Contribuições da psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto

Giana Bitencourt Frizzo

Tese de doutorado apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia sob orientação do Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini

Supervisão Clínica Dr. Luiz Carlos Prado
Supervisão durante doutorado-sanduíche Dr. Juan Luis Linares

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Porto Alegre, janeiro de 2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

AGRADECIMENTOS

É muito difícil traduzir em palavras a imensa gratidão que tenho com as diferentes pessoas que me apoiaram durante o desenvolvimento dessa tese. Cada uma delas, com sua maneira particular de ser contribuiu significativamente para esse momento. Quem me conhece sabe que embora eu reconheça o valor de cada palavra, prefiro um grande abraço a mil palavras. Mas o momento é de registrar por escrito, então espero que cada palavra tenha a força de um abraço.

Agradeço primeiramente ao meu orientador, Cesar Augusto Piccinini, por todo o apoio e dedicação em todos esses anos, nos diferentes momentos de minha trajetória. Teus ensinamentos como pessoa, professor e orientador ficarão para sempre marcados em minha vida.

Ao professor e supervisor clínico Luiz Carlos Prado, que muito me incentivou com sua paixão pelas famílias com bebês, sempre com sua visão positiva do ser humano.

Um agradecimento duplo precisa ser feito para o professor Cesar Piccinini e ao professor Luiz Carlos Prado, pois eles acreditaram que era possível realizar esse estudo, e agradeço especialmente por terem acreditado no meu potencial não como pesquisadora, mas como psicoterapeuta, quando o trabalho com famílias ainda era muito novo para mim, mas apaixonante.

Aos meus professores do Instituto da Família de Porto Alegre, em especial às minhas supervisoras, Nair Terezinha Gonçalves e Adriana Zanonato, que muito me ensinaram sobre a prática com famílias. À professora Olga Falceto, um agradecimento especial não apenas pelos sensíveis ensinamentos sobre o tratamento de famílias, mas, sobretudo por incentivar e ajudar na viabilização do estágio de doutorado sanduíche na Escola de Terapia Familiar no Hospital de la Sant Creu i Sant Pau em Barcelona.

Ao professor Juan Luis Linares, meu co-orientador em Barcelona, por sua acolhida e por seus preciosos ensinamentos sobre as famílias com depressão.

Aos demais professores da Escola de Terapia Familiar: Carmen Campo, Ricardo Ramos, Félix Castillo e Iolanda D´Ascenzo pelo intercâmbio de conhecimentos e experiências.

Aos professores da banca, Terezinha Féres-Carneiro, Olga Falceto e Cleonice Bosa pelas importantes contribuições a esse estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento pelos ensinamentos ao longo de todo mestrado e doutorado. Em especial à professora Rita Sobreira Lopes, por também partilhar dos diferentes momentos do projeto Psicoterapia Pais-bebê, especialmente por suas importantes contribuições teóricas.

À Réa Ribeiro e Alziro Santos pelo auxílio técnico na realização essa tese.

À Ivani Brys pela cuidadosa revisão dessa tese e pela parceria em outros trabalhos.

Ao CNPq por viabilizar financeiramente essa tese e os diferentes momentos de minha vida acadêmica desde a graduação em Psicologia.

Às colegas Angela Marin e Camila Henn pelo cuidadoso auxílio na coleta de dados.

À equipe do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial à psicóloga Tânia Gomes, às enfermeiras do Serviço de Amamentação, da UTI Neo-natal e da

Pediatria do HCPA e à enfermeira Margery, do Posto Santa Cecília, pelo apoio e pelo encaminhamento das famílias atendidas por esse projeto.

Às famílias que participaram do Projeto Psicoterapia Pais-bebê, por permitirem que participássemos de um momento tão delicado em suas vidas, e sem as quais nada disso seria possível.

Aos colegas da turma de mestrado, tanto os que seguiram para o doutorado como aqueles que tomaram outros rumos, pela amizade. Em especial à Iara Mayor, por seu incentivo e apoio em diferentes momentos.

Às queridas colegas e amigas de doutorado: Angela Marin, Aline Vivian, Aline Gomes, Daniela Levandowski, Daniela Schwengber e Milena Silva pela amizade, apoio, pelos "grupos de sentimentos" necessários pela vida. Como psicólogas e psicoterapeutas, todas sabemos a importância de estarmos vinculadas a pessoas especiais em nossas vidas, amigas para todos os momentos.

Às amigas Bruna Melo, Laura Prochnow, Cintia Dotto e Tatiana Tamiosso pela longa amizade, que apesar de, às vezes distante fisicamente, se mantém viva em nossos corações.

Aos amigos e colegas da Escola de Terapia Familiar, que não posso enumerar todos aqui, mas em especial à Almudena, Mônica, Gaví e Joana, por todos os bons momentos partilhados na Espanha e pela amizade que se mantém apesar de um oceano de distância.

Às colegas da INTERCLIN, em especial à Ana Lúcia Marcon e Viviane Mozatto, pela amizade e excelente convivência profissional.

À minha família, mãe, pai e Bina pelo apoio, pela torcida e por todo o amor. Acho que a minha paixão por estudar famílias vem da história de uma família tão querida e amorosa. Muito obrigada por tudo mesmo.

À família de meu marido, tia Luci, tio Germano, cunhadas e cunhados, sobrinhas, pelo carinho e torcida. Em especial à minha cunhada Luciana pela convivência e amizade.

Finalmente agradeço com todo meu coração a meu marido, Fabrício, pela paciência, pelo carinho, pela compreensão, pelo amor incondicional, mesmo quando a distância física era grande, além-mar... agradeço e valorizo cada momento desses quase onze anos de história.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I **7**

INTRODUÇÃO **7**

Apresentação 7
O puerpério como contexto das primeiras interações 8
Caracterizando a depressão materna 11
Fatores associados com a depressão materna 17
Depressão materna e interação mãe-bebê 21
Relações familiares no contexto da depressão materna 25
A psicoterapia breve pais-bebê no contexto da depressão materna 35
A pesquisa em psicoterapia pais-bebê 46
Justificativa e objetivos do estudo 49

CAPÍTULO I I **51**

MÉTODO **51**

Participantes 51
Delineamento e Procedimentos 53
Questões éticas 54
Instrumentos e materiais 55

Capítulo III **60**

RESULTADOS E DISCUSSÃO **60**

Família 1: Isabela, Eurico e filho João ..... **Erro! Indicador não definido.**
1.1) Características gerais da família ..... **Erro! Indicador não definido.**
1.2) Características da história do casal e da família de origem ..... **Erro! Indicador não definido.**
1.3) Características clínicas da família ..... **Erro! Indicador não definido.**
1.4) Síntese geral das sessões ..... **Erro! Indicador não definido.**
1.5) Conjugalidade ao longo da psicoterapia ..... **Erro! Indicador não definido.**
1.6) Parentalidade ao longo da psicoterapia ..... **Erro! Indicador não definido.**
1.7) Conjugalidade e parentalidade à luz da literatura na Família 1 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Família 2: Auxiliadora, Pedro Henrique e bebê Paulo Henrique ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.1) Características gerais da família ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.2) Características da história do casal e da família de origem ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.3) Características clínicas da família ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.4) Síntese geral das sessões de psicoterapia ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.5) Conjugalidade ao longo da psicoterapia ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.6) Parentalidade ao longo da psicoterapia ..... **Erro! Indicador não definido.**
2.7) Conjugalidade e parentalidade à luz da literatura na Família 2 ..... **Erro! Indicador não definido.**

CAPÍTULO IV **257**

DISCUSSÃO GERAL **257**

REFERÊNCIAS **271**

ANEXO A **284**

ANEXO B **285**

ANEXO C **286**

ANEXO D **287**

ANEXO E **289**

ANEXO F **291**

ANEXO G **292**

ANEXO H **293**

RESUMO

O presente estudo investigou a conjugalidade e a parentalidade durante uma psicoterapia breve pais-bebê, em famílias em que a mãe apresentava depressão pós-parto. Participaram do estudo duas famílias com mães deprimidas, com base no Inventário Beck de Depressão e em uma entrevista diagnóstica. Os pais não apresentavam depressão. Foi utilizado um delineamento de estudo de casos, a fim de se analisar o processo de mudança ao longo de três momentos da psicoterapia: entrevistas iniciais, sessões de psicoterapia e avaliação final. Ao todo foram realizados 14 encontros com a primeira família atendida e 18 com a segunda. Todos os encontros foram filmados e transcritos para fins de análise, que foi baseada em duas categorias: conjugalidade e parentalidade. Os resultados revelaram que a conjugalidade e a parentalidade estavam sendo experienciadas com dificuldades pelas famílias atendidas. No entanto, isso não se traduziu necessariamente em interações disfuncionais entre a mãe e o bebê. Apesar das particularidades de cada família atendida, os resultados da psicoterapia foram bastante positivos, com relatos de mudanças tanto na conjugalidade como na parentalidade, já a partir da quarta sessão de psicoterapia. Nos dois casos também se observou que eventos significativos na história de vida das mães estavam intimamente relacionadas com as dificuldades após o nascimento do bebê, reforçando a importância de se considerar fatores relacionais durante o tratamento de mães deprimidas. As avaliações que se seguiram após a psicoterapia não revelaram depressão nas mães. A participação do pai na psicoterapia se mostrou muito relevante para a melhora de suas esposas, refletindo num aumento da satisfação conjugal. Além disso, ao se intervir durante um momento de crise na família, como a depressão após o nascimento de um filho, é possível evitar que padrões interativos disfuncionais sejam cristalizados. Discute-se o papel dos aspectos relacionais envolvidos na depressão, bem como a adequação da psicoterapia pais-bebê como um dos tratamentos possíveis para a depressão pós-parto.

Palavras-chave: depressão pós-parto; conjugalidade; parentalidade; psicoterapia pais-bebê.

ABSTRACT

Contributions of a brief parent-infant psychotherapy to conjugality and parenthood in the context of postpartum depression

The present study investigated conjugality and parenthood during a brief parent-infant psychotherapy, in families in which the mother had postpartum depression. Two families with depressed mothers participated in the study. Postpartum depression was assessed according to the Beck Depression Inventory and a diagnostic interview. The fathers didn't have depression. A case-study design was used, in order to analyze the process of change in three moments of the psychotherapy: the initial interviews, the psychotherapy sessions and the final evaluation. The total number of meetings was 14 with the first family and 18 with the second. All meetings were filmed and transcribed in order to be analyzed, based on two categories: conjugality and parenthood. The results showed that conjugality and parenthood were being experienced with difficulties by the two families. However, did not result necessarily in dysfunctional interactions between the mother and the baby. Despite the particularities of each family, the results of the psychotherapy were very positive, with report of changes in both conjugality and parenthood from the forth session onwards. In both cases it was also observed that significant events in the mothers' life history were intimately related to difficulties after child birth, reinforcing the importance of relational factors during the treatment of depressed mothers. The evaluations that were made after the psychotherapy did not show depression in the mothers. The fathers´ participation in psychotherapy seemed to be very relevant to theirs wives´ improvement, reflecting an increased marital satisfaction. Moreover, when intervening in a moment of crisis in the family, such as depression after childbirth, it is possible to avoid that dysfunctional interactional patterns be crystallized. The role of relational aspects involved in depression is discussed, as well as the adequacy of parent-infant psychotherapy as one of the possible treatments for postpartum depression.

Key-words: postpartum depression; conjugality; parenthood; parent-infant psychotherapy

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

Apresentação

O desenvolvimento humano ocorre dentro de um contexto social (Fitzgerald & Field, 1997). De acordo com Bowlby (1989), os bebês humanos parecem ser pré-programados a desenvolver-se de uma forma socialmente cooperativa. Corroborando esse ponto de vista, Minuchin (1982) descreve que o homem sobrevive em grupos, e esta é uma característica inerente à condição humana. Assim, a necessidade mais básica da criança é de uma figura materna, para alimentá-la, protegê-la e ensiná-la.

Contudo, a depressão parental pode modificar o comportamento dos genitores e alterar o desenvolvimento do bebê, o que pode acarretar risco, predispondo-o a problemas emocionais e de comportamento (Jacob & Johnson, 1997). De acordo com Phares, Duhig e Watkins (2002), as famílias nas quais um dos genitores apresenta depressão tendem a ser menos coesas, menos adaptativas, mostram menos envolvimento e são mais superprotetoras do que famílias nas quais nenhum dos pais apresenta algum distúrbio. Embora estes fatores estejam associados a problemas emocionais e de comportamento infantis, parece que as crianças de famílias em que um genitor apresenta depressão estão particularmente predispostas a desenvolver alguma patologia.

Assim, os bebês de mães deprimidas estão em risco de desenvolver problemas em interações sociais mais tarde, pois as relações com os primeiros cuidadores servem como modelo para futuras relações (Bowlby, 1989). A história de interações com uma mãe deprimida pode ter um efeito contagioso no estabelecimento dos padrões interativos próprios do bebê (Field, Healy, Goldstein & Guthhertz, 1990). Há evidências de que a depressão parental contribui para o desenvolvimento de apego inseguro, o que acaba por colocar a criança em risco para futuros problemas, inclusive depressão (Cummings & Davies, 1999; Teti, Gelfand, Messinger & Isabella, 1995).

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é compreender as contribuições de uma psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade, em famílias em que a mãe apresenta depressão pós-parto.

Inicialmente, serão revisados os principais estudos sobre as características do puerpério e dos transtornos do pós-parto, em particular da depressão pós-parto. A seguir, serão apresentados e discutidos os principais estudos sobre o impacto da depressão pós-parto para as relações familiares. Por fim, discutem-se as questões relativas à psicoterapia breve pais-bebê.

O puerpério como contexto das primeiras interações

O puerpério, assim como outras fases do ciclo vital como a adolescência e a gravidez, é um período propenso a crises, por causa das mudanças físicas e psicológicas que o acompanham (Maldonado, 2000). A literatura indica diversas mudanças que surgem com a chegada de um bebê, inclusive em termos psíquicos (Likierman, 2003). Após o nascimento da criança, há muitas alterações na vida da mulher, pois ela precisaria entrar em contato com seu novo corpo, que não é nem o corpo de antes da gestação e nem o corpo grávido. Segundo Maldonado (2000), seria preciso fazer o luto do corpo grávido para que a mulher possa tomar posse deste novo corpo. Para Szejer e Stewart (1997), essa busca estaria relacionada com um desejo de se reencontrar e de restabelecer o equilíbrio perdido durante a gestação, tarefa esta muitas vezes fadada ao fracasso, pois quase sempre a gravidez acarreta alterações corporais na mulher. Insatisfações quanto às mudanças corporais são muito comuns, podendo aparecer tanto na relutância em ser vista em público, como de ficar nua em frente ao parceiro ou ao espelho (Brockington, 2004).

Após o nascimento do bebê a identidade da mãe também é modificada. De acordo com Stern (1997), ela precisaria mudar o centro de sua identidade, de filha para mãe e de profissional para mãe de família. Tal reorganização é importante para que a mãe possa alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo, energia e suas atividades. Dessa forma, a mãe precisa negociar a quantidade desse "investimento materno" – alimentação, amamentação, carinho, atenção - que o bebê precisa receber, sem que isso a sobrecarregue demais (Likierman, 2003). Isso pode se tornar especialmente difícil quando a mãe já tem outros filhos, pois ela precisará passar a dividir sua mente e suas emoções entre mais de uma criança, tendo de decidir quanto de investimento poderá dispor para cada uma sem ficar psicologicamente e mesmo fisicamente esgotada (Likierman, 2003). E essa é uma decisão conflituosa que normalmente aparece quotidianamente, a cada mamada, a cada troca de fraldas, a cada momento em que a mãe precisa estar com seu bebê.

Após o nascimento do bebê, a mãe também precisa fazer o luto do bebê imaginário para entrar em contato com o bebê real (Maldonado, 2000). A primeira tarefa materna, para Soifer (1992), seria fazer a separação entre o que foi perdido - a gravidez - e o adquirido - o filho. Toda mãe imagina como será seu bebê, e o bebê real nunca é como o imaginado, por isso é preciso que a mãe possa elaborar essa perda entre o esperado e a realidade. Não é difícil imaginar o quanto isso pode deixar a mãe vulnerável neste período. Acrescenta-se a isso, segundo Soifer, o fato de que inicialmente o bebê apenas chora, mama e dorme ao lado da mãe, ligando-se escassamente a ela, o que pode deixá-la confusa, perplexa e deprimida.

Sem dúvida, a maior mudança após o parto é o processo de desenvolver uma relação com o bebê (Brockington, 2004). Isso significa que é no puerpério que se inicia mais concretamente o relacionamento mãe-bebê, e por isso esse período parece ter um significado psicológico fundamental para ambos (De Felice, 2000). Segundo Maldonado (2000), neste início de interações, mãe e filho ainda não se conhecem direito, o que acaba por estabelecer uma relação pouco estruturada, não-verbal e muito emocional entre eles. Nessa fase, o bebê constitui-se como um enigma a ser desvendado pela mãe. Aos poucos, a díade vai conhecendo-se melhor e pode descobrir melhores formas de interação. Para a autora, essa falta de estruturação, ou seja, a falta de conhecimento mútuo entre a díade mãe-bebê neste relacionamento incipiente, oportuniza que a mãe faça muitas projeções de expectativas em relação ao bebê e a si mesma como mãe. Segundo Cramer (1997), essas projeções permitem que a mãe familiarize-se com seu bebê. Contudo, segundo Dunnewold (1997), é possível que, ao deparar-se com a não realização das expectativas não só em relação ao bebê, mas também quanto ao papel materno, de esposa e de dona de casa, a mãe possa sentir-se angustiada, deprimida, irritada, ansiosa e até culpar-se pelo fato de tais expectativas não corresponderem à realidade. Além disso, é bastante provável que expectativas excessivamente positivas deixem-na despreparada para lidar com as mudanças que acontecem após o nascimento do bebê (Sherwen, 1991).

Dentre os autores que estudaram e descreveram o que acontece com uma mulher no puerpério, destacam-se Winnicott (1978), Stern (1997) e Cramer e Palácio-Espasa (1993). Segundo Winnicott, nesse período a mulher entra num estado especial, por ele denominado de "preocupação materna primária". Tal condição é caracterizada por um estado de sensibilidade aumentada, que se desenvolve gradualmente ao longo da gravidez e dura até algumas semanas após o parto. Seu objetivo é capacitar a mulher a preocupar-se com seu bebê, podendo excluir seus outros interesses temporariamente, além de possibilitar que a mãe coloque-se no lugar do bebê e possa daí ser responsiva às necessidades dele. A mãe precisa identificar-se com o seu bebê para que consiga compreendê-lo. Para Winnicott, o estabelecimento da preocupação materna primária fornece um enquadramento que permite ao bebê revelar suas tendências de desenvolvimento, experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase de sua vida. Winnicott faz uma ressalva, porém, de que esse estado requer um trabalho psicológico da mãe, pois não é algo natural e é possível que algumas mulheres consigam ser boas mães sem necessariamente passarem pela preocupação materna primária.

Assim, nesse momento, a mãe precisa desenvolver uma identificação com seu bebê, para que possa imaginar o que ele precisa e daí colocar-se em seu lugar (Granato & Aiello-

Vaisberg, 2003). Conforme Granato e Aiello-Vaisberg (2003), a mãe precisa sobreviver aos ataques de cólera de seu bebê, à sua indiferença, à sua recusa ou extrema voracidade de se alimentar, à falta de sono que ele lhe impõe, em suma, precisa renunciar aos seus próprios interesses para poder cuidar de seu bebê. Mas ela consegue fazer tudo isso por causa desse estado especial em que se encontra[1].

Já Stern (1997) chama de constelação da maternidade a nova e única organização psíquica que surge com o nascimento do bebê. Sua duração é temporária, mas pode levar de meses a alguns anos. Ela vira o eixo organizador central da vida psíquica da mãe e suprime, ao menos temporariamente, as outras organizações e complexos maternos. A constelação da maternidade é um conjunto de preocupações distintas, que envolvem os seguintes temas: vida-crescimento, relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da identidade.

Assim como na preocupação materna primária de Winnicott, a constelação da maternidade de Stern não é obrigatória a todas as mulheres, pois elas não necessariamente se tornarão mães. Além disso, essa organização psíquica se dá em resposta a engravidar e a ter um bebê num determinado ambiente cultural. Ela não é natural nem inata, mas criada a partir do contexto da maternidade em sociedades ocidentais e pós-industriais, embora possa haver influência de alguns fatores psicobiológicos, especialmente hormonais. Todavia, as condições sócio-culturais parecem determinar como e se as influências psicobiológicas vão agir. Como a duração da constelação da maternidade é maior do que a preocupação materna primária de Winnicott, Stern (1997) considera que a constelação da maternidade engloba o construto winnicottiano.

Estendendo a questão da especificidade do pós-parto, Cramer e Palácio-Espasa (1993) também descreveram que no puerpério ocorreria uma neoformação, pois a parentalidade constitui-se em uma nova fase do ciclo vital com implicações psicobiológicas que nem sempre existiam antes. Aliás, os autores reforçam que nem poderiam existir antes, pois as mudanças são desencadeadas pelo nascimento do bebê. De acordo com os autores, o elemento capital na criação dessa neoformação, estrutural e psicopatológica, seria a inclusão do bebê na organização psíquica da mãe e mesmo do pai. Assim, especialmente do ponto de vista materno, a criança estaria incluída em seus espaços intra e extrapsíquicos, o que favoreceria tanto as confusões *self/não self*, como as projeções de conteúdos psíquicos maternos sobre a criança. E é nessa indivisão psíquica que está a originalidade do funcionamento e da psicopatologia interativa do pós-parto. Conforme os autores, é esse entrelaçamento entre o intrapsíquico, especialmente dos pais, e o interpessoal, que seria característico do puerpério,

---

[1] Parte dessa sessão é derivada do artigo publicado por Frizzo & Piccinini (2005) na Revista Psicologia em Estudo intitulado "Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos".

quando as histórias parentais e adquiridas, relacionadas com o nascimento do bebê se misturam na produção da neoformação. Também os aspectos inconscientes transmitidos através das gerações que influenciam no desenvolvimento emocional e na constituição do psiquismo do bebê (Silva, 2002). No entanto, ressalta-se que a neoformação, ou seja, a patologia do puerpério descrita por esses autores, não afeta todos os setores de funcionamento psíquico da mãe, nem poderia ser reduzida apenas aos antecedentes históricos da mãe, especialmente porque também estão incluídas as contribuições do bebê nessa conflitiva. Enfim, o encontro mãe-bebê pode produzir uma patologia específica, cuja dinâmica parece ser mais determinada pelas vicissitudes do apego e da interação do que pela personalidade preexistente da mãe (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Além disso, esse movimento psíquico só se torna possível porque as estruturas psíquicas dos pais parecem tornar-se mais flexíveis quando da chegada do bebê e por isso as transformações emocionais são mais intensas nesse momento (Silva, 2002). Soma-se a isso o fato que o nascimento de um filho pode, por exemplo, reativar uma problemática antiga, que não tenha sido suficientemente elaborada pela mãe (De Felice, 2000) ou mesmo pelo pai ou pelo casal.

Caracterizando a depressão pós-parto

Devido a algumas condições específicas ao encontro mãe-bebê e pai-bebê, é possível que a mãe sinta dificuldades em lidar com essa nova situação. A literatura basicamente diferencia três tipos de transtornos do pós-parto: a melancolia da maternidade (*baby blues)*, a psicose puerperal e a depressão pós-parto. Segundo Miller (1997), a melancolia da maternidade seria um estado mais reativo do que um estado de depressão propriamente dito e parece ser concomitante a mudanças neurofisiológicas normais no puerpério. Por fim, a depressão pós-parto materna parece ser multideterminada, podendo ter influências da genética, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. Além disso, a depressão pós-parto pode ser o principal transtorno apresentado pelas mulheres após o parto (Souza & Daure, 1999). A psicose puerperal caracteriza-se por ser uma desordem psiquiátrica rara e grave, que normalmente exige internação (O'Hara, 1997). Digno de nota é que, segundo O'Hara, nem a psicose puerperal nem a melancolia da maternidade são consideradas patologias específicas pelo DSM-IV (APA, 2002) ou pela CID-10. O DSM-IV apenas classifica se os episódios começaram ou não no pós-parto, ou seja, nas quatro primeiras semanas após o parto. No entanto, dada a larga utilização desse sistema, o presente estudo utiliza os critérios do DSM-IV, embora diversos autores tenham sugerido que, por vezes, os sintomas da depressão pós-parto podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê e não

necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento (Beck, Reynolds & Rutowsky, 1992; Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995, Nonacs & Cohen, 2005).

A literatura recente tem sido inconsistente quanto à especificidade ou não da depressão após o nascimento de um bebê. Alguns autores sugerem que existe pouca distinção entre as depressões que acometem as mães de crianças pequenas ao longo do primeiro e até do segundo ano de vida das crianças (Beeghly, Weinenberg, Olson, Kernan, Riley & Tronick, 2002; Cooper, Campbell, Day, Kennerly & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993; Nonacs & Cohen, 2005). Já outros autores chegam a propor que a depressão ao longo do primeiro ano de vida do bebê seria um diagnóstico específico, pois é peculiar ao período após o nascimento do bebê e sempre envolve pelo menos a díade mãe-bebê e, na maioria das vezes, a família inteira (Steiner & Tam, 1997). Corroborando essa afirmação, Cooper e Murray (1995) relataram que independentemente dos fatores causais serem biológicos ou intrapsíquicos, a depressão pós-parto ao longo do primeiro ou segundo ano de vida do bebê continua sendo um diagnóstico específico, diferenciado de depressões que não têm seu início no puerpério, por envolver não só a mãe, mas também o bebê. Corroborando esse ponto de vista, conforme Riecher-Rössler e Fallahpour (2003), embora a depressão pós-parto não seja uma entidade nosológica específica em termos de etiologia, sua especificidade se deve ao seu tratamento, que necessita ser realizado com muito apoio e atentando para o vínculo com o bebê. Claro que existem algumas questões que são específicas do momento da chegada de um novo bebê, como preocupações em relação à capacidade de cuidar do bebê, diminuição da feminilidade e distúrbios do sono, que não se justificam apenas pela atenção que o bebê requer (Souza & Daure, 1999). Podem também estar presentes sentimentos de rejeição ao bebê, com a mãe deprimida tentando que outra pessoa assuma os cuidados do seu filho (Brockington, 2004).

Apesar dessas inconsistências, optou-se por utilizar, no presente estudo, o critério do DSM-IV (APA, 2002), que define depressão pós-parto como um episódio de depressão maior que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto, ainda que diagnosticada posteriormente a esse período, desde que retrospectivamente seja possível investigar o início dos sintomas.

Embora a melancolia da maternidade seja bastante comum e a psicose puerperal seja rara nas diferentes culturas, a incidência da depressão pós-parto parece variar muito de acordo com o contexto cultural no qual a família está inserida. Mulheres de culturas que oferecem pouco apoio no período do pós-parto, mas exigem grandes expectativas com relação ao papel materno, parecem estar mais vulneráveis ao aparecimento desse transtorno (Miller, 1997).

Segundo esse autor, presume-se que tais transtornos sejam qualitativamente diferentes e não existam como um *continuum*, embora possam estar relacionados. No entanto, às vezes pode ser difícil diagnosticar a diferença entre a melancolia da maternidade e a depressão pós-parto, pois pelo menos nas primeiras semanas após o parto, a diferença entre ambas é muito tênue (Maldonado, 2000). Buscando diferenciar um pouco mais cada um desses quadros, são descritas, a seguir, algumas das particularidades que os distinguem.

A melancolia da maternidade, que se caracteriza por crises de choro, grande labilidade de humor, irritabilidade e hipersensibilidade emocional, diferencia-se do humor predominante de alegria que ocorre comumente no pós-parto. Segundo Szejer e Stewart (1997), a melancolia da maternidade pode ser considerada um estado depressivo benigno e normalmente transitório. Parece que a característica principal desse período é um aumento na reatividade emocional aos estímulos, tais como chorar ou ficar irritada, tornar-se excessivamente feliz ou triste, em resposta a estímulos que normalmente não eliciariam tais reações (Dunnewold, 1997; Maldonado, 2000; Miller & Rukstalis, 1997). Os sintomas tendem a ser intermitentes, e podem ser acompanhados de um falta de confiança em si e de sentimentos de incapacidade (Szejer & Stewart, 1997). Em geral, a ocorrência da melancolia da maternidade acontece entre o terceiro e o quinto dia do pós-parto, podendo durar, por aproximadamente, duas semanas. Mas essa situação tende a ser solucionada em pouco tempo sem necessidade de intervenção (Miller & Rukstalis, 1997). Comumente as mães precisam apenas de apoio para solucionar a melancolia da maternidade, sendo que seu ajustamento normal ao puerpério pode levar até dois meses (Dunnewold, 1997), até mesmo porque a melancolia da maternidade não parece deixar seqüelas negativas nem para o bebê nem para a mãe, até mesmo por sua curta duração (O'Hara, 1997).

Acredita-se que a prevalência da melancolia da maternidade seja em torno de 70% a 90% (Dunnewold, 1997; Szejer & Stewart, 1997), mas para outros autores ela pode variar entre 25 a 75% dentre todas as mulheres que deram à luz nas diversas culturas, dependendo de como os diferentes pesquisadores definiram esse transtorno (Miller & Rukstalis, 1997; Parry, 1997). Segundo O'Hara, Zekoski, Phillips e Wright (1990), a melancolia da maternidade não parece estar relacionada a fatores demográficos. Mas de acordo com Miller e Rukstalis (1997), como ela está presente em diferentes contextos culturais, é possível que existam causas fisiológicas para sua ocorrência, já que na gravidez os níveis de progesterona e estrogênio elevam-se a níveis centenas de vezes maiores do que na ausência da gestação, e diminuem rapidamente após o parto. Dunnewold (1997) enfatizou que a melancolia da maternidade é causada pelas grandes mudanças hormonais após o parto e resolve-se rapidamente quando as taxas hormonais estabilizam-se. No entanto, há inconsistências nas

pesquisas que partem desse pressuposto. Por isso, ainda são necessárias mais investigações sobre o assunto.

Para vários autores, a melancolia da maternidade poderia ser uma resposta normal ao pós-parto, já que está presente na maioria das mulheres. Nesse caso, não haveria anormalidades hormonais ou fisiológicas nas puérperas (Miller & Rukstalis, 1997). De acordo com Sjezer e Stewart (1997), mulheres que têm bebês prematuros não desenvolvem a melancolia da maternidade logo após o parto, mas somente a partir do momento em que já estão com seu bebê em casa. Claro que o fato de ficar separada dele nesses primeiros dias pode deixá-las tristes, mas parece ser um quadro diferente da melancolia da maternidade. Além disso, elas também sofrem as alterações hormonais como as outras mulheres que deram à luz, mas a melancolia da maternidade só aparece quando a mãe começa a se relacionar com seu bebê quotidianamente, aproximadamente no terceiro dia em que está com seu filho. Esses mesmos autores também observaram a ocorrência da melancolia da maternidade em mães adotivas, ou seja, mães que não passaram pelas alterações hormonais da gestação. Parece que a partir do terceiro dia com a criança a mãe adotiva pode começar a demonstrar sentimentos semelhantes ao da melancolia da maternidade. Portanto para Szejer e Stewart é possível que a presença do bebê em casa possa desencadear a melancolia da maternidade da mãe.

Alguns autores consideram que a melancolia da maternidade talvez seja a expressão subjetiva dos sistemas de apego mãe-bebê dos mamíferos, pois uma característica desses seres é que eles cuidam de seus filhotes (Miller & Rukstalis, 1997). Os mamíferos possuem um sistema neurobiológico único que é ativado pelas mudanças hormonais do pós-parto e que promove o apego inicial entre as mães e seus bebês recém-nascidos. Embora a concepção desses autores não tenha sido testada empiricamente, ela é bastante interessante, pois considera a melancolia da maternidade como uma reação normal do pós-parto, que varia quanto a sua intensidade de manifestação. No caso do seres humanos, obviamente os fatores psicológicos influenciariam a percepção e interpretação das mudanças de humor, e, segundo os autores, mulheres que já apresentassem vulnerabilidade para a depressão estariam mais propensas a experienciar tais alterações como depressivas, deixando-as ainda mais vulneráveis à ocorrência de um episódio depressivo. Neste sentido, para Beck et al.(1993) a melancolia da maternidade poderia predispor a mulher à depressão ao longo do puerpério, pois a melancolia na primeira semana foi relacionada com depressão entre a sexta e décima segunda semana depois do nascimento do bebê.

Um quadro mais grave do que a melancolia da maternidade envolve a psicose puerperal, cuja prevalência é de, aproximadamente, um caso a cada mil partos e a chance de reincidência é 1 para cada 3 mulheres. A psicose puerperal tem um início agudo, podendo

ocorrer em até duas semanas após o parto, embora o risco mantenha-se grande por alguns meses (Steiner & Tam, 1997). Ao contrário da depressão, os episódios de psicose puerperal tendem a ser severos e caracterizam-se por estados de maior confusão, mania e desorientação do que as psicoses não-puerperais (Attia, Downey & Oberman, 1997). Alterações no sono parecem ser um sintoma comum, além da labilidade de humor (Attia et al.; Maldonado, 2000).

Os principais fatores de risco para psicose puerperal são ser primípara e ter uma história pessoal ou familiar de doenças psiquiátricas (Steiner & Tam, 1997). Segundo esses autores, em muitos casos a psicose puerperal prejudica muito o funcionamento normal da mulher, além de aumentar o risco de suicídio ou infanticídio. No entanto, o risco de infanticídio parece ser uma combinação entre a psicose puerperal e uma falta de apoio social adequada (Attia et al., 1997), e possivelmente também de forte negação da gravidez (Jacobsen, 1997).

Distinta da melancolia materna e da psicose puerperal, a depressão pós-parto ocorre em torno de 10% das puérperas (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1996; O'Hara et al., 1990). No entanto, estudos brasileiros têm apontado prevalências mais altas. No estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) 37% das puérperas em uma população de baixa renda, atendida pelo Programa de Saúde da Família, apresentaram critérios diagnósticos para depressão. Outro estudo brasileiro também encontrou uma prevalência mais alta de depressão em puérperas, de 24%, na consulta médica um mês após o parto (Souza & Daure, 1999). No Estudo Longitudinal de Porto Alegre: Da Gestação à Escola, que acompanhou 80 famílias de diversas configurações familiares e de diferentes níveis socioeconômicos em Porto Alegre, desde a gestação até a entrada na escola, a incidência de indicadores de depressão materna nas 47 mães avaliadas no final do primeiro ano de vida do bebê foi de 36% (Frizzo, Brys, Lopes & Piccinini, 2007). A depressão materna entre três e seis meses após o parto foi investigada por Coutinho, Baptista e Morais (2002) e a prevalência encontrada foi de 32% das mulheres que procuraram o posto de saúde onde estava sendo conduzida a pesquisa. Ainda que as amostras dos estudos acima não sejam representativas, e que tenham utilizados diferentes períodos após o parto para avaliação da depressão, seus resultados podem ser um indicativo de que a depressão pós-parto pode ser mais freqüente em amostras brasileiras do que se preconizava com base na literatura internacional (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997; O'Hara et al., 1990).

Ao se considerar a depressão como síndrome ou doença, deve-se entender que estão incluídos sintomas vegetativos, cognitivos, psicomotores, bem como alterações de humor (Cruz et al., 2005). Caracteristicamente, a depressão pós-parto compreende alterações no

apetite e sono, dificuldade de dormir, especialmente após amamentar o bebê, crises de choro, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis (Dunnewold, 1997). Também podem ocorrer idéias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa. Os sintomas tendem a ter uma duração razoável de tempo e prejudicam as atividades normais da mulher (O'Hara, 1997). Segundo os critérios do DSM- IV (APA, 2002), as características essenciais para o transtorno depressivo maior são evidências de que durante o episódio depressivo ocorra a presença de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, além de alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado.

Quanto à duração, a depressão pode estender- se por um período de seis meses a um ano (Parry, 1997). Em geral, a duração dos episódios de depressão leva alguns meses e não difere em relação ao tempo de duração de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto (O'Hara, 1997). O DSM IV (APA, 2002) sugere como critério diagnóstico para o Transtorno Depressivo Maior que o humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, quase todos os dias, por um período mínimo de duas semanas. De forma geral, os sintomas depressivos podem levar de seis semanas a três ou quatro meses para se manifestar (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1996; O'Hara et al., 1990). Hendrick e Altshuler (1997) sugerem que a depressão pode iniciar ainda antes, em torno de duas a seis semanas após o parto. Assim como no transtorno depressivo maior sem início no pós-parto, a chance de reincidência de um novo episódio depressivo após o parto é de 50% (APA, 2002; Nonacs & Cohen, 2005).

De modo geral, a literatura indica que a depressão pós-parto ao longo do primeiro ano de vida do bebê tende a ser leve (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984; Steiner & Tam, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989). Entretanto, mesmo que esses sintomas sejam leves, eles trazem muito prejuízo para a nova mãe, especialmente porque no pós-parto é esperado que a mulher sinta-se feliz com a chegada do bebê (Maldonado, 2000, Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999). Especialmente quando ela sente-se triste ou deprimida nesse período, ela pode se sentir culpada por não assumir o papel esperado dela socialmente (Riecher-Rössler & Fallahpour, 2003; Romito et al., 1999; Souza & Daure, 1999). O fato de a depressão ser

geralmente leve ou moderada faz com que freqüentemente ela não seja diagnosticada (Nonacs & Cohen, 2005; Schwengber & Piccinini, 2003), podendo eventualmente tornar-se tão severa que uma internação seja necessária (Steiner & Tam, 1997). Para Maldonado (2000), a severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, com seu papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança.

Além disso, deve-se considerar que muitas vezes a depressão é negligenciada pela própria mãe deprimida, companheiro e mesmo familiares, que podem entender que os sintomas que ela apresenta devem-se ao cansaço e desgaste natural do processo do puerpério, causado pelo acúmulo de tarefas domésticas e pelos cuidados dispensados ao bebê (Cruz et al., 2005; Nonacs & Cohen, 2005). Segundo Linares e Campo (2000), a pessoa deprimida nunca se sente à altura de suas ilusões e expectativas e isso é vivenciado com sentimentos de culpa e frustração por não conseguir cumprir suas supostas responsabilidades, o que pode fazer com que ela tente negar seus sintomas para manter a uma fachada aparente de que não há problema nos seus relacionamentos, e, no caso específico da mãe deprimida, especialmente em relação ao bebê e a suas demais relações com seu cônjuge e família de origem. Dessa forma pode-se compreender porque não é comum que a mãe deprimida reconheça que seus sintomas são considerados depressão (Stein, 2001), indicando a importância da família em ajudar a mulher a buscar ajuda quando ela não se sente bem após a chegada do bebê.

Além disso, o diagnóstico de depressão pós-parto, sem características psicóticas, é relativamente recente, datando dos anos 70 (Nonacs & Cohen, 2005). Esses mesmos autores destacaram que a depressão pós-parto costuma ser sub-diagnosticada, pois vários estudos mostram que menos de um terço das mulheres deprimidas busca ajuda e quando o fazem, relatam que os sintomas depressivos iniciaram muitos meses antes, não sendo incomum que elas estejam deprimidas mesmo um ano após o nascimento do bebê. Eles consideram que o grande risco disso é que a depressão não tratada pode contribuir para o desenvolvimento de um transtorno de humor mais crônico e refratário, além do seu impacto no desenvolvimento do bebê.

Fatores associados com a depressão pós-parto

É possível que existam causas biológicas para a depressão pós-parto, mas a literatura ainda é bastante inconsistente quanto aos fatores biológicos envolvidos na etiologia desse transtorno, talvez evidenciando a contribuição dos fatores psicológicos (Hendrick & Altshuler, 1997; O'Hara, 1997; Schwengber & Piccinini, 2003; Frizzo & Piccinini, 2005). Na revisão de literatura realizada por Schwengber, Alfaya, Lopes e Piccinini (2003), os principais

fatores de risco foram agrupados em três categorias: qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, especialmente com o companheiro, a questão da gravidez e o parto e ocorrência de eventos de vida estressantes e finalmente, as adversidades econômicas. Assim, corroborando essa afirmação, a literatura tem sido consistente em destacar que existem alguns fatores de risco que podem predispor a mulher à depressão nesse período, como eventos adversos na vida, tais como abandono por parte do pai da criança ou ambivalência do pai do bebê durante gravidez, grandes dificuldades financeiras (Cramer, 1993; O'Hara, 1997; O'Hara et al., 1984) e desemprego materno após a gestação (Souza & Daure, 1999).

Segundo O'Hara (1997) e Nonacs e Cohen (2005), ainda não há um consenso sobre quanto as variáveis demográficas podem estar relacionadas com a depressão pós-parto. É bastante provável que haja alguma relação entre as diferentes variáveis demográficas e o desenvolvimento de depressão pós-parto, mas são necessários mais estudos para investigar esse problema. O DSM IV (APA, 2002) destaca que normalmente um primeiro episódio depressivo é precedido por um evento estressor psicossocial severo. Já a partir do terceiro episódio, o papel do fator psicossocial torna-se menos importante.

O estudo de Cruz et al. (2005) não encontrou diferenças significativas quanto à idade, etnia, escolaridade, renda, ocupação, história de abortamento, prematuridade do bebê e aleitamento materno com o desenvolvimento de depressão após o nascimento do bebê. No entanto, Seguin, Potvin, St-Denis e Loiselle (1999) indicaram que existem alguns fatores de risco para depressão materna tardia (diagnosticada seis meses após o parto) em mulheres de nível socioeconômico baixo, como estressores crônicos, tais como problemas de saúde da mãe, dificuldade com o bebê, falta de dinheiro para satisfação de necessidades básicas, conflitos freqüentes com a rede de apoio, além de falta de apoio social, tanto em nível de informação quanto emocional. Um estudo romeno com 239 mães, indicou que mães com dificuldades financeiras relataram mais sentimentos de desamparo, tristeza e solidão, evidenciando a ligação entre dificuldades financeiras e depressão pós-parto. Já quanto à qualidade do relacionamento conjugal esse mesmo estudo sugeriu que o efeito das dificuldades econômicas seja indireto, mediado pela depressão pós-parto, a qual foi associada com conflito conjugal (Robila & Krishnakumar, 2005). Já o estudo de Souza e Daure (1999) com 81 puérperas brasileiras, encontrou alguns fatores de risco para a depressão pós-parto como ter uma gravidez considerada de risco, antecedentes psiquiátricos ou familiares e ser primípara. Mas os dois fatores que apareceram na totalidade das mulheres desse estudo foram ter uma gravidez não planejada e apresentar um evento de vida considerado estressante durante a gravidez, como conflitos com o parceiro, separação conjugal e morte de alguém próximo. Wile e Arechiga (1997) descreveram que muitos estudos antropológicos dos anos 60

e 70 sugeriram que, pelo menos no caso da depressão pós-parto, haveria uma ligação com fatores culturais relacionados aos países industrializados, talvez porque estes ofereçam menos apoio social para as mães.

Nesse sentido, a falta de apoio social pode se constituir em um fator de risco para a depressão pós-parto (O'Hara et al., 1984; O'Hara, 1997). Bowlby (1989) sugere que o apoio de uma outra mulher, e mesmo do marido ou companheiro, no período peri e pós-natal, pode dar grande apoio emocional ou fornecer uma base segura para a recém-mãe, tão necessária em momentos de estresse. Assim, quando a mãe se sente sobrecarregada com a chegada do bebê, não possui o apoio de um parceiro que possa ajudá-la, o desafio de ter um bebê pode assumir proporções devastadoras (Likierman, 2003). Além disso, quando a mãe tenta compensar seus desapontamentos e raiva com uma solicitude exagerada, com intensos sentimentos de culpa, ansiedade e baixa auto-estima é que se tornaria propensa a desenvolver depressão (Cramer, 1997).

Ainda com relação ao apoio para a mãe após o nascimento do bebê, a literatura tem sido consistente em sugerir que a relação conjugal talvez seja o relacionamento mais importante para a mãe no puerpério, por isso o conflito conjugal pode também predispor a mãe à depressão (Cooper & Murray, 1995; Cummings & Davies, 1994; Cummings, Keller & Davies, 2005; Fendrich, Warner & Waissman., 1990; Dessaulles, Johnson & Denton, 2003; O'Hara, 1997; Papp, 2002; Robila & Krishnakumar, 2005; Romito et al., 1999; Souza & Daure, 1999; Stein et al., 1991). Em uma revisão da literatura realizada por Dessaulles et al., (2003), os autores encontraram que pessoas com conflito conjugal têm de 4 a 25 mais risco de desenvolver depressão do que pessoas que não relatam insatisfação conjugal, tanto em amostras clínicas como não clínicas. Já um estudo com amostra brasileira (Cruz et al., 2005) indicou que quanto maior a percepção de suporte social do marido ou companheiro, menor a prevalência de depressão pós-parto. Isso significa que o apoio do companheiro pode ter um efeito protetor para a saúde mental da mãe após o nascimento do bebê.

No entanto, o fator que mais parece influenciar o desenvolvimento da depressão pós-parto é a história pessoal e familiar de transtornos do humor (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997; O'Hara, 1997). Sentimentos negativos da futura mãe em relação ao casamento e à gravidez no período pré-natal foram fortemente correlacionados (0,83) com depressão pós-parto aos quatro meses de idade do bebê (Field et al., 1985). Já Murray, Hooper, King e Fiori-Cowley (1996a) relataram que o humor da mãe pode ser influenciado pelo desenvolvimento comportamental do bebê, pois a irritabilidade neonatal e o pobre funcionamento motor do bebê foram significativamente preditivos da depressão pós-parto.

Alguns autores estudaram a relação da depressão pós-parto com o temperamento infantil (Cutrona & Troutman, 1986; Teti & Gelfand, 1991, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989). De acordo com Whiffen e Gotlib (1989), como os bebês de mães deprimidas tenderiam a ser mais irritadiços, devido à insensibilidade materna de responder adequadamente a suas necessidades, essas mães acabariam por conviver mais com as demonstrações de afeto negativo de suas crianças do que mães não deprimidas. A interação das características dos bebês e das mães deprimidas poderia contribuir para que elas percebam seus filhos e filhas como mais exigentes. Contudo, segundo esses mesmos autores, as mães deprimidas deste estudo não relataram que seus bebês tinham temperamento mais difícil do que a média das crianças. Talvez elas se culpem por considerar que o cuidado com seu bebê é chato e difícil. Mas esta culpabilização pode ser desnecessária, uma vez que seus bebês realmente podem expressar mais emoções negativas. O mesmo não foi corroborado por Teti e Gelfand (1991). No estudo conduzido por esses autores, foi sugerido que o temperamento da criança poderia ter influência na percepção de auto-eficácia materna. As mães que relataram auto-eficácia mais baixa eram as que possuíam escores mais altos numa escala que media a depressão e percebiam seu bebê como tendo um temperamento difícil. É importante ressaltar o aspecto bidirecional da auto-eficácia, pois tanto a auto-eficácia materna pode influenciar o comportamento da mãe com seu filho, como pode ser influenciada por suas experiências com seu bebê ou por características da criança, conforme sugeriu este estudo.

Reforçando a relação entre o humor do bebê e a depressão pós-parto, o estudo realizado na Inglaterra por Murray et al. (1996a) com 49 mães deprimidas revelou que a irritabilidade do bebê e o pobre desenvolvimento motor foram preditivos da depressão pós-parto em mães que já eram vulneráveis à depressão. Essas duas características infantis não são contingentes e sensíveis às respostas da mãe, limitando as oportunidades de uma interação mãe-bebê mais satisfatória e engajada psicologicamente. No entanto, aos dois meses da criança, a interação mãe-bebê não foi relacionada com o funcionamento neonatal do bebê, talvez porque entre dez e quinze dias após o nascimento houve uma diminuição dessas características do bebê. Ou ainda porque a sensibilidade materna ao bebê pareça ser afetada quando além da depressão há outros fatores de risco presentes, como a adversidade social (Murray et al. 1996a; Murray et al., 1996b).

Em uma revisão da literatura feita por Goodman e Gotlib (1999) sobre o impacto da depressão pós-parto para a criança foram relatados alguns fatores de risco para as crianças de mães deprimidas, tais como hereditariedade da depressão, disfunções neurorregulatórias, exposição a cognições inadequadas, comportamentos e afetos maternos negativos e um contexto de vida estressante para a criança. O envolvimento e saúde paternos, a ocorrência e

duração do episódio depressivo materno e as características da criança como temperamento, sexo, funcionamento cognitivo e habilidades sócio-cognitivas da criança podem ter um efeito moderador sobre o impacto da depressão pós-parto na criança. Ou seja, a depressão materna pode exercer uma influência diferente para a criança, dependendo da intensidade do fator. Por exemplo, quanto mais velha a criança for quando ocorrer o primeiro episódio depressivo materno, menor o risco para essa criança, pois é possível que ela já possua os sistemas comportamentais maturados e estratégias mais eficientes para lidar com a doença de sua mãe.

Em suma, de acordo com O'Hara (1997), poucos fatores de risco foram encontrados de forma consistente na literatura supracitada sobre depressão pós-parto. Alguns fatores parecem ser mais importantes, como o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gravidez. Mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto, e mulheres que não podem contar com apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de desenvolver depressão. Assim, é plausível se pensar que as inconsistências na literatura possam estar relacionadas ao fato de que a depressão pós-parto é multideterminada (Frizzo & Piccinini, 2005; O'Hara, 1997; Schwengber & Piccinini, 2003). Nesse sentido, um único fator não deveria causar a patologia, mas sim a combinação de diversos fatores adversos aumentando a probabilidade da nova mãe desenvolver depressão.

Depressão pós-parto e interação mãe-bebê

Os bebês são muito vulneráveis ao impacto da depressão pós-parto porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da sensibilidade da mãe (Campbell, Cohn & Meyers, 1995). A depressão pode levar a uma interação mãe-bebê empobrecida e com irritabilidade direcionada erraticamente ao bebê (Brockington, 2004). Um fator que parece ter uma grande influência sobre o impacto da depressão pós-parto no bebê é a cronicidade do episódio depressivo (Campbell et al., 1995; Field, 1992, 1995; Goodman & Gotlib, 1999; O'Hara, 1997). Segundo O'Hara (1997), a literatura tem sido consistente em afirmar que mulheres que tiveram depressão estão em risco para desenvolver futuras depressões por pelo menos cinco anos, ou seja, filhos de mães deprimidas estariam predispostos a conviver com novos episódios de depressão de sua mãe ao longo de suas vidas. Essa questão da cronicidade foi investigada por Field, Healy, Goldstein & Guthertz, (1990). Nesse estudo, foi observado que bebês de três meses de mães deprimidas apresentavam padrão de interação deprimido, mas se sua mãe já tivesse se recuperado da depressão aos seis meses, nessa idade ele não mais apresentava esse padrão. Campbell et al. (1995) encontraram resultados análogos ao estudar bebês de mães deprimidas aos dois, quatro e seis meses de idade. Aos seis meses, bebês de mães que continuavam deprimidas eram menos positivos em situações de interação face-a-

face, enquanto que aos dois meses não houve diferenças entre os grupos. As mães que continuavam deprimidas também eram menos afetivas com seus bebês e se engajaram menos com eles do que mães que não estavam mais deprimidas aos seis meses do bebê.

Nessa mesma direção, o estudo de Schwengber e Piccinini (2004), realizado com amostra brasileira em Porto Alegre, do qual participaram 11 mães com indicadores de depressão e 15 sem indicadores, junto com seus filhos de um ano de idade, indicou que mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos facilitadores da interação, como introduzir brinquedos, manter atenção no brinquedo, expressar prazer e alegria e demonstrar ternura e afeição durante uma sessão de interação livre mãe-bebê. Houve também uma tendência a apresentar menos comportamentos não facilitadores da interação, como redirecionar atenção para outro brinquedo, evidenciar intrusividade ao brincar, mostrar apatia e contrariedade, do que mães que não apresentavam tais indicadores. Seus bebês também demonstraram mais afeto negativo durante a interação.

Para Brazelton e Cramer (1992), a retração e a inibição de uma mãe deprimida são dois grandes obstáculos para a construção de uma relação mãe-bebê saudável. Crianças de genitores deprimidos estão expostas a comunicações emocionais ambíguas, negativas e incoerentes na sua expressão verbal e fisionômica. É possível que essas inconsistências possam predispor os bebês de mães com depressão a estabelecer apegos inseguros, com conseqüentes dificuldades nos seus padrões de relacionamentos posteriores. Além disso, de um ponto de vista neuropsicológico (Motta, Lucion & Manfro, 2005), os estudos mostram que a mãe deprimida pode apresentar dificuldades em tamponar a ação de estímulos estressores que favoreçam a aprendizagem de estratégias adequadas e adaptativas para lidar com situações estressantes com seus filhos. Esse déficit poderia até mesmo influenciar no padrão de vínculo mãe-bebê e conseqüentemente no padrão de apego do bebê, uma vez que o sistema de estresse parece estar intimamente associado com os padrões interativos do bebê, pois estudos demonstraram uma coexistência de alterações em ambos os níveis. Importante mencionar, no entanto, que os autores do estudo fazem uma ressalva de que o estilo de interação emocional ao qual o bebê está exposto pode ser mais crítico do que o diagnóstico de depressão em si.

Existem muitos autores que defendem que a depressão pós-parto deve ser entendida em termos da interação mãe-bebê. Por exemplo, Cramer (1997) considera que a depressão pós-parto é uma desordem da relação, pois haveria uma relação não proveitosa tanto para a mãe como para o bebê e os resultados terapêuticos, quando a díade passa por uma intervenção, afetam tanto o humor da mãe como as aquisições do bebê. Segundo Stern (1997), apesar de as influências patogênicas para o bebê poderem estar ligadas a fatores sociais,

econômicos e culturais, elas só têm impacto para ele quando passam pela interação com sua mãe. Thoman (1975) descreveu que após a consolidação dos padrões comunicativos da díade mãe-bebê, ou seja, a partir do momento em que a mãe consegue entender os códigos de seu bebê e que este aumenta sua reatividade e descobre o mundo através do olhar e do riso, ele já tem condições de também gratificar sua mãe, numa relação de troca. Para Prado (1996), o sorriso do bebê é uma forma de retribuição dos cuidados recebidos aos pais e às mães, o que pode ajudar na consolidação do apego. Quando as mães não retribuem o sorriso do seu bebê, como no caso das mães deprimidas, o bebê pode passar a usar cada vez menos essa forma de comunicação, a menos que existam outros familiares ou pessoas que possam estimular esse bebê. Assim, quando as interações não são recompensadoras, o bebê pode não se desenvolver em aspectos essenciais, podendo tornar-se retraído, apático e até morrer (Brazelton & Cramer, 1992). Ou, de acordo com Winnicott (1978), *"sem uma provisão ambiental suficientemente boa, este self que pode se dar ao luxo de morrer, nunca se desenvolve"* (p. 497).

A depressão pós-parto pode ser considerada um macroevento e, como tal, provavelmente não teria significado para o bebê (Stern, 1997). No entanto, o bebê experiencia a depressão pós-parto em microeventos, que constituem um nível descritivo dos eventos. Segundo Stern, os microeventos são as manifestações mais palpáveis e possuidoras de um sentido para o bebê. Por exemplo, quando o bebê sorri, a resposta da mãe a esse sorriso é considerada um microevento. Quando a mãe está deprimida ela rompe o contato visual com o bebê e não tenta retomá-lo, torna-se menos responsiva e sua animação e tonicidade desaparecem. A depressão pós-parto, então, acomete a criança em forma de microeventos e na medida em que o bebê vai familiarizando-se com tais eventos, desliga-se gradualmente de sua mãe, experienciando uma "microdepressão". Essa microdepressão do bebê caracteriza-se pelo desaparecimento de sua animação, uma deflação de sua postura, uma diminuição do afeto positivo e da expressão facial. Mas, segundo Stern, há um desejo de estar-com-a-mãe que pode levar o bebê a tentar estar com ela por meio da identificação e imitação, se ele não obtiver êxito em fazer com que sua mãe volte à vida de outras formas. Ou seja, a microdepressão do bebê não é apenas resultado da falta de sensibilidade materna, mas também do processo imitativo e identificatório que o bebê utilizou na tentativa de estabelecer contato com sua mãe (Stern, 1997).

De acordo com Brazelton e Cramer (1992), a depressão pode fazer com que a mãe não responda adequadamente ao seu bebê, frustrando a expectativa da criança. Mas como as mães não são deprimidas o tempo inteiro, então, nos momentos em que elas são capazes de interagir normalmente com seus bebês, criam neles uma expectativa. Contudo, no momento em que elas se retraem novamente em função de sua patologia, o bebê fica novamente numa situação

de depressão e desesperança. No entanto, Stern (1997) explica que a maioria das mães fica aflita com sua indisponibilidade para com seu bebê e, muitas vezes, lutam mais contra isso do que contra qualquer outra característica de sua depressão, algumas vezes obtendo sucesso, pois conseguem manter uma boa interação com sua criança. Assim, a mãe deprimida pode ter sua tristeza e angústia minimizados durante os cuidados com o bebê, mas isso lhe demanda um grande esforço (Schwengber & Piccinini, 2003). Esse sofrimento da mãe pode assumir grandes proporções, pois ela sofre por ela e por seu bebê, especialmente em uma tentativa de estabelecer contato emocional, que nem sempre é bem sucedida (Likierman, 2003).

Nesse sentido, o estudo de Frankel e Harmon (1996) investigou a relação entre a depressão pós-parto em instrumentos de auto-relato e dados observacionais entre 30 mulheres deprimidas e 32 sem depressão, nos Estados Unidos. Os dados de observação não evidenciaram diferenças na interação das mães com seus filhos entre os grupos de mães com e sem depressão. No entanto, o auto-relato das mães deprimidas era mais negativo. Todas as mães deprimidas desse estudo se percebiam como mais tristes, relataram maior estresse com a maternidade, maior insatisfação conjugal e que tinham crianças menos adaptativas e mais estressantes. Segundo os autores, quando as mães estão deprimidas, parece que a primeira área afetada são suas cognições. Elas podem experienciar a depressão inicialmente como uma representação negativa de si, de sua família e de suas circunstâncias de vida. Contudo os dados mostraram que, nem sempre essas percepções se traduziram em interações disfuncionais entre a mãe e sua criança, talvez indicando que mães deprimidas parecem ser particularmente resilientes, pelo menos durante as interações com seus filhos, especialmente por se preocuparem com um possível impacto negativo da sua depressão sobre seus filhos, o que não significa que elas não estejam sofrendo com os sintomas depressivos.

Pode-se entender, então, que estar deprimido já é uma experiência muito dolorosa, pois a pessoa sente-se infeliz, inadequada e sem valor, tem dificuldades de realizar suas atividades quotidianas e percebe a vida como sem sentido ou mesmo insuportável (Romito et al., 1999). Quando a pessoa deprimida é uma mãe com um bebê, essa experiência pode ser sentida como ainda mais sofrida, pois há um bebê que demanda muita atenção, cuidados, amor e carinho. Muitas vezes ela pode sentir que não está apta a assumir todas essas responsabilidades.

O estudo de Romito et al. (1999), revelou que as mães sofrem na sua experiência subjetiva de serem novas mães, pois apresentam sentimentos de isolamento e solidão, dificuldades com as atividades repetitivas das tarefas domésticas, temor de não ser uma boa mãe e pelo conflito quanto ao seu papel materno. Já no estudo de Schwengber e Piccinini (2005) as mães com indicadores de depressão relataram maiores dificuldades em lidar com a

crescente autonomia de seus bebês, especialmente do sexo masculino, evidenciaram mais impressões negativas sobre a maternidade e menos sentimentos de serem valorizadas pelo bebê, dificuldades com relação ao excessivo envolvimento com o bebê, o que era sentido como impedimento para retomar estudos ou a carreira. Também referiram sentimentos ambivalentes em relação ao apoio social recebido por parte dos familiares e amigos, além de sentimentos muito ambivalentes em relação ao apoio recebido do companheiro e seu papel como pai. Isto sugere que a depressão pós-parto pode se constituir num importante momento de crise no ciclo de vida de familiar.

Relações familiares no contexto da depressão pós-parto

Como foi visto acima, a depressão pós-parto tende a afetar seriamente a relação mãe-bebê, especialmente em algumas situações, quando falta apoio à mãe. Nos casos em que o pai está presente, seu papel passa a ter grande relevância para a família, uma vez que a sua participação como mediador da interação mãe-bebê pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 1992).

Em famílias com um funcionamento típico, o papel do pai é funcionar como uma matriz de apoio para a mãe, protegendo-a fisicamente, provendo suas necessidades vitais e afastando-a das exigências da realidade externa para que ela possa cuidar do bebê, além de possuir uma função psicológica e educativa (Stern, 1997). Essas tarefas ficam ainda mais acentuadas atualmente, quando muitas vezes a mulher não pode contar com a família extensa para ajudá-la neste período, uma vez que antigamente esse papel era desempenhado pelas mulheres da família. Em geral, após o nascimento do bebê, as mulheres mais velhas da família serviam de modelo e ajudavam a mãe a lidar com seu bebê. Mas com o crescimento das famílias nucleares, é necessário que o marido também ajude a nova mãe em seu papel. Nesse sentido, parece que o *"marido moderno tenta assumir o vazio criado pelas mudanças em nossa sociedade ocidental, mas não sabe em que medida é capaz de fazer isto*" (Stern, 1997, pp.167).

No entanto, muitos autores referem que os pais são normalmente tão competentes quanto as mães na interação com seus filhos e filhas pequenos, por isso, é possível que uma interação positiva pai-bebê possa compensar parcialmente uma interação mãe-bebê negativa ou insuficientemente boa (Belsky, Gilstrap & Rovine, 1984; Chabrol, Bron & Le Camus, 1996, Hops et al., 1987; Parke, 1996). Quando os pais sentem-se inseguros e bloqueados para lidar com o bebê, as mães funcionam como mediadoras da relação pai-bebê, pois incentivam o pai a prosseguir na interação com o filho/filha (Brazelton & Cramer, 1992; Krob, 1999). Porém, quando há pouco estímulo e muita desaprovação por parte da mãe, pode ocorrer uma

retirada dos pais e uma interação pai-bebê mais "tradicional", ou seja, sem que este participe ativamente do cuidado do bebê (Krob, 1999). Assim sendo, seria importante investigar como se estabelece a relação pai-bebê em famílias nas quais a mãe sofre de depressão.

Os poucos estudos que consideraram o papel do pai frente à depressão pós-parto consideraram que este pode exercer um papel protetor para o desenvolvimento infantil nessas situações (Frizzo & Piccinini, 2005; Frizzo, 2004; Hossain et al., 1994; Hops et al., 1987). Ele pode prover um modelo positivo, tanto aumentando os cuidados com seus filhos, quanto apoiando a mãe deprimida, o que acaba contribuindo para uma melhor parentagem. No estudo de Hossain et al. (1994) foram examinadas a interação mãe-bebê e pai-bebê em situação de depressão pós-parto. Foram investigadas 26 famílias americanas com bebês entre três e seis meses, das quais doze mães estavam deprimidas. Cada díade interagiu por três minutos durante uma interação face-a-face. Os resultados sugeriram que o pai pode amenizar os efeitos negativos da depressão pós-parto para o bebê, pois os pais das famílias cujas mães estavam deprimidas apresentaram mais expressões faciais positivas e vocalizações do que as mães deprimidas e também os bebês mostraram mais expressões faciais positivas e vocalizações ao interagirem com seus pais.

Menos investigado ainda que a paternidade, as demais relações familiares também são importantes pois a depressão pode acarretar sofrimento não apenas para a mãe, como para os demais membros da família (Likierman, 2003). A depressão parental está relacionada com aumento de conflito conjugal, apego conjugal inseguro, menos afeto parental, estratégias disciplinares mais controladoras e vários problemas infantis (Cummings et al., 2005).

Conforme Minuchin (1982), o pressuposto de entender a família como um sistema significa que a estrutura da família passa por momentos ao longo do desenvolvimento que requerem reestruturação e que ela deve adaptar-se às circunstâncias modificadas, de maneira a manter a continuidade e a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro. Assim, o indivíduo responde ao estresse em outras partes do sistema, podendo afetar os outros membros desse sistema (Minuchin, 1982). O sistema familiar diferencia e realiza suas funções através de subsistemas. Os indivíduos são subsistemas dentro da família, assim como as díades e tríades. O indivíduo pode ser encarado enquanto um subsistema, ou como parte dele, mas o todo deve ser levado em conta. As mudanças numa estrutura familiar contribuem para mudanças no comportamento e nos processos psíquicos internos dos membros desse sistema.

Ainda segundo esse autor, uma das principais funções da família é apoiar seus membros. Quando um membro sofre estresse, os outros sentem necessidade de se acomodar às circunstâncias modificadas nela. Tal acomodação pode ficar contida dentro de um subsistema ou pode afetar toda a família, corroborando os achados empíricos dos estudos

realizados sobre depressão e interação familiar (Hops et al., 1987; Likierman, 2003). Se um membro da família torna-se seriamente doente, algumas de suas funções e poderes devem ser distribuídos entre os outros membros. Quando este se recupera, nova adaptação é necessária a fim de que ele possa ser incluído em sua antiga posição ou ajudá-lo a assumir uma nova posição dentro do contexto (Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990). Dessa forma pode-se compreender que um ponto de transição para qualquer membro da família constitui-se num desafio para todo o sistema (Minuchin, 1985). E quando ocorrem disfunções em um subsistema, a repercussão pode se dar em toda a família. Por exemplo, em situações patogênicas, uma criança pode ser o bode expiatório ou aliar-se a um dos cônjuges contra o outro, como nas alianças familiares. Assim, o foco não é apenas nos processos internos e intrapsíquicos, mas no sistema, no relacional. Nesse sentido, Andolfi (1996) afirma que a unidade de observação deixa de ser somente a pessoa, mas o conjunto de relações no qual está envolvido.

Apesar da importância do estudo da família como unidade de análise, poucos estudos investigaram as relações familiares em situação de depressão pós-parto. O estudo conduzido por Frizzo (2004) e Frizzo e Piccinini (2005) que comparou a interação familiar pai-mãe-bebê entre 9 famílias com mães com e 10 sem indicadores de depressão, em Porto Alegre, sugeriu que a depressão pós-parto pode afetar o padrão familiar. As interações mãe-bebê e pai-bebê pouco diferiram nas famílias com depressão pós-parto, ao contrário do que apareceu nas famílias sem depressão. Nestas últimas, comparada à interação pai-bebê, a interação mãe-bebê tendeu a apresentar maior incidência de comportamentos em diversas categorias examinadas, como, por exemplo, nas categorias sensibilidade, afeto positivo e estimulação cognitiva, indicando que nas famílias sem depressão pós-parto haveria uma tendência de as díades mãe-bebê serem mais ativas do que as díades pai-bebê.

Já no estudo feito por Hops et al. (1987) envolvendo 27 famílias americanas com mães deprimidas e 25 nas quais as mães não apresentavam esse quadro, os pais das famílias em que a mãe estava deprimida eram mais envolvidos com seus filhos e filhas do que as mães. Mas isto ocorria apenas quando havia um bom relacionamento conjugal, indicando que quando um dos pais está deprimido, o outro tenderia a compensar as falhas do membro com dificuldades. Os filhos e filhas de mães deprimidas mostraram mais afeto irritadiço apenas quando a depressão pós-parto estava associada com conflito conjugal. Além disso, as mães deprimidas evidenciaram maiores taxas de afeto disfórico, isto é, tristeza e desânimo, e menores índices de afeto alegre nas interações com o marido e com os filhos, sugerindo que mulheres deprimidas comportam-se diferentemente de mulheres saudáveis em seus lares. O conflito

conjugal constitui-se assim em um estressor que pode estar presente nos lares de pais ou mães deprimidos.

O estudo de Hops et al. (1987) aponta ainda para uma importante dimensão a ser considerada quando a mulher está deprimida: o relacionamento conjugal. Aliás, uma das formas que a depressão pode afetar a família é através de um possível aumento de problemas no relacionamento conjugal (Cummings et al., 2005). Essa posição é corroborada por Benazon e Coyne (2000) ao afirmarem que os processos que ligam a depressão ao bem-estar dos cônjuges parecem refletir a interdependência de pessoas casadas e os ônus de tal comprometimento. Esses autores sugerem que o impacto da depressão não se restringe ao indivíduo, pois os cônjuges de pacientes deprimidos relataram diminuição em suas atividades sociais e de lazer, queda na renda familiar e tensão na relação conjugal. Assim, conviver com uma pessoa deprimida pode ser uma fonte importante de tensão e angústia emocional para os cônjuges. O estudo de Fritsch et al. (2005) encontrou uma grande prevalência de mal-estar psicológico entre os companheiros de mulheres deprimidas. Além disso, as mulheres deprimidas desse estudo tiveram uma avaliação mais negativa da qualidade de vida familiar e da relação conjugal, posição corroborada por seus parceiros. Já Benazon e Coyne (2000) salientaram que parece haver uma recente modificação no tratamento da depressão, com uma grande ênfase no seu aspecto crônico, uma vez que a literatura indica uma tendência de que as dificuldades interpessoais de pessoas deprimidas podem não se restringirem ao episódio depressivo. Isso leva a importantes conseqüências na família, pois quando um dos pais está deprimido, o funcionamento familiar e o bem-estar da criança pode passar a depender do ajustamento e disponibilidade do pai não deprimido. Além disso, a sobrecarga sobre este pode ser ainda maior, pois segundo Papp (2002), sentir-se emocionalmente vinculado a uma pessoa, como o cônjuge, pode ser essencial no alívio da depressão. A autora chega a afirmar que nenhum relacionamento é tão importante para mulher após o nascimento do bebê como o relacionamento conjugal.

Ainda sobre a associação entre depressão pós-parto e qualidade do relacionamento conjugal, Mayor (2004), em um estudo longitudinal realizado com amostra brasileira em Porto Alegre, sugere que parecem existir diferenças nas famílias com e sem depressão pós-parto. Nas primeiras, houve maior relato de existência de conflitos, menor apoio do marido e maior insatisfação conjugal. Interessante notar que, durante a gestação, as famílias não apresentavam maiores diferenças entre si nesses aspectos. Foi após o nascimento do bebê que as diferenças entre essas famílias apareceram, sendo que as famílias com mães deprimidas apresentaram maiores dificuldades durante essa transição para parentalidade, especialmente quanto à satisfação conjugal.

A transição para parentalidade é sabidamente um momento estressante no ciclo vital da família, pois implica uma mudança que requer que os adultos avancem uma geração e se tornem cuidadores da geração mais jovem (Carter & McGoldrick, 1995). Assim, esse momento pode ser considerado como um possível fator de risco para o relacionamento conjugal e para as demais relações familiares. Autores de diferentes abordagens teóricas apresentam explicações sobre esse delicado momento para a família. Para Cramer e Palácio-Espasa (1993), a chegada de um filho impõe a identificação com o funcionamento parental dos próprios pais. Assim, a perda do estatuto de filho para se tornar pai implica um "luto desenvolvimental", que normalmente se resolve com a identificação do genitor com seus próprios pais. Essas identificações introjetivas são feitas de forma a complementar as identificações projetivas que os pais fazem sobre os filhos. Assim, o genitor identifica-se com a imagem dos pais e projeta sobre seu filho a representação de filho que sentiu ter sido para seus pais. Então, na parentalidade são reativados os conflitos e lutos mal elaborados durante a infância e a adolescência. Tal luto mal elaborado pode assumir características patológicas quando do exercício da parentalidade.

Além disso, com freqüência, algumas pessoas ao passar pela parentalidade, não conseguem preservar seus interesses pessoais e, principalmente suas relações de casal. Algumas vezes isso é sentido como um sentimento de insuficiência, de fracasso, e de esgotamento. A clínica pais-bebê mostra muito freqüentemente como ideais parentais muito exigentes podem afetar e até perturbar a vida erótica e afetiva do casal. Por trás disso, pode-se ver imagos parentais de seus próprios pais que são objeto de censuras, exigência e reivindicações por parte do genitor quando de sua infância e ou adolescência (Cramer & Palácio-Espasa, 1993).

Já conforme Minuchin (1982), a transição para parentalidade significa incluir um novo subsistema na família – o subsistema parental. Uma fronteira flexível precisa ser delineada, de forma que a criança tenha acesso a seus genitores, embora continue fora do sistema conjugal. O subsistema conjugal deve se diferenciar para desempenhar a tarefa de socialização da criança, sem perder o apoio mútuo que deveria caracterizá-lo, pois marido e mulher precisam um do outro como um refúgio para as exigências múltiplas da vida. À medida que a criança cresce, suas exigências de desenvolvimento, de autonomia e orientação impõem demandas ao subsistema parental, que deve ser modificado para atendê-las.

O nascimento de uma criança exige uma mudança radical na organização familiar. As funções dos cônjuges devem se diferenciar a fim de atender as exigências de cuidado e alimentação da criança e para manejar as restrições impostas ao tempo dos genitores. Normalmente são necessárias mudanças nos padrões transacionais da família para abarcar

essas novas tarefas. Esta reorganização pode requerer uma renegociação com a família mais ampla e com o extrafamiliar. A família extensa pode ser chamada para apoiar, guiar ou organizar as novas funções na família, assim como pode ocorrer de os limites entre a família nuclear serem fortalecidos (Minuchin, 1982). Assim, quando do nascimento de um bebê, parece haver um movimento centrípeto na família, quando avós, irmãos dos cônjuges e demais familiares próximos se aproximam do casal que acabou de ter um bebê. Nesse momento, emerge uma ocasião para demonstrar a importância das ligações que unem a família e inscrever o bebê na história familiar, com conseqüentes rearranjos no funcionamento familiar. Esse importante momento também exige uma readaptação de três famílias: a materna, a paterna e, quando nasce o primeiro filho, da nova família que surge com o seu nascimento (Souza & Daure, 1999).

Esse momento especial da transição para parentalidade e seu impacto no relacionamento conjugal foi objeto do estudo de Menezes e Lopes (2007) com cinco casais em Porto Alegre. As autoras salientaram a importância da qualidade do relacionamento conjugal estabelecido ainda antes do nascimento do primeiro filho, pois essa pode predizer alguns desfechos possíveis. Nesse estudo, casais que tinham um bom relacionamento conjugal antes do nascimento do bebê, tendiam a apresentar maior satisfação conjugal durante e após a transição para parentalidade. Já casais que tinham um relacionamento conjugal ruim inicialmente, após o nascimento do bebê não conseguiram perceber nenhuma mudança positiva com a sua chegada, inclusive mencionando um maior distanciamento emocional. As autoras sugeriram que parece ser a estrutura da relação conjugal que possui a maior influência no desenrolar da transição para parentalidade, já que esse momento pode potencializar um distanciamento já existente no casal. Os casais com maior distanciamento afetivo sentiram muito o impacto dessa transição, especialmente diminuindo a forma apoiadora de interagir com o cônjuge, aumentando situação de não-apoio e tendo dificuldades em organizar uma rotina que pudesse preservar sua conjugalidade, ou seja, um espaço ou momento somente para o casal.

A transição para parentalidade também foi investigada por Belsky e Hsieh (1990). O estudo desses autores investigou os padrões de mudanças conjugais durante os primeiros anos de vida do primeiro filho em 99 famílias americanas. Segundo os autores, o que diferenciou os casais que inicialmente estavam bem e que depois relataram declínio na satisfação conjugal foi a interação conjugal envolvendo a maneira como a criança é educada, ou seja, o conceito de coparentalidade. Pais que tem dificuldade em se apoiarem mutuamente, especialmente quanto à educação dos filhos relatavam maior conflito conjugal e menores sentimentos de amor um pelo outro. Além disso, não é incomum que em famílias com filhos pequenos os

casais acabem dedicando muito tempo aos cuidados com os filhos relegando a conjugalidade para um segundo plano (Waldemar, 1998). Pode-se perceber que há uma certa sobreposição entre os subsistemas conjugal e parental, sendo que ambos podem afetar a qualidade do relacionamento conjugal.

No estudo de Shapiro, Gottman e Carrere (2000), foi investigado o impacto da expressão de sentimentos de amor, carinho e preocupações pelos cônjuges na satisfação conjugal. Participaram do estudo 130 casais americanos. Os fatores que indicaram declínio na satisfação conjugal foram os sentimentos negativos do marido com a esposa, o desapontamento do marido com o casamento e quando ambos os cônjuges descreveram suas vidas como caóticas. Os resultados indicaram que afeição e admiração entre os cônjuges são bases para um bom relacionamento, assim como sentimentos negativos e criticismo são fatores corrosivos que minam a qualidade do relacionamento conjugal. Pode-se observar também que a contribuição dos maridos para a questão da amizade conjugal foi o que mais fortemente predisse a satisfação conjugal, indicando a importante contribuição dos maridos para a relação conjugal especialmente durante situações estressantes para a esposa, como a chegada do primeiro filho. Além disso, de acordo com Féres-Carneiro (1998), o casal contemporâneo é confrontado o tempo todo com forças paradoxais: por um lado deve sustentar o crescimento e o desenvolvimento de cada um e por outro, surge a necessidade de vivenciar a conjugalidade e os desejos e projetos comuns do casal. Conciliar essas demandas pode ser especialmente difícil para as famílias, especialmente em momentos de crise no ciclo vital, como no momento do nascimento dos filhos.

Diversas das pesquisas descritas acima têm sido consistentes em afirmar que os ajustamentos conjugais após o nascimento do bebê, e não apenas em relação ao primeiro filho, tornam-se mais difíceis quando a mulher está deprimida. De forma geral a mãe acaba tendo um envolvimento maior com o bebê, até mesmo por questões como a amamentação e por sua maior disponibilidade de tempo para cuidar o bebê, por exemplo, devido à licença maternidade (Dunnewold, 1997). No entanto, se um dos cônjuges percebe o outro como ausente, distante ou pouco envolvido, criam-se ressentimentos e mágoas que podem gerar problemas futuros. Nesses casos, mesmo que a relação conjugal pareça não ser afetada, o apoio do parceiro pode ser muito importante para a recuperação de sua esposa. Em alguns casos, mesmo as relações com a família de origem precisam ser retomadas, a fim de ajudar a mãe a seguir seu curso de forma saudável.

Dada a complexa natureza do funcionamento familiar, é bastante provável que a depressão pós-parto esteja associada a problemas de comportamentos infantis, especialmente devido a dificuldades na relação pais-criança. Uma forma pela qual isso pode acontecer é

através de uma transferência direta de humor, afetos e comportamentos de um subsistema, por exemplo,conjugal para o subsistema pais-filhos. Pode ocorrer também redução nos afetos parentais e aumento de rejeição parental e no envolvimento parental. Numa revisão da literatura realizada por Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini e Bosa (2005), os autores encontraram várias evidências de um efeito de contaminação (*spill over)* nas interações entre o relacionamento conjugal e parental, especialmente porque vai ao encontro de uma importante premissa da teoria sistêmica estrutural que preconiza que os indivíduos são interdependentes, e contribuem como parte de um sistema que controla o seu próprio comportamento (Minuchin, 1985). Assim, é bastante plausível que a diminuição de satisfação conjugal, muitas vezes associada à depressão pós-parto, possa ter um impacto nas relações pais-filhos (Henderson, Sayger & Horne, 2003). Os resultados desse estudo indicaram uma forte associação entre satisfação conjugal e depressão pós-parto, uma vez que mães deprimidas relataram mais insatisfação conjugal. Seus filhos também apresentaram mais problemas de internalização e externalização. Assim, a depressão pós-parto poderia amplificar os problemas conjugais e com isso, aumentar os comportamentos desadaptativos de suas crianças. É possível que mesmo crianças bem pequenas percebam a depressão parental como uma ameaça à família, podendo experienciar com isso grande ansiedade e desenvolver estratégias pouco adaptativas que resultam em problemas de ajustamento infantil (Cummings et al., 2005).

Outra explicação é que mesmo crianças bem pequenas podem assumir o peso de cuidar de um pai ou mãe quando este evidencia desamparo, pouca energia e motivação (Hammen, 2002). Alguns estudos sugerem que quando as crianças reconhecem os sintomas depressivos de seus pais podem acabar demonstrando comportamentos afetuosos e sendo prestativos. No entanto, para muitas crianças essa sobrecarga pode ser sentida como muito estressante, assim como é assim percebida pelos adultos que convivem com essa situação.

As intervenções com casais em situação de depressão da esposa têm sido bastante eficientes na sua recuperação (Dessaulles et al., 2003), indicando a importância de se considerar aspectos relacionais no tratamento da depressão. No estudo realizado por Dessaulles et al. (2003) verificou-se que uma terapia de casal breve de dezesseis sessões obteve resultados superiores no tratamento de depressão da esposa, inclusive tendo mais repercussões positivas mesmo seis meses após o término do tratamento, do que apenas uma terapia farmacológica. Em geral, as mulheres que fizeram a terapia de casal também relataram melhora na satisfação conjugal, possivelmente um reflexo da melhora de seu estado depressivo.

Linares e Campo (2000) propuseram um modelo de entendimento relacional da depressão a partir da investigação de diversos casos com famílias com mulheres deprimidas, mães em sua maioria. As famílias eram todas de classe média e foram encaminhadas por seu psiquiatra a um serviço universitário de psicoterapia de família. O eixo teórico fundamental foram as funções de conjugalidade e parentalidade, analisados no casal e na família de origem de cada membro. A parentalidade é entendida como a "nutrição emocional" na relação pais-filhos: um conjunto de funções que inclui a socialização, necessária para assegurar a viabilidade da criança no seu ecossistema, assim como o reconhecimento, a valorização e o carinho, imprescindíveis para garantir sua consolidação como indivíduo. Já a conjugalidade não apresenta esse componente socializador e se baseia fundamentalmente em uma oferta relacional que se soma o desejo ao carinho e à valorização.

A distinção das dimensões de conjugalidade e parentalidade, conforme Selvini (2003), é importante porque vai distinguir e integrar os conceitos que na psicoterapia em geral foram utilizados com muita rigidez. Selvini explica que tanto a psicanálise como a terapia sistêmica deram excessiva ênfase a apenas um desses aspectos. A psicanálise por enfatizar demasiadamente a parentalidade, com o pressuposto de que uma patologia mais ou menos encoberta nos pais estaria explícita nos filhos. Isso prejudicaria a empatia com os pais do paciente. Já a teoria sistêmica, ao dar excessiva ênfase à conjugalidade, introduz uma atitude negativa *a priori* aos pais do paciente. Ainda segundo esse mesmo autor, seguramente um terapeuta sistêmico ao se deparar com pais que pareciam normais ou equilibrados, consideraria que esses eram hábeis em mascarar suas patologias. Dessa forma, ao integrar o entendimento tanto da parentalidade como da conjugalidade, seria mais fácil para o terapeuta escutar as demandas da família de um modo mais livre e empático.

No estudo de Linares e Campo (2000) foram observados padrões diferentes entre as famílias de mulheres distímicas e com depressão maior. Trataremos aqui apenas das características dessas últimas. Nas mulheres que sofriam de depressão, a relação com a sua família de origem era associada a uma série de carências, com lembranças de não ser protegida, com alta exigência e ausência ou escassez de gestos afetivos positivos, por parte de ambos os pais.

Ainda segundo esses autores, a eleição do cônjuge nas mulheres deprimidas se fez com base nas expectativas de proteção e de compensação das carências afetivas da família de origem. Quanto ao seu cônjuge, puderam ser observadas queixas a respeito de não conseguir controlar ou ajudar a esposa deprimida a superar seus sintomas. Quanto à relação com os filhos, percebeu-se que essa tendia à parentalização, ou seja, os filhos costumavam ser

cuidadores de sua mãe, com cuidados excessivos para sua idade, sendo que a disciplina e a própria criança ficavam reguladas pela conduta sintomática materna .

Além desses achados, o conjunto dos dados do estudo de Linares e Campo (2000) mostrou algumas características específicas quanto ao relacionamento conjugal: expectativas excessivas quanto ao cônjuge ("*ele é tudo para mim*"), sintomas como expressão de poder, controle e raiva, rigidificação dos padrões relacionais, além de sentimentos de não se sentir querido ou se sentir culpado. Observou-se uma rede social reduzida, ainda anteriormente ao aparecimento de sintomas depressivos e um estilo pessoal de priorizar as necessidades dos demais em relação às suas, que leva ao desequilíbrio entre o dado e o recebido. Os fatores relevantes ao trabalho apareceram, especialmente com uma excessiva dedicação e com alto nível de exigência, acima de suas necessidades pessoais. Ou ainda a situação de não estar trabalhando por pressão intra ou extrafamiliar, e não por opção. Apareceram também como fatores associados situações de morte dos próprios pais. (Soriano, Baldero & Cárdenas, 2000).

Quanto ao tratamento psicoterápico, ao começá-lo a paciente deve ter em conta que isso implica um grau de colaboração e compromisso diferente do que o esforço que seria apenas tomar uma medicação. O paciente precisa sentir-se escutado, entendido como sujeito e não apenas objeto de um processo relacional. (Linares & Campo, 2000). Cancrini (2001) corrobora a importância dessa escuta empática, especialmente ao tratar pacientes deprimidos, pois expressar a dor sem que o outro escute e esteja empaticamente conectado com quem está falando, não parece ser válido. Para esse autor, a expressão do problema só é válida quando há escuta empática.

A colaboração do cônjuge normalmente não é difícil de ser conseguida, pois é comum que assuma o papel de cuidador (Linares & Campo, 2000). A dificuldade pode ser de sua tendência de colocar-se em uma posição inadequada de aliança e co-terapia com o terapeuta, situando-se acima e alheio às dificuldades da paciente, que até então é considerada peça principal no tratamento. Por isso, apoiar o paciente não pode e nem deve ser questionando o papel protetor do cônjuge, o qual deve sentir-se reconhecido e respeitado em sua posição *"up"*, ainda que não alçado ao papel de co-terapeuta ou de porta-voz do paciente deprimido.

Os filhos, quando houver, devem ser objetivo terapêutico. Tanto se são explicitamente trazidos como motivo de inquietação pelo paciente como por não serem mencionados. O terapeuta deve ter em mente que pode ser necessário reorientar de forma mais adequada a tendência a parentalizar os filhos, quando pode estar presente um grau de exigência e responsabilidade inadequado para a criança. O objetivo é tentar romper a cadeia transgeracional de dificuldades na "nutrição emocional" que se observa nessas famílias (Linares & Campo, 2000).

Em muitos casos quando há conflito com a família de origem, deve-se trazer a família para a sessão, especialmente quando aconteceram mudanças no ciclo vital que podem reativar os sentimentos de desnutrição emocional da infância, revivendo conflitos não resolvidos. Entender as limitações dos próprios pais no exercício da parentalidade pode facilitar a reconciliação interna com essas figuras tão significativas (Linares & Campo, 2000). Esse talvez seja o ponto de encontro entre essa abordagem e a abordagem específica da psicoterapia pais-bebê, pois o nascimento de um filho pode ser entendido com um momento de crise no ciclo vital, que pode reativar problemáticas não resolvidas na família, no casal ou na mãe (DeFelice, 2000).

A psicoterapia breve pais-bebê no contexto da depressão pós-parto[2]

A psicoterapia pais-bebê nasceu na Europa, onde há duas escolas de pensamento principais: a francesa e a suíça. A escola francesa surgiu em Paris através dos trabalhos de Lebovici e Soulé, que na época trabalhavam com Kreisler, e que hoje tem como principais seguidores Guedeney, Golse e Houzel (Palácio-Espasa, 2004). Segundo a revisão realizada por Palacio-Espasa (2004), a intenção de Lebovici era situar sua intervenção nos moldes de Winnicott, em seu trabalho com crianças mais velhas e adolescentes. Essa escola está mais recentemente sendo desenvolvida pela escola inglesa, com autores como Barrows.

Já a escola suíça em Genebra, tem como principal expoente Cramer, que após trabalhar com Mahler em Nova Iorque, sistematizou o trabalho psicoterapêutico em relação às diversas patologias e sintomas do bebê. Cramer trabalhou principalmente com mães e bebês, um campo que o levou a muitos estudos em colaboração com diversos clínicos da escola de psicoterapia pais-bebê de Genebra (Palácio-Espasa, 2004).

As pesquisas sobre psicoterapia pais-bebê têm indicado que ela pode ser de grande ajuda para a melhora nas relações pais-bebê. De acordo com Pinto (2000), Cramer foi um dos pioneiros na psicoterapia breve pais-bebê e teve influências de Spitz sobre o tratamento de crianças que sofrem importantes privações maternas; de Mahler, com os trabalhos desenvolvidos por crianças psicóticas; das análises de Diatkine e Simon, sobre a psicoterapia com crianças bem pequenas, e de outros autores que estudaram o psiquismo do bebê e sua interação social, como Stern, e Sameroff e Emde. Ainda, conforme essa autora, o trabalho de Cramer destacou como a psicoterapia breve mãe-bebê pode conduzir a mudanças positivas tanto no sintoma da criança como nas interações mãe-criança, ao considerar que as interações

---

[2] Parte dessa seção foi baseada no artigo *"Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura"* (2007, submetido), de autoria de Luiz Carlos Prado, Aline Grill Gomes, Milena da Rosa Silva, Giana Bitencourt Frizzo, Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya, Daniela Delias de Souza Schwengber, Rita Sobreira Lopes e Cesar Augusto Piccinini (submetido para publicação).

reais são um correlato visível das interações fantasmáticas – conceito de seqüências interativas sintomáticas (SIS).

Faz-se necessário uma compreensão histórica sobre o surgimento da psicoterapia breve até o desenvolvimento da psicoterapia breve pais-bebê, e isso será descrito a seguir. A psicoterapia breve surgiu da necessidade de atender a algumas demandas que, por diferentes razões, não recebiam a indicação para tratamentos mais prolongados. Assim, inicialmente teve como proposta estender a psicoterapia a parcelas mais amplas da população, como nos serviços públicos de saúde mental ou mesmo em consultórios particulares (Oliveira, 1999; Yoshida, 2004). Tais diferenças decorreram da percepção de que um grupo de pacientes busca tratamento com objetivos definidos e circunscritos em torno do que poderia ser definido com um foco, ou seja, um tema que constitui a base das interpretações (Eizirik, Wilhelms, Padilha & Gauer, 1998). Esse fato produziu uma série de modificações na técnica analítica clássica, e por isso fazem da terapia breve uma forma distinta de tratamento. As terapias breves são particularmente adequadas para a pesquisa em psicoterapia, uma vez que é possível visualizar resultados com algumas sessões, além de evitar que fatores intervenientes possam afetar os resultados da psicoterapia devido ao pouco tempo potencial para que isso aconteça (Cramer et al., 1990).

Essas especificidades, em termos de demanda, indicação e/ou objetivos terapêuticos, produziram uma série de modificações na técnica analítica clássica, as quais fazem da terapia breve uma forma distinta de tratamento (Eizirik et al., 1998). Dessa forma, a psicoterapia breve não é definida apenas pelo tempo de duração. O essencial é que, a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente, seja estabelecido um foco de trabalho e objetivos terapêuticos, limitados e dirigidos aos sintomas e problemática atual. Há, portanto, um planejamento de meta e duração do tratamento, sendo estes previamente fixados por paciente e terapeuta (Braier, 1997).

O início da psicoterapia breve como uma técnica propriamente dita se deu através do trabalho de Alexander e French, na década de 40 (Braier, 1997). Além de caracterizar os princípios técnicos desta abordagem – como flexibilidade do terapeuta, estabelecimento de objetivos e planejamento do tratamento – eles cunharam o conceito de experiência emocional corretiva. Este conceito enfatiza o momento atual e a relação terapêutica, ao invés da rememoração de experiências do passado.

Posteriormente, nas décadas de 60 e 70, outros autores como Malan, Balint e Sifneos deram seguimento a esta abordagem psicoterápica, realizando novos avanços teóricos e técnicos, especialmente através de trabalhos empíricos realizados em Londres e nos Estados

Unidos (Hartke, 1989). A partir daí, a psicoterapia breve ganhou formulações mais delimitadas e foi se constituindo em um amplo e diversificado campo de estudo e atuação.

O desenvolvimento da psicoterapia breve, em suas diferentes abordagens, trouxe para o campo das psicoterapias não apenas uma modificação de natureza técnica, mas também uma mudança de caráter teórico. Ao lado de um modelo que se centrava no intrapsíquico e pulsional para explicar a constituição psíquica e as psicopatologias, criou-se uma nova perspectiva de compreensão destes processos, a qual foi denominada por Greenberg e Mitchell (1994) de modelo estrutural-relacional. Esta abordagem defende que a constituição psíquica teria como base as primeiras relações do bebê com o ambiente, e as psicopatologias derivariam de dificuldades nestas relações. Conforme Cramer e Palácio-Espasa (1993), uma rígida adesão ao formato psicanalítico exclui da prática a maior parte das patologias de primeira idade, pois grande parte das mães que consultam não se presta a realização de um trabalho de maior profundidade. Elas consultam por seus filhos e a posição dos autores é de que o terapeuta deve se adequar às limitações e oportunidades do caso e não o inverso.

As primeiras relações do bebê com seu ambiente já se iniciam durante a gestação através das expectativas parentais sobre o bebê e das interações estabelecidas com ele (Brazelton, 1987, 1988; Caron, 2000; Stainton, 1992). Depois do nascimento, os pais seguem depositando no bebê suas fantasias e expectativas, as quais ele responderá de acordo com suas características, formando-se um padrão de relação pais-bebê. Dentro desse padrão, Brazelton e Cramer (1992) consideraram tanto a interação objetiva pais-bebê quanto o significado subjetivo dessa relação. Esse significado subjetivo, construído com base nas interações vividas no decorrer do desenvolvimento do indivíduo, especialmente com as figuras parentais, constitui as interações imaginária pais-bebê. Estas englobam as fantasias dos pais a respeito de si mesmos, de seus parentes mais próximos, bem como seus ideais e medos.

Assim, diversos autores defendem que estas primeiras relações são fundamentais para a estruturação da personalidade, transcendendo a concepção kleiniana de que o bebê se comportaria predominantemente em resposta às demandas do seu mundo interno Greenberg e Mitchel (1994). Dentre estes autores, destacam-se Sullivan, Winnicott, Bion, Fairbairn, Mahler, Spitz e os interacionistas: Bowlby, Brazelton e Stern (Cramer & Palácio-Espasa, 1993).

Em uma revisão teórica a respeito das diferentes abordagens das relações objetais, Greenberg e Mitchel (1994) ressaltaram que, apesar de algumas divergências, todos os autores acima citados enfatizaram que o desenvolvimento psíquico ocorre a partir das experiências emocionais vividas nos vínculos humanos. Segundo estes autores, Sullivan defendeu enfaticamente esse ponto de vista ao romper com a teoria freudiana, sugerindo que cada um

dos princípios da teoria pulsional poderia ser melhor compreendido em termos de processos interpessoais e sociais. Para ele, o objeto de estudo da psiquiatria seria as interações. Winnicott (1956/2000) também enfatizou a importância do ambiente, o qual teria o papel de auxiliar a criança a passar de uma posição de dependência absoluta para uma relativa independência. Para tanto, é necessário que a mãe (ou cuidador) seja "suficientemente boa", ou seja, possa atender às necessidades do bebê, sendo continente às suas angústias, mas, ao mesmo tempo, viabilizar o grau "ótimo" de frustração que estimule o seu desenvolvimento. Seguindo esta linhagem teórica, Bion (1962/1994) desenvolveu o conceito de função de *reverie* materna, que prevê a capacidade da mãe de receber os elementos *alfa* – angústia, agressividade – nela colocados pelo bebê, por identificação projetiva. Ela precisaria processar estes elementos, tornando-os digeríveis para o bebê (elementos *beta*), constituindo nele a capacidade de pensar.

A busca de relação com o outro foi apontada por Fairbairn (Greenberg & Mitchell, 1994) como a principal motivação para os comportamentos e experiências infantis, tirando o foco da descarga pulsional como base para as relações interpessoais. Ele também postulou que os primeiros meses de vida da criança centram-se em uma experiência de fusão com a mãe, à qual deve seguir-se uma progressiva separação. Duas décadas depois, Mahler (1975/1993) retomou essa visão, identificando diversas fases no processo de separação-individuação da criança em relação à mãe, com base na observação do comportamento de bebês. Ela afirmava que o modo como a dupla passa por estas etapas – desde a diferenciação até a consolidação da individuação – leva a um desfecho mais próximo da saúde ou da patologia. Spitz (1965/1983) por sua vez, salientou a importância da relação mãe-filho desenvolvendo o conceito de depressão anaclítica do bebê, que é o declínio físico e psíquico em resposta à privação da mãe.

Os interacionistas introduziram a dimensão do comportamento social precoce, enfatizando a comunicação bidirecional contínua entre os pais e o bebê (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Dentre esses autores, destaca-se aqui o trabalho de Bowlby (1969/1990), que desenvolveu a teoria do apego inicialmente a partir de observações de crianças sem lar. Para Bowlby, o bebê apresenta comportamentos de apegos dirigidos ao cuidador, que consiste em alcançar e manter proximidade com ele(a), considerado mais apto para lidar com o mundo. A disponibilidade dessa figura de apego fornece ao bebê um sentimento de segurança forte, o que encoraja a pessoa a valorizar e continuar a relação (Bowlby, 1989). Além dessas contribuições teóricas, Cramer e Palácio-Espasa (1993) destacaram que os interacionistas, especialmente Bowlby, ao fornecerem um método para a observação sistemática da interação, fizeram também uma importante contribuição metodológica para a psicoterapia pais-bebê.

O encontro mãe-bebê pode produzir uma patologia específica, cuja dinâmica parece ser mais determinada pelas vicissitudes do apego e da interação do que pela personalidade preexistente da mãe (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). As relações estão muito baseadas nos processos de atribuição de significado, dessa forma, as mães constantemente fazem projeções sobre o bebê. As projeções que apóiam a transferência para o bebê são, em sua maioria, deslocamentos, mal resguardados, sem solução de continuidade com seu lugar de origem, que é o mundo interno da mãe (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Se o conteúdo dessas projeções for benevolente, o bebê será sentido como recompensador. Já se o bebê é sentido como difícil de ser satisfeito, brabo, crítico, exigente, a auto-confiança materna será diminuída, talvez trazendo sentimentos de depressão (Cramer, 1993).

A tríade pai-mãe-bebê é mais do que a mera soma de 2+1. A história dos pais não é só repetida e revelada como assume uma nova dimensão, devido às contribuições do bebê, e nessa nova criação, o efeito de materialização desempenha um papel duplamente modificador. A materialização, ou seja, a atuação das fantasias das relações objetais da mãe ou do pai com o bebê, seria um conceito que seria a fonte principal de angústia e do abalo psíquico dos pais, pois o que até então estava latente e intrapsíquico se torna manifesto e relacional. Essas demandas são específicas da parentalidade, pois em nenhum outro momento os pais precisam abrir mão de suas necessidades por outra pessoa. Em nenhum outro momento também eles se depararam com alguém em quem eles pudessem depositar suas imagens internas, especialmente as conflituosas. Essas características formam uma patologia específica do pós-parto, e são consideradas fatores relacionais que contribuem para um humor depressivo no pós-parto (Cramer, 1993).

Dessa forma, uma terapia dirigida à dupla mãe-bebê poderia auxiliar na recuperação das manifestações psicopatológicas do puerpério, de uma maneira mais ou menos independente do estado psíquico anterior da mãe. Em resumo, as terapias conjuntas mãe-bebê parecem modificar simultaneamente os sintomas da criança, a natureza das interações mãe-bebê, determinadas representações e o estado subjetivo das mães, mesmo nos casos em que não se espera uma mudança devido à patologia materna existente. Uma das concepções de Cramer (1993), é que o impacto da depressão para o bebê deve-se principalmente à bidirecionalidade da interação, onde ambos influenciam-se mutuamente. A partir dessa perspectiva, o autor entende que o tratamento da relação mãe-bebê também pode tratar a depressão da mãe. Soma-se a isso o fato de que muitas mulheres recusam-se a usar medicação antidepressiva por temer os efeitos adversos na amamentação (Schwengber et al., 2003). Sendo assim, a psicoterapia pode ser uma alternativa para essas mulheres.

Já especificamente no caso das psicoterapias breves pais-bebê, ela parece ser indicada por ser compatível com o ritmo evolutivo característico das trocas entre os pais e o bebê (Trad, 1997). Ela caracteriza-se por ser centrada na resolução de um problema único e específico, ou seja, por ser focal, sendo indicada a famílias com bebês que estejam vivendo algum conflito por um motivo variável. Como os bebês são vulneráveis às respostas de seus cuidadores, é possível que sofram alguma distorção em suas percepções em uma fase onde estabelecer um contato interpessoal e adquirir confiança no cuidador são essenciais.

A maioria dos sintomas da primeira infância se apóia em distúrbios inter-relacionais criados pelo encontro pais-filho, no período particular do pós-parto. Para Likierman (2003), embora a depressão pós-parto possa parecer um problema de saúde mental de adultos, pois tem importantes implicações para a mãe, ela também entra no domínio da psicoterapia infantil por causa de seu possível impacto na relação mãe-bebê e no desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê. Na verdade a depressão pós-parto interessa especialmente a duas áreas: para psicoterapeutas infantis, é entendida como uma influência patogênica por causas de seus efeitos prejudiciais no início do processo de apego. Já para psicoterapeutas de adultos, a depressão após o nascimento de um bebê oferece uma oportunidade de examinar como um fator desencadeante bem definido, no caso o parto, pode predispor ou precipitar um episódio depressivo (Cramer, 1993).

A primeira abordagem psicoterápica pais-bebê foi proposta por Fraiberg nos anos setenta, a qual enfatizou a presença do bebê na psicoterapia pela sua força catalisadora (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Essa autora desenvolveu um trabalho a partir do Programa de Saúde Mental para o bebê, em Michigan, que objetivava atender famílias cujos bebês apresentavam sinais precoces de carência afetiva, sintomas graves ou lacunas do desenvolvimento (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1994). O método de atendimento foi sendo desenvolvimento paralelamente aos atendimentos e de acordo com as demandas específicas de cada caso. Por exemplo, diante da resistência de uma das famílias em comparecer ao centro de atendimento, foi proposta uma psicoterapia domiciliar. Utilizando sempre a psicanálise, a psicologia do desenvolvimento e o trabalho social, uma equipe de terapeutas propunha às famílias identificar, resgatar e vivenciar no tratamento os fantasmas do passado que estariam atuando no presente da criança. Desta forma, Fraiberg introduziu a dimensão transgeracional nas psicopatologias relacionais precoces.

Assim como Fraiberg, Lebovici (1987) também enfatizou os aspectos transgeracionais, além de estimular o estudo das interações do ponto de vista psicanalítico. Lebovici chamou a atenção dos psicanalistas para a importância do papel interacional na constituição psíquica precoce, e da dialética entre intrapsíquico e interpessoal, estimulando o estudo das interações

Cramer e Palácio-Espasa (1993). Desenvolveu as chamadas consultas terapêuticas, as quais compreendem a observação da interação entre mãe, bebê e, quando necessário, outros membros da família, permitindo a evocação das fantasias dos pais projetadas sobre o bebê. O terapeuta ajudaria os pais a compreender as motivações conscientes e inconscientes dos seus comportamentos relacionados ao bebê (Lebovici, 1987).

A partir destes precursores, outras formas de intervenção pais-bebê foram propostas. Stern (1997) sistematizou alguns destes modelos de intervenção, tais como: o uso de escalas para a avaliação do desenvolvimento do bebê, a observação da interação mãe-bebê e as psicoterapias pais-bebê. Serão examinadas aqui somente estas últimas: as psicoterapias pais-bebê propriamente ditas. De acordo com Stern, algumas destas técnicas têm como objetivo modificar as representações dos pais em relação ao bebê, enquanto outras objetivam mudar os comportamentos interativos pais-bebê.

As representações dos pais referem-se aos aspectos do mundo subjetivo e imaginário. Estes incluem as fantasias dos pais, as esperanças, os medos, sonhos, desejos, as lembranças da própria infância, os modelos de pais, as expectativas para o futuro do bebê, além das experiências atuais sentidas na interação com o bebê (Stern, 1997). Em relação às abordagens que visam alterar estas representações, uma das autoras citadas por Stern foi Dolto. Dolto (2002) propôs uma forma de psicoterapia que visava alterá-las através das representações do bebê, conforme imaginadas pela terapeuta. Sua abordagem caracterizava-se pela utilização de interpretações verbais diretas para o bebê, que seria capaz de compreendê-las quando bem colocadas. Ao ouvi-las, a mãe modificaria seu comportamento manifesto com o bebê e, portanto, o comportamento deste. Dolto defendia que o ser humano é, acima de tudo, um ser de linguagem. A palavra tem primazia, e mesmo quando uma comunicação é expressa através do corpo, esta tem um 'sentido linguagem'. Assim, a autora insiste na necessidade de falar ao bebê ou à criança, da palavra ser expressamente dita, e desta carregar uma verdade, por mais dura que seja. Para ela, só uma linguagem expressa e verdadeira abre a possibilidade para uma constituição psíquica sólida.

De acordo com Stern (1997), outros autores além de Dolto acreditaram que as representações dos pais deveriam ser modificadas pela psicoterapia pais-bebê, como Liebermann e Pawl (1993), Cramer e Palácio-Espasa (1993) e o próprio Stern. A psicoterapia bebê-pais, conforme proposta por Liebermann e Pawl (1993), foi inspirada principalmente nos trabalhos da psicanalista Fraiberg. Nesta abordagem o relacionamento bebê-pais é considerado o 'paciente', e não somente os pais com seus mundos representacionais. Além disso, a qualidade da relação terapeuta-pais é vista como sendo o principal fator para o

processo de mudança na relação pais-bebê, já que a experiência da relação com o terapeuta é entendida como uma possibilidade de apego corretivo.

Já a psicoterapia breve mãe-bebê, realizada por Cramer e Palácio-Espasa (1993), busca efetuar a conexão temática entre os conflitos infantis da mãe (memórias e representações), seus temas conflitivos atuais e a interação mãe-bebê atual. A interpretação destes conflitos é considerada a força maior de mudança nesta abordagem. De acordo com Pinto (2000) este modelo de psicoterapia pode conduzir a mudanças positivas tanto no sintoma da criança como nas interações mãe-criança, ao considerar que as interações reais são um correlato visível das interações fantasmáticas. No tocante ao interesse pelas primeiras relações, Cramer e Palacio-Espasa (1993) esclarecem a preocupação em decifrar a construção comum de sentido, procedente do encontro e da interpenetração do psiquismo dos pais e do filho, considerando as significações como resíduos de formas de relações objetais vividas ontem (*a priori*) e hoje (*a posteriori*).

Já a abordagem desenvolvida por Stern (1997), que também visa modificar as representações parentais, considera que os comportamentos interativos são o ponto de partida de uma busca do mundo representacional da mãe. Nesta abordagem, é freqüente a utilização, durante as sessões, de gravações em vídeo da interação da mãe com o bebê. Estas oportunizam à mãe acessar suas representações e recordações, ligando-as ao interagido com o bebê.

Outras duas abordagens psicoterápicas revisadas por Stern (1997), a denominada orientação interacional e a familiar-sistêmica, não visam mudar as representações parentais, mas sim os comportamentos interativos entre pais e bebê. Essas abordagens partem do princípio de que existe um grau de reciprocidade entre o comportamento interativo dos pais e do bebê.

A orientação interacional desenvolvida por McDonough (1993) baseia-se na análise de videotapes das sessões de psicoterapia, realizada junto com a família. Conforme revisão desta técnica realizada por Schwengber et al. (2003), o foco desta intervenção é melhorar o sentimento de competência dos pais em relação aos cuidados do bebê, salientando os aspectos positivos das interações familiares. Nesta abordagem, o terapeuta deve observar tanto a estrutura da interação, o que a díade ou a família faz, como o seu estilo. Além disso, embora não seja uma técnica interpretativa, considera o contexto do desenvolvimento dos pais enquanto filhos, no sentido de conhecer o equilíbrio da estrutura transgeracional, a existência de atritos parentais, papéis e relacionamentos disfuncionais, bem como a experiência da infância dos pais. Ainda segundo os autores, nessa abordagem a competência e a auto-estima dos pais são reforçadas, sendo o principal objetivo o de realizar intervenções que modifiquem

o comportamento problemático e, ao mesmo tempo, que promovam modelos saudáveis de comportamentos interacionais.

Para a abordagem familiar-sistêmica, tanto o indivíduo como seu processo de desenvolvimento são incluídos no estudo da família (Andolfi, 1984). Em seus primórdios, o modelo sistêmico buscou se opor ao modelo psicodinâmico, centrando-se nas interações atuais do sistema familiar. Dessa forma, a compreensão dos sintomas, bem como o encaminhamento das soluções, desconsiderava a história da família. Atualmente, pode-se observar um movimento integrador que visa resgatar e readaptar algumas das conquistas mais importantes do modelo psicanalítico. Conforme Prado (1996), um exemplo disso é a importância do histórico na estruturação psíquica e na co-determinação da patologia dos indivíduos.

A psicoterapia breve mãe-bebê, conforme sistematizada por Cramer e Palacio-Espasa (1993), está fundamentada no entendimento de que as psicopatologias do bebê devem ser compreendidas no contexto da relação pais-bebê, na medida em que decorrem de perturbações relacionais. De acordo com os autores, o tratamento psicoterápico conjunto de pais e bebê pode trazer uma melhora significativa nos sintomas no bebê, nos comportamentos interativos e nas representações acerca da parentalidade, sendo que este tratamento ocorre em três níveis: 1) determinação da natureza do sintoma e do confronto da mãe com o seu próprio conflito e a respeito do problema que é transferido ao bebê; 2) estabelecimento de uma conexão entre as falhas interacionais observadas durante a sessão e a correspondência mental do conflito na mãe; 3) estabelecimento de ligações entre o conflito presente da díade com os conflitos do passado da mãe. Para tanto, os autores consideraram fundamental o desenvolvimento e a manutenção da aliança terapêutica, da empatia e de uma transferência positiva.

Em consonância com a concepção de Cramer e Palácio-Espasa a respeito da transferência, Stern (1997) postula que a transferência que se desenvolve no *setting* de psicoterapia pais-bebê envolve a elaboração de um desejo maior de apoio por uma figura materna. Sendo assim, ocorre uma busca desse papel na figura do terapeuta. Com isso, o terapeuta pode atuar de forma mais ativa e menos abstinente emocionalmente, centrando-se mais nos recursos, capacidades e forças do que na patologia e nos conflitos. Como resultado, de acordo com o autor, tende a ocorrer uma boa aliança terapêutica, através da qual o terapeuta se constitui em uma forma especial de matriz de apoio, capaz de sustentar a mãe a fim de que suas funções maternas sejam facilitadas.

Outro aspecto referente à técnica da psicoterapia mãe-bebê proposta por Cramer e Palacio-Espasa (1993) refere-se à atenção do terapeuta. Para os autores, esta deve ser igualmente dividida entre a observação das interações da díade mãe-bebê ou tríade pai-mãe-

bebê e a escuta dos pais. O clínico irá privilegiar a observação da natureza das solicitações recíprocas e as reações a elas, através de modalidades interativas, tais como: vocalizações, troca de olhares, toques e gestos. A partir dessas interações, o terapeuta poderá tecer interpretações para os pais a respeito de suas defesas intrapsíquicas. Isso ocorre quando há uma coincidência entre um enunciado de uma fantasia conflitiva e a atualização da defesa relacionada a este conflito através de uma evitação, proibição, ruptura de contato, ou seja: um sintoma interativo observado, o que os autores chamaram de seqüência interativa sintomática (SIS). Esta seqüência é o equivalente interagido (e interpessoal) de um conflito intrapsíquico.

Ao analisar os fatores de mudança nas terapias breves mãe-bebê, Cramer e Palácio-Espasa (1993) consideraram que, ao mudarem os investimentos e representações que têm do filho, os pais acabam por reduzir as projeções sobre a criança. De acordo com os autores, alterações no comportamento manifesto e nas representações dos pais podem ser observadas já no decorrer da segunda ou terceira sessão. Quando isso ocorre, observa-se ao mesmo tempo uma alteração nos investimentos dos pais sobre o filho e, conseqüentemente, na interação pais-bebê. Assim, quando eles podem liberar suas representações mentais sobre o bebê das representações de suas próprias histórias, as quais não pertencem ao bebê, novos caminhos para o crescimento e desenvolvimento são abertos tanto para mãe, como para o pai e o bebê (Cramer & Stern, 1988). Sendo assim, o objetivo da psicoterapia não é o de alterar todo o funcionamento psíquico dos pais, mas apenas um setor de investimento circunscrito à relação com o bebê, o que, para os autores, justifica a brevidade desta técnica (Cramer & Palácio-Espasa, 1993).

Esta brevidade do tratamento é possível em decorrência de vários fatores: a velocidade das modificações subjetivas, interativas e sintomáticas; a mobilização psíquica da mãe, ou seja, sua capacidade de estabelecer vínculos, insight, mobilização dos afetos; e, finalmente, a neoformação psíquica característica do pós-parto, que abrange os primeiros anos de vida do bebê (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Cramer & Stern, 1988). Corroborando este ponto de vista, cabe salientar que as famílias com bebês parecem se adaptar bem ao modelo breve porque estão vivendo um intenso processo de desenvolvimento, necessitando que a sua relação seja ajustada continuamente às mudanças maturacionais que ocorrem com seus membros, sendo compatível com o ritmo evolutivo característico das trocas entre os pais e o bebê (Trad, 1997).

Nesse aspecto, quando inclui a tríade pai-mãe-bebê, a abordagem de Cramer e Palácio-Espasa (1993) aproxima-se da abordagem familiar sistêmica (Prado, 1996). Na concepção de Cramer, o foco estaria relacionado nas dificuldades da relação mãe-bebê, vinculadas a algum aspecto conflitivo de sua história. Na visão sistêmica de família, este foco

também pode estar relacionado a algum aspecto da relação do casal ou da família mais ampla, articulado de alguma maneira com interações conflitivas passadas na família de origem do pai ou da mãe (Prado, 1996). Para Prado, o enfoque sistêmico busca, sempre que houver possibilidade, observar a história familiar e intervir sobre ela, colocando os familiares para interagirem a fim de reviverem juntos alguns pontos importantes de suas próprias histórias que possam lançar luz sobre o presente e ajudem a transformá-lo.

Na prática, parecem existir muitas semelhanças nas abordagens de terapeutas psicodinâmicos e sistêmicos. O conceito de seqüências interativas sintomáticas (SIS) proposto por Cramer e Palácio-Espasa (1993) – sintoma atuado a dois, no qual se entrelaçam contribuições intrapsíquicas e interpessoais na relação, observável no aqui - agora da sessão – assemelha-se muito ao conceito de função relacional do sintoma da abordagem sistêmica, pois o sintoma é entendido como uma metáfora da disfunção familiar (Prado, 1996). Assim, para este autor: "*em ambas as concepções existe o entendimento de que as interações presentes, contém, sempre, as vivências passadas, que se expressam através de modelos ou padrões de funcionamento que cada indivíduo traz consigo desde sua infância e, que, em geral, são padrões de interação que se mantém até o presente entre os pais e os avós"* (Prado,1996, p.107). Stern (1997) corrobora esse ponto de vista, afirmando que tanto a abordagem de Cramer e Palácio-Espasa quanto a familiar-sistêmica agem direta ou indiretamente para reconectar o mundo representacional da mãe (e por que não do pai) e do bebê.

Assim, percebe-se que a clínica de bebês pode ser considerada um ponto de encontro entre a abordagem psicodinâmica mãe-bebê de Cramer e Palácio-Espasa (1993) e a familiar-sistêmica (Prado, 1996). Em virtude de ambas salientarem a importância de se considerar não somente as questões intrapsíquicas da mãe, mas de todos aqueles envolvidos no cuidado direto com o bebê, o que inclui geralmente o pai, torna-se mais indicado chamar esta abordagem terapêutica de psicoterapia breve pais-bebê (Piccinini et al., 2003; Prado, 1996; Trad, 1997). É importante considerar que, nessa concepção, por vezes outros familiares podem também ser solicitados a participar das sessões, como os avós e tios do bebê, o que é sempre previamente combinado com os pais (Piccinini et al., 2003; Trad, 1997). No entanto, algumas diferenças podem existir quanto à forma de intervenção, pois nas terapias sistêmicas de família trabalham-se as interações familiares atuais e as interações passadas, sempre que possível, com os membros da família presentes, em sessões com os membros da família de várias gerações. Nas terapias psicodinâmicas trabalhar-se-ia com as interações atuais e se interpretaria a conflitiva intrapsíquica materna, sem a presença de outras pessoas.

Mas o fundamental para ambas as abordagens é o desenvolvimento de uma boa relação, a qual se deve basear em empatia e ser reforçada por algumas intervenções que visem

fortalecer os sentimentos de competência e auto-estima dos genitores. A própria postura do terapeuta, mais ativa e interativa pode favorecer esse vínculo positivo, muito importante para bons resultados em psicoterapias pais-bebê (Prado, 1996). Dessa forma, ajudar a família a construir um contexto adequado para o bom desenvolvimento do bebê parece ser a missão desta forma de terapia (Prado, 1996).

A psicoterapia breve pais-bebê é indicada nos casos de distúrbios psicofuncionais, como de sono e alimentação, em angústias de separação, nos distúrbios de apego e nos distúrbios relacionais pais-bebê (Cramer & Palácio-Espasa; Prado, 1996; Stern, 1997; Trad, 1997). Também podem ser obtidos bons resultados clínicos com mães apresentando depressões desencadeadas pela condição da maternidade (Cramer & Palácio-Espasa; Trad, 1997). Ainda em relação à indicação terapêutica, os pacientes devem ser capazes de articular um problema específico, usualmente derivado de uma experiência interpessoal anterior. Devem ter motivação para mudança em seus padrões interpessoais e capacidade e desejo de se envolver no processo terapêutico (suficiente adaptação do ego) e ter bem delineado ao menos um relacionamento positivo na infância. Nesse sentido, é importante avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais dos pacientes (Trad, 1997). Existem algumas contra-indicações para esta modalidade de psicoterapia, como os casos de pacientes psicóticos, graves transtornos de personalidade, intensa ansiedade de separação, regressão psicótica, tentativas de suicídio, quadros depressivos de vertente melancólica, assim como quadros psicossomáticos (Cramer & Palácio-Espasa; Trad, 1997).

A pesquisa em psicoterapia pais-bebê

Um dos primeiros artigos publicados pelo grupo de Cramer (Cramer et al., 1990) investigou os resultados preliminares de dois tipos de psicoterapia mãe-bebê - orientação interacional, uma abordagem cognitivo-comportamental, e terapia psicodinâmica conjunta mãe-bebê - para as representações maternas, para a qualidade da interação mãe-bebê e para os sintomas psicofuncionais do bebê. Participaram desse estudo 38 mães suíças de bebês de até 30 meses, os quais apresentavam algum sintoma psicofuncional como problemas de sono, alimentação, e de comportamento – irritabilidade e choro excessivo. Foram feitas avaliações antes do início da psicoterapia, uma semana, seis e doze meses após o seu término. Os resultados indicaram mudanças significativas em diferentes aspectos. De forma geral os sintomas dos bebês desapareceram em poucas sessões. As interações mãe-bebê tornaram-se mais harmoniosas, com diminuição da intrusividade e aumento da sensibilidade materna, além de um aumento na reciprocidade interacional da díade mãe-bebê. Já as representações maternas não obtiveram tantas modificações. As representações sobre o bebê e sobre o

companheiro foram alteradas, mas não as da mãe como mãe e em relação à sua mãe (avó materna do bebê). Os autores justificaram que talvez as representações sobre si estejam em estruturas mais profundas e inconscientes, do que outras representações que também afetam suas atitudes. Ou ainda, pode-se pensar que quando se consegue modificar as representações das relações objetais da mãe, isso conseqüentemente provoca uma modificação simultânea no nível pessoal e interativo (Cramer & Palácio-Espasa, 1993), que também pode trazer benefícios para as relações mãe-bebê e para as relações com os demais membros da família.

Um resultado interessante relatado por Cramer et al. (1990) foi que mães com prognóstico pior obtiveram mais melhora do que mães em que o prognóstico foi mais positivo, talvez indicando que os melhores ganhos foram obtidos por mulheres com maior patologia. Além disso, algumas melhoras foram observadas mesmo seis meses após o término da psicoterapia. Uma possível explicação para isso nos é dada por Minuchin, (1982) ao afirmar que o terapeuta pode contar com certas propriedades do sistema familiar. A primeira é que uma transformação na estrutura do sistema familiar produzirá uma possibilidade de mudança na família. A segunda é que a família está organizada em função do apoio, regulamentação, proteção e socialização de seus membros. Assim, pretende-se que a terapia possa ajudar a restaurar ou modificar o próprio funcionamento da família, de forma que esta consiga desempenhar melhor essas tarefas. Enfim, o sistema tem propriedades de auto-perpetuação. Assim, as mudanças, especialmente as mudanças consideradas positivas, que possivelmente ocorrerão poderão ser mantidas pelos mecanismos de auto-regulação da família (Minuchin, 1982).

Ainda com relação ao estudo de Cramer et al. (1990) também houve algumas diferenças em relação ao tipo de psicoterapia, com mães submetidas à orientação interacional tendo mais ganhos quanto ao controle da intrusividade e mães submetidas à psicoterapia psicodinâmica conjunta tendo mais ganhos na auto-estima, talvez por pequenas diferenças nas técnicas utilizadas. No entanto, essas diferenças parecem não ter mais sido significativas nos estudos posteriores do grupo (Cramer, 1993, 1997; Stern, 1997).

Nos estudos seguintes, Cramer (1993, 1997) continuou comparando os dois tipos de psicoterapia, corroborando o estudo de Cramer et al. (1990). Após ambas as psicoterapias houve melhoras na interação mãe-bebê, nas dificuldades dos bebês para dormir e na auto-estima da mãe. As mães com indicadores de depressão mais severa foram as que obtiveram mais “melhora”, possivelmente indicando que uma relação mãe-bebê conflituosa pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Além disso, pode indicar que o envolvimento do bebê em uma terapia conjunta tem um efeito especial na melhora do humor materno. Em suma, o autor sugere que os resultados do estudo indicam que uma relação

conflituosa mãe-bebê pode ser um fator desencadeante de depressão pós-parto (Cramer, 1993), visto que quando há uma melhora na relação mãe-bebê há uma conseqüente mudança no humor materno.

Dessa forma, melhorar a interação parece prioritário aos sintomas da mãe e do bebê, já que ao se tratar uma relação conflituosa entre a mãe e o bebê, modificando a natureza das distorções e projeções que afetam as interações da mãe, alivia-se tanto os sintomas do bebê, quanto se melhora o humor materno e os sentimentos de competência e auto-estima da mãe (Cramer, 1993). Assim, uma terapia dirigida à dupla mãe-bebê e, em alguns casos pai-mãe-bebê, poderia "curar" as manifestações psicopatológicas do puerpério, de uma maneira mais ou menos independente do estado psíquico anterior da mãe. Em resumo, as terapias conjuntas pais-bebê modificaram simultaneamente os sintomas da criança, a natureza das interações pais-bebê, determinadas representações e o estado subjetivo das mães, mesmo nos casos em que não se esperava uma mudança devido à patologia materna existente (Cramer & Palácio-Espasa, 1993).

Em um estudo de caso único realizado anteriormente por Cramer e Stern (1988), observou-se que após a psicoterapia mãe-bebê, foram alteradas as representações da mãe quanto ao comportamento do seu bebê e suas reações a ele. Essas mudanças também se refletiram em mudanças visíveis no comportamento da mãe, com aumento de contato físico e demonstrações de afeto positivo, de forma geral, pode-se observar uma melhora na responsividade dessa mãe a seu bebê.

Outros autores fizeram novos estudos a partir do modelo de Cramer et al. (1990). No estudo de Cooper, Murray, Wilson, e Romaniuk, (2003), onde foram comparados três tipos diferentes de psicoterapia com enfoque nas relações mãe-bebê em 193 puérperas inglesas, houve uma importante melhora no humor materno ao final da terapia. Na continuação desse estudo, Murray, Cooper,Wilson e Romaniuk (2003) também observaram melhora na relação mãe-bebê e nos problemas de comportamento do bebê. No entanto, nas reavaliações nove meses após o término da psicoterapia não havia mais diferenças entre as mães que passaram ou não pelo processo psicoterápico. Enfim, os resultados dos estudos envolvendo psicoterapias voltadas à relação mãe-bebê e mesmo pais-bebê têm sido relatadas como um importante recurso para famílias onde estejam ocorrendo dificuldades no desenvolvimento das relações iniciais pai-bebê.

Em resumo, a psicoterapia breve pais-bebê tem o objetivo de produzir uma mudança perceptível nos padrões interpessoais. Para isso, a família é estimulada a resolver o conflito de modo ativo, entendendo que o conflito pode estar relacionado com as dificuldades da relação mãe-bebê ou pais-bebê, vinculadas a algum aspecto conflitivo de sua história ou a algum

aspecto da relação do casal ou da família mais ampla, articulado de alguma maneira com interações conflitivas passadas na família de origem do pai ou da mãe (Prado, 1996). Uma vez revelado o conflito, o terapeuta passa a trabalhar no sentido de apoiar os esforços do paciente na transição para um estado adaptativo (Trad, 1997).

Por exemplo, quando a família apresenta ideais parentais muito elevados e exigentes demais, é importante ajudar os pais a criarem imagens parentais receptivas e tolerantes. A compreensão e tolerância são qualidades essenciais das pessoas que têm uma função de autoridade no entorno desses pais. A própria atitude receptiva do psicoterapeuta pode trazer um alívio da problemática intrapsíquica do genitor (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Assim podemos ressaltar que a psicoterapia pais-bebê possibilita a detecção precoce de conflitos relativos à maternagem e à paternagem, os quais podem prejudicar o estabelecimento de vínculos saudáveis, visando favorecer o desenvolvimento da criança e prevenir o aparecimento ou manutenção de distúrbios psicofuncionais no bebê (Pinto, 2004) e mesmo na família.

Justificativa e objetivos do estudo

A literatura revisada aponta que o nascimento de um filho é uma importante etapa no ciclo vital da família, podendo por vezes se constituir em um momento de crise, devido às diversas mudanças que acarreta (Maldonado, 2000; Prado, 1996). Nesse contexto, algumas mulheres podem até mesmo desenvolver sintomas de depressão pós-parto. A depressão pós-parto, além de afetar a sensibilidade da mãe, pode também afetar o bebê e o próprio pai, tendo em vista que quando acontecem disfunções em um subsistema, a repercussão pode se dar em toda a família (Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990). Além disto, com freqüência, alguns casais, ao passarem pela parentalidade, não conseguem preservar seus interesses pessoais e, principalmente suas relações de casal (Cramer & Palácio-Espasa, 1993), sendo que alguns autores indicam que a depressão pós-parto pode estar associada a estas dificuldades no relacionamento conjugal (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Linares & Campo, 2000; Prado, 1996, Mayor, 2004, Trad, 1997; Schwengber, 2007).

Um dos tratamentos disponíveis para essa situação de depressão pós-parto é a Psicoterapia Breve Pais-bebê que visa a ajudar a família a construir um contexto adequado para o bom desenvolvimento do bebê (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Pinto, 2004; Prado, 1996; Trad, 1997, Stern, 1997). Essa psicoterapia parece ser compatível com o ritmo evolutivo característico das trocas entre os pais e o bebê, além de ser benéfica em casos de depressão porque as estratégias são delineadas a fim de aliviar os sintomas com rapidez, levando a mãe a conseguir assumir suas funções com o bebê (Trad, 1997).

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi investigar as contribuições de uma psicoterapia breve pais-bebê para a qualidade das relações familiares, especialmente para a conjugalidade e para a parentalidade no contexto da depressão pós-parto.

Com base na literatura esperava-se que inicialmente estivessem ocorrendo dificuldades nos relacionamentos interpessoais da mãe, especialmente no relacionamento conjugal e parental, as quais seriam amenizadas ou mesmo solucionadas ao longo da psicoterapia. Quanto à conjugalidade, esperava-se que inicialmente ambos membros do casal referissem dificuldade no seu relacionamento, possivelmente o avaliando de maneira pouca satisfatória, com pouco investimento no tempo do casal, com muitas demandas de cuidado por parte da esposa e conseqüente preocupação do marido, com dificuldades na comunicação, no relacionamento conjugal e sexual. Em relação à parentalidade esperava-se dificuldades no seu exercício como um todo, com dificuldades no desempenho do papel parental, com conflitos na parentalidade, dificuldade nas funções afetivas e na divisão de tarefas.

CAPÍTULO I I
MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo duas famílias, com mães com indicadores de depressão com base nos escores da mãe no Inventário Beck de Depressão (BDI – Beck & Steer, 1993). Os bebês eram saudáveis e tinham até um ano de idade quando do início da psicoterapia. Ambos foram avaliados pelas Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil (Bayley, 1993) e apresentavam desenvolvimento adequado para suas faixas etárias. As mães residiam com seus maridos ou companheiros, em Porto Alegre. As duas famílias foram recrutadas no mesmo hospital, através das enfermeiras do serviço de amamentação.

A Família 1 era composta pelo pai Eurico, 36 anos, pela mãe Isabela[3], 31 anos, mãe do bebê João e esposa de Eurico. João tinha cinco meses quando do primeiro encontro com a família, que tinha também outra filha Alice, de 9 anos. Eurico era auxiliar administrativo e Isabela, dona de casa. A avaliação inicial evidenciou que Isabela apresentava indicadores de depressão moderada, conforme o Inventário Beck de Depressão (BDI=31), o que foi confirmado pela Entrevista Diagnóstica. Eurico não apresentava indicadores de depressão (BDI=2), nem pelo BDI, nem pela entrevista.

A Família 2 era composta por Auxiliadora, 40 anos, mãe do bebê Paulo Henrique e pelo pai Pedro Henrique, 35 anos. O bebê tinha dois meses, quando do primeiro encontro com a família. Era o primeiro filho do casal, embora ambos já tivessem sido casados anteriormente. O pai tinha um cargo de nível técnico e a mãe era auxiliar administrativa. Na avaliação inicial a mãe apresentava indicadores de depressão moderada (BDI=24), confirmados pela Entrevista Diagnóstica. O pai não apresentou indicadores nem no BDI (=3), nem na entrevista.

As famílias selecionadas faziam parte do projeto intitulado *"O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê - PSICDEMA"* (Piccinini et al., 2003), que acompanhou 19 famílias com mães com depressão pós-parto. Este estudo investigou vários fatores relacionados à depressão pós-parto nos primeiros meses após o nascimento do bebê, tais como: o impacto da depressão pós-parto para a qualidade do relacionamento conjugal; a relação existente entre a depressão pós-parto e a interação mãe-bebê e pai-bebê; e o impacto da psicoterapia breve pais-bebê para o desenvolvimento do bebê, para a experiência da

[3] Todos os nomes foram alterados para preservar a privacidade das famílias.

maternidade e para a interação pai/mãe-bebê. Foram realizadas quatro fases de coletas de dados. A Fase I, durante o primeiro ano de vida do bebê, envolveu a caracterização e a avaliação dos aspectos psicológicos dos participantes. A Fase II compreendeu a realização da Psicoterapia Breve Pais-bebê, visando promover um vínculo favorável ao desenvolvimento das famílias. As Fases III e IV, foram realizadas, respectivamente, uma semana e seis meses após a psicoterapia, quando houve uma nova avaliação psicológica dos participantes.

Todas as mães viviam com seus maridos ou companheiros, com exceção das solteiras. Exceto nesse último caso, a presença do pai era obrigatória, pelo menos durante a avaliação inicial, onde dentre outros aspectos se avaliava também a sua depressão e eram encorajados a participar das sessões de psicoterapia, conforme indicação do caso. Os pais e as mães eram todos adultos e de escolaridade e níveis socioeconômicos variados. Os bebês tinham entre um e doze meses de idade, quando ingressavam no estudo, e não apresentavam intercorrências clínicas anteriores.

Como parte do PSICDEMA, foram inicialmente contatadas 28 famílias, das quais apenas uma mãe não realizou a avaliação inicial. Essas famílias inicialmente contatadas foram encaminhadas por unidades sanitárias de saúde (11%), por hospitais da rede pública de Porto Alegre (36%), através da mídia (32%) e por indicação (21%). Das 27 mães avaliadas, 37% apresentavam depressão leve, 48% depressão moderada e 15% depressão severa, de acordo com avaliação feita pelo Inventário Beck de Depressão. Destas, cinco desistiram ainda na fase de avaliação inicial, ou não tinham indicação para psicoterapia breve (uma mãe apresentou Transtorno de Personalidade Borderline, uma recebeu indicação de psicoterapia individual e uma mãe não sentiu mais a necessidade de tratamento). Dentre as 22 que fizeram a avaliação inicial e que receberam a indicação de psicoterapia, 19 (86%) passaram por todo o processo psicoterápico e participaram de pelo menos uma das avaliações pós-atendimento.

O estudo longitudinal contou com cinco terapeutas, dentre elas a autora do presente estudo[4], todas treinadas na teoria e técnica da Psicoterapia Breve Pais-bebê. Para fins do presente estudo, foram selecionadas as duas primeiras famílias atendidas pela autora, nas quais o pai participou de todas as sessões de psicoterapia junto com sua esposa e o bebê[5].

---

[4] Psicóloga Clínica, Especialista em Terapia de Casal e Família pelo Instituto da Família de Porto Alegre – INFAPA e Mestre em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS)

[5] Sete famílias foram atendidas pela autora como integrante do PSICDEMA, sendo que cinco concluíram o processo psicoterápico. A primeira família atendida, ainda como caso piloto, desistiu após a terceira sessão e uma das famílias concluiu apenas a avaliação inicial e não quis continuar o processo por morar em outra cidade, na região metropolitana de Porto Alegre.

Delineamento e Procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de casos coletivo (Stake, 1994) para investigar as contribuições de uma psicoterapia breve pais-bebê para a parentalidade e a conjugalidade no contexto da depressão pós-parto. Buscou-se compreender tanto as particularidades como as semelhanças entre os casos ao longo do processo psicoterápico.

O procedimento de coleta de dados deste estudo seguiu as etapas descritas no projeto longitudinal, do qual faz o presente estudo faz parte, cujos detalhes encontram-se em Piccinini et al.(2003). No presente estudo foram utilizados dados derivados da Fase I, II e III. Destacam-se aqui, em particular os instrumentos e procedimentos que foram usados no presente estudo.

Inicialmente, na Fase I, foi feito o recrutamento das famílias, e preenchida a Ficha *de Contato Inicial* GIDEP/NUDIF (2003a), que visou examinar se as famílias preenchiam os critérios para participar do projeto. Com as famílias selecionadas, foram então agendados dois encontros na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No primeiro encontro, as mães e pais responderam, individualmente, ao *Inventário Beck de Depressão* (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) e à *Entrevista Diagnóstica* (GIDEP/NUDIF, 2003b) para confirmar ou não o diagnóstico de depressão. Eles também responderam individualmente à *Entrevista de Dados Demográficos* (GIDEP/NUDIF, 2003c) e à *Entrevista sobre a Gestação e o Parto* (GIDEP/NUDIF, 2003d), à *Entrevista sobre o Relacionamento Conjugal* (GIDEP/NUDIF, 2003e) e à *Entrevista sobre o Genograma* (GIDEP/NUDIF, 2003f). Com o pai, também foi realizada a *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade* (GIDEP/NUDIF, 2003g). No segundo encontro, a mãe respondeu à *Entrevista sobre a Maternidade* (GIDEP/NUDIF, 2003h) [6]. Todos os pais deveriam participar desta primeira fase, para que as famílias pudessem participar do presente estudo.

Os dados resultantes da Fase I foram utilizados prioritariamente na caracterização dos casos, a fim de ajudar na compreensão da dinâmica familiar. A realização de todas as entrevistas e a aplicação dos demais instrumentos psicológicos foram realizadas por uma equipe de psicólogas devidamente treinadas. Normalmente a psicoterapeuta que provavelmente acompanharia o caso posteriormente já fazia as entrevistas com a mãe da família, enquanto que uma colega fazia com o pai. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente com cada membro do casal, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas.

A Fase II do estudo compreendeu a *Psicoterapia Breve Pais-Bebê*, realizada pela própria autora do presente estudo. Todas as sessões foram filmadas e gravadas em áudio e

vídeo. Essa fase compreendeu de dez a 12 sessões, conforme a necessidade do caso. A fase III do estudo englobou uma nova avaliação da família, uma semana após o final da psicoterapia e seguiu os mesmos procedimentos e instrumentos da fase I, com exceção da *Entrevista de Dados Demográficos* (GIDEP/NUDIF, 2003c), da *Entrevista sobre a Gestação e o Parto* (GIDEP/NUDIF, 2003d) e da *Construção do Genograma Familiar* (GIDEP/NUDIF, 2003f). Quando pertinente, as demais entrevistas foram adaptadas para a idade do bebê. Essa fase não era realizada pela psicoterapeuta da família, mas por duas colegas da equipe, também psicoterapeutas.

Questões éticas

O Projeto Longitudinal do qual o presente estudo faz parte, foi aprovado por diversos comitês de ética (Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ prot. 03-068, 14.02.2003; Hospital Materno Infantil Presidente Vargas /prot.05-03, 02.04.2003; UFRGS/ prot. 200396, 15.05.2003), tendo sido considerado adequado e metodologicamente de acordo com a resolução 196/96 de Conselho Nacional de Saúde.

Tanto as mães como os pais assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (GIDEP/NUDIF, 2003j) – cópia no Anexo A, o qual visou esclarecer às famílias participantes, sucintamente, os objetivos da pesquisa, o nome e telefone do pesquisador responsável. Este termo foi assinado pelo casal em duas vias, sendo que uma cópia ficou com as pesquisadoras e a outra com o casal. As pesquisadoras forneceram uma descrição dos procedimentos do estudo e a explicação dos riscos e benefícios potenciais. Foram garantidas a confidencialidade e proteção à privacidade dos participantes, bem como a possibilidade de retirarem seu consentimento quando desejarem. As pesquisadoras se colocaram à disposição para qualquer esclarecimento quando a família assim o desejasse.

Acredita-se que a participação das famílias no presente projeto, trouxe uma contribuição para as mães e os pais, e também para o bebê, na medida em que uma interação mais gratificante nas relações mãe-bebê e pais-bebê, pode amenizar os sintomas depressivos da mãe. Com isto, a dinâmica familiar era facilitada e, em particular, a interação com o bebê. Nesse sentido, é possível que os participantes tenham recebido um benefício direto com sua participação na pesquisa ao poderem receber gratuitamente um atendimento psicológico especializado, realizado por psicólogas devidamente treinadas e supervisionadas para essa finalidade. Ao final do estudo as famílias que ainda quiseram ou que apresentaram necessidades de ser ainda atendidas, foram encaminhadas à Clínica de Atendimento

---

[6] No segundo encontro foi realizada também a avaliação do desenvolvimento do bebê pelas *Escalas Bayley do Desenvolvimento Infantil* (Bayley, 1993) e a *Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê* (GIDEP/NUDIF,

Psicológico da UFRG, onde puderam continuar recebendo atendimento gratuito, ou para outro atendimento apropriado à necessidade do caso.

Instrumentos e materiais

Ficha de Contato Inicial (GIDEP/NUDIF, 2003a): Esta ficha foi preenchida pelas mães com o auxílio da pesquisadora, com o objetivo de saber se as famílias atendiam aos critérios para participar do estudo. Para tanto, investigou alguns dados demográficos, tais como constituição familiar, idade da mãe, do companheiro e do bebê, escolaridade, profissão, estado civil. Foi também anotado o telefone e/ou endereço para o contato posterior. Cópia no Anexo B. A *Entrevista de Dados Demográficos* (GIDEP/NUDIF, 2003c – Anexo C) apenas complementou as informações obtidas na Ficha de Contato Inicial.

Avaliação da depressão: A elaboração do diagnóstico de depressão e a mensuração da gravidade dos sintomas da doença são tarefas diferentes, considerando-se que a primeira consiste em determinar a presença ou a ausência de um conjunto de características clínicas descritivas dessa condição enquanto que a segunda refere-se à possibilidade de estimar quantitativamente a gravidade dos sintomas (Calil & Pires, 1998). Nesse sentido, a utilização de escalas de avaliação dos sintomas da depressão, com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV (como o Inventário Beck de Depressão), torna-se fundamental em estudos sobre a eficácia de intervenções terapêuticas, enquanto que uma entrevista permite avaliar mais qualitativamente os sintomas depressivos e suas intensidades. Tendo em vista essa considerações, foram utilizados no presente estudo dois instrumentos a fim de avaliar a depressão materna e paterna, o **Inventário Beck de Depressão-BDI** (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) e a **Entrevista Diagnóstica** (GIDEP/NUDIF, 2004b), descritos a seguir. Ambos foram realizados individualmente com a mãe e com o pai.

Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001): o BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes depressivas, cuja intensidade varia de 0 a 3. Esta escala foi desenvolvida a partir de observações clínicas e descrições de sintomas característicos de pacientes depressivos, como um instrumento que objetiva avaliar a intensidade da depressão. A versão em português do BDI resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, 2001; Cunha,

---

2003i), que não foram utilizadas no presente estudo.

Prieb, Goulart & Lemes, 1996). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ($p<0,001$). Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Estes itens contemplam diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos). A literatura aponta para diferentes propostas de pontos de corte para distinguir os níveis de depressão a partir da utilização do BDI, o que depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo (Gorenstein & Andrade, 1998). De acordo com as autoras, escores acima de 15 podem ser utilizados para detectar disforia em amostras não diagnosticadas clinicamente, mas o termo "depressão" deve ser utilizado apenas para os indivíduos com escores acima de 20. Para os quadros do pós-parto os pontos de corte sugerido são: pontuação igual ou superior a 15 para presença de depressão e pontuação igual ou inferior a 9 para ausência de depressão (Alvarado et al., 1993). Escores entre 10 e 14 pontos, de acordo com os autores, não indicam com segurança o diagnóstico de depressão.

Entrevista Diagnóstica (GIDEP/NUDIF, 2003b): Esta entrevista foi baseada em Dunnewold (1997) e nos critérios do DSM-IV (APA, 2002), e tinha como objetivo investigar os sintomas atuais do pós-parto, a história imediata da mãe e do pai na gestação, a qualidade de seus relacionamentos com o bebê, com sua família e companheiro (a), e o histórico médico prévio. De acordo com o DSM IV, o indivíduo com episódio depressivo típico usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida, fadiga aumentada e atividade diminuída. Além desses sintomas usuais, outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído. As informações obtidas com esta entrevista foram utilizadas para a confirmação dos escores da mãe e do pai no Inventário Beck de Depressão. Cópia no Anexo D.

Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003d): Tratava-se de uma entrevista estruturada, realizada de modo semi-dirigido, cujo objetivo era investigar as

impressões maternas e paternas sobre a gestação e o parto. A entrevista era composta por dois blocos de questões. No primeiro deles investigavam-se diversos aspectos referentes ao período da gravidez, tais como: planejamento e sentimentos da mãe, do pai e dos familiares com a notícia da gestação; estado físico e emocional da mãe e do pai nesse período; principais preocupações consigo e com o bebê; mudanças e apoio percebidos. No segundo investigava-se o parto e os primeiros dias após o nascimento do bebê. Entre os aspectos abordados, destacavam-se: tipo de parto; ocorrência de complicações; principais preocupações em relação a si mesmo(a) e ao bebê; mudanças percebidas em si mesmo(a) e nos familiares com o nascimento do bebê; sentimentos a respeito das primeiras horas e dias após o nascimento. Durante a entrevista solicitava-se à mãe e ao pai que relatassem os seus sentimentos e impressões desde o recebimento da notícia da gestação até os primeiros contatos com o bebê. Suas associações eram respeitadas e caso fosse necessário um maior aprofundamento a entrevistadora solicitava explicações adicionais, com o objetivo de esclarecer suas respostas. A mesma entrevista realizada com a mãe foi adaptada para realização com o pai. Cópia no Anexo E.

Entrevista sobre o Relacionamento Conjugal (GIDEP/NUDIF, 2003e): Esta entrevista estruturada, realizada de modo semi-dirigido, abordava a qualidade do relacionamento conjugal após o nascimento do bebê, bem como os sentimentos dos cônjuges em relação ao companheiro. Ela foi desenvolvida com base em Gottman (2000), com vistas a avaliar o relacionamento conjugal em três níveis: 1) satisfação conjugal (o modo como cultivam a afeição e admiração e como se relacionam sexualmente); 2) comunicação (ouvir e aceitar a opinião do parceiro); e 3) grau de conflito (se a maneira de resolver as dificuldades está sendo eficaz). Cópia no Anexo F.

Construção do Genograma Familiar (GIDEP/NUDIF, 2003f): Esta entrevista semi-estruturada consistia em algumas questões sobre os relacionamentos e os eventos marcantes do ciclo de vida familiar, do pai e da mãe, bem como da sua família de origem. Tais informações permitiam a construção do genograma familiar, segundo o modelo de Carter e McGoldrick (1995). Cópia no anexo G.

Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003h): Esta entrevista estruturada, composta por cinco blocos de questões, buscava investigar os sentimentos da mãe a respeito da maternidade, a fim de identificar suas representações a respeito dos temas que constituem a constelação da maternidade: 1) vida-crescimento; 2) o relacionar-se primário; 3)

a matriz de apoio; e 4) a reorganização da identidade (Stern, 1997). No primeiro bloco eram abordados os sentimentos a respeito de si mesma e do bebê, particularmente no que se refere à rotina de cuidados e à comunicação entre a díade. No segundo investigavam-se os sentimentos referentes aos êxitos e dificuldades relacionados à maternidade, bem como as impressões a respeito de mudanças no que se refere a sua identidade como esposa, profissional e filha. No terceiro e no quarto blocos examinavam-se os sentimentos a respeito do desempenho e do apoio do companheiro como pai, assim como os sentimentos sobre o apoio recebido por outras pessoas. No quinto bloco investigavam-se as questões a respeito de cuidados alternativos para o bebê, particularmente no que se refere à creche. Durante a entrevista solicita-se à mãe que relate os seus sentimentos e impressões sobre a maternidade desde o nascimento do bebê até o momento da realização da entrevista. Da mesma forma, suas associações eram respeitadas e, caso fosse necessário um maior aprofundamento, a entrevistadora solicitava explicações adicionais à mãe, com o objetivo de esclarecer suas respostas. Cópia no Anexo H. A *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade* (GIDEP/NUDIF, 2003g) consistiu em uma versão desse instrumento, com algumas adaptações para abarcar questões específicas da paternidade.

Psicoterapia Breve Pais-Bebê (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Prado, 1996; Stern, 1997; Trad, 1997): Esta intervenção consistiu na formulação inicial de um foco, o qual foi definido pela identificação de modalidades interativas patológicas que correspondiam aos distúrbios do apego, à formação de sintomas no bebê e a desestruturações das relações precoces entre pais e bebê. Dentro desse enfoque, o terapeuta pode demonstrar o papel etiológico da formação de sintomas relacionando-os às representações conflituosas dos pais. Esta psicoterapia breve pais-bebê é indicada nos casos de distúrbios funcionais, em angústias de separação, nos distúrbios de apego e nos distúrbios relacionais pais-bebê. O objetivo principal dessa psicoterapia é melhorar as relações familiares, tanto pais-bebê como entre o casal e sua família de origem. Embora a remissão dos sintomas depressivos maternos não seja o principal alvo da intervenção, a literatura indica que pode haver melhoras no humor materno em função da flexibilização de um ideal de ego materno muito exigente, o que autorizaria a mãe a encontrar mais prazer em suas relações com o filho e com o cônjuge (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Para fins do presente estudo e como sugere a literatura, foram realizadas dez sessões para a família 1 e doze para a família 2. Cada sessão teve a duração de aproximadamente uma hora. O atendimento era gratuito. Caso houvesse necessidade, após este período de atendimento, os participantes foram encaminhados para atendimento na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS ou para outro local apropriado às

necessidades do caso. O enquadre da sessão terapêutica era organizado para permitir o máximo de interações entre os pais e bebê, a fim de que se pudesse diagnosticar e intervir na qualidade da relação. O pai era incentivado a participar das sessões, junto com a mãe e o bebê. Conforme a necessidade do caso, outros familiares, como avós do bebê, por exemplo, eram convidados a participar de algumas sessões. Nesse caso, a presença de mais familiares era sempre combinada previamente com a mãe e o pai do bebê. O processo terapêutico ocorria em três níveis: 1) determinação da natureza do sintoma e do próprio conflito eventualmente transferido ao bebê e revelação da identificação projetiva que deve ser percebida pelos pais como uma transferência de suas tendências ao bebê; 2) estabelecimento de uma conexão entre as falhas interacionais observadas durante a sessão e a correspondência mental do conflito nos pais; 3) estabelecimento de ligações entre o conflito presente da díade ou tríade com os conflitos do passado dos pais. Para tanto, era fundamental o desenvolvimento e a manutenção da aliança terapêutica, bem como a empatia. A atenção do terapeuta era igualmente dividida entre a observação das interações da díade mãe-bebê ou da tríade pai-mãe-bebê e a escuta dos pais. As sessões psicoterápicas foram gravadas em áudio e vídeo. Todas as sessões ocorreram no LOPI (Laboratório de Observação de Processo Interativos), no Instituto de Psicologia da UFRGS, e foram realizados, conforme já descrito acima, pela própria autora dessa tese.

As psicoterapeutas do projeto PSICDEMA do qual o presente estudo fez parte eram todas psicólogas, mestres em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS, e foram treinadas e supervisionadas em relação à teoria e técnica da psicoterapia breve pais-bebê pelo Dr. Luís Carlos Prado. O treinamento teórico consistiu em um total de 30 encontros entre o grupo de pesquisadoras e o supervisor. Os encontros ocorreram semanalmente ao longo de oito meses e tiveram a duração de uma hora e meia, totalizando 45 horas. Após esse período, teve início a supervisão grupal semanal dos casos de cada psicoterapeuta, totalizando 165 horas de supervisão, num total de mais de 125 encontros. O total, entre treinamento teórico e prático, foi de 210 horas, ao longo de quatro anos. As compreensões e orientações resultantes dessas supervisões foram também consideradas na análise dos casos.

CAPÍTULO III
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise realizada no presente estudo teve como objetivo investigar as relações familiares no contexto de depressão pós-parto, ao longo de uma psicoterapia breve pais-filho. Para esse fim, foram analisadas as transcrições das entrevistas iniciais e da avaliação final, bem como as sessões de psicoterapia. Os vídeos também foram contemplados na análise e contribuíram para a descrição das situações interativas que ajudaram na compreensão do caso. Ao longo das análises, buscou-se verificar eventuais mudanças tanto na fala das mães e dos pais, como nas situações interativas, ao longo da psicoterapia.

Com relação ao material transcrito, foi realizada uma análise de conteúdo qualitativa dos conteúdos manifestos e latentes das verbalizações do pai e da mãe e das interações filmadas. A análise do material se deu somente após a conclusão dos atendimentos. Esse procedimento encontrou posições radicais como a sugerida por Giami (2004), que indica que não se pode conduzir ao mesmo tempo pesquisa e psicoterapia com o mesmo sujeito. Segundo esse autor, na pesquisa clínica, o *a posteriori* da coleta do material permite uma suspensão da relação com o sujeito quando sua problemática é discutida à luz das hipóteses da pesquisa. A posição aqui utilizada seguiu a recomendação de Giami, ainda que se entenda que, em outras situações, pode ser necessário contemplar pesquisa e psicoterapia no mesmo momento, ainda que isso possa complexificar o processo em termos de seus objetivos terapêuticos, que podem não ser os mesmos do pesquisador. Nesse sentido, endossou-se aqui a sugestão de Giami, pois possibilita descontaminar o objetivo terapêutico dos objetivos da pesquisa.

A análise das sessões de psicoterapia, das entrevistas iniciais e da avaliação final compreendeu quatro passos. 1) Inicialmente, foram assistidos aos vídeos das filmagens realizadas, a fim de se reportar novamente à situação. As interações foram observadas e, quando necessário, descritas. Conforme também realizado por Pedrosa e Carvalho (2005), somente foram transcritos em detalhes os comportamentos interativos, que eram esclarecedores para a compreensão dos conteúdos, que estavam sendo manifestados nas sessões. Ainda nesse momento, foram realizadas eventuais correções no material transcrito. 2) Procedeu-se, então, a uma leitura exaustiva das sessões transcritas a fim de identificar no texto transcrito as categorias do estudo. 3) O terceiro passo foi observar, novamente no vídeo, trechos das sessões que retratassem interações significativas para a compreensão de cada categoria de análise e do próprio caso. 4) Num quarto momento, o material foi lido novamente visando à produção do relato dos casos. Nesse momento, foram consideradas as intervenções

da terapeuta, as falas da mãe e do pai quando relacionadas aos temas analisados, assim como o material proveniente das discussões do caso junto ao grupo de supervisão.

A estrutura de categorias utilizada na análise das relações familiares, no contexto da depressão pós-parto, foi derivada de Linares e Campo (2000), cuja base é encontrada também em outros autores que trabalharam com questões da conjugalidade e da parentalidade (Braz, Dessen & Silva, 2005; Frizzo et al. 2007; Mayor, 2004; Menezes & Lopes, 2007; Waldemar, 1998). Essa estrutura foi ampliada com algumas categorias envolvendo comunicação na família (Braz et al., 2005; Garcia & Tassara, 2003; Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt & Sharlin, 2004; Walsh, 2002). Linares e Campo (2000) propuseram um modelo relacional de compreensão dos transtornos depressivos, que considera como dimensões principais a conjugalidade e a parentalidade. Para esses autores, a conjugalidade está associada a diversas dimensões como, por exemplo, a confirmação do outro como cônjuge, a relação e o entendimento entre os cônjuges, a comunicação e o acordo entre os cônjuges a respeito dos filhos, o padrão de relacionamento entre o casal e os critérios de eleição do cônjuge. Já a parentalidade está associada às seguintes dimensões: nutrição emocional, funções socializadoras, a parentalização e as triangulações. A partir desses conceitos, definidos muitas vezes de forma diferente pelos autores, e já discutidos no Capítulo I, foram definidas duas categorias que serão utilizadas nas análises do presente estudo: conjugalidade e parentalidade.

Com base na literatura mencionada acima, a categoria conjugalidade é aqui definida, para fins de análise, como envolvendo três subcategorias: o *companheirismo* (Waldemar, 1998), a *comunicação*, que englobou os conceitos comunicação e confirmação de Linares e Campo, além dos conceitos comunicação de Menezes e Lopes, (2007) e Walsh, (2002) e a *atração física e paixão romântica*, conceito proposto por Waldemar, (1998). Já a categoria parentalidade é aqui definida como envolvendo cinco subcategorias: a *percepção sobre si;* a *percepção sobre o cônjuge no subsistema parental,* derivadas de uma pré-análise das próprias sessões; os *conflitos quanto à parentalidade* (Dessen et al., 1995; Frizzo et al,2005; Frizzo et al., 2007)*;* a *função provedora de afeto*, que englobou os conceitos nutrição emocional e parentalização de Linares e Campo (2000) e a *divisão de tarefas* (Frizzo et al, 2005, Frizzo et al., 2007; Mayor, 2004, Menezes & Lopes, 2007, Schwengber & Piccinini, 2005).

Levando em consideração as idéias de Hilliard (1993), as análises que serão apresentadas a seguir, tiveram como objetivo investigar o *processo de mudança* envolvendo as relações familiares, especialmente a conjugalidade e a parentalidade, no contexto da depressão pós-parto, ao longo da psicoterapia breve pais-filho. Não se buscou uma compreensão dinâmica do *processo psicoterápico em si,* o que, segundo o autor, envolveria,

em especial, as interações entre a terapeuta e a família. Portanto, optou-se aqui por fazer uma análise do *processo de mudança* com relação a cada categoria investigada quando essas ocorreram, relacionando-as aos conteúdos trabalhados nas sessões de psicoterapia.

Para facilitar a compreensão da exposição dos casos e, tendo em vista a proximidade da autora com as famílias que foram atendidas em psicoterapia, durante a exposição dos casos, será utilizada a primeira pessoa do singular. Apresenta-se a seguir, separadamente, cada um dos dois casos investigados, que serão descritos e analisados em sete seções: 1) Características gerais da família; 2) Características da história do casal e da família de origem; 3) Características clínicas da família; 4) Síntese geral das sessões de psicoterapia; 5) Conjugalidade ao longo da psicoterapia[7]; 6) Parentalidade ao longo da psicoterapia; e 7) Conjugalidade e parentalidade à luz da literatura. No Capítulo IV, discutem-se as eventuais semelhanças e particularidades entre os casos investigados, relacionando-as com a literatura.

A sessão de resultados foi retirada por ser considerada material clínico, a fim de preservar a confidencialidade e privacidade das famílias atendidas.

[7] O termo psicoterapia é aqui mais amplamente utilizado, pois inclui as entrevistas da avaliação inicial e após a psicoterapia, bem como as sessões de psicoterapia.

CAPÍTULO IV
DISCUSSÃO GERAL

A depressão pós-parto é um diagnóstico relativamente recente na literatura (Nonacs & Cohen, 2005). No entanto, os autores têm sido consistentes em considerar seus aspectos relacionais, especialmente quanto a seu impacto na família. O puerpério é um momento especial do ciclo vital, quando grandes mudanças acontecem e por isso está sujeito a crises na reorganização dos novos papéis a serem desempenhados na família (Minuchin, 1982). Por vezes essas readaptações se tornam mais difíceis e podem aparecer associadas a um processo depressivo na mãe, que pode repercutir em toda família. No presente estudo buscou-se investigar a conjugalidade e a parentalidade nesse contexto de depressão pós-parto ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê.

A psicoterapia breve pais-bebê é um dos possíveis tratamentos para essa situação, pois diversos estudos têm mostrado que essa forma de psicoterapia pode ter importantes contribuições na melhora do humor materno, na interação mãe-bebê e com os demais membros da família (Cramer, 1997; Cramer et al, 1990; Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Cramer & Stern, 1988; Pinto, 2004; Prado, 1996, 2006; Schwengber, 2007; Silva, 2007; Trad, 1997, Stern, 1997). Além disso, essa intervenção pode ser particularmente bem aceita pelas famílias porque muitas mães receiam usar medicações devido ao desejo de amamentar, uma vez que ainda não há segurança sobre níveis seguros de medicação para lactantes (Magalhães & Pinheiro, 2005) e essa pode ser uma primeira alternativa de tratamento.

Com base na literatura, no presente estudo, esperava-se que ocorressem dificuldades nos relacionamentos interpessoais da mãe com depressão pós-parto, especialmente no relacionamento conjugal e parental, as quais seriam amenizadas ou mesmo solucionadas ao longo da psicoterapia. Dessa forma, procedeu-se uma análise do *processo de mudança* (Hilliard, 1993) com base em duas grandes categorias. A categoria *conjugalidade* envolveu três subcategorias: o *companheirismo*, a *comunicação*, e a *atração física e paixão romântica.* A categoria parentalidade englobou cinco subcategorias: a *percepção sobre si*; a *percepção sobre o cônjuge no subsistema parental*; *os conflitos quanto à parentalidade*; *a função provedora de afeto*, e a *divisão de tarefas.*

Quanto à conjugalidade, esperava-se que inicialmente ambos os membros do casal referissem dificuldade no seu relacionamento, possivelmente o avaliando de maneira pouca satisfatória, com pouco investimento no tempo do casal, com muitas demandas de cuidado por parte da esposa e conseqüente preocupação do marido, com dificuldades na comunicação, no relacionamento conjugal e sexual. Em relação à parentalidade esperavam-se dificuldades no

seu exercício como um todo, com dificuldades no desempenho do papel parental, com conflitos na parentalidade, dificuldade nas funções afetivas e na divisão de tarefas. De maneira geral, as expectativas foram confirmadas nas duas famílias investigadas no presente estudo. A seguir, busca-se destacar as semelhanças e também algumas das particularidades entre as duas famílias atendidas, seguindo as categorias e subcategorias utilizadas nas análises detalhadas no Capítulo III.

A conjugalidade foi bastante afetada nas duas famílias, com dificuldade na organização do tempo do casal, na comunicação, na qualidade do relacionamento conjugal e sexual. Para Garcia e Tassara (2003), a falta de tempo para o casal em função de grandes demandas de trabalho é um dos grandes problemas para a conjugalidade. Porém, na Família 2, isso era conseqüência de um projeto comum dessa família, que estava se esforçando muito para poder ter uma vida mais confortável, através de uma melhor qualificação educacional. Possivelmente por ser um projeto dos dois membros do casal, não havia queixas em relação a esse aspecto. Contudo, nas duas famílias houve relato de que o pouco tempo que restava era mais bem aproveitado e eles consideravam que essa falta de tempo era algo temporário, tanto porque logo o bebê já dormiria a noite toda, como relatado na Família 1, como em poucos anos os dois membros do casal da Família 2 terminariam suas graduações e só precisariam se dedicar ao trabalho e à família, sem a pressão dos estudos.

Um movimento semelhante apareceu nas duas famílias, quanto ao apoio entre os cônjuges, pois inicialmente os maridos estavam bastante preocupados com suas esposas, ainda que na Família 1 isso tenha sido mais intensamente expressado. Mas na medida em que os sintomas das esposas amenizaram, apareceram em ambas as famílias uma preocupação recíproca, especialmente com as esposas apoiando novos projetos profissionais de seus maridos, pois ambos receavam ser demitidos em curto prazo. Para Walsh (2002), o conceito de adaptabilidade é muito importante na vida de um casal, pois variações inesperadas na rotina, as crises e as eventuais responsabilidades que se somam, exigem flexibilidade e tolerância para o caos que ocasionalmente possa aparecer. Além disso, também é muito importante um sentimento de reciprocidade em longo prazo, de forma que os parceiros estejam convencidos de que cada um toma para si algumas responsabilidades e que as respectivas contribuições têm valor e fazem parte de um equilíbrio que dura através do tempo. Dessa forma, se a esposa sente que foi apoiada num momento de dificuldade, como aconteceu nas duas famílias, durante um episódio de depressão pós-parto, fica mais fácil para ela apoiar seu esposo quando ele necessitar, pois ambos percebem que esse apoio é mútuo, afinal, a função da família é apoiar seus membros (Minuchin, 1982). Waldemar (1998) também destaca que preocupar-se com o bem-estar e o desenvolvimento emocional do parceiro é

muito importante para o relacionamento conjugal. Já Papp (2002), corroborando essa idéia, reforça que o relacionamento conjugal é um dos mais importantes para a mãe no puerpério. Walsh (2002) por sua vez, afirma que em um relacionamento conjugal satisfatório, deveria haver um compromisso partilhado com a relação e com sua continuidade, e uma expectativa de que cada um seja a coisa mais importante para o outro. Juntos esses diferentes autores são enfáticos ao afirmar a importância dos cônjuges se apoiarem. Isto também apareceu nas duas famílias atendidas no presente estudo, onde se percebeu inclusive oscilações sobre quem precisava de mais apoio num dado momento, o que pode contribuir para uma maior aproximação do casal.

A comunicação talvez tenha sido um dos aspectos que mais diferiu nas duas famílias. Na Família 1 praticamente não houve relatos de conflitos entre o casal, apenas algumas divergências que eram dialogadas entre o casal de maneira bastante compreensiva. Já a característica mais marcante na Família 2 era a intensidade de conflitos abertos e não solucionados. Ainda assim, nas duas famílias ao final da psicoterapia houve relato de melhora na comunicação. Na Família 1 esse não era um problema, mas eles achavam que passaram a confiar mais um no outro. Já na Família 2 podemos pensar numa mudança parcial, pois ainda havia muitos pontos que poderiam melhorar na comunicação do casal, ao final da psicoterapia. Em um estudo realizado por Menezes e Lopes (2007), que investigou a transição para a parentalidade da gestação ao primeiro ano de vida da criança, observou-se que casais que apresentavam inicialmente um bom envolvimento emocional na gestação, apresentavam uma comunicação mais apoiadora e com poucos conflitos, como na Família 1. Já casais que apresentavam distanciamento emocional, tiveram aumento nas categorias de não apoio e conflitos após o nascimento do filho, como foi o caso da Família 2. Como o foco da psicoterapia na Família 2 era exatamente melhorar a comunicação entre o casal, que estava bastante truncada inicialmente, esperavam-se mudanças nesse sentido. Na verdade, ao final o casal já não evidenciava distanciamento emocional, embora talvez esse seja um aspecto não totalmente solucionado nesta família, tanto que foi sugerida uma nova terapia caso esse problema voltasse a se manifestar.

Os sintomas depressivos das mães foram extensamente relatados desde o início do atendimento. Por exemplo, na Família 1 os sintomas principais apresentados pela mãe eram a intensa irritabilidade e os sentimentos de desvalia. Já na Família 2 eram os medos dos pensamentos agressivos em relação ao bebê, sensação de vazio e crises de choro. Ambas as mães melhoraram desses sintomas ao final da psicoterapia. Esses dados corroboram àqueles de Cramer (1993, 1997), que também referiram melhoras no humor materno após a psicoterapia breve pais-bebê. As mães das duas famílias comentaram que tinham muita

dificuldade em conciliar os cuidados da casa e dos filhos, e no caso da Família 2, especialmente após o final da licença-maternidade e o retorno ao trabalho fora de casa. Como já foi enfatizado anteriormente, conforme Linares e Campo (2000), a identidade da pessoa deprimida é marcada por uma hipertrofia das funções normativas em detrimentos das afetivas, o que causa um desequilíbrio na dimensão entre o prazer o dever, com excessiva ênfase nesse último. Assim, um dos pontos a serem trabalhados na psicoterapia é como flexibilizar essa dimensão, por exemplo, aumentando a rede de apoio, que costuma ser escassa nessas famílias. Nas famílias atendidas no presente estudo, foi dada uma ênfase especial ao quanto o marido poderia se envolver mais nos cuidados da casa e do filho, a fim de que as mães também pudessem descansar.

Nas últimas sessões de psicoterapia, as duas mães relataram seus medos mais claramente do que haviam feito no início, talvez porque no final já podiam considerar o espaço terapêutico como um ambiente continente, onde poderiam falar sobre seus sentimentos sem serem julgadas por isso. Segundo Cancrini (2001), a escuta empática é fundamental no tratamento da depressão, pois a considera como uma dor que não fora escutada. E por se tratar de uma psicoterapia breve, diversos autores (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Prado, 1996) enfatizam a importância de uma aliança positiva com a família, que permite conectar os seus conflitos atuais e passados, sem que isso seja entendido como um julgamento crítico.

Pode-se perceber que uma particularidade da Família 2 foi que houve muitos relatos da esposa sobre o marido, pois ela inicialmente se queixava que ele havia mudado após o nascimento do filho. Mas ao final da psicoterapia ela passou a avaliá-lo positivamente outra vez e disse que devido ao fato do marido ser uma pessoa tranqüila, já não ocorriam tantas brigas ente eles. Braz et al. (2005) indicaram que quando o relacionamento conjugal não é considerado satisfatório é comum que os cônjuges atribuam a culpa um ao outro. Nesse sentido, seria esperado que caso o mesmo volte a se tornar satisfatório, como foi relatado pelo casal da Família 2 ao final da psicoterapia, as percepções de um sobre o outro deveriam estar menos distorcidas. Mas algo que chama a atenção é que não há como permanecer imune às mudanças da transição para parentalidade, pois essa condição envolve várias readaptações em nível individual (Stern, 1997) e conjugal, inclusive para construir o subsistema parental (Minuchin, 1982). Penso que talvez na queixa da mãe da Família 2 estivesse implícito que estava sendo muito difícil para os dois se adaptarem à nova situação de ser efetivamente uma família, com um bebê que dependia muito do cuidado deles. Uma fala da mãe dessa família (Auxiliadora) me marcou e penso que poderia ilustrar melhor essa dificuldade, pois ela comentou que nunca havia pensado que um bebê demandaria tanto, especialmente quanto ao tempo que precisava ser dispensado para ele.

O relacionamento conjugal foi avaliado de forma negativa inicialmente pelas duas famílias, especialmente pelas esposas, sendo que ambas expressaram que pensaram em separação. Mas ao final da psicoterapia houve relato dos cônjuges das duas famílias de que o relacionamento estava melhor. A literatura tem sido bastante consistente na associação entre depressão e relacionamento conjugal, pois é bastante freqüente que pessoas deprimidas relatem insatisfação conjugal (Dessaulles et al. 2003; Henderson et al, 2003; Linares & Campo, 2000; Mayor, 2004). Assim, uma psicoterapia que tem como pressuposto melhorar os relacionamentos com o bebê, como é o objetivo da psicoterapia breve pais-bebê, pode melhorar não apenas os relacionamentos com o bebê, mas inclusive entre os cônjuges (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Prado, 1996), como foi observado no presente estudo.

Assim como o relacionamento conjugal não era considerado satisfatório inicialmente, o mesmo ocorreu com o relacionamento sexual. As esposas das duas famílias relataram inicialmente que sentiam que estavam com seu desejo sexual diminuído. Na Família 1 a esposa atribuía isso aos seus sentimentos de desvalia e baixa auto-estima, enquanto na Família 2, ao cansaço, às dificuldades financeiras e à desarmonia conjugal. Ao final da psicoterapia, ambas avaliaram positivamente o relacionamento sexual, assim como os maridos. Apenas na Família 2 o marido disse que ainda sentia muita dificuldade de ser afetivo, mas que isso estava melhorando. Cramer e Palácio-Espasa (1993) indicaram que não é incomum que imagos parentais muito exigentes perturbem a vida erótica e afetiva do casal. Assim, quando há uma flexibilização nesses ideais, é comum haver uma retomada de satisfação nos relacionamentos da mãe deprimida, muitas vezes inclusive com remissão dos sintomas depressivos, como ocorreu nas duas famílias aqui analisadas. Além disso, se a depressão é caracterizada por diminuição de prazer ou interesse (APA, 2002; Dunnewold, 1997) também seria esperado uma retomada na vida sexual quando os sintomas remitissem. Considerando o que seria a conjugalidade para Linares e Campo (2000), que a considera como uma oferta relacional que soma o desejo ao carinho e à valorização, e considerando que após a psicoterapia as mães das duas famílias se perceberam mais valorizadas por seus maridos, seria natural que houvesse uma retomada satisfatória da vida conjugal e sexual desses casais.

Com relação à parentalidade, houve mais particularidades do que semelhanças entre as duas famílias atendidas, as quais serão destacadas a seguir. As mães das duas famílias se preocupavam com o impacto da depressão para os seus bebês e, muitas vezes, choravam escondido à noite. A experiência subjetiva de ser uma mãe deprimida é marcada por muito sofrimento (Romito et al., 1999), pois a pessoa sente-se infeliz, inadequada e sem valor, tem dificuldades de realizar suas atividades quotidianas e percebe a vida como sem sentido ou mesmo insuportável. Mas ainda assim, ela precisa cuidar de um bebê que demanda muita

atenção, cuidados, amor e carinho. Likierman (2003) chega a considerar que seu sofrimento é duplo, pois ela sofre por ela e por seu bebê, como exemplificado pelas mães das duas famílias. Essa preocupação em não prejudicar o filho foi também encontrada no estudo de Frankel e Harmon (1996), e foi tão intensa nas duas mãe atendidas que relataram que este foi o principal motivo que as levaram a buscar uma psicoterapia.

Ambas também relataram dificuldade de conciliar o cuidado do filho com as demais atividades, no caso da Família 1, especialmente o cuidado da filha mais velha, enquanto na Família 2 com o trabalho e os estudos. Mas a mãe da Família 2 considerava que não estava com dificuldades em seu papel materno, pois dizia que o filho era sua prioridade. Podemos inclusive pensar que talvez ela estivesse extremamente solícita com os cuidados com o filho, o que alguns autores apontam como um fator de risco para depressão (Cramer, 1997; Jacoby-Miller, 1985). Claro que a mãe deprimida pode ter sua tristeza e angústia minimizados durante os cuidados com o bebê, mas isso lhe demanda um grande esforço (Schwengber & Piccinini, 2003), embora muitas vezes ela consegue interagir bem com o filho, ainda que com grande sofrimento. Já extremos de superproteção também são relatados na literatura como associados a depressão materna (Prado, 2006) afinal esta dedicação extrema da mãe da Família 2, estava bastante relacionada com o receio de perder o bebê, como já havia acontecido em sua família de origem. Para Frankel e Harmon (1996), a depressão da mãe pode começar com uma representação negativa de si, de sua família e de suas circunstâncias de vida, mas sem maiores conseqüências para o bebê, como de modo geral foi o que aconteceu com as duas famílias atendidas no presente estudo. Em relação à mãe da Família 1, o impacto do nascimento do segundo filho é pouco referido na literatura, mas é um novo momento de crise na família (Pereira & Piccinini, 2007), pois a mãe, e mesmo o pai, precisam redistribuir a atenção e os cuidados, sem que fiquem esgotados física e psicologicamente (Likierman, 2003; Prado, 2006), o que pode também ter contribuído para exacerbar o quadro depressivo daquela mãe.

Quanto aos pais, nas duas famílias houve relatos de preocupações com relação ao futuro de seus filhos, especialmente financeiro, e também em ser um bom modelo para seus filhos. Especialmente o pai da Família 2, talvez por ser seu primeiro filho, preocupava-se muito em como ser um bom pai, e já sentia que estava se tornando uma pessoa mais afetiva após seu nascimento, algo que ele considerava uma mudança muito importante e positiva. É possível que essas preocupações em ser um bom pai estivessem exacerbadas em função da depressão das esposas (Frizzo & Piccinini, 2005), visando compensar eventuais déficits da interação familiar (Frizzo & Piccinini, 2005). No entanto, mesmo em situações onde não há patologia associada, como no estudo de Levandowski e Piccinini (2006), as preocupações em

ser um bom pai também foram referidas pelos pais daquele estudo, podendo ser consideradas típicas da paternidade, especialmente do primeiro filho.

As mães das duas famílias apresentaram dificuldade na forma como percebiam seus maridos como pais. Na Família 1 a mãe falou pouco sobre seu marido nesse papel, mas o avaliou de maneira ambivalente, porque embora ele fosse afetivo e responsável com os filhos, às vezes a desautorizava na frente das crianças. Já na Família 2, a mãe considerava que seu esposo era um bom pai, preocupado com o filho, mas que era pouco afetivo. Isso foi mudando ao longo da psicoterapia e ao final, parece que ela percebia que ele estava conseguindo ser mais afetivo com o filho. Além disso, as pequenas diferenças na forma como cada cônjuge interagia com o filho eram vistas de forma positiva pela mãe ao final da psicoterapia. No estudo conduzido por Schwengber & Piccinini (2005), comparando mães com e sem depressão, também houve muitos relatos de ambivalência em relação ao apoio recebido do companheiro e seu papel como pai por parte das mães deprimidas. Já o estudo de Cramer et al. (1990) encontrou mudanças positivas na percepção da esposa sobre seu companheiro, após uma psicoterapia breve pais-bebê, o que é corroborado pelos achados do presente estudo.

A parentalidade foi compartilhada de forma mais tranqüila na Família 1, onde houve apenas um relato de diferenças entre o casal na forma de colocar limites nos filhos, mas que não chegavam a se traduzir em conflitos. Já na Família 2, quaisquer divergências no cuidado com o bebê se traduziam em conflito entre o casal, principalmente no início, e embora o conflito central entre eles fosse a questão da autonomia e dependência do bebê, o qual foi bastante discutido nas sessões de psicoterapia, isso não havia sido ainda plenamente solucionado ao final do atendimento. Na avaliação final o pai relatou que tinha receio que isso viesse a ser fonte de novos conflitos entre eles conforme o filho ficasse maior. Penso que para esse casal, ao contrário da Família 1, ainda não estava bem desenvolvida a coparentalidade (Frizzo et al, 2005), ou seja, o apoio e comprometimento mútuo no exercício da parentalidade. É através desta relação que os pais e as mães podem negociar seus papéis, responsabilidades e contribuições para a criança (Margolin, Godis & John, 2001). Até o final da psicoterapia, a sensação era de que cada um ainda estava muito preocupado com a sua posição, sem dar chance de entender as razões do outro nas eventuais divergências, que na maioria das vezes era também bastante adequada. Mas podemos relativizar que ao final da psicoterapia o bebê estava apenas com sete meses, quando ainda não surgiram grandes questões para seu desenvolvimento e socialização, que tendem a se exacerbar especialmente no segundo ano de vida da criança (Minuchin, 1982). É possível que sabendo agora dessas diferenças que cada um possuía e à medida em que o casal tenha mais questões a serem decididas em relação ao filho, eles encontrem uma maneira de se apoiarem nas decisões. Ou

então, eles podem futuramente buscar um novo atendimento para solucionar essas questões, caso ela voltem a se intensificar, o que nos faz lembrar dos "tratamentos seriais breves" sugeridas por Stern (1997). De acordo com esse autor, ao longo do desenvolvimento da criança podem surgir novas "janelas" de dificuldades, as quais podem ir sendo resolvidas em terapias focais em diferentes momentos.

A função provedora de afeto das mães e pais também apresentou aspectos comuns e discrepantes entre as duas famílias. Em comum nas duas famílias era o fato de que os filhos eram muito investidos de afeto pelos pais e pelas mães, mesmo quando elas estavam bastante deprimidas, no início do atendimento. Em nenhuma das famílias houve relato de dificuldade afetivas com os bebês. Contudo, na Família 1 apareceu um processo de parentalização da filha mais velha do casal, que passou a se comportar em vários momentos como cuidadora da mãe. Isso foi trabalhado na psicoterapia e já na quarta sessão não houve mais relatos nesse sentido. Hammen (2002) assinalou que diversos estudos indicam que quando crianças maiores reconhecem os sintomas depressivos de seus pais, podem acabar aumentando seus comportamentos afetuosos e sendo mais prestativas. Corroborando essa afirmação, Linares e Campo (2000) explicam que é comum que os filhos se tornem cuidadores de seus pais nesse momento e isso deve ser um dos objetivos do tratamento, pela sobrecarga que representa para a criança. Devemos lembrar que isso estava acontecendo na Família 1, quando eles iniciaram a psicoterapia, pois a filha começou a apresentar crises de choro e agressividade na escola após o nascimento do irmão. Mas quando os sintomas depressivos de sua mãe amenizaram, e também quando a mãe percebeu o sacrifício da filha, a função da mãe de provedora de afeto foi restabelecida.

Outro aspecto da parentalidade dizia respeito à forma como os pais se organizavam na divisão das tarefas da casa e de cuidado dos filhos. As mães de ambas as famílias referiram que se sentiam as principais responsáveis pelo cuidado do bebê e exemplificaram isso de maneira semelhante, quando comentaram que se o filho não se acalmava, eram elas que tinham de acalentá-lo, pois seus maridos não tinham jeito ou paciência para isso. Podemos pensar aqui novamente na idéia do desequilíbrio entre prazer e desprazer dessas mães (Linares e Campo, 2000), especialmente quando elas ainda estavam deprimidas, pois elas tomaram para si todo o dever de cuidado dos filhos. Mas em ambos os casos houve uma certa flexibilização nesse aspecto ao longo da psicoterapia. Devemos lembrar que na Família 1 a mãe não trabalhava fora e na Família 2 o pai trabalhava mais horas do que a mãe, o que reforçava o sentimento delas de que eram as principais cuidadoras dos filhos. Isso de certa vai ao encontro da realidade brasileira, pois no estudo de Garcia e Tassara (2003), ao mesmo tempo em que as mulheres reivindicavam a ajuda de seus companheiros, elas explicitavam

que essa era uma colaboração e não uma responsabilidade partilhada da díade. Mas o pai da Família 1 estava bastante disponível para dividir os cuidados com o filho, tanto que quando ele tirou férias, entre a quinta e a sétima sessão de psicoterapia, ele assumiu a maior parte dos cuidados da casa e dos filhos. Mesmo após seu retorno ao trabalho, ele seguiu bastante ativo no cuidado com os filhos, inclusive negociando com a esposa que ele buscaria o bebê no seu quarto, quando ela precisasse amamentá-lo à noite.

Assim, a impressão que ficou é que os maridos ajudavam, cada um a sua maneira, embora parecesse que suas esposas tivessem dificuldade em reconhecer essa ajuda. Na Família 1 o marido inclusive assumiu a maior parte dos cuidados com a casa e com os filhos quando tirou férias do trabalho, ainda durante as sessões de psicoterapia. Além disso, nas duas famílias apareceram situações durante as sessões, quando os pais ajudaram as esposas no cuidado com os filhos, seja numa troca de fraldas, seja se dedicando a eles para que as esposas pudessem aproveitar a sessão mais tranquilamente. Mães deprimidas costumam avaliar de forma ambivalente o apoio recebido pelos companheiros (Mayor, 2005; Prochnow, 2005; Schwengber & Piccinini, 2005), o que foi corroborado no presente estudo, uma vez que essas queixas foram diminuindo ao longo das sessões. Mas também pareceu que eles realmente também passaram a se engajar mais no cuidado dos filhos, o que também pode ter contribuído para que suas esposas tenham diminuído essa avaliação inicial mais negativa que tinham dos maridos. É possível que, por vezes, na verdade o que as mães necessitassem e talvez não conseguissem expressar e solicitar era de que até precisavam do envolvimento do marido nas tarefas práticas do dia a dia de cuidados com o bebê e casa, mas principalmente elas precisavam de apoio emocional. Segundo Silva (2007), mais importante do que o apoio instrumental, seria que eles pudessem se conectar com as esposas em suas necessidades emocionais, a fim de dividir com elas a intensa carga emocional desse período. Parece que na Família 1 isso apareceu em vários momentos, enquanto na Família 2, o pai, por características próprias - como sua dificuldade em se expressar afetivamente - tenha exercido essa função menos intensamente que o pai da Família 1. Mas mesmo sua esposa pareceu satisfeita com esse apoio ao final da psicoterapia, pois percebeu que apesar dessa limitação do marido, a qual ele estava tentando melhorar, ele lhe apoiava da maneira que podia. Segundo Silva (2007), esse apoio pode não ser suficiente para prevenir que a mãe entre em depressão, mas parece ser especialmente importante em sua recuperação.

Penso que talvez um indicador muito importante de o quanto os pais dessas duas famílias estavam dispostos a apoiar emocionalmente as esposas foi o fato de que ambos compareceram a todas as sessões de psicoterapia junto com as esposas. Schwengber (2007) sugere que possivelmente esse comprometimento pode ser indicador de um bom prognóstico

para esse tipo de famílias, pois nos casos atendidos pela autora, a presença do pai na psicoterapia possibilitou que os seus conflitos em relação à paternidade também pudessem ser ouvidos e, eventualmente, elaborados. Além disso, o fato de o pai participar ativamente da sessão faz com que a mãe não se sinta como a única responsável pele processo de mudança na família, além de evidenciar a contribuição de cada um para o contexto familiar que se encontram (Silva, 2007). Além disto, segundo Silva muitas vezes o pai também pode trazer questões não expostas pela mãe ou mesmo posicionamentos distintos que podem vir a ser trabalhados no aqui-e-agora da sessão. Isso pode ser particularmente importante por se tratar de uma psicoterapia breve, quando muitas vezes alguns temas podem não ser abordados em função do número reduzido de sessões. Contudo, apesar de considerar que a presença do pai é bastante importante na psicoterapia breve pais-bebê, sua presença não deve ser obrigatória, e deve-se levar em conta a sua necessidade conforme as características de cada caso (Cramer e Palácio-Espasa, 1993; Silva, 2007).

Uma outra situação semelhante entre as famílias do presente estudo, foi o fato de os dois pais sugerirem soluções práticas para tentar solucionar os problemas de suas esposas, embora ambos tenha sido mal compreendidos quanto as suas intenções. Por exemplo, na Família 1 o pai sugeriu que a esposa poderia fazer uma cirurgia plástica se estava insatisfeita com o corpo e na Família 2 o pai sugeriu que como ele era visto como a razão das dificuldades da esposa, ele iria embora e seguiria ajudando a esposa e o filho à distância. Segundo Papp (2002), apontar essas soluções práticas parece ser uma reação típica de homens quando se deparam com a depressão de suas esposas. Segundo a autora, muitas vezes bastaria que eles pudessem conversar, já que elas estariam precisando de apoio emocional mais do que soluções práticas. Contudo, nos casos atendidos penso que esta foi a forma como esses pais tentaram ajudar as suas esposas num primeiro momento, para posteriormente, através da psicoterapia, entenderem que realmente elas precisavam de um apoio menos prático e mais emocional, o que também acabou acontecendo.

Outra característica marcante nas duas famílias foi que surgiram durante a psicoterapia aspectos conflitivos da história das mães, que se constituíam em verdadeiros "fantasmas" (Fraiberg et al, 1994) e que dificultavam sua adaptação após o nascimento dos filhos. Na Família 1 o nascimento de Isabela denunciou a traição de seu pai com uma prostituta, