

FERIDAS ABERTAS: IDENTIFICANDO SENTIMENTOS MATERNOS EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS DESAMPARADAS

Eveline de Carvalho

Psicóloga formada pelo Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: evelinedecarvalho@hotmail.com

Jane Biscaia Hartmann

Docente e Supervisora Clínica no Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: hartmann@wnet.com.br

RESUMO: Esta pesquisa objetivou investigar a presença de fatores desencadeadores da depressão pós-parto em adolescentes gestantes desamparadas socialmente, tendo sido realizada com 8 adolescentes grávidas de 13 a 18 anos abrigadas numa instituição sem fins lucrativos. A coleta de dados, após a obtenção do consentimento informado, foi efetuada através de uma entrevista semi-estruturada com 17 questões e parte da Escala Beck para depressão. Os dados obtidos revelaram que 25% das entrevistadas têm como contar com a família após o parto e que a grande maioria (75%) não tem para onde ir ou para o que voltar, revelando o desamparo a que estão submetidas. Estes dados são compatíveis com os resultados da Escala para Depressão que foi classificado para esse grupo como grave e moderado para 75% das adolescentes demonstrando o impacto desse desamparo na vida delas, com repercussões nas diferentes dimensões. Ambas as crises (da adolescência e os problemas de ordem psicossocial) vivenciadas simultaneamente associados ao período de fragilidade que advém nos três meses iniciais do puerpério tornam essas adolescentes mais vulneráveis a uma depressão pós-parto. Também favorecem discursos de desesperança, tristeza e falta de perspectiva de futuro, levando a tomadas de decisões de forma precipitada, mais por falta de opção do que por escolha consciente. Essas mães adolescentes não têm como reproduzir modelos que não tiveram chance de internalizar, cabendo então à sociedade criar condições de tratamento, elaboração e reparação dessa “falta”, oferecendo instituições que possam acolher e possibilitar o desenvolvimento de experiências emocionais corretivas.

PALAVRAS-CHAVE: Mãe-adolescente; Maternagem Inadequada; Mãe Deprimida.

OPEN WOUNDS: IDENTIFYING MATERNAL FEELINGS IN UNDERPRIVILEGED PREGNANT TEENAGERS

ABSTRACT: This research aimed to investigate the presence of postpartum depression triggering factors in socially underprivileged teenage expectant mothers. It was carried out with 8 pregnant teenagers from 13 to 18 years old who were sheltered at a non-profit institution. Data collection, after obtaining the informed consent form, was carried out through a semi-structured interview with 17 questions and part of the Beck depression inventory. The data revealed that 25% of the interviewees can count on the family after the delivery and the great majority (75%) have nowhere to go or nothing to go back to, depicting their deserted condition. The data matches the results of the Depression Inventory: 75% of the teenagers in this group falls in the severe to moderate category, revealing the impact of the deserted condition in their lives and its repercussion in different dimensions. Both crisis (from adolescence and psychosocial problems) experienced simultaneously along with the fragility period that comes during the first three months of puerperium make these teens more vulnerable to postpartum depression and favor the development of discourses with lack of hope, positivity or perspective, leading

to reckless decisions – based more on the lack of options than on conscious choice. These teenage mothers cannot reproduce models that they were not able to internalize. It is the society's task to create conditions to treat and repair this "gap" by offering institutions that are able to welcome them and make possible the development of corrective emotional experiences.

KEYWORDS: Teenage Mother; Inadequate Motherhood; Depressed Mother.

INTRODUÇÃO

A gravidez entre as adolescentes, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), apresenta índices que vêm aumentando significativamente nos últimos anos, principalmente na faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996 aponta que 14% das adolescentes na faixa de idade entre 15 e 19 anos tem pelo menos um filho e que esse índice é maior entre as mais pobres, se comparado com as de melhor nível econômico. Este mesmo estudo demonstra que houve um aumento no percentual de partos e de curetagem pós-aborto nas adolescentes entre 10 e 14 anos.

O período da adolescência é considerado de grandes transformações tanto físicas quanto psicológicas na vida de meninos e meninas. As alterações físicas, no corpo das meninas, iniciam-se quando acontece a menarca, o surgimento de pêlos, o crescimento de mamilos, o alargamento dos quadris, enfim, ocorrem alterações hormonais e metabólicas que irão acontecer no corpo da adolescente como um período de transição para que seu corpo desenvolva-se e amadureça de forma natural e saudável para então poder gerar filhos.

No contexto psicológico, a adolescência é vista como uma fase de conflitos intra e inter-psíquicos. Os conflitos intrapsíquicos ocorrem principalmente pelo fato do adolescente se sentir um tanto quanto perdido em suas relações, perspectivas de futuro e até mesmo de sentimentos, pois nessa fase da vida a pessoa já está velha demais para ser criança e nova demais para ser um adulto. Os conflitos inter-psíquicos fazem menção principalmente ao relacionamento do jovem com o mundo que o rodeia.

Ao ter em mente todos os possíveis problemas pertinentes à fase da adolescência, podemos imaginar a grande repercussão que a gravidez pode acarretar à vida de uma adolescente e de todas as pessoas envolvidas. Tanto a adolescência quanto a gravidez são períodos importantes na vida de uma mulher, porém, ao acontecerem simultaneamente trazem problemas de ordem psicossocial, como o fato de ter que abandonar a escola, a falta de aspiração profissional e de planejamento familiar associadas muitas vezes à pouca condição em criar e sustentar o filho. Surgem também problemas orgânicos como as condições fisiológicas pouco desenvolvidas das adolescentes, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a depressão pós-parto.

Diante do exposto, esta pesquisa objetivou investigar a presença de fatores desencadeadores da depressão pós-parto em adolescentes gestantes desamparadas socialmente.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA CRISE?

Maldonado (1982) aponta que uma das características fundamentais da situação de crise é que estas constituem verdadeiras encruzilhadas em termos de saúde mental. Para ela, a solução que uma pessoa adota para superar uma crise pode ser saudável ou doentia e implicar em melhora ou piora do nível de integração e amadurecimento da personalidade.

Tedesco, Zugaib e Quayle (1997) afirmam que mesmo a gravidez normal é descrita como crise psicológica e de vida, pois ambas implicam em mudanças que atingem a mulher, nos aspectos fisiológico, psicológico e social. E esse desequilíbrio é de tal intensidade que a primeira gravidez é sentida como um estresse nunca antes vivido.

Segundo Maldonado (1982), a gravidez como uma das crises evolutivas vividas pelas mulheres não se encerra no parto, pois este daria início a novas transformações e, conseqüentemente, à instalação de novas crises. Para ela, muitas das mudanças maturacionais ocorrem após o parto e, assim, o puerpério deve ser considerado como a continuação da situação crítica iniciada com o parto, por implicar em novas mudanças fisiológicas, na consolidação da relação materno-filial e nas grandes modificações tanto na rotina quanto no relacionamento familiar. Do ponto de vista sócio-cultural, o ciclo gravídico cultural em todas as sociedades representaria um estado intermediário entre o status de mulher e o de mãe.

Teoricamente, segundo Riechelmann (1997 apud TEDESCO; ZUGAIB; QUAYLE, 1997), o percurso da gravidez até a chegada da criança que deveria ser um período de euforia e prazer, nos dias atuais é bastante influenciado pela cultura e sociedade, sendo, em muitos casos, substituído por um período parcial ou totalmente ansioso e angustiante. De qualquer forma, a decisão de ter um filho é muito séria, principalmente porque envolve um compromisso irreversível para o resto da vida e uma modificação bastante grande da nossa maneira de viver.

Maldonado (1982) afirma que a gestante encontra-se mais sensível e esse aumento da sensibilidade está intimamente ligado a oscilações de humor. Observa-se também uma maior sensibilidade nas áreas de olfato, paladar e audição. Isto se expressa também na área emocional através do aumento da irritabilidade: a mulher fica mais irritada e vulnerável a certos

estímulos externos que anteriormente não a afetavam tanto: chora e ri mais facilmente.

Apesar deste período consistir numa experiência de “ganhos”, coexiste a possibilidade de coexistência de experiências de perdas (das formas físicas, do interesse do parceiro, da possibilidade de realização de formação profissional, ascensão profissional,...).

Às vezes, a gravidez ocorre dentro de uma relação estável e estabelecida formalmente e outras vezes, fora do contexto de uma relação homem-mulher estável, aumentando a indecisão na medida em que a mulher se sente insegura e sozinha para arcar com a responsabilidade total ou quase total de ter um filho.

Para Maldonado (1982), o fato de a gravidez constituir uma situação crítica, implicando naturalmente em maior vulnerabilidade e desorganização de padrões anteriores, em inúmeras modificações fisiológicas e em estados emocionais peculiares, justifica a presença normal de um certo grau de ansiedade. No entanto, quando a maternidade, por motivos vários, gera um grau de ansiedade mais intenso, há maior probabilidade de se observar complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério.

Este período de aquisição e desenvolvimento de novos papéis implica em novas exigências tanto para o homem quanto para a mulher, assim como para toda família na qual o casal está inserido. Isto porque a família, enquanto sistema, interage continuamente entre si e quando qualquer evento ocorre com uma das partes deste sistema, o sistema inteiro é atingido. É por isso que a gravidez é uma experiência que pertence à família como um todo (MALDONADO, 1982).

2.2 ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase de intensas transformações que ocorrem na vida de um jovem. Essas mudanças ocorrem de diversas maneiras, no nível corporal, psicológico, hormonal, afetivo e intelectual. Assim, elaborar essas mudanças de uma maneira saudável e satisfatória é uma das tarefas mais difíceis do ser humano, pois ao mesmo tempo em que precisa fazer o luto pelo corpo de criança, também tem que ir em busca de sua nova identidade.

Para Tiba (1992), a adolescência consiste em um período de crescimento que se inicia com a puberdade e termina com a maioridade. O corpo cresce, as funções sexuais surgem, a mente se desenvolve, o ambiente se modifica, a qualidade das sensações afetivas e sexuais se transforma e tudo isso provoca no adolescente uma série de crises que vão ter que ser superadas uma a uma, com maior ou menor dificuldade, sem que o desenvolvimento natural seja dificultado.

Quanto à adolescência, Sherif e Sherif (1965 apud ABERASTURY; KNOBEL, 1981), pontuam que esta é caracterizada como sendo um período de transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento e que este período pode variar entre as diferentes sociedades, como varia o reconhecimento da condição adulta que se dá ao indivíduo.

No entanto, existe uma circunstância especial, que é a própria característica do processo adolescente em si, ou seja, uma situação que obriga o indivíduo a reformular os conceitos que

tem sobre si mesmo e que o leva a abandonar sua auto-imagem infantil e a projetar-se na sua vida adulta. O problema da adolescência deve ser tomado como um processo de troca, de desprendimento, mas que será influenciado por conotações externas de cada cultura que o favorecerão ou dificultarão, segundo as circunstâncias.

Em famílias desestruturadas, onde os desentendimentos e o desamor são intensos, a falta de diálogo entre os pais como casal e deles com os filhos agravam o distanciamento, fazendo com que o sofrimento e as dificuldades se tornem ainda maiores. Rappaport (1996 p. 37) afirma que o jovem fica muito mais perdido, encontrando maiores problemas para fazer suas escolhas, chegar às suas definições. Assim, “fica mais suscetível a enveredar por caminhos conflitantes, às vezes durante longos anos”.

Ocorre também uma desorganização da personalidade, que se caracteriza por intensa instabilidade, mudanças bruscas de humor, de formas de relacionamento, maneira de vestir, entre outras. Dessa forma, “alternam-se momentos de intensa alegria e sociabilidade com outros de profundo isolamento”. (RAPPAPORT, 1996, p. 36)

Diversas pesquisas apontam que crianças abandonadas pela família, criadas em orfanatos, lares ou hospitais, por melhores que sejam essas instituições, muitas vezes não se desenvolvem bem física e mentalmente. Segundo Rappaport (1996 p. 44-45), “falta-lhes amor, a mãe, o pai, pessoas que as considerem importantes, que gostem e cuidem delas, lhe transmitam o desejo de viver, de ser alguém”.

2.2.1 Gravidez na Adolescência

O significativo aumento do número de grávidas adolescentes é uma realidade nos dias atuais, além de sua ocorrência vir sendo constatada em meninas cada vez mais jovens. Segundo Bruscato, Benedetti e Lopes (2004), no Brasil, o número de partos diminuiu; em compensação, o nascimento de filhos de jovens entre 10 e 19 anos cresce em números absolutos e relativos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001 apud BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004), a gravidez na adolescência é considerada de alto risco, por implicar em maior risco de mortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos, natimortos, mortes perinatais, partos prematuros e recém-nascidos de baixo peso.

Para Tedesco, Zugaib e Quayle (1997), as jovens que têm dificuldade em aceitar a gravidez ou em estabelecer relações com o feto mostram-se, geralmente, extremamente ansiosas. Esse aumento exagerado do nível de ansiedade é, sem dúvida, “a grande favorecedora do aparecimento de problemas relacionados com a evolução da gravidez, com o parto e com o relacionamento posterior com o recém-nascido”. (TEDESCO; ZUGAIB; QUAYLE, 1997, p. 100).

Do ponto de vista social, Bruscato, Benedetti e Lopes (2004) apontam que as consequências de uma gravidez na adolescência implicam geralmente em abandono escolar e pouca formação profissional, dificultando o ingresso no mercado de trabalho e perpetuando o ciclo de dependência e pobreza.

Essas autoras ainda afirmam que, do ponto de vista psi-

cológico, quando a adolescente engravida, ela assume dupla tarefa: a de buscar a identidade pessoal juntamente com a maternidade, o que pode representar tanto um processo de desenvolvimento e integração de sua identidade de mulher, ou um aumento da dependência das figuras parentais ou do companheiro. Pode-se afirmar, então, que nesse caso a adolescente vive uma crise dentro de outra.

A ocorrência da gravidez na adolescência para Bruscatto, Benedetti e Lopes (2004) parece derivar de conflitos inconscientes próprios desta fase do desenvolvimento, transformados em ações para evitar etapas dolorosas da transformação de criança em mulher adulta que está ligada a um problema de identidade que decorre do seu relacionamento ambivalente e/ou simbiótico com sua própria mãe.

2.3 DEPRESSÃO

Segundo Holmes (1997, p. 158), estima-se que pelo menos 8% da população sofrerá em algum momento da vida de pelo menos um transtorno do humor. Nesse sentido, a depressão é um dos transtornos do humor mais frequentes, por isso é que foi chamada de “o resfriado dos transtornos psicológicos”. A incidência dos transtornos psicológicos vem aumentando com rapidez, por isso pode ser que se esteja saindo da “era da ansiedade” e entrando na “década da depressão”.

Atualmente a depressão é diagnosticada pelos profissionais “psi” pela presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade, sendo descrita minuciosamente nos manuais psiquiátricos, mundialmente reconhecidos e atualmente em vigor (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV, e CID – 10). No primeiro são classificados como “transtorno do humor” (DSM – IV) e no segundo, como “transtorno afetivo” (CID – 10). (HOLMES, 1997).

Este autor distingue a depressão “normal” da “anormal” estabelecendo a distinção entre profundidade e duração. A depressão tida como “normal” seria o fato do indivíduo apresentar-se levemente triste, deprimido, para baixo em alguns momentos da vida, mas não com esses sintomas tão profundos e nem de longa duração. Já a depressão anormal seria aquela com episódios de tristeza profunda e duradoura, a ponto do indivíduo não conseguir sair do fundo do poço.

Quanto à prevalência da depressão, segundo este autor, ela é maior entre as mulheres do que entre os homens. Esta maior frequência pode ser explicada através de alguns fatores como: por influência de seus papéis sociais, as mulheres são mais livres para expressar seus sentimentos; elas também tendem a estar expostas a situações mais estressantes resultantes da depressão; e há também a predisposição genética ligada às diferenças hormonais entre homens e mulheres.

Holmes (1997, p. 165) destaca que, de modo geral, algumas depressões devem-se principalmente a fatores externos (psicológicos), como conflito e estresse, enquanto “outras são devidas principalmente à fatores internos (fisiológicos), como baixos níveis de determinados neurotransmissores”. A depressão decorrente de fatores externos é referida como depressão

exógena e a depressão decorrente de fatores internos, como endógena.

2.3.1 Depressão Pós-Parto

Segundo Rocha (1989), o período que abrange os três primeiros meses após o parto corresponde à fase em que a mulher está mais vulnerável a desenvolver distúrbios psiquiátricos, ou seja, ela tem maior taxa de risco de sofrer uma internação psiquiátrica do que em qualquer outra etapa da sua vida e cerca de 70% dessas mulheres não possuem nenhuma história prévia de distúrbio mental.

López e Pedalini (1999, p. 117) apontam que, do ponto de vista nosográfico, os transtornos depressivos no pós-parto são classificados em três categorias conforme a gravidade dos sintomas. São eles: “tristeza pós-parto” (“postpartum blues”), “depressão pós-parto” e “psicose pós-parto”. Ressaltam que cerca de 80% das mulheres apresentam variações depressivas no humor no período anterior ou posterior ao parto, mas apenas de 10 a 15 % apresentam sintomas diagnóstico de depressão pós-parto e 0,1 a 0,2% preenchem critérios para episódios psicóticos.

O desenvolvimento da depressão pós-parto ocorre gradualmente, podendo em seu início ser confundido com a síndrome de tristeza pós-parto. Rocha (1989) aponta que seus sintomas principais são a tristeza patológica, perda do prazer, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade emocional, anorexia, distúrbios do sono, fadiga, irritabilidade, hipocondria, déficits cognitivos, diminuição do interesse sexual e ideação suicida.

Cheniaux Jr. (1999) aponta que outro fator importante para o desenvolvimento da depressão pós-parto deve-se à queda abrupta, logo após o parto, dos hormônios estrogênicos e progesterona que se encontravam muito elevados no final da gravidez, somada ao novo papel social adquirido pela mulher (o de mãe) e a alguns conflitos inconscientes ligados à feminilidade e à sexualidade.

O mesmo autor aponta que na literatura são relacionados diversos fatores de risco para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto. Como por exemplo a falta de apoio social, principalmente por parte do pai da criança; complicações obstétricas; gravidez não planejada; ausência de leite materno; desemprego do pai ou da mãe do bebê; alterações psiquiátricas durante a gravidez; história pessoal de doença mental; história de transtorno disfórico pré-menstrual; história familiar de doença mental; primiparidade e estressores psicossociais.

López e Pedalini (1999) destacam que os fatores de risco mais citados nesses casos são os conflitos maritais, condições psicossociais desfavoráveis, a falta de um confidente, dificuldades financeiras ou profissionais, algum evento negativo durante a gravidez, presença de antecedentes psiquiátricos prévios, especialmente a depressão. Uma história familiar de transtorno do humor também é citada como importante fator de risco. O desenvolvimento da depressão puerperal parece ter também uma maior prevalência em mães solteiras e/ou adolescentes.

3 MÉTODO

O número dos sujeitos da pesquisa inicialmente era de 10 adolescentes grávidas com idade variando de 10 a 19 anos, residentes numa instituição sem fins lucrativos que acolhe adolescentes e mulheres desassistidas socialmente. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Cesiumar, solicitou-se ao Ministério Público da Vara da Infância e Juventude autorizações para a pesquisa de campo.

Foram abordadas oito adolescentes que preenchiam os critérios definidos pela pesquisa. As perdas dos sujeitos ocorreram em função da "fuga" de algumas adolescentes da instituição antes da abordagem e a desistência de uma outra adolescente que, apesar de encaminhada para a instituição, não apareceu.

Enquanto pesquisa qualitativa, este trabalho refere-se a uma pesquisa de campo do tipo exploratória, participante, que utilizou como instrumento de coleta de dados um roteiro para coleta da história de vida e parte da escala Beck (BDI;BAI;BHS), visando detectar as representações e sentimentos das adolescentes grávidas.

O inventário da Escala Beck (CUNHA, 2001) é composto por quatro instrumentos: Beck Depression Inventory – Inventário de Depressão Beck (BDI); Beck Anxiety Inventory – Inventário de Ansiedade Beck (BAI); Beck Hopelessness Scale – Escala de Desesperança Beck (BHS) e o Beck Scale for Suicide Ideation – Escala de Ideação Suicida Beck (BSI). O instrumento completo não foi utilizado visto que nesta pesquisa não pretendíamos investigar a presença de ideação suicida.

O BDI foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão para uso com pacientes psiquiátricos. Anos seguintes, após muitos estudos sobre suas propriedades psicométricas, o BDI passou a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica como na de pesquisa, mostrando-se um instrumento útil também para a população geral. Obtém-se o escore total do BDI somando os escores de cada item, correspondentes às alternativas assinaladas pelos examinandos nos 21 itens. Cada grupo apresenta quatro alternativas, que podem ter escore 0, 1, 2 ou 3.

Quadro 01 Escala de Fatores para o BDI

| Nível | Escore |
|----------|---------|
| Mínimo | 0 - 11 |
| Leve | 12 - 19 |
| Moderado | 20 - 35 |
| Grave | 36 - 63 |

Fonte: Cunha (2001).

O BDI é uma escala de medida da intensidade da depressão. Deve-se dar uma atenção especial ao item 2, o item do pessimismo, e ao item 9, de idéias suicidas, onde estima-se a existência de potencial suicida.

O BAI consiste em uma escala de auto-relato que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. A mensuração da ansiedade, que é tida como uma das emoções básicas do homem é de muita importância, uma vez que os sintomas de ansieda-

de assim como os transtornos de ansiedade são considerados como uma das principais dificuldades do indivíduo na atualidade. (RAPER; BARLOW, 1991 apud CUNHA, 2001).

As alternativas de respostas oferecidas ao examinando são de caráter qualitativo, que constituem uma série escalar de 0 a 3 pontos, onde para cada item atribui-se um escore individual. A soma dos escores individuais representa o escore total, que pode variar entre 0 e 63. A classificação ocorre através de níveis descritos no quadro 2 abaixo.

Quadro 2 Escala de Fatores para o BAI

| Nível | Escore |
|----------|---------|
| Mínimo | 0 - 10 |
| Leve | 11 - 19 |
| Moderado | 20 - 30 |
| Grave | 31 - 63 |

Fonte: Cunha (2001).

O BHS, apesar de ter sido desenvolvido para medir a dimensão do pessimismo, mostra-se como um instrumento adequado como indicador psicométrico de risco de suicídio, mostrando-se útil tanto para pacientes com sintomas depressivos, com história de tentativa de suicídio, como também para identificar o sintoma de desesperança em adultos e adolescentes normais, objetivo último este que levou-nos a efetuar sua inclusão na pesquisa.

O escore total é a soma dos itens marcados na direção crítica do pessimismo: são nove afirmações assinaladas como erradas e 11 como certas. A atribuição do escore é facilitada com o uso de uma chave de correção.

As respostas assinaladas (escurecidas) nos círculos da chave têm escore 1 e as demais, 0. O escore total de desesperança varia de 0 a 20. A classificação em níveis dos escores do BHS é:

Quadro 3 Escala de Fatores para o BHS

| Nível | Escore |
|----------|---------|
| Mínimo | 0 - 4 |
| Leve | 5 - 8 |
| Moderado | 9 - 13 |
| Grave | 14 - 20 |

Fonte: Cunha (2001).

4 RESULTADOS e DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas de forma individual no período de 19/07/2005 a 20/08/2005 e a população de estudo da presente pesquisa é 100% constituída de mulheres, com idade variando de 14 a 18 anos.

4.1 HISTÓRIA DE VIDA DOS SUJEITOS

(A.) tem catorze anos. Ela é a quarta filha de um total de

seis, todas do sexo feminino. As duas irmãs mais velhas ela não conhece, apenas sabe o nome, pois foram morar com a avó materna desde pequenas e não têm contato. Atualmente, suas irmãs são casadas. Sua irmã mais nova foi adotada, seus pais são separados e ambos, alcoolistas.

Conta que sua infância foi feliz: morava com a mãe na casa de uma tia paterna, onde permaneceu até a morte de sua mãe – na época estava com dez anos. Após a morte de sua mãe, foi morar com seu pai na casa de outra tia paterna. Aos onze anos perdeu a virgindade com um primo.

Permaneceu morando na casa da tia com o pai até engravidar do namorado. Depois disso, no quinto mês de gravidez, o tio não a aceitou mais em sua casa. Foi quando uma das irmãs de (A.) arrumou a casa de sua sogra para que pudesse ficar. Ela ficou lá por dois meses. A senhora, não tendo mais condições de abrigá-la, decidiu então encaminhá-la para a assistente social que a mandou para o lar.

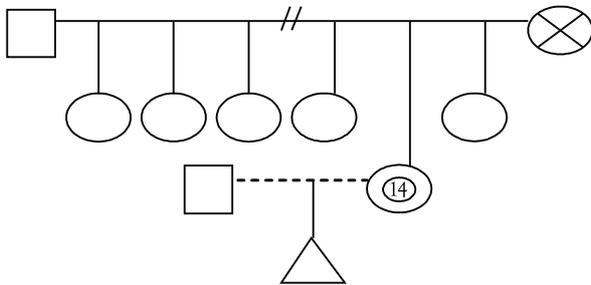


Figura 1 Genetograma do sujeito (A.)

(B.) é a filha mais velha de um total de cinco irmãos. Ela é a única filha mulher, sua mãe era solteira quando ficou grávida dela, não chegou a conhecer seu pai, desde que nasceu mora na casa da avó junto com sua mãe. Quando tinha cinco anos, sua mãe casou-se e foi embora, mas (B.) não quis ir e continuou morando com a avó. Nunca chegou a morar com seus irmãos mais novos.

Antes de vir para o lar, (B.) estava morando na casa da avó, juntamente com sua tia, prima e tio. Ela relata que sua vida foi boa e tranquila. Ela engravidou do namorado e este disse a ela que irá ajudar com as despesas do bebê. Ela veio para o lar por vontade própria apenas para dar a luz, depois que tiver o bebê irá voltar para a casa da avó. Pretende trabalhar e cuidar do bebê, atualmente está feliz.

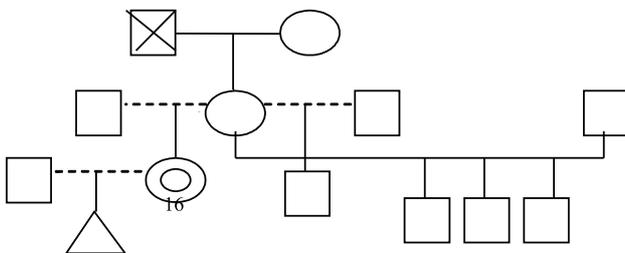


Figura 2 Genetograma do sujeito (B.)

(C.) morou até os sete anos com seu pai em uma cidade do interior do Paraná e desde esse período não tinha a mãe por perto – seus pais são separados. Após esse período, (C.)

mudou-se para outra cidade do interior do Paraná para ir morar com sua avó e também com uma tia, ambas por parte de mãe – ora morava com uma, ora com outra.

Na infância, (C.) conta que apanhava dos outros, dormia na rua, pois quando chegava tarde em casa nem a avó nem a tia a deixavam entrar. Aos treze anos, (C.) e seu irmão decidiram procurar sua mãe, mas, segundo relato da adolescente, a mãe não quis falar com eles. (C.) disse que a mãe os trocou por um marido.

Depois disso, ainda com treze anos, (C.) saiu da casa da avó e da tia e foi morar sozinha em uma boate, onde começou a se prostituir. Permaneceu na boate por aproximadamente um mês, logo após conheceu um rapaz e foi morar com ele. Permaneceu casada por quatro meses, pois brigavam muito. Engravidou, separaram-se e ela procurou o conselho tutelar para ajudá-la.

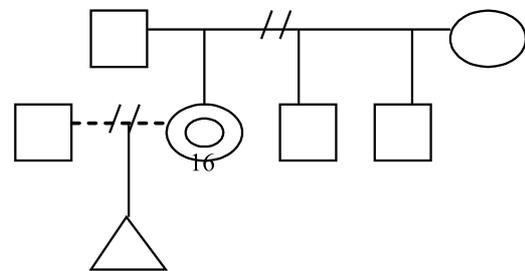


Figura 3 Genetograma do sujeito (C.)

(D.) relatou que sua infância foi normal, é a terceira filha de um total de sete irmãos. Ela conta que nasceu e viveu com sua família (pai, mãe e irmãos) até os cinco anos de idade. Após esse período, sua mãe faleceu e a colocaram em um lar para menores. Seu pai casou-se novamente e teve mais sete filhos com a segunda esposa.

(D.) permaneceu morando no lar durante sete anos. Quando completou doze anos de idade resolveu sair para, segundo ela, curtir a vida. Disse que nesse período não morou com ninguém – vivia um dia em cada lugar, morava na rua, mas nunca se prostituiu.

Quando soube da gravidez, resolveu procurar o conselho tutelar da cidade onde morava para que pudessem lhe ajudar e este órgão, por sua vez, a encaminhou para o lar onde está atualmente. (D.) disse ainda que perdeu a virgindade aos oito anos de idade com um namorado. O pai do bebê que está gestando não sabe de sua gravidez e, após dar à luz, pretende doá-lo.

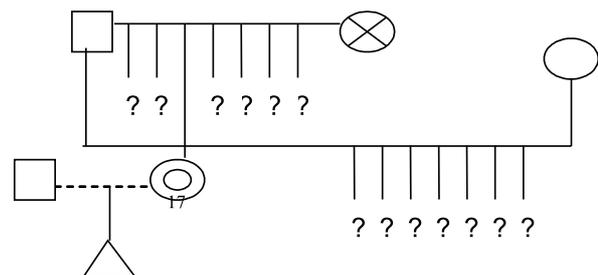


Figura 4 Genetograma do sujeito (D.)

(E.) conta que até os 8 anos de idade não morou com sua mãe - morou com uma família rica onde sua mãe trabalhava. Segundo ela, a mãe não tinha condições de sustentá-la. Aos 8 anos, sua mãe conseguiu ter condições de sustentá-la, então foi morar com a mesma. A família com que ela morava mudou-se para outra cidade e ela nunca mais teve contato.

Seus pais são separados, seu pai casou-se novamente, mas ela não sabe se ele tem outros filhos. Sua mãe não casou-se novamente. Ela é filha única, antes de vir para o Lar morava com sua mãe e com seu primeiro filho.

Aos 15 anos engravidou e foi morar com seu namorado. Não morou com ele muito tempo, pois ele foi preso. Depois que ele foi preso, (E.) voltou a morar com sua mãe. Seu primeiro filho mora com ela, o segundo mora com a mãe do seu marido e o terceiro, que ela está gestando, pretende doar.

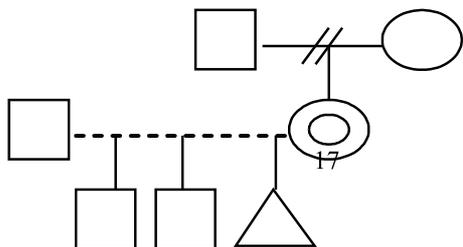


Figura 5 Genetograma do sujeito (E.).

Os pais de (F.) são separados. Desde que (F.) tinha dois anos o juiz deu a guarda para o pai, mas ela conta que passou a infância e parte da adolescência morando um pouco com a mãe e um pouco com o pai.

Aos catorze anos decidiu ir morar com uma amiga no centro da cidade, por alguns meses. Com quinze anos conheceu um rapaz e foi morar com ele. Permaneceram juntos durante seis meses, engravidou e no segundo mês de gravidez separou-se. Então ela procurou o conselho tutelar da cidade onde morava e a encaminharam para o lar. Atualmente esta criança está com um ano e oito meses.

Ao sair do lar, (F.) foi morar com um irmão. Nesse período conheceu outro homem e casou-se - engravidou do segundo filho. Estava vivendo bem com o marido quando este decidiu mudar-se para o estado do Mato Grosso. Disse a ela que não tinha dinheiro para pagar sua passagem, então ela voltou para o lar pela segunda vez com a promessa do marido de que voltaria para buscá-la. Falaram-se algumas vezes pelo telefone, desentenderam-se, ela perdeu o contato com ele e nunca mais se falaram. Atualmente, mora no lar e não decidiu ainda se irá doar a criança ou não.

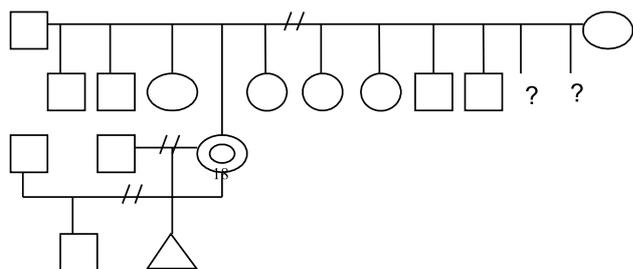


Figura 6 Genetograma do sujeito (F.).

(G.) começou a contar de sua vida desde que estava no ventre de sua mãe. Segundo ela, naquela época sua mãe ficou grávida muito nova e o pai dela mandou-a para um lar para que pudesse doar o bebê. A mãe retirou-a do lar ainda grávida e a trouxe de volta para casa. Após dar à luz a (G.), sua mãe era obrigada por sua avó a se prostituir, para dar-lhe o dinheiro. (G.) não conhece seu pai e disse que, nessa época, quem cuidava dela era a sua avó, pois sua mãe dormia de dia para se prostituir à noite.

Sua mãe contraiu o vírus da AIDS e, sem saber, ficou grávida pela segunda vez, mas o feto não contraiu o vírus. Nasceu sua irmã, que desde bebê mora no interior do estado de São Paulo com a avó paterna. Foi durante a segunda gravidez que sua mãe descobriu o vírus da AIDS. No avanço da doença de sua mãe, sua avó resolveu interná-la para que pudesse ser melhor assistida. Disse a (G.) e ao seu avô que iria pra junto da filha para cuidar dela. A avó saiu de casa e nunca mais voltou. Ela tinha cinco anos na época.

O avô retirou sua mãe do local onde estava internada e cuidou dela até sua morte. A mãe de (G.) faleceu quando ela tinha seis anos e meio. Foi seu avô quem a criou e era com ele que ela morava até ser encaminhada para o lar. Dos sete aos doze anos, (G.) comenta que não se recorda direito, mas diz que foi normal, passou essa fase apenas estudando.

Aos doze anos ficou dependente do álcool e das drogas. Segundo ela, fumava cigarro e maconha, seu avô não sabia de nada. Também aos doze anos, (G.) perdeu a virgindade vítima de estupro.

Aos quinze anos engravidou pela primeira vez de um rapaz com quem ela ficava. Perdeu o feto por aborto espontâneo, pois, segundo ela, não sabia que estava grávida e se soubesse teria cuidado do bebê. O aborto aconteceu no quinto mês de gravidez. Ela foi para o hospital sentindo fortes dores, entrou no banheiro sozinha e sem a ajuda de ninguém, tossiu forte e o bebê saiu. Ela pegou-o com a mão e viu que era mal-formado, pois não tinha um pé.

Com quinze anos (G.) começou a trabalhar na roça para sustentar o vício e no período da noite ia para a escola. Aos dezesseis anos começou a usar crack e cocaína. Ainda nesta idade, (G.) pegou carona com estranhos para ir até a cidade onde sua irmã morava para conhecê-la, pois até então só a conhecia por foto. Ela apenas deixou um bilhete para o avô avisando que tinha ido conhecer a irmã. A adolescente relatou que chegou a conhecer vários estados brasileiros pegando carona com estranhos, mas que também já passou muito frio e fome nessas "aventuras".

Ela diz não se lembrar da idade, mas conta que já foi presa uma vez por estar bêbada na rua. Chegaram a procurar lugares para dependentes químicos para interná-la, mas sempre acabava fugindo.

Certa vez conheceu o pai do bebê que está gerando em uma roda de amigos. Começou a ter um caso com ele quando ele ia para a cidade dela, pois era caminhoneiro. Nessa época, ela parou de trabalhar na roça pois pegava dinheiro dele para sustentar o vício. Engravidou dele e, segundo ela, já tinha perdido bastante o interesse por ele. (G.) afirma que ele não sabe de sua gravidez, pois o mesmo sofreu um acidente e não se falaram mais. Ela não tem mais notícias dele.

Município de Maringá e entre as justificativas apresentadas para o encaminhamento ao Lar Preservação da Vida estavam:

Morava com a tia – engravidou – foi para a casa da sogra da irmã – veio encaminhada pela assistente social. (A)

Procura espontânea – conselho – veio para ganhar o bebê (vai voltar para a família). (B)

Perdeu a família – rua – parceiro – largou – veio encaminhada pelo conselho tutelar. (C)

Morava no Lar – rua – conselho tutelar – veio para ganhar o bebê (vai dar o bebê) não tem para onde voltar. (D)

Morava com a família – parceiro foi preso – família – veio para ganhar o bebê (necessita de cesárea) vai voltar para a família, vai dar o bebê. (E)

Marido trouxe para o Lar e foi para outro Estado – procurou o conselho – perdeu o contato com o parceiro – veio para ficar durante a gravidez até o parto (não sabe para onde ir, não sabe o que vai fazer com o bebê). (F)

Morava com o avô – veio para o Lar através da Assistente Social – veio para ganhar o bebê e vai voltar para casa. (G)

Morava no Lar – foi morar com a irmã – Lar – veio encaminhada pelo conselho tutelar. (H)

De todas as entrevistadas apenas duas nunca moraram com a família, (D e H). Entretanto, podemos constatar pela declaração do motivo do encaminhamento delas para o Lar (pelo genotograma apresentado mais à frente) e pela história de vida, que os sistemas familiares eram bastante diversificados e comprometidos.

Escolher um nome implica em identificação com emoções positivas, lembranças boas e expectativas de futuro. Afinal, escolhe-se o nome de alguém por admirar outro alguém com aquele nome, por achar belo alguém com aquele nome, por idealizar um estilo de vida semelhante ao portador daquele nome, ou seja, por desejar as mesmas coisas que estão associadas a determinado nome.

A respeito de sua condição atual, questionamos sobre a idade gestacional e procuramos averiguar o investimento emocional no bebê, perguntando sobre a escolha do nome e seu motivo para fazê-lo. O resultado obtido foi agrupado no quadro 4.

Podemos constatar que a maioria quase absoluta não escolheu um nome para seu bebê. Essa “não escolha” do nome talvez esteja ocorrendo em virtude da situação atual vivida de desamparo, que passa a colocar em foco inicialmente questões mais voltadas à sobrevivência (subsistência) da própria gestante.

É provável também que a gestação e o filho ainda não sejam concretos, reais no consciente da gestante e por isso não haja ainda um “filho” ocupando um lugar no imaginário desta mãe.

Outra hipótese seria de que ao escolher o nome a mãe estivesse projetando no bebê suas expectativas e desejos relacionados ao futuro e frente à realidade vivida e à sua situação de desamparo, essa possibilidade fosse muito difícil de ser concretizada. Há muita indefinição na vida destas gestantes, falta perspectiva de futuro.

Quadro 4 Tempo de gravidez versus escolha do nome versus motivo da escolha.

| | MESES | NOME ESCOLHIDO | MOTIVO |
|---|----------|----------------|---|
| A | 7º mês | Não | Sabe o sexo mais não escolheu o nome, pensa em Diego por ser um nome bonito. |
| B | 9º mês | Não | Sabe o sexo e tem um nome mais ou menos em vista. |
| C | 4º mês | Não | Porque não sabe o sexo. |
| D | 6º mês | Não | Porque ainda não apareceu nenhum nome bonito. |
| E | 5º mês | Não | Porque vai dar o bebê. |
| F | 9º mês | Não | Não justificou (duas semanas depois de ganhar o bebê ainda não tinha escolhido o nome). |
| G | 6º ½ mês | Sim | Acha bonito. |
| H | 2º mês | Não | Porque não sabe o sexo. |

O sentimento referido ao saber da gravidez foi:

“Feliz.” (A)

“Feliz.” (F)

“Normal... fiquei sossegada.” (B)

“Normal.” (D)

“Normal, sei lá, só não passa pela minha cabeça em abortar.” (G)

“Achei bom, mais não me senti muito bem, pois não tinha lugar para ficar.” (C)

“Fiquei triste, (estou triste até hoje).” (E)

“Nervosa, fiquei com medo.” (H)

Esse sentimento de felicidade, entretanto, parece ser mais ligado a um “jargão social” em que se “espera” que a gestante fique feliz ao saber da sua gravidez pois ela seria uma maneira concreta de atestar na pele a capacidade reprodutora. Entretanto, se olharmos mais atentamente para esses discursos perceberemos que as duas primeiras respostas são curtas, lacônicas sem expressão facial correspondente, as demais expressam “pouco sentimento”, como se houvesse uma resignação e as últimas revelam um sentimento negativo associado a uma tristeza que perdura até hoje, ao medo de não ter onde ficar e ao nervosismo.

Essa análise assume importância se associada à questão do desejo e à permanência desse desejo atualmente.

“Não. Atualmente sim.” (A)

“Não. Atualmente sim (fazer o que, né? Tá feito!).” (B)

“Não. Atualmente desejo a gravidez.” (G)

“Não.” (D)

“Não (indesejada tá sendo).” (E)

“Mais ou menos, atualmente é bom.” (C)

“Foi. Atualmente não é mais.” (F)

“Foi” (queria engravidar), (Atualmente, não), “hoje me arrependo.” (H)

Cinco delas não desejaram a gravidez e entre elas estão as que falaram que ficaram felizes ao saber da gravidez ou que haviam encarado com normalidade. Associadas a ambas as respostas, podemos evidenciar a ambivalência presente nesta etapa da vida dessas mulheres como já apontava Maldonado (1982).

O início da vida sexual para as entrevistadas variou quanto a idade e iniciador:

08 anos – com namorado. (D)

10 anos – um rapaz, informação das amigas. (C)

11 anos – primo. (A)

12 anos – com namorado. (E)

12 anos – foi violentada. (G)

13 anos – namorado. (B)

14 anos – com namorado, informação das amigas. (F)

18 anos – namorado. (H)

Uma das entrevistadas, (H), demorou a iniciar na sua vida sexual (18 anos) e na primeira vez que manteve relações, engravidou. Apesar de ter recebido orientação na escola e no lar onde morava, por ter sido um relacionamento ocasional e inesperado não se protegeu e nem usou métodos contraceptivos. Inconscientemente quer assumir um papel que a mãe não foi capaz de prover. A maioria afirma ter tido orientação sobre o corpo, relação sexual, doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e métodos contraceptivos, mas na prática, pela situação atual e pelos discursos, não parecem ter internalizado o aprendizado, pois a maioria não queria engravidar e quem engravidou se arrependeu.

Questão 13: Os sentimentos referidos sobre a gravidez foram:

“Me sinto feliz.” (A)

“Depois que ganhar o bebê quero trabalhar e criar. Atualmente estou feliz.” (B)

“Não penso em abortar e nem dar. Vou cuidar.” (C)

“Nada. Normal.” (D)

“Nascer logo para dar o neném e se livrar da barriga.” (E)

“Confusa.” (F)

“Não estou nem feliz, nem triste.” (G)

“Sinto que agora eu tenho que cuidar, eu vou fazer minha família (...), onde eu fiquei o conselho foi bom (...). Já dei o que tinha que dar. Vou arcar com as consequências. Quero dar ao meu filho o que minha mãe não me deu.” (H)

Questionadas sobre ter tido ou não orientação sexual, encontramos o quadro 5.

Apenas a primeira entrevistada, que tem catorze anos, fala do desejo e do sentimento de felicidade com a gravidez, provavelmente por um dimensionamento imaturo dos novos papéis e da possibilidade de constituir um sistema familiar que pouco teve. O que predomina é o sentimento ambivalente, tristeza e confusão frente à gravidez.

A última entrevistada, apesar de nunca ter tido um sistema familiar satisfatório, parece estar usando de um mecanismo de defesa (compensação) para contrapor as experiências afetivas que não teve: quer dar ao filho o que sua própria mãe não

lhe deu.

Quadro 5 Conhecimentos e informações sobre métodos contraceptivos e sexualidade

| | INFORMAÇÃO | QUEM ORIENTOU | FEZ FALTA? |
|---|------------|-------------------------------|---------------------|
| A | Sim | Na escola. | --- |
| B | Não | --- | Fez |
| C | Sim | Todo mundo, parentes | --- |
| D | Não | --- | Não |
| E | Sim | No lar, no médico, na rua. | --- |
| F | Sim | Na escola. | --- |
| G | Não | --- | Fez (não tinha mãe) |
| H | Sim | Na escola, na igreja, no Lar. | --- |

Quadro 6 Já esteve grávida antes? O que houve?

| | SIM | NÃO | O QUE HOUVE? |
|---|-----|-----|--|
| A | | X | ----- |
| B | | X | ----- |
| C | | X | ----- |
| D | | X | ----- |
| E | X | | “Duas vezes, um eu cuidei e o outro minha sogra cuida.” |
| F | X | | “Tive o bebê e cuidei dele, hoje ele tem 1 ano e dez meses.” |
| G | X | | “Perdi o filho por aborto espontâneo.” |
| H | | X | ----- |

Quadro 7 O pai da criança atual sabe sobre a gravidez?

| | SIM | NÃO | ACREDITA QUE TERÁ APOIO? |
|---|-----|-----|---|
| A | X | | “Não.” |
| B | X | | “Ele disse que vai ajudar.” |
| C | X | | “Não sei se ele vai assumir.” |
| D | | X | --- |
| E | | X | “Tenho contato com ele quando vou na prisão, mais ele não dá nenhuma ajuda.” (sic.) |
| F | X | | “Meu marido foi embora e sumiu.” |
| G | | X | “Ele sofreu um acidente e não tive mais notícias dele.” |
| H | | X | “Estou tentando entrar em contato com ele para avisar.” |

Das gestantes, 37,5% não são primíparas, já tiveram uma gestação anterior. Sobre o parceiro e sua participação e conhe-

cimento atual sobre a gravidez, 50% dos parceiros não sabem que serão pais e destes, apenas 12,5% disse que vai ajudar e 12,5% não sabe se vai. Dentre as parceiras dos que não sabem, 50%, acredita que não terão nenhuma ajuda deles.

Sobre planos para o futuro, depois de ter o bebê:

“Vou sair, arrumar um emprego e trabalhar, vou cuidar do bebê.”

(A)

“Começar a trabalhar de cabeleleira (tem curso), e construir a vida, vou cuidar do bebê.” (H) (sic.)

“Trabalhar e cuidar do bebê.” (B)

“Sair e dar o neném.” (D)

“Voltar pra minha casa e dar o neném.” (E)

“Não imagino, estou confusa pois não sei se vou dar ou não o bebê, quando eu me decidir ai vou ver o que vou fazer da vida.” (F) (sic)

“Não quero falar sobre isso.” (G)

“Não sei. Quebro a cabeça todos os dias pensando sobre o meu futuro.” (C)

4.3 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE PARTE DA ESCALA BECK

Os resultados obtidos com a aplicação de parte da Escala Beck revelaram os seguintes resultados para alterações nos níveis de ansiedade: para mais da metade das entrevistadas (62,5%), variando entre o grau moderado (37,5%) e grave (25%).

Os resultados para os níveis de desesperança mantiveram-se entre os níveis leve (50%); moderado (37,5%) e grave (12,5%). Deve-se ressaltar que não houve resultados no nível mínimo, o que pode indicar que a falta da família (rede de apoio) tem que ser considerada como elemento importante, contribuindo e impactando sobre a esperança e a perspectiva de futuro. Constata-se que a falta de perspectiva, ou seja, o elevado grau de desesperança é verificado junto a estas gestantes, principalmente na paciente (D), que durante toda a vida morou em lares e nunca experienciou uma relação familiar padrão. Revelou-se nela um grave grau de desesperança.

O maior impacto desse desamparo familiar foi observado nos níveis de depressão, onde as variações de respostas entre os níveis moderado (12,5%) e grave (62,5%) somam 75% das entrevistadas, o que comprova a existência de depressão entre as adolescentes gestantes desamparadas socialmente.

Esse resultado fica mais evidente se agrupado (Tabela 1) e transformado em um gráfico.

Tabela 1 Resultados agrupados dos inventários B.A.I., B.H.S. e B.D.I.

| | BAI | BHS | BDI |
|----------|-----|-----|-----|
| Mínimo | 3 | 0 | 1 |
| Leve | 0 | 4 | 1 |
| Moderado | 3 | 3 | 1 |
| Grave | 2 | 1 | 5 |

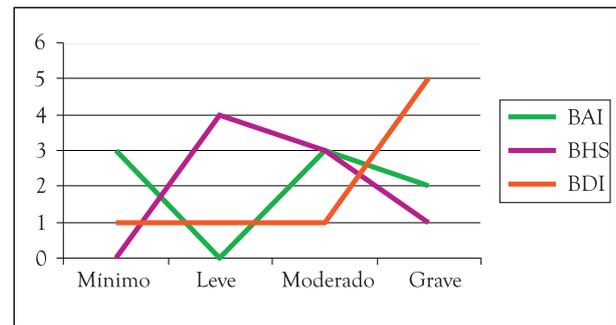


Figura 9 Gráfico comparativo dos resultados agrupados.

Através das linhas dos gráficos é possível observar comparativamente o grau de ansiedade (BAI), desesperança (BHS) e depressão (BDI), onde este último fator aparece de forma evidenciada entre as adolescentes grávidas.

5 CONCLUSÕES

As histórias de vida revelaram que essas gestantes adolescentes vêm de famílias desestruturadas com perdas e separação sem que o sentimento de “pertencimento” ao grupo social de origem esteja presente ou com modelos de identificação ausentes, inadequados ou comprometidos, tanto que muitas não têm internalizado os papéis familiares, podendo ser esta a gênese da ansiedade básica da gravidez que, por sua vez, reativa a angústia do seu próprio nascimento.

Os dados revelaram que 25% das entrevistadas têm como contar com a família após o parto e que a grande maioria (75%) não tem para onde ir ou para o que voltar, revelando o desamparo a que estão submetidas. Estes dados são compatíveis com os resultados da Escala para depressão que foi classificado para esse grupo como grave e moderado para 75% das adolescentes entrevistadas, demonstrando assim o impacto desse desamparo na vida dessas adolescentes com repercussões nas diferentes dimensões de suas vidas.

Ambas as crises (da adolescência e os problemas de ordem psicossocial) vivenciadas simultaneamente, associados ao período de fragilidade que advém nos três meses iniciais do puerpério, tornam essas adolescentes mais vulneráveis a uma depressão pós-parto e favorecem discursos de desesperança, tristeza e falta de perspectiva de futuro, com repercussões na auto-estima e levando a tomadas de decisão de forma precipitada, mais por falta de opção do que por escolha consciente.

Seria uma depressão reativa ao esgotamento produzido por fatores externos (psicossociais). Essa realidade revela as feridas abertas, as emoções não digeridas, raivas e tristezas que precisam ser elaboradas, tendo sido provavelmente ativadas na primeira infância e retomadas na adolescência. É por isso que concordamos com Bauer (2004) quando afirma que deve-se cuidar do pequeno ‘eu’ da pessoa deprimida, ensinando-o a perdoar principalmente seus pais que, primeiramente, são os primeiros a feri-los.

Essa realidade pode comprometer a capacidade da adolescente em oferecer a “maternagem” ao seu bebê, dificultando a interação da diade e podendo impactar o prosseguimento do

desenvolvimento da personalidade da criança.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**. Tradução de Suzana Maria Garagoray Ballve. 10. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1981.

BAUER, Sofia. **Da ansiedade à depressão: da psicofarmacologia à psicoterapia Ericksoniana**. São Paulo, SP: Livro Pleno, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: 1996. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/PesquisaNacDemografiaSaude.pdf>>. Acesso em: 2005.

BRUSCATO, Wilze L.; BENEDETTI, Carmen; LOPES, Sandra R. A. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: Novas páginas em uma antiga história**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2004.

CHENIAUX JR., Elias. Comentário de artigo depressão na gravidez e no puerpério. **Revista Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 129, 1999.

CUNHA, Jurema A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Tradução de Sandra Costa. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1997.

LÓPEZ, Ramón J. R. A.; PEDALINI, Rodrigo. Depressão pós-parto. Revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica. **Revista Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 115-118, 1999.

MALDONADO, Maria T. P. **Psicologia da gravidez: Parto e puerpério**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1982.

RAPPAPORT, Clara R. **Encarando a adolescência**. 2. ed. São Paulo, SP: Ática, 1996.

ROCHA, Fábio L. Depressão Puerperal. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 165-174, 1989.

TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo, SP: Atheneu, 1997.

TIBA, Içami. **Sexo e adolescência**. 6. ed. São Paulo, SP: Ática, 1992.

Recebido em: 29/05/2008

Aceito em: 23/03/2009