudos terem trazido inovações para a época, e terem sido construídos com bases científicas. Bowlby buscava entender como se dava o vínculo entre a mãe e a criança e os impactos da quebra desse vínculo em seu desenvolvimento futuro. Segundo ele, os recém-nascidos possuíam uma tendência inata a desenvolver laços afetivos com seus cuidadores, até mesmo para sua sobrevivência. Durante a segunda guerra mundial Bowlby foi escolhido, segundo Ramires (2010) pela OMS, para atuar na área de saúde mental, pois houve um grande interesse nessa época, devido às consequências da guerra em investigar como se encontrava a saúde mental das crianças. Seus estudos e pesquisas, envolviam as necessidades das crianças que não tinham lar. E inicia, uma série de estudos que tinha como meta identificar como se encontrava a saúde mental dessas crianças. Ele possuía interesse em entender como se desenvolvia o apego, e se dispôs a investigar tais circunstâncias. Um estudo que o influenciou bastante foram as pesquisas de Konrad Zacharias Lorenz (zoólogo austríaco) com aves, pois Lorenz notou que elas partiam de um processo no qual aprendiam a reconhecer características especiais de um dos cuidadores (geralmente a mãe) e criava um vínculo com ela.

Animais como os gansos recém-nascidos apresentavam o comportamento de seguir a mãe e desenvolviam uma certa ansiedade quando estavam longe dela. As pesquisas dele foram de suma importância durante a década de 30, chegando a receber o prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia tempos depois (no ano de 1973). Dessa forma, suas pesquisas influenciaram e instigaram outros pesquisadores a se questionar, se em seres humanos também acontecia esse tipo de comportamento (vínculo com o cuidador). Um desses estudiosos foi Bowlby, que então começa a desenvolver sua teoria, sendo o grande pioneiro nas pesquisas e estudos com seres humanos.

Bowlby (1989), acreditava que existia um laço de proximidade entre o bebê e o cuidador, e que este não dependia da alimentação e dos instintos (como sustentava outras teorias da época) e isso foi dando base para a construção de sua teoria (SILVA, 2017). Como dito acima, sua teoria tinha como objetivo explicar como se dava o vínculo afetivo (e quais os impactos da falta dele) entre bebê e cuidador, e os resultados obtidos foram na contramão do que a psicanálise e o cognitivismo diziam na época, pois acreditava-se que as crianças desenvolviam vínculo afetivo com a figura materna por intermédio da alimentação.

Segundo Bowlby (1989), ainda no século passado acreditava-se que o desenvolvimento dos vínculos e do apego, se dava através do suprimento das necessidades, como a alimentação, e por intermédio disso o bebê criava um vínculo com a mãe. O alimento era considerado como sendo um impulso primário. Já os vínculos de apego eram tidos como secundários. Porém, Bowlby não concordava com tal forma de pensar e até citou um exemplo no qual dizia que se o apego se desenvolvesse somente por intermédio da alimentação, qualquer pessoa que alimentasse a criança (de 1 ou 2 anos) seria capaz de fazer com que a criança desenvolvesse um vínculo com ela. Naquela época, uma versão bastante conhecida era a de Melanie Klein, na qual dizia que o seio da mãe é o primeiro e principal objeto de contato da criança e fonte de alimento e sustento, por isso se defendia tanto que o estabelecimento do apego se dava somente devido o alimento que vinha do seio materno.

Porém, para Bowlby essa teoria não era compatível com a sua vivência, com crianças. Dalbem (2005) argumenta que ele (Bowlby), procurou base científica para sustentar a sua teoria e fugir de teorias simplistas e reducionistas da época. Sua teoria dava ênfase na adaptação (ao mundo concreto e real) da criança na primeira infância, assim como as habilidades dos seres humanos e o seu movimento em relação ao ambiente do qual está inserido. Como foi citado anteriormente, Mary Ainsworth também contribuiu com a teoria através de estudos, acerca do desenvolvimento do apego, e tratou de identificar as determinações do vínculo entre as mães e os bebês. Ainsworth participou de um estudo na Uganda sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional ainda na primeira infância, notando que o apego se dá ainda nas primeiras interações do bebê com uma figura provedora de cuidado, e como os cuidadores se relacionam com o bebê (como é estabelecido o cuidado com o bebê, no que se refere aos cuidados físicos, assim como também o afeto). Ela é tida como coautora da teoria, pelo fato de ter contribuído com sua pesquisa. “E pelo desenvolvimento de um método para avaliação dos tipos de vinculação - a Situação Estranha” (SILVA, 2014, p.8).

Conforme Bowlby o apego se dá através de quatro fases sendo elas:

- **O pré apego** (do nascimento até os 2 meses)

O bebê recém-nascido Segundo Silva (2014) interage com seu meio através do riso, do choro, para assim poder chamar a atenção dos cuidadores. Essas ações do bebê se direcionam a qualquer indivíduo que esteja perto. Quanto mais o cuidador (no caso a mãe) retribui aos comportamentos do bebê (chorar, sorrir) mas ele se envolve e interage, com o cuidador em questão. Um fator importante é a qualidade da interação cuidador - bebê, pois a qualidade do vínculo influenciará o processo de desenvolvimento da criança.

- **Desenvolvimento do apego** (dos 2 aos 6 meses)

O bebê, já se encontra em processo de desenvolvimento da visão, da audição, e começa a diferenciar os adultos, respondem melhor aos estímulos da mãe (ou ao cuidador em questão) “começar a direcionar de maneira um tanto mais ampla seus comportamentos de apego. Ele pode sorrir mais para as pessoas que costumam cuidá-lo, podendo não sorrir de imediato para um estranho” (BEE, P.169). Embora esteja mais amplo o comportamento de apego do bebê, ele (o apego) ainda não está completamente desenvolvido.

- **Apego propriamente dito** (dos 6 meses a 1 ano)

O bebê já interage com o meio de forma mais ativa, no sentido de buscar cada vez mais contato com os cuidadores, isso se dá também pelo fato de que nessa fase já conseguem se locomover. "começam a conseguir movimentar - se de maneira mais livre, arrastando - se e engatilhando, eles são capazes de movimentar-se na direção dos promotores de cuidado, bem como de instigar o provedor de cuidados a ir até eles"(BEE, P.169). Já pode enxergar no cuidador uma base segura para que possa descobrir o ambiente.

- **Apego mútuo** (a partir dos 2 anos)

A criança já enxerga o cuidador como alguém independente, isso em decorrência da redução de seu "egocentrismo". Nessa fase a criança já tem consciência dos planos e vontades de seus cuidadores e dessa forma pode tentar influenciá-los (ao querer algo a criança pode implorar, subornar o adulto para obter o que quer ao invés de somente chorar como fazia em outras fases).

M. Ainsworth (2018) contribuiu com os estudos de Bowlby e estabeleceu seus padrões de apego através do experimento chamado situação estranha, na qual as ações das crianças no contato com o cuidador e em uma situação em que eram separados foram analisadas. Esse estudo deu base e identificou certas características e padrões de apego, entre o provedor de cuidados e a criança. Os padrões foram chamados de seguro, ambivalente ou resistente e evitativo. Ainsworth, com base nesses estudos de observações em laboratórios, identificou dois importantes tipos de apego, os inseguros e os seguros. Os estudos dela puderam demonstrar que crianças com apego seguro aparentavam confiança ao explorar o ambiente em que se encontravam e utilizavam seus cuidadores como base para explorá-lo. Já as crianças tidas como sendo inseguras, possuíam uma capacidade inferior de explorar o ambiente (se comparadas às crianças com padrão de apego seguro), apresentavam também mínima ou forte relação com seus cuidadores (DALDEM, 2005).



Ainsworth considera que quando a criança desenvolve uma base segura com seu cuidador, ela consegue explorar o mundo a sua volta com entusiasmo e motivação, quando se sentem ameaçadas, com medo, se mostram confiantes que terão o cuidado de seus provedores. Crianças seguras podem até se irritar ou se inquietar com a ausência dos pais (ou cuidadores), porém de forma amena, não exagerada como pode ocorrer com crianças inseguras. Para que as crianças possam desenvolver essa base segura é preciso que os cuidadores possam agir de forma cooperativa, dando instruções e monitorando as crianças, ao mesmo tempo em que também possa encorajá-las a serem independentes (RIBAS, 2004).

Já nos outros padrões de apego, como o resistente ou ambivalente, a criança reage anteriormente a separação dos cuidadores, comportando-se de forma mais imatura (se comparado a sua idade), assim como seu interesse em explorar o ambiente é ameno, sempre direcionando sua atenção aos cuidadores, e quase sempre de forma preocupada. Quando ocorre a separação, tende a se sentir desconfortável e retraído em relação às pessoas desconhecidas. Quando volta a ter contato com os cuidadores, não se aproxima imediatamente e reveza a forma de agir entre a busca pelo contato/proximidade e o sentimento de raiva.

Ainsworth argumenta que isso se dá devido a determinadas situações em que a criança pode ter recebido cuidados de acordo com suas demandas e necessidades, e não ter recebido em outras (cuidador não disponível). Dessa forma, situações assim podem gerar uma falta de confiança da criança em relação ao cuidador (BALDEM, 2005).

Já crianças que se enquadram em um padrão evitativo tendem a brincar de uma maneira mais branda/tranquila, durante as brincadeiras, comunicam-se menos com os cuidadores, são menos inibidas e retraídas com pessoas desconhecidas, podendo até mesmo brincar e dar atenção a essas pessoas, e isso pode ocorrer sem a presença dos cuidadores. Quando os cuidadores estão presentes elas continuam afastadas, não precisam necessariamente procurá-los para conseguir conforto. Ainsworth relatou que são crianças que buscam menos o seu cuidador, e a proteção que esse lhe passa, quando vivenciam situações estressantes, entre outros fatores como desprezo e abandono.

Já o padrão desorganizado é caracterizado por crianças que por vezes tiveram vivências desfavoráveis para que pudessem melhor se desenvolverem. Por vezes podem ter experienciado situações complexas e não tiveram recursos para buscar estratégias para resolver tais experiências. O padrão desorganizado está intimamente ligado à situações em que a criança sofreu maus tratos, negligência e descuido. Para Bowlby (1989), o apego seria a motivação para a busca e interação com o cuidador.

Cabe ressaltar que tanto o vínculo afetivo como o apego são estados internos. Os comportamentos de apego, por sua vez, são observáveis e organizados nas interações das crianças com seus cuidadores, permitindo que a criança consiga ter e manter a proximidade. Tais comportamentos podem ser muito variados, sendo alguns dos mais comuns chorar, chamar, balbuciar, sorrir e agarrar-se (RIBAS, 2004, p. 316).

Desta maneira, a criança começa a se desenvolver e assim obter representações mentais que Bowlby denomina modelo interno de funcionamento, e que dá base às simbolizações de experiências da criança, como suas percepções em relação ao ambiente, percepção de si mesmo, assim como dos provedores de cuidado. As primeiras interações e vínculos, entre cuidador e criança posteriormente se tornará uma generalização de expectativas da mesma, tanto no que se refere a sua percepção dos outros, quanto de si próprio. São as configurações do estágio sensório motor (as experiências) de base segura, tidas na infância que resultarão em representações mentais, por intermédio de um sistema em que a criança vai moldando e construindo representações mais complexas (H. WATERS, C. HAMILTON & N. WEINFELD 2000 *apud* BALDEM 2005).

#### 2.4 CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E FATORES ASSOCIADOS À SUA OCORRÊNCIA

Segundo o DSM 5 (2013) episódios de humor, como a depressão podem surgir ao longo da gestação ou no pós-parto. Mesmo as estimativas sendo diferentes segundo o período de acompanhamento do pós-parto, 3 a 6% das mulheres vão apresentar quadro depressivo maior ao longo da gestação, ou em semanas e até meses após o parto. E cerca de 50% desses quadros depressivos maiores no pós-parto, iniciam-se na verdade anteriormente ao nascimento. Desta forma, os quadros depressivos levam o nome de episódios do Peri parto. As mulheres que apresentam depressão maior no período Peri parto desenvolvem frequentemente ansiedade grave e até mesmo ataques de pânico. Segundo o DSM 5(2013), estudos vêm apresentando que os sintomas como o de ansiedade e humor ao longo do período gestacional, assim como o baby blues<sup>1</sup>, podem aumentar consideravelmente as chances de a mulher desenvolver depressão maior no pós-parto.

Para o DSM 5 (2013), a característica mais comum identificada no transtorno depressivo é o aparecimento de humor triste, vazio ou irritável, juntamente com a presença de mudanças psicossomáticas e cognitivas, que interferem na possibilidade de funcionamento da

---

<sup>1</sup>Baby Blues ou melancolia do pós-parto é a forma mais branda da depressão pós-parto (CAMPOS,2012)

pessoa. Quando há persistência e intensificação dos sintomas (em pelo menos 2 semanas, com, no mínimo, cinco dos seguintes sintomas), a mulher pode estar apresentando depressão:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, 2 Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias. 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. 4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias. 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias. 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. (DSM 5, 2013)

Dessa forma, pode-se notar que as características dos sintomas encontrados na depressão pós-parto envolvem humor inconstante, tristeza, emocional instável, sentimentos de irritabilidade, choro, cansaço. Assim, é possível entender as complexidades de se desenvolver vínculo afetivo da mãe com o bebê (BORSA, 2007).

Pode-se enfatizar, que não há um denominador comum acerca do diagnóstico da depressão pós-parto, assim como o tempo de sua ocorrência. Quanto aos materiais/instrumentos Usados para que se possa obter o diagnóstico da depressão pós-parto, um deles é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo- EPDS (CAMPOS, 2012). Os objetivos dessa escala de avaliação é investigar a presença de sintomas depressivos após o parto, é de fácil manejo, e pode ser aplicado por profissionais da área da saúde.

É uma ferramenta de auto registro. Contém 10 elementos que são pontuados de 0 a 3, e podem mudar dependendo da presença e do vigor dos sintomas “e a mãe assinala as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana. Seus itens incluem a investigações dos sintomas já listados como diagnósticos nos manuais de saúde mental” (CAMPOS, 2015, p.20). A escala abrange sintomas relacionados a tristeza, desvalorização de si mesmo, sentimento de culpa, ideação suicida, falta de prazer em coisas que antes eram prazerosas, fadiga, insônia e choro frequente. O resultado dos pontos pode chegar até 30, sendo considerado estado depressivo valores iguais ou maiores que 12 (RUSCHI, 2007).

Desta forma, pode-se notar a importância dos profissionais da saúde para a investigação e identificação dos quadros depressivos das mães no momento do pós-parto, a fim de diminuir os riscos tanto na mãe, quanto no bebê e em toda família (RUSCHI, 2007).

Segundo Coutinho (2008), a gestação e o parto provocam uma série de alterações físicas, psicológicas e hormonais na vida de uma mulher, a chegada de um filho pode ser

considerada um momento feliz, porém é repleto de adaptações e de muito trabalho direcionado aos cuidados com o bebê. A família e a sociedade desejam e esperam que a mãe expresse toda a sua satisfação com a maternidade, mas nem sempre isso é possível, pois é natural e muito frequente que a mãe se sinta cansada, fragilizada, com medo, triste e insegura com os cuidados ao bebê. Geralmente esses sentimentos costumam desaparecer em algumas semanas, porém quando persistem é importante cogitar a possibilidade de depressão pós-parto. Em algumas mulheres a alegria da chegada do bebê contrasta com as dificuldades da recuperação do parto e a necessidade de cuidar do filho e além disso, a mulher deve mostrar aos demais que está tudo bem, quando na verdade pode não está.

O período da gestação desencadeia na imaginação da gestante uma série de momentos belos que viverá junto ao seu bebê, porém, a realidade não segue necessariamente para tais momentos. A gestação é um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, podendo também ser um período em que se observa um aumento de sintomatologia ou de desenvolvimento após o nascimento do bebê (TOLENTINO, 2016, p.60).

Para Tolentino (2016), as mudanças ocorrem muito rapidamente em todos os âmbitos da vida da mulher. Ela vivencia os mais variados sentimentos, como a da perda do corpo que tinha antes, e que em função das transformações que ocorrem ao longo da gestação, acaba passando por transformações. Com a chegada da criança, a mulher pode se sentir sozinha, pois as atenções se voltam para o recém-nascido. Dessa forma, os mais variados sentimentos vivenciados pela mãe podem acarretar transtornos depressivos, como a depressão pós-parto. Muitas mulheres sentem culpa por não estar sentindo o que achavam que iriam sentir, ou o que é esperado que sintam, em relação ao bebê, como o afeto, e acabam sofrendo por não conseguir cuidar da criança, podendo se sentir incapaz.

Desde a infância, as mulheres são preparadas para serem amáveis, compreensivas, tranquilas, ternas, equilibradas e acolhedoras, características que são cobradas em todos os momentos de sua vida e em tempo integral. Diante dessas qualificações, espera-se, portanto, o modelo de “mãe perfeita”, uma imagem romanceada da maternidade, criada ao longo dos últimos séculos, para dar sustentação ao sistema patriarcal, capitalista e de domínio masculino, fato que tem significado um alto custo emocional para as mulheres, pois, quando não correspondido, estas vivenciam significativos estigmas, preconceitos e exclusões da sociedade (JUNIOR, 2009, p. 517)

Por essa imagem romantizada da maternidade, como já citado, muitas mulheres ao longo da gravidez se sentem empolgadas para o nascimento do filho, e quando esse momento chega, algumas delas podem perceber que não estão sentindo o amor, carinho e o apego, da

maneira que imaginavam que iriam sentir. “A frustração de não conseguir responder às expectativas do papel de mulher/mãe abre espaço para um conflito entre o ideal e o vivido, instaurando-se um sofrimento psíquico que pode vir a se configurar como uma base para a depressão pós-parto” (JÚNIOR, 2009, p.517). Devido ao fato de muitas vezes não conseguir responder às expectativas esperadas e destinadas ao papel de mãe, muitas mães acabam se afastando do bebê, não criando vínculo. Arrais (2005) argumenta que durante o período gestacional, a importância maior de boa parte das pessoas se direciona a questões materiais como: enxoval, chá de bebê, decorações, e em toda a estrutura que se prepara para receber o bebê.

Difícilmente ou até mesmo raramente se pensa no estado emocional que a maioria das mulheres experiência durante a gestação, e no pós-parto, sendo esse um período novo deveres/tarefas, que surgem com o nascimento da criança.

Já se sabe que para algumas mulheres acompanhar o desenvolvimento de um novo ser pode ser algo sublime, já para outras, a maternidade pode implicar em alterações nos diversos âmbitos da vida da mulher, sejam eles: emocionais, profissionais ou sociais, e que podem desencadear sofrimentos (ARRAES, 2005). O pós-parto é um momento de muito estresse o que faz com que seja um período em que tenha muita vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos mentais como a depressão. O surgimento da depressão pós-parto ocorre, em grande parte dos casos, desde as primeiras duas semanas após o nascimento do bebê, chegando em sua intensidade máxima a partir dos seis primeiros meses.

Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideais obsessivos ou supervalorizadas (MORAES, 2006, S/P)

Alguns dos fatores que podem estar associados a depressão pós-parto inclui-se baixa escolaridade e baixa renda familiar, “principalmente pelo nível de estresse causado por dificuldades financeiras, das quais decorre pouco acesso a recursos de educação, saúde, alimentação, transporte e moradia” (SALUM, 2015, S/P). Já os fatores psicossociais podem incluir “Baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa autoestima, ansiedade pré-natal, stress na vida, gravidez não planejada” (MORAES, 2006, S/P). Outro fator importante associado a depressão pós-parto é o fato da mulher já ter tido quadros depressivos e/ou ansiedade anteriormente.

A falta de apoio do companheiro (falta de suporte), assim como de familiares (dificuldades de relacionamento com os pais), e amigos, também são importantes desencadeadores do desenvolvimento da depressão pós-parto (SALUM,2015).

Embora não se conheça claramente sua etiologia, sabe-se que alguns fatores podem contribuir para a precipitação da DPP, como: baixa condição socioeconômica; não aceitação da gravidez; maior número de gestações, de partos e de filhos vivos; menor tempo de relacionamento com o companheiro; história de problemas obstétricos; maior tempo para tocar no bebê após o nascimento; violência doméstica; pouco suporte por parte do companheiro; sobrecarga de tarefas; e experiência conflituosa da maternidade (JUNIOR, 2009, p. 517)

E quando a mulher possui amparo/suporte através da família, do meio social como um todo, ela pode se sentir mais amparada, cuidada e segura, podendo até mesmo considerar que as pessoas ao seu redor se preocupam com ela, esse envolvimento social pode ser favorável para a mulher enfrentar o quadro depressivo, pois um ambiente saudável e confortável exercem papel imprescindível na vida da mulher, com a chegada do bebê.

#### **2.4.1 Diagnóstico Diferencial e Prognóstico**

O diagnóstico diferencial corresponde a técnicas sistemáticas a fim de diferenciar distúrbios/transtornos que possuem semelhanças de sintomas com outros transtornos. Tem como objetivo detalhar e particularizar as origens e características dos transtornos. Tudo começa a partir de uma hipótese em que o clínico leva em consideração o conjunto de sintomas encontrados na paciente e identificados a partir dos resultados de exames e testes. Dos resultados são tidos posteriormente as comparações com as demais e possíveis doenças, por intermédio de um processo de exclusão. Como algumas doenças podem consistir em sintomas semelhantes, é nesse ponto que o diagnóstico diferencial se encontra, sendo fundamental para um diagnóstico preciso. Também é através dele que será viável a maneira correta de tratar o transtorno (VANSO, 2018). Traçando e evitando prováveis chances de a doença ocorrer futuramente.

Deve-se levar em conta também o prognóstico que na área da saúde compreende-se que o prognóstico é o conhecimento prévio realizado por um profissional da saúde e que se sustenta no diagnóstico, para que se possa conhecer as melhores formas de intervenções em relação a uma doença ou quadro clínico. Pois quando se conhece a fundo o surgimento de

uma doença ou transtorno, poderá assim melhor tratá-la, de forma adequada e de forma individualizada e de acordo com a sua intensidade (BARBOSA, 2011)

A depressão pós-parto não possui uma manifestação única, sendo semelhante, no que se refere aos sintomas, ao surgimento de quadros depressivos identificados em outros momentos da vida. Porém, segundo Fonseca (2009), mulheres com depressão pós parto podem ter sintomas específicos como: apreensões demasiadas em relação a segurança do bebê e o fato de estar exercendo bem o seu papel de cuidadora, medo de causar danos ao bebê (machucá-lo), medo de não conseguir criar vínculo com o bebê, falta de libido pelo parceiro, diminuição da capacidade de ter foco e se dedicar a rotina do dia a dia.

É importante que se faça um diagnóstico diferencial a fim de diferenciar a depressão pós-parto do baby blues, ou da melancolia pós-parto.

A depressão pós-parto se diferencia dos sintomas transitórios do “baby blues”, caracterizados por crises de choro, irritabilidade, nervosismo, insônia e reações emocionais desproporcionais. O “baby blues” afeta 75% das puérperas, tendo início entre um ou dois dias e remite no máximo em dez dias após o parto (PITTA, 2008, p.9)

Já a melancolia pós-parto “é uma condição clínica comum (estimativas de incidência de 40 a 80% das mulheres), transitória e benigna, que habitualmente ocorre nos primeiros três a cinco dias pós-parto e tem uma duração limitada” (PITTA). Além de ser considerada comum, devido às mudanças (físicas, psicológicas, sociais) que ocorrem nesse período.

Quando a depressão pós-parto é identificada precocemente, o tratamento pode amenizar os impactos biopsicossociais não favoráveis para a mãe e para o bebê. Quando não há uma intervenção imediata, a mulher corre riscos bem maiores de desenvolver a doença e os sintomas se agravarem, pois, mulheres com depressão não diagnosticada e tratada demonstram também baixa de suas práticas cognitivas e sociais, assim como outros sintomas como baixa autoestima, impactos na qualidade de vida e maiores chances de maus tratos às crianças. Como já citado, uma interação falha entre mãe (deprimida) e bebê pode gerar sérias consequências no que se refere ao desenvolvimento da criança (PEREIRA, 2014).

### 3 METODOLOGIA

O estudo envolveu uma revisão sistemática que, segundo Sampaio (2007), consistiu em uma maneira de pesquisar, que fez uso de conteúdos da literatura sobre o assunto/tema que se pretendeu conhecer. Este é um tipo de pesquisa útil na medida em que visou propiciar a assimilação de dados de estudos/pesquisas que foram realizados individualmente, sobre determinado assunto e que resultam em informações que podem ser dentro do esperado, ou apresentar resultados conflitantes que precisam de mais estudos futuros. Tem como base os estudos/pesquisas das plataformas: SCIELO, CAPES, PEPSIC e GOOGLE ACADÊMICO.

Os critérios de inclusão basearam-se em: artigos científicos de periódicos nas bases de dados citadas e que abordem as palavras-chave, em conjunto: depressão, depressão pós-parto interação e vínculo afetivo mãe-bebê e depressão materna, e que foram publicados nos últimos 15 anos. Buscou identificar como se estabeleceu o vínculo entre mãe e bebê, e as consequências da depressão no estabelecimento desse vínculo. Foram excluídos os artigos científicos que não continham as palavras chave, ou que continham as palavras chave, mas o artigo não falou do vínculo afetivo, ou falava do vínculo porém não da depressão pós-parto. Também foram excluídos os artigos que fugiram da data estabelecida.

Quanto à finalidade metodológica, tratou-se de uma pesquisa básica, tendo como objetivo produzir/reproduzir informações proveitosas para o desenvolvimento científico, visando interesses e verdades coletivas/universais. Quanto a abordagem a pesquisa consistiu em qualitativa. Segundo Gerhardt (2009), as pesquisas que utilizam o método qualitativo têm por objetivo explicar o porquê das coisas, expondo o que corresponde ser feito, porém, sem quantificar os dados. A pesquisa visou a produção de informações, atentando-se para conteúdo da realidade e centrando-se na compreensão das dinâmicas sociais. Quanto ao objetivo metodológico compreendeu-se uma pesquisa explicativa, pois preocupou-se em reconhecer as condições que influenciam a existência dos fenômenos e informam o porquê dos fatos por intermédio de resultados oferecidos, podendo até mesmo dar continuidade a uma outra pesquisa descritiva. Quanto ao procedimento metodológico tratou-se de pesquisa bibliográfica, pois foi realizada por meio de recolhimento de referencial teórico já publicado seja por intermédio de livros, artigos ou trabalhos de pesquisa. Todo estudo científico começa a partir da pesquisa bibliográfica que atua como forma de instrução ao pesquisador, no sentido de explorar o que já foi feito em relação ao tema que se pretende pesquisar (FONSECA, 2002). A metodologia utilizada para a realização da revisão, consistiu em sete passos, segundo Rother (2007), sendo eles: a formulação da pergunta, localização dos estudos,



avaliação crítica dos estudos, coleta de dados, análise e apresentação dos dados, interpretação dos dados e aprimoramento, e por fim atualização da revisão

Segundo Galvão (2007) o primeiro passo, consistiu na formulação/definição de uma pergunta, pois uma revisão sistemática de qualidade deve ser baseada na definição de uma pergunta, que servirá como um guia para o estudo. Embora possa parecer simples é tida como a mais importante e determinante dentro do processo de produção da revisão. Uma pergunta bem definida é o ponto inicial para a obtenção de resultados, um outro fator importante para o sucesso da pesquisa é a constatação da existência de estudos, sobre a pergunta a ser investigada. Contendo os critérios de inclusão e exclusão do estudo em questão (PEREIRA, 2006).

O segundo passo referiu-se a localização dos estudos: a busca (localização) dos estudos é segundo Galvão (2004), uma das partes mais importantes do processo de produção da revisão sistemática, foi utilizado uma tática vasta de buscas de dados, nas bases eletrônicas. Um fator importante é a procura dos estudos em várias bases de dados. Antes de começar o estudo foi feita uma seleção de periódicos. Identificando se coincidiam com os critérios pré-estabelecidos (inclusão e exclusão). A avaliação crítica dos estudos. A função de uma revisão sistemática, provém da qualidade, dos estudos selecionados. O processo de avaliação crítica equivale ao momento em que os estudos escolhidos serão avaliados com rigidez metodológica. É uma fase complexa pois demanda uma avaliação rígida de cada pesquisa (como foi conduzida, quais resultados foram obtidos). Até mesmo porque a função de uma revisão sistemática provém da qualidade, dos estudos selecionados (GALVÃO, 2004).

São critérios para determinar a validade dos estudos selecionados. Essa avaliação crítica permite determinar quais estudos irão ser utilizados na revisão. Os que não preencherem os critérios de validade deverão ser citados e explicados o motivo de sua exclusão (ROTHER, 2007, P. 2).

Dessa forma como exposto a avaliação crítica dos estudos, tem como meta estabelecer a validade de cada estudo que foi admitido, visando identificar quais deles estão aptos a serem usados na revisão. A coleta de dados, os materiais (dados) usados durante a revisão, são provenientes de estudos individuais escolhidos, e que são apanhados por intermédio de instrumentos que tem como objetivo garantir que os dados importantes sejam selecionados. Outro objetivo é que se possa diminuir a quantidade de possíveis erros na reprodução.

Assegurando a exatidão na verificação dos dados. A seleção de dados muda de estudo para estudo e está atrelada a pergunta apresentada a princípio. Na parte de análise e

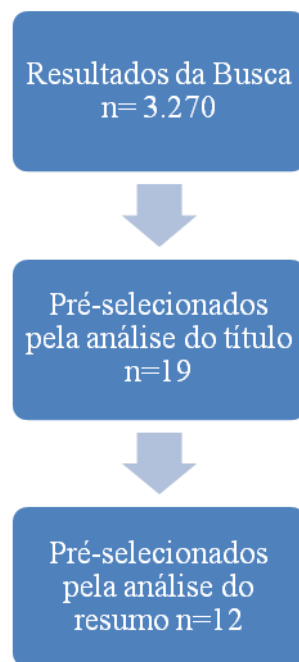
apresentação dos dados, os estudos deverão ser agrupados baseados na semelhança entre os estudos. Cada um desses agrupamentos deverá ser preestabelecido no projeto, assim como a forma de apresentação gráfica e numérica, para facilitar o entendimento do leitor (ROTHER, 2007, p.2)

A interpretação dos dados foibaseada nos dados colhidos na avaliação crítica dos estudos, deve-se então identificar as semelhanças com o referencial teórico, verificando as conclusões desencadeadas da revisão sistemática (FIGUEIREDO, 2014). É decretado o vigor, das evidências localizadas, a aplicação dos dados obtidos. Identificando as fronteiras entre os benefícios e os riscos. E por fim o aprimoramento e atualização da revisão, quando publicada a revisão sistemática deve passar pelo processo de avaliação crítica, sugestões, ideias e que serão englobadas a edições posteriores devendo ser aprimorada, atualizada por autores externos, sempre que aparecer estudos recentes ao tema (ROTHER, 2007). Por último a atualização da revisão, sabe-se que quando publicada a revisão sistemática deve passar pelo processo de avaliação crítica, sugestões, ideias e que serão englobadas a edições posteriores devendo ser aprimorada, atualizada por autores externos, sempre que aparecer estudos recentes ao tema.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para obter os resultados desse trabalho, primeiramente, realizou-se a busca dos artigos sobre a depressão pós-parto e vínculo afetivo mãe-bebê, através da busca direta e combinações das palavras-chaves em conjunto: depressão puerperal, depressão pós-parto, depressão materna e vínculo ou interação mãe-bebê, nas bases de dados do Portal de Periódicos GOOGLE ACADÊMICO SCIELO, CAPES e PEPSIC. Os artigos selecionados além de apresentar as palavras chaves, são estudos lançados nos últimos 15 anos. Alguns dos artigos foram encontrados em mais de uma das plataformas de busca.

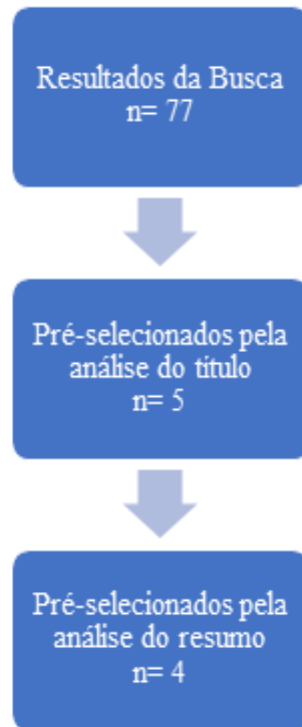
**Figura 1:** Resultados das buscas no GOOGLE ACADÊMICO com as palavras chave em conjunto



Como ilustrado na figura 1 foram identificados na base de dados GOOGLE ACADÊMICO, na busca pelas palavras chave em conjunto, o total de 3.270 artigos, porém destes foram selecionados 19 artigos, na qual os títulos demonstravam que estavam relacionados com o tema desejado. Ao término do resumo dos artigos, sobraram 12 artigos que de fato se relacionavam com o tema. Os artigos excluídos totalizaram em três mil

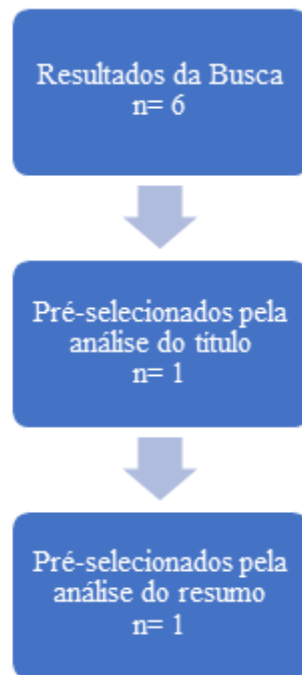
duzentos e setenta, pois não se adequaram aos critérios de inclusão após verificação do título e resumo.

**Figura 2:** Resultados das buscas no SCIELO com as palavras chave em conjunto



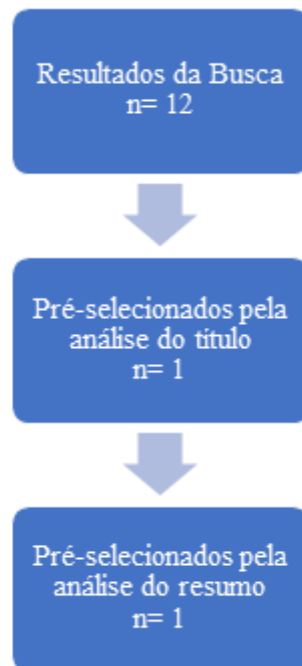
Conforme ilustrado na figura 2 na base de dados SCIELO foram encontrados um número de setenta e sete resultados, sendo selecionados 4 com base nos critérios de inclusão e foram excluídos 73 artigos que não se adequaram.

**Figura 3:** Resultados das buscas no PEPSIC com as palavras chave em conjunto



Na PEPSIC ilustrada na figura 3, somente 1 artigo dos 6 encontrados foi selecionado, 5 artigos foram excluídos por falta de critérios de inclusão.

**Figura 4:** Resultados das buscas no CAPES com as palavras chave em conjunto



Na CAPES ilustrado na figura 4, somente 1 artigo foi selecionado. Desta forma 11 artigos foram excluídos da pesquisa, como citado a cima, pela falta de critérios de inclusão. A

partir dos resultados apresentados, ao final foram selecionados 12 artigos. É importante destacar que mesmo na troca de bases de dados, alguns artigos se repetiram, porém foram considerados apenas uma vez. O motivo para exclusão dos artigos envolveu o fato de que alguns deles mesmo falando sobre a depressão pós-parto não evidenciavam o vínculo afetivo mãe-bebê e suas consequências para o desenvolvimento da criança. Ou falavam sobre o vínculo mãe-bebê, porém não enfatizava a depressão pós-parto.

O quadro a seguir demonstra um resumo dos artigos analisados, apresentando os nomes dos autores e o ano da publicação do artigo, as principais ideias do autor, as características de cada estudo e o enfoque principal da conclusão dos trabalhos.

**Quadro 2:** Resumo da análise dos resultados

<b>Autores / Ano</b>	<b>Principais Ideias do autor</b>	<b>Característica do Estudo</b>	<b>Conclusões</b>
Frizzo (2005)	Faz uma alusão aos vários fatores que podem desencadear a depressão pós-parto, e como a presença do pai pode amenizar as consequências	Consiste em uma revisão da literatura sobre vínculo mãe-bebê quando a mãe se encontra depressiva	Os impactos do quadro depressivo materno, quanto ao bebê, irão depender de fatores, como a forma de interação mãe-bebê, o grau de intensidade do transtorno, e o apoio familiar
Schwengber (2003)	Evidenciou-se que o quadro depressivo materno apresenta consequências negativas no estabelecimento de vínculo mãe-bebê, destacou que a interação que vai sendo estabelecida entre mães depressivas e seus bebês possuem um nível menor de ações e interação	Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica e estudos empíricos	Destacou a importância de novos estudos que utilizem abordagem longitudinal sobre a depressão pós-parto, sempre levando em conta a série de fatores que prolongam o quadro
Silva (2005)	Foi feita uma revisão da literatura sobre a depressão pós-parto e seu impacto na relação mãe e filho e sua repercussão negativa e desgaste emocional tanto para a mulher quanto para o bebê e a família	Revisão da literatura	O puerpério é um período de bastante mudanças na vida da mulher, na qual altera seu contexto biopsicossocial, requer entendimento e afeto dos familiares. Destaca a importância de profissionais que deem importância a ações de prevenção à saúde da gestante de forma geral
Azambuja (2017)	Procurou-se compreender através de uma pesquisa com	Realizou-se uma pesquisa, com 27 mães e	O fator escolaridade foi significativo, no que se

	27 mães participantes, nove com depressão pós-parto e 18 sem depressão. Através dos resultados dos estudos pode-se notar que a depressão pós-parto pode levar a déficits na relação entre mães e seus bebês. Além de gerar consequências no desenvolvimento do bebê.	seus bebês.	refere a interação entre ambos, tendo em vista que mulheres que tinham nível superior, possuíam maior interação com os filhos, em contrapartida as mulheres de escolaridade fundamental ou médio
Felipe (2009)	Identificar as consequências da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê, e para o desenvolvimento infantil.	Consistiu em uma pesquisa longitudinal do projeto temático da FAPESP. Sendo 25 mães com depressão pós-parto e 50 que não apresentavam os sintomas. As mães foram entrevistadas e filmadas ao longo de 3 minutos. Aos quatro meses de vida do bebê. Para que fosse possível observar a interação entre mãe e bebê.	O estudo pode notar como fatores como apoio conjugal e familiar, conflitos ambientais, sofrimentos emocionais podem influenciar no surgimento e duração do quadro depressivo da mãe.
Luca (2005)	A depressão pós-parto afeta negativamente não somente a mãe, como também o pai, os familiares e principalmente desenvolvimento do vínculo da mãe com o bebê. O pai pode amenizar esse período em que a mãe se encontra indisponível para criar laços afetivos, com o bebê. Amenizando assim as consequências para a mãe e a criança.	Tratou-se de uma revisão bibliográfica	O autor ressalta a importância de novos estudos que abordem o tema da depressão pós-parto e suas consequências na relação mãe e bebê
Borsa (2007)	A relação mãe-bebê é essencial para a comunicação dos dois. A base para o desenvolvimento do vínculo se dará através do olhar, do toque, dos sorrisos e cuidados da mãe com o filho. Para que a criança se desenvolva de maneira saudável é preciso essa interação.	Foi feita uma revisão bibliográfica sobre o tema.	O autor ressalta que nem todas as vivências resultaram em consequências severas, porém, é fundamental perceber as dificuldades enfrentadas por mulheres no contexto da depressão pós-parto
Calessio (2011)	Foi analisado a repercussão da depressão pós-parto para a interação mãe e filho suas consequências no desenvolvimento da criança.	Revisão da literatura	A partir da literatura revisada pode-se notar que a depressão da mãe gera consequências não somente para a mesma, como na criança, gerando consequências em seu desenvolvimento global. O autor cita consequências como, desordens comportamentais e linguísticas.
Silva (2010)	Com base no estudo, o autor	Estudo qualitativo,	Os cuidados com a

	argumenta que os principais sentimentos encontrados nas puérperas foram a frustração em relação à maternidade e a insegurança, por considerar que não são capazes de cuidar do bebê.	exploratório, as participantes foram quatro puérperas com depressão materna, foram feitas visitas domiciliares e entrevistas. as participantes frequentavam o centro de atenção psicossocial do Ceará.	mulher gestante devem ter início ainda no pré-natal, com métodos que avalie a autoestima da mulher, e que verifique seu suporte social.
Schwengber (2004)	O estudo sustentou algumas teses como a de que a depressão puerperal pode afetar a interação mãe-bebê	Consistiu em uma pesquisa, sendo 26 mães e seus bebês	Através do estudo pode-se notar que mães com depressão pós-parto aparentaram mais frieza ao lidar com os filhos além de se comunicar de forma, mas negativa com os filhos.
Ramos (2007)	Um envolvimento de menor qualidade da mãe com filho, também pode ser compreendido através dos sintomas vivenciados pela mulher durante o quadro depressivo, que leva em conta a tristeza, a perda de interesse, e de confiança em si mesmo, e nos demais, e que tendem a estar ligados a conflitos e dificuldades sociais e conjugais, sendo estes fatores que influenciam à insatisfação e as dificuldades da mãe para lidar com a maternidade.	Estudo exploratório	As mais variadas situações vivenciadas pela mulher nesse período contribuem para o aparecimento da depressão pós-parto.
Teixeira	As primeiras interações com os cuidadores são a base para as outras relações futuras.	Revisão da literatura	Os impactos da depressão da mãe podem se alongar até a vida adulta do bebê. Gerando consequências negativas no desenvolvimento da criança.

A partir dos resultados apresentados, ao final foram selecionados 12 artigos. É importante destacar que mesmo na troca de bases de dados, alguns artigos se repetiram, porém foram considerados apenas uma vez. O motivo para exclusão dos artigos envolveu o fato de que alguns deles mesmo falando sobre a depressão pós-parto não evidenciavam o vínculo afetivo mãe-bebê e suas consequências para o desenvolvimento da criança. Ou falavam sobre o vínculo mãe-bebê, porém não enfatizava a depressão pós-parto.



Assim, ao final, os 12 artigos selecionados foram analisados e o resultado deste trabalho segue com os detalhes e discussões abaixo. Destacando que o resultado dos artigos selecionados para a revisão é intercalado juntamente com o referencial teórico deste trabalho.

**Artigo 1:** Frizzo (2005), no artigo intitulado “Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos”, faz uma revisão da literatura acerca da interação mãe-bebê em contextos em que a mãe se encontra com depressão materna. Particularmente o autor buscou analisar os vários fatores que podem interferir no impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento do bebê, como as questões emocionais e de comportamento futuros da criança. O artigo aponta que o quadro depressivo da mãe gera consequências negativas não somente a ela, mas no bebê também.

O estudo indica que um pai presente e a falta de situações conflituosas conjugais são motivos que podem diminuir as consequências da depressão da mãe para o bebê, além disso os impactos da depressão materna podem se ampliar se estendendo além da infância pois os primeiros vínculos afetivos com os cuidadores são uma base para as relações futuras. O pós-parto é um momento que tende ao surgimento de crises pois a mulher passa por mudanças psicológicas, físicas e sociais. O autorevidências que a futura mãe necessita alterar o centro da sua identidade de filha para mãe, e em muitas vezes abdica de sua profissão para a vivência somente materna. O que pode causar emoções adversas para a mãe. É uma fase de adaptação a novas mudanças. Como conclusão evidenciou-se a partir do estudo de Frizzo (2005) que a depressão materna pode afetar tanto a mãe como o bebê tendo em vista que a mesma pode não conseguir desenvolver uma base segura para o filho, apresentando uma interação mais frágil, menos responsivo às necessidades do bebê.

Entretanto as consequências da depressão no que se refere ao bebê vão depender de variados fatores como a idade da criança, seu temperamento, a cronicidade do quadro depressivo da mãe, e a forma de interação da mãe que se encontra deprimida. É necessário também o apoio familiar, assim como as atividades preventivas e interventivas que visem a promoção de saúde tanto para a mãe e bebê quanto para a família.

Assim como afirma Borsa (2007). A presença e apoio do pai e familiares é fundamental nesse período, para que a mãe se sinta amparada. O psicólogo também é necessário nesse momento agindo de forma a amenizar os sentimentos pelas quais a mulher vem experienciando, como culpa, insatisfação, decepção, etc. Acerca dos papéis da mulher na sociedade contemporânea, é evidenciado ao longo do referencial teórico do trabalho por Bussab (2002) que questiona, de que forma criar filhos saudáveis (em referência às mulheres que desejam ter filhos) emocionalmente e ao mesmo tempo obter carreiras e vidas brilhantes.

Pois muitas mulheres precisam abrir mão de suas carreiras e de seus objetivos pessoais para se dedicar ao bebê, o que pode gerar conflitos entre seus desejos e sonhos e o exercício da maternidade.

**Artigo 2:** Schwengber (2003), no artigo intitulado "O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê", apresenta âmbitos teóricos e estudos empíricos sobre o impacto da depressão pós-parto para essa interação. O autor analisa as características da depressão pós-parto sendo elas: a irritabilidade, choro fácil, sentimento de abandono, desesperança, falta de motivação, alterações no sono, sentimento de incapacidade, etc. Apresentando também como o estado depressivo da mãe afeta a interação saudável com o bebê, podendo afetar o desenvolvimento do mesmo, tendo em vista que as consequências da depressão materna no que se refere a criação de vínculo entre ambos, estão intimamente ligadas à uma série de fatores, como a severidade dos sintomas.

O autor argumenta que questões biológicas, psicológicas e sociais são fatores que contribuem para o aparecimento do quadro depressivo. O estudo indica que a depressão da mãe tem consequências negativas ainda nas primeiras interações com o bebê, assim como em seu desenvolvimento. O autor afirma que o vínculo que vai sendo criado entre mães depressivas e os bebês apresentam um nível menor de atividades, ações e interações da mãe com o filho, levando em consideração que tais mulheres se encontram indisponíveis para desenvolver de forma qualitativa essa relação, no sentido do cuidar e de dar afeto ao bebê.

Pode-se concluir que o surgimento da depressão em um dado momento, posteriormente ao nascimento do bebê, não é por si só a permissão para a realização do prognóstico preciso, sobre as consequências na qualidade do vínculo que se desenvolverá entre mãe e bebê nos meses seguintes. Dessa forma, é imprescindível que se busquem estudos que façam uso de uma abordagem longitudinal sobre a depressão pós-parto e que levem em consideração a série de fatores que a prolongam. É necessário que se pense em estratégias ainda precoces no que se refere a intervenções e que leve em conta as particularidades da depressão pós-parto analisadas desde o nascimento do bebê.

Assim como destaca Pereira (2014), quando a depressão pós-parto é identificada precocemente, o tratamento pode amenizar os impactos biopsicossociais não favoráveis para a mãe e para o bebê. Quando não há uma intervenção imediata, a mulher corre riscos bem maiores de desenvolver a doença e os sintomas se agravarem, pois, mulheres com depressão não diagnosticada e tratada demonstram também baixa de suas práticas cognitivas e sociais, assim como outros sintomas como baixa autoestima, impactos na qualidade de vida e maiores chances de maus tratos às crianças. Como já citado, uma interação falha entre mãe

(deprimida) e bebê pode gerar sérias consequências no que se refere ao desenvolvimento global da criança, como a aprendizagem.

**Artigo 3:** Schwengber (2004) no seu artigo intitulado "Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida", o objetivo do estudo foi de verificar as diferenças na interação mãe-bebê, entre mães que se encontravam em quadros depressivos e com mães sem depressão. Até o final do primeiro ano do bebê, foram 26 mães e bebês participantes, sendo que 11 delas (mães) tinham indícios de depressão e 15 não tinham. As técnicas aplicadas foram aplicação do Inventário de Beck de Depressão e observação de mães e bebês enquanto brincavam. Os resultados encontrados se deram a partir dos escores do Inventário de Beck e das análises das observações feitas. E pode-se identificar

Que mães com quadros depressivos se mostraram menos facilitadoras em suas interações com a criança (apresentar brinquedos, estimular, chamar a atenção). Se mostraram mais apáticas, demonstrando uma menor afeição ao filho, se comparado as mães sem depressão. Quanto ao Inventário, as mães com depressão tiveram escores maiores que as mães que não apresentavam quadro depressivo. Pode-se concluir com base no estudo que a depressão materna pode afetar negativamente a relação mãe e filho.

Assim como nos estudos de Azambuja (2017) e Felipe (2009), nesse estudo as mães analisadas, que se encontravam com quadro depressivo, apresentaram menor interação com os filhos, se comparadas com as mães sem depressão pós-parto. O que sustenta ainda mais que a depressão pós-parto pode afetar de forma negativa o vínculo mãe e bebê.

**Artigo 4:** Azambuja (2017) na dissertação intitulada "Depressão pós-parto materna: interação mãe-bebê e processamento de faces", argumenta que a depressão é um quadro muito frequente na sociedade. O transtorno é uma condição com alta ocorrência ao longo da gestação ou no pós-parto, sendo o período gestacional e o pós-parto períodos de risco para o surgimento ou crescimento de transtornos nas mulheres, dando ênfase para a depressão puerperal. Trata-se de um estudo empírico separados em duas partes, a primeira delas refere-se às consequências da depressão puerperal para o estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, analisando os âmbitos tanto da mãe quanto do bebê e dos dois em conjunto. A primeira parte do estudo teve a colaboração de 27 duplas, sendo que dessas, nove apresentavam os sintomas da depressão e dezoito delas não apresentavam o transtorno.

O estudo foi realizado no Rio Grande do Sul. As mães responderam a um questionário sobre questões gerais e que foi feito para essa pesquisa, e outros métodos avaliativos como: a Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgh (EPDS), as Escalas de Beck para depressão (BDI) e para ansiedade (BAI), também foi utilizada a entrevista clínica semiestruturada e

respaldada nos fundamentos do DSM-IV (SCID), a Escala Wechslerde Inteligência, (WASI), gravações, e a Escala Global de Interação (GRS). Foram feitas também análises descritivas de correlação, MANOVA e MANCOVAs com o objetivo de apurar variantes, como escolaridade da mãe, sexo do bebê, e MANCOVAs, que tem o objetivo de averiguar as consequências da depressão pós-parto no contexto da relação mãe e bebê.

No que se trata dos resultados encontrados, foi notada uma presença de depressão pós-parto com índice 33% maior que o visto na literatura. Fatores como a escolaridade estão intimamente ligados aos melhores índices maternos de vínculo. Em todos os âmbitos da escala de interação mãe-bebê, a relação de mulheres que tinham depressão foimenor, se comparado aos resultados obtidos de mulheres sem o transtorno.

Em se tratando do segundo estudo, o mesmo apresenta o processamento das expressões faciais, dos adultos e dos bebês. A amostra foi realizada com uma parcela das mães do estudo anterior. Vinte e duas mães participaram, na qual dezenove delas realizaram a tarefa das faces adultas e outras vinte e duas a de bebês. Entre elas, oito estavam deprimidas e 14 eram controles. Nesse estudo além dos métodos de avaliação materna, tarefas de reconhecimento de faces também foram introduzidas. Para que as análises pudessem ser feitas o programa SPSS foi empregado, assim como ANOVA e MANCOVA, como citado acima.

Concluiu-se com base nos resultados mais significativos encontrados, como o fato de que mulheres com depressão puerperal tinham menor conformidade, rigor e precisão quanto às expressões faciais de bebês e adultos e categorizaram as faces com menor vigor, sempre que o tempo de exposição aumentava se correlacionadas as mulheres do grupo controle. Foi identificado déficits no que se refere à constatação e reconhecimento de expressões faciais, quando a mãe apresentava depressão pós-parto, o que conseqüentemente afeta e diminui a qualidade da interação mãe-bebê, pois as respostas convenientes às necessidades do bebê são afetadas pelas deturpações quanto ao reconhecimento das emoções apresentadas pela criança. Relações de baixa qualidade afetam no desenvolvimento da criança.

O que foi encontrado no estado indica uma precisão de mais estudos e pesquisas quanto a este tema, podendo colaborar com a prevenção e o tratamento da depressão pós-parto a fim de uma maior qualidade da relação mãe e bebê, quando a mãe se encontra deprimida. Através do estudo pode-se identificar que a depressão materna pode diminuir a qualidade da interação mãe e filho, tendo em vista que os bebês necessitam dessa interação para se desenvolver.

Assim como destaca Torres (2014) que o estabelecimento do laço afetivo entre mãe-bebê é o que aproxima/une os dois. E esse vínculo vai se dar por meio do contato, da

proximidade, da voz, dos cuidados, da atenção, do afeto, entre outros. Posteriormente ao nascimento, os bebês já demonstram certas habilidades, para que possa interagir com o ambiente a sua volta. Já acompanham estímulos (como objetos) colocados perto de si.

Entrando no segundo mês de vida já é possível que estique as pernas, façam movimentos com a cabeça (movimentando para um lado e para o outro), já sendo capazes de fazer movimentos de acordo com a voz que o acompanha. Quando a mãe apresenta quadro depressivo essa interação pode ocorrer com menos qualidade, tendo em vista que a mãe se encontra indisponível para estabelecer um vínculo de qualidade com o filho.

**Artigo 5:** Felipe (2009) na dissertação intitulada "Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos" apresenta uma pesquisa longitudinal acerca da depressão pós-parto, as possíveis razões para seu surgimento e os impactos no vínculo mãe-bebê, assim como para o desenvolvimento da criança. Para a realização do estudo foi necessário que participantes fossem entrevistadas durante o terceiro trimestre de gravidez, e os dois juntos (mãe e bebê) foram observados dois dias posteriormente ao parto, depois no terceiro mês, e no quarto mês de vida do bebê. Durante o quarto mês de vida da criança certos comportamentos foram observados e avaliados sendo eles: o olhar, o toque, os sorrisos, a frequência do choro e a comunicação. Sendo tais comportamentos importantes na relação entre a mãe e o filho. Foram avaliados os tipos de interação materna, como o intrusivo, o retraído e a boa interação. O autor relata que os métodos utilizados tinham como base a escala pós-parto de Edimburgo. Ao longo do terceiro mês, as participantes do estudo se dividiram em dois grupos, sendo um deles a de mães que apresentavam quadro depressivo, (25 mães), e o segundo grupo o de mães não depressivas (50 mães). As 75 mães foram então monitoradas (filmadas), aos quatro meses, em um período de três minutos.

Ainda sobre o mesmo estudo, o mesmo encontrou os seguintes resultados, com base na metodologia usada: mães com baixa escolaridade, grandes números de filhos, e mães que já possuíam histórico de depressão antes mesmo da gravidez, apresentaram probabilidades maiores de desenvolver a depressão pós-parto. Segundo o autor, relações importantes foram detectadas: **A.** Livre da depressão puerperal crianças de mães que planejaram a gravidez, na maioria das vezes se comunicavam mais. **B.** Específicas de interação com a depressão pós-parto: no que se refere a quantidade de filhos, quanto maior a quantidade destes menos a mãe verbalizava, se comunicava e interagia com o bebê. E quanto maior era a quantidade de crianças (porém sem grau de parentesco com o bebê), vivendo na mesma residência mais os bebês se comunicavam com as mães. **C.** Específica de relações sem a depressão pós-parto:

quanto maior era o número de outros filhos, mais os bebês interagiam e se comunicavam com as mães.

Concluiu-se que apesar das interações sem e com depressão puerperal não mudarem no que se trata a frequência dos comportamentos, a depressão puerperal apresentou consequências diferentes quanto aos arranjos participativos diádicos, embora mães sem quadros depressivos tinha um certo padrão relacionado de comunicação, a forma de sorrir, de olhar que era direcionado a seus filhos. Da mesma maneira seus filhos também tinham padrões relacionados de comunicação. O autor separou os comportamentos relacionais de mães e bebês a partir de três fatos. Sendo o primeiro deles a "afetividade positiva e diádica" como o sorriso que a mãe direcionava ao bebê, a comunicação e a falta de choro da criança. 2. "O olhar do bebê em resposta ao toque da mãe" como quando o bebê respondia aos toques da mãe, olhando para a mão dela por exemplo e ausência de contato no que se trata ao olhar do bebê. 3. "A comunicação da mãe direcionada ao bebê. (O olhar e a comunicação da mãe).

No que se refere a análise geral, quanto ao arranjo das frequências e dos tipos interativos maternos os mesmos ocorreram de tal forma: no que se trata a boa interação foi encontrado o resultado de 57,3 %, seguido de intrusivas 33,3 e retraídas 9,3. Apenas as mães que não tinham depressão pós-parto, porém eram retraídas olhavam e em seguida se comunicavam menos com seus filhos, se comparadas com as outras mães. Conclui - se que a falta de diferenças quanto às médias dos comportamentos mostrados pelas mães e bebês em decorrência da depressão puerperal indica para a presença de instrumentos compensatórios maternos. O autor cita o "enfrentamento contra a indisponibilidade emocional", e o "fator de proteção do bebê". A depressão puerperal pode impactar o vínculo mãe-bebê fazendo com que seja menos firme, consistentes. Mas mesmo com tais limitações, mães depressivas podem se relacionar corretamente com seus filhos. Para finalizar, o autor defende que a depressão puerperal no que se refere a intervenção mãe e bebê e sobre o desenvolvimento da criança deve ser analisado e investigado em conjunto com outros fatores também de riscos, incluindo sempre fatores biopsicossociais e de riscos.

Tanto Felipe (2009) quanto Azambuja (2008) em seus artigos, argumentam que os primeiros contatos entre mãe e bebê são imprescindíveis para o desenvolvimento do vínculo afetivo entre ambos, gerando assim um desenvolvimento infantil consistente e de qualidade. Ambos os autores também defendem com base em seus estudos que a depressão materna pode impactar e gerar consequências negativas para o desenvolvimento, tanto cognitivo, como

afetivo e social futuramente da criança. A mãe depressiva pode sim conseguir estabelecer interação com o bebê porém essa interação pode ser menos firme e consistente.

**Artigo 6:** Borsa (2007) no artigo intitulado “A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto”, argumenta que a interação entre ambos é imprescindível para o estabelecimento do vínculo afetivo, bem como para o desenvolvimento cognitivo da criança. Foi visto que o estabelecimento desse vínculo acontece em decorrência do contato da mãe com o bebê, seja ele através do olhar, do falar, do cuidar, da atenção às necessidades do bebê, e do ato de amamentar. Pois dessa forma o bebê experiencia o mundo através da mãe, que é uma das principais figuras de apego, do bebê.

Assim como afirma Bowlby (1989) que quanto mais o cuidador (no caso a mãe) retribui aos comportamentos do bebê (chorar, sorrir) mais ele se envolve e interage, com o cuidador em questão. Um fator importante é a qualidade da interação cuidador - bebê, pois a qualidade do vínculo influenciará o processo de desenvolvimento da criança.

**Artigo 7:** Silva (2015) no artigo intitulado "Depressão puerperal- uma revisão de literatura", defende que o pós-parto é um período de intensas mudanças no contexto biopsicossocial de uma mulher. Desta forma, os perigos para o surgimento de transtornos psiquiátricos, como a depressão pós-parto, aumentam. A depressão materna é de grande prevalência e causa mudanças, tanto emocionais, quanto cognitivas, físicas e comportamentais. Geralmente a depressão puerperal aparece em grande parte das vezes, entre 2 ou 4 semanas posteriores ao parto. O autor defende a importância de se entender a depressão materna tendo em vista que a mesma afeta negativamente a relação mãe-bebê, gerando um desgaste nessa relação e até mesmo com os familiares.

Como defende Tolentino (2016) a gestação é um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, na vida da mulher. As mudanças ocorrem muito rapidamente em todos os âmbitos da vida da mulher. Ela vivencia os mais variados sentimentos, como a perda do corpo que tinha antes da gestação, e que em função das transformações que ocorrem ao longo da gravidez, acaba passando por transformações. Com a chegada da criança, a mulher pode se sentir mais sozinha, pois as atenções se voltam em boa parte do tempo para o recém-nascido. Dessa forma, os mais variados sentimentos vivenciados pela mãe podem acarretar o quadro depressivo. Muitas mulheres sentem culpa por não estar sentindo o que achavam que iriam sentir, ou o que é esperado que sintam, em relação ao bebê, como o afeto, e acabam sofrendo por não conseguir cuidar da criança, podendo se sentir incapaz.

**Artigo 8:** Luca (2005) no artigo intitulado "Os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê". Este trabalho foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, a

fim de procurar e identificar as consequências da depressão puerperal para a relação entre a mãe e o bebê, sendo que a depressão pós-parto pode ser desenvolvida por diversos motivos diferentes (biopsicossociais). O autor defende, a partir dos estudos que foram levantados, que é por meio das primeiras relações e interações com a figura materna que se dará início as demais relações. A depressão materna afeta não somente a mulher, como a criança, os familiares mais próximos e o pai.

Assim como defende Luca (2005) que é a partir das relações e interações iniciais com a figura de cuidado( nesse caso a mãe), que se dará início para as demais relações. Bowlby (1989) também acredita que é a partir das primeiras interações e vínculos, entre cuidador e criança, que posteriormente se tornará uma generalização de expectativas da mesma, tanto no que se refere a sua percepção dos outros, quanto de si próprio. A criança vai moldando e construindo representações mais complexas.

**Artigo 9:** Calesso (2011), no artigo intitulado "Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura", analisa estudos científicos dos últimos 5 anos acerca da depressão materna, no âmbito da interação mãe-filho e suas consequências para o desenvolvimento da criança. A autora notou, com base na revisão feita, que a depressão materna impacta não somente a mãe, mas o desenvolvimento global do bebê, apresentando que as consequências da depressão da mãe resultam de forma negativa no desenvolvimento do bebê, gerando problemas cognitivos, afetivos, comportamentais e sociais. Assim, a depressão pós-parto em um dado momento do nascimento pode afetar no desenvolvimento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê e deve ser tratada de forma mais precoce possível.

O autor argumenta que a depressão pós-parto é um fator que pode interferir no exercício da maternagem principalmente no primeiro ano de vida do bebê. Cita consequências quando a interação mãe-bebê não é qualitativa, como por exemplo, o desenvolvimento da linguagem, que se estabelece principalmente através da interação dialógica entre mãe e o bebê. Segundo o autor, com base nos estudos levantados, a comunicação ainda nos primeiros instantes de vida do bebê possui um papel fundamental para a formação de vínculo entre os dois. Sendo esse uma troca não apenas de informações que agem de forma a guiar a obtenção da linguagem verbal da criança, assim como a vivência do afeto que deve ser vivenciado nesses momentos.

O vínculo espontâneo com a mãe é imprescindível no contexto de desenvolvimento da interação. É através da comunicação, dos cuidados, do toque, que a mãe vai permitindo ao bebê suas primeiras expressões. Sendo assim, segundo o artigo, a privação desses fatores citados nos primeiros anos de vida da criança podem gerar atraso ou paralisação do



desenvolvimento cognitivo da criança. Crianças que passam por negligências e maus tratos podem apresentar menores habilidades sociais. Estudos mostram que a depressão no pós-parto, aponta algumas características emocionais da mãe e que podem ter base em fatores psicossociais, como o contexto de vida da mulher, dificuldades com o parceiro, desamparo familiar, e gravidez indesejada. O autor argumenta que 10 a 15% das mulheres possuem depressão ainda nos primeiros três meses após o parto. Os sentimentos manifestados podem ser: sentimento de incapacidade para cuidar do bebê, dificuldades de lidar com essa nova fase da vida, sentimento de culpa, alterações no humor.

Desse modo, o que mais se destacou foi que a revisão feita pode demonstrar que a depressão pós-parto além de afetar a mãe impacta também no desenvolvimento global do bebê. O estudo pode identificar que as consequências da depressão da mãe geram consequências negativas em seu desenvolvimento, como citado acima, questões de ordem comportamentais, afetivas e cognitivas.

Calesso (2011) enfatizou que a depressão pós-parto pode afetar o desenvolvimento cognitivo da criança, como é o caso da linguagem e privação de fatores como o cuidado, o olhar, o toque, podem gerar consequência negativas para o desenvolvimento da criança. Como também defende Vygotsky, um fator importante na teoria dele é a zona de desenvolvimento proximal, a interação desenvolvimento/aprendizagem está ligada, no sentido de que os indivíduos vivem em sociedade. Dessa forma, para Vygotsky o processo de desenvolvimento se dá através do convívio social, e pelo estabelecimento da socialização. Para ele uma criança pode ter toda estrutura biológica, funcionando bem, para que possa se desenvolver, porém, se ela não estiver inserida em um ambiente com pessoas que a estimule, proporcionando assim a aprendizagem, não se pode esperar que a criança se desenvolva (como o esperado) com o passar do tempo, pois ela não possui por conta própria recursos para percorrer o processo de desenvolvimento/aprendizagem. Dessa forma pode-se concluir que o processo de estabelecimento de aprendizagem, acontece por intermédio das experiências e vivências a que a criança teve acesso.

**Artigo 10:** Silva (2010) no artigo intitulado "Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família" trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e que teve quatro puérperas que apresentavam depressão pós-parto e que foram acolhidas em um centro de atenção psicossocial no estado do Ceará. Foram feitas entrevistas e visitas a domicílio. As características mais citadas pelas mulheres foram choro fácil, irritabilidade, frustração e insegurança quanto a vivência da maternidade. Um fator a ser citado é que os familiares não tinham conhecimento quanto ao problema da depressão pós-

parto. Destinado a compreender o contexto no qual as mulheres estavam inseridas, o estudo concluiu que ao observar as mudanças emocionais mais evidentes do pós-parto foram o choro a tristeza e a irritabilidade. As mulheres do estudo estavam sentindo-se frustradas e sofriam por se sentir fracassadas, se considerando incompetentes para o exercício da maternidade. A vivência da gestação pode tanto causar na mulher uma nova visão e dimensão de vida contribuindo para o seu crescimento pessoal, assim como pode também causar uma desordem e ruptura quanto aos vínculos e papéis antes vividos por ela.

Da mesma forma Coutinho (2008), enfatiza que a gestação e o parto provocam uma série de alterações físicas, psicológicas e hormonais na vida de uma mulher, a chegada de um filho pode ser considerado um momento feliz, porém é repleto de adaptações e de muito trabalho direcionado aos cuidados com o bebê, e nesse sentido sentimentos como o de fracasso e de incompetência podem surgir tendo em vista que na maioria das vezes a família e a sociedade desejam e esperam que a mãe expresse toda a sua satisfação com a maternidade, mas nem sempre isso é possível, pois é natural e muito frequente que a mãe se sinta cansada, fragilizada, com medo, triste e insegura quanto os cuidados com o bebê.

**Artigo 11:** Ramos (2007) com o artigo intitulado "Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto". Com o intuito de entender e assemelhar o perfil de vínculo mãe-bebê com mães que apresentavam depressão pós-parto e com mães que não apresentavam, isso no terceiro mês posteriormente ao parto, 22 mães (sem limites de idade) realizaram uma entrevista para verificar o contexto social ao qual pertenciam. As mulheres que participaram do estudo pertenciam ao Serviço de Puericultura do Centro Comunitário de Saúde da Vila Lobato.

As mães responderam a escala de avaliação da interação mãe-bebê, e a escala de Edimburgo, que tem o objetivo de identificar depressão pós-parto. Os resultados mostraram que mães depressivas após o parto tiveram um resultado geral inferior no que se refere a escala de avaliação da interação mãe-bebê, em contrapartida as mães que não deprimidas, obtiveram resultados maiores na escala. Alterações precisas entre os dois grupos de mães surgiram quanto a comunicação pós-parto, o tipo de relação, de vínculo afetivo. Porém não foram encontradas diferenças grandiosas no que se refere ao pré-natal, as expectativas criadas sobre a criança, isso sugere que a depressão materna se concentrou prejudicialmente na relação mãe-bebê ao longo do período pós-parto. O autor conclui que um envolvimento de menor qualidade da mãe com filho, também pode ser compreendido através dos sintomas vivenciados pela mulher durante o quadro depressivo, que leva em conta a tristeza, a perda de interesse, e de confiança em si mesmo, e nos demais, e que tendem a estar ligados a conflitos

e dificuldades sociais e conjugais, sendo estes fatores que influenciam à insatisfação e as dificuldades da mãe para lidar com a maternidade.

Assim como nos demais artigos exploratórios já citados, nesse artigo pode-se concluir com base nos resultados que a depressão pós-parto gera impactos negativos para a relação mãe-bebê, além da mulher com quadro depressivo apresentar dificuldades de interagir e cuidar do filho, sentindo-se por vezes incapaz. Assim como defende Junior (2009) a frustração por não conseguir se adequar às expectativas do papel de mulher e de mãe, deixa um espaço para um conflito entre aquilo que é ideal e o que é realmente real, podendo gerar sofrimento para a mulher.

**Artigo 12:** Teixeira (2006) no artigo intitulado "Depressão materna e sua repercussão na relação inicial mãe-bebê" a autora com base em uma revisão da literatura, argumenta que as primeiras interações com os cuidadores são a base para as outras relações futuras. Os impactos da depressão da mãe podem se alongar até a vida adulta do bebê. Gerando consequências negativas no desenvolvimento da criança.

Teixeira (2006) assim como Calessio (2011), também enfatiza a importância das primeiras relações, como uma forma de base segura para relações futuras da criança, pois os impactos da depressão materna podem se estender até a vida adulta do bebê.

Pode-se notar, a partir da síntese dos artigos que foram selecionados, que há uma unanimidade no que diz respeito aos impactos negativos da depressão pós-parto para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebê. Todos os artigos selecionados, que envolviam estudos exploratórios ou somente revisão da literatura foram unânimes ao argumentar com base nos resultados das pesquisas as consequências negativas da depressão pós-parto, tanto para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, quanto na qualidade de vida da mulher e no desenvolvimento global da criança.

Tendo em vista que a mãe depressiva se encontra indisponível para o desenvolvimento de laços afetivos e de apego. Foi ressaltado a importância do pai nesse momento, assim como da família, de forma a amparar e dar apoio para a mulher. Os artigos analisados relatam a importância do diagnóstico e prognóstico ainda durante o pré-natal, e a importância de estudos novos e mais detalhados sobre os impactos da depressão tanto para a mãe, quanto para o bebê e toda a família.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se notar com base no referencial teórico descrito ao longo do trabalho, juntamente com os resultados dos artigos selecionados e analisados que a maternidade mesmo sendo algo comum na sociedade, ainda envolve temas que geram polêmicas e discussões, até mesmo pelo fato de existir um conflito entre modelo ideal e condições realmente concretas acerca da maternidade. Na contemporaneidade diversas mudanças no que diz respeito a mulher a família, ao modelo tradicional de mãe vem sofrendo mudanças, conforme apresentado no decorrer do trabalho a sociedade atual vem percebendo uma maior atuação feminina no Mercado de trabalho, elas têm investido na carreira, nos estudos, etc. Pois durante longos anos a maior função atribuída as mulheres era a de ser mãe e dona de casa.

Hoje pode-se notar, que muitas mulheres optam por adiar a maternidade, ou simplesmente não desejam. Todas essas mudanças e papéis novos assumidos pelas mulheres na contemporaneidade pode vir a gerar conflitos e pressões, mesmo que elas possuam maior liberdade de escolha, se comparado a outros tempos. Muitas mulheres vivem conflitos quando optam pelo exercício da maternidade, porém, também possuem sonhos e objetivos profissionais ou pessoais. Ou quando vivem a maternidade real e acabam se frustrando, pois, a sociedade ainda romantiza bastante a gravidez e a maternidade, como algo sublime. Porém muitas mulheres ao vivenciarem esse momento

A revisão pode identificar que a depressão materna ao longo do pós-parto pode interferir no desenvolvimento de vínculo mãe-bebê. Tendo em vista que fatores biopsicossociais podem ser agentes que influenciam no surgimento da mesma. Todos os artigos revisados, tanto os que se tratavam de revisão da literatura, quanto aos que envolveram pesquisa exploratórias, puderam identificar que mães com depressão pós-parto apresentam diferenças de interação com os bebês, em relação a mães não depressivas. As mães com depressão nos estudos que envolviam estudos exploratórios, através de métodos como visita domiciliar e gravações, obtiveram como resultados observatórios uma baixa no que se diz respeito a comunicação com os filhos. Aspectos como escolaridade, e ambiente, foram levados em conta perante os resultados. Desta forma pode-se notar que fatores sociais, afetam de maneira significativa a relação mãe-bebê. Assim deve-se levar em conta toda a história de vida da mãe e os eventos antecedentes que contribuíram com o surgimento da depressão. Deve se ressaltar a importância da preservação de saúde da mulher, e um acompanhamento

que abranja não somente a mulher enquanto gestante, mais toda a sua história. Tendo o profissional de Psicologia um papel fundamental nesse processo.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

AZAMBUJA, Carolina Viecili. **DEPRESSÃO PÓS-PARTO MATERNA: INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E PROCESSAMENTO DE FACES**. Rio Grande do Sul, jan. 2017

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, Lucimar Bóh et al. EVIDÊNCIAS EM ESTUDOS PROGNÓSTICOS. **Fisioterapia e Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 2, n. 1. 2011

BARBIERI, Carolina Luísa Alves. **As amas de leite e a regulamentação biomédica do aleitamento cruzado**: contribuições da socioantropologia e da história. **Cad. Hist. Ciênc.**, São Paulo, v. 8, n. 1, jun. 2012. disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-76342012000100003&lng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342012000100003&lng=pt). Acesso em: 21 set. 2017.

BUSNEL, Marie Claire. **A comunicação entre mãe e feto**. In: V Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal. 1999. São Paulo. Anais... São Paulo. Casa do Psicólogo. 2002.p. 109-122.

DALBEM, Juliana Xavier. **Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento**. 2005. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/40/57>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

BEE, Helen. **O Ciclo Vital**. Tradução Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BEE, H. BOYD, D. A criança em desenvolvimento. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 568p.

BORSA, Juliane Callegaro. **A relação mãe-bebê em casos de depressão pós parto**. Psicologia.pt: O portal dos psicólogos, Rio Grande do Sul, p.1-12, 26 nov. 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0384.pdf>. Acesso em : 18 Nov 2017.

BOWLBY, J. (1989). **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego (S. M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

CAVICCHIA, Durlei de Carvalho. **O Desenvolvimento da Criança nos Primeiros Anos de Vida**. S/D. Disponível em: <<https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/224/1/01d11t01.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

CAMPOS, Bárbara Camila de. **Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida.** *Pepsic*, Porto Alegre, v. 46, n. 4, 2015

CARLESSO, Janaína Pereira Pretto. **DIALOGIA MÃE-FILHO EM CONTEXTOS DE DEPRESSÃO MATERNA: REVISÃO DE LITERATURA.** *Rev. Cefac*, Rio Grande do Sul, 2011.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Depressão pós-parto: considerações teóricas.** *Estud. Pesqui. Psicol*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.1-2, dez. 2008.

DALBEM, Juliana Xavier. **Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento.** *Pepsic*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, jun. 2005. Disponível em :[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672005000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003). Acesso em 30 out. 2017.

DUARTE, Bruna da Silva. **DESENVOLVIMENTO INFANTIL: Importância das Atividades Operacionais na Educação Infantil.** Londrina, S/D. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/semanaeducacao/pages/arquivos/ANAIS/ARTIGO/SABERES%20E%20PRATICAS/DESENVOLVIMENTO%20INFANTIL.pdf>.

FARIA, Juliana Toledo de. **A Maternidade: A Construção de Um Novo Papel Na Vida da Mulher.** São Paulo, 2011.

FELIPE, Renata Pereira de. **Análise do efeito da depressão pós-parto não interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos.** São Paulo, 2009.

FERRARI, Dercio. **DESENVOLVIMENTO COGNITIVO: AS IMPLICAÇÕES DAS TEORIAS DE VYGOTSKY E PIAGET NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM.** 2014. 39 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pedagogia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Paraná, 2014

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. **Revisão Sistemática: um caminho para evidências na produção científica de enfermagem.** *Revista Saúde em Foco*, Teresina, v. 1, n. 1, p.72-81, jun. 2014.

FONSECA, Ana; CANAVARRO, Maria Cristina. **Depressão pós-parto.** In: CANAVARRO, Ana Fonseca e Maria Cristina. **Depressão pós-parto.** Coimbra: Artmed, 2017. p. 38

FRIZZO, Giana Bitencourt. **INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ EM CONTEXTO DE DEPRESSÃO MATERNA: ASPECTOS TEÓRICOS E EMPÍRICOS.** *Maringá*, v. 10, n. 1. 2005.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. **Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 12, p.549-556, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14>>. Acesso em: 18 set. 2017.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (organizadoras). **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009

GOMES, Adriana de Albuquerque. **A teoria do apego no contexto da produção científica contemporânea**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. 396 p.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran. **Vínculos mãe-filho**: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Rev. Nufen**, São Paulo, v. 3, n. 2, 11 dez. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912011000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000200002). Acesso em: 22 Set. 2017.

HRDY, Sarah Blaffer. **Mãe natureza**: uma visão feminina da evolução: maternidade, filhos e seleção natural. Rio de Janeiro. Campos, 2001.

LUCA, Bruna Lira. **Os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê**. Brasília. 2005.

LUNA, Ana. **NUNCA QUIS TER UM FILHO”, DIZEM MAIS E MAIS BRASILEIRAS**. São Paulo: Az Mina, v. 2016. Disponível em: <http://azmina.com.br/2016/01/nunca-quis-ter-um-filho-dizem-mais-e-mais-brasileiras/>. Acesso em: 21 Sete. 2017.

MATTOS, Maria Cecília. **História da maternidade**. Maternidade no Divã, São Paulo, 2013.

MENESES, Hélem Soares de. **O Período Sensorio-Motor de Piaget**. 2012. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/o-periodo-sensorio-motor-de-piaget>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 800p.

PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia. **Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 4, n. 27, p.491-498, dez. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>>. Acesso em: 15 Set. 2017.

PONTES, Fernando Augusto Ramos et al. **Teoria do apego**: elementos para uma concepção sistêmica da vinculação humana. **Aletheia**, n. 26, p.67-79, 23 jul. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1150/115013567007/>. Acesso em: 18 Nov 2017

RAMOS, Sofia Helena Amarante da Silva. **Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto**. *Psicol. Pesq.*, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, 2007.

RIBAS, Adriana F. Paes. **Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma Discussão Crítica do Papel de Estudos Transculturais**. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a04v17n3.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018

RIBEIRO, Lady Daiane Martins. **VYGOTSKY E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**. Goiás, p.1-18, 2014.



RABELLO, Elaine. **Vygotsky e o desenvolvimento humano**. p.1-10, 2005. Disponível em: <http://www.josesilveira.com/artigos/vygotsky.pdf>. Acesso em: 2 set. 2017

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática X Revisão narrativa**. Redalyc.org, São Paulo, v. 20, n. 2, p.1-3, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004>>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: um problema latente**. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p.105-4, set. 2009.

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê**. Estudos de Psicologia, Rio Grande do Sul, n. 15. 2003.  
SILVA, Nuno Francisco Ferreira. **Teoria da Vinculação**. 2014. 39 f. Tese (Mestrado) - Curso de Medicina, FMUP, Portugal, 2014. TORRES, Luiz Carlos Bleggi. **ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**. Coleção Agrinho, 2014.

SILVA, Alessandra Turine Bolsoni et al. **A teoria do apego no contexto da produção contemporânea**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. 396 p.

TEIXEIRA, Geovana Ferreira. **Depressão Materna e sua Repercussão na Relação Inicial Mãe Bebê**. Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade, Porto Alegre, 2007.

TOLENTINO, Eraldo da Costa. **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONHECIMENTO SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS EM PUÉRPERAS**. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança, João Pessoa, p.59-66, abr. 2016.

TORRES, Luiz Carlos Bleggi. **ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**. Coleção Agrinho, 2014.

TOURINHO, Julia Gama. **A mãe perfeita: idealização e realidade - Algumas reflexões sobre a maternidade**. Riodejaneiro: 2006

VANSO, Vinicius. **A importância do diagnóstico diferencial**. 2018. Disponível em: <<http://revistasimplesmente.com.br/a-importancia-do-diagnostico-diferencial/>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento versus Representação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Rio dos Sinos, v. 26, n. 1, p.4-4, mar. 2010.

ZANELLO, Valeska. **Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia**. In: (ORGS), Valeska Zanello & Madge Porto. **ABORTO E (NÃO) DESEJO DE MATERNIDADE(S): questões para a Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016. Cap. 10. p. 105-171.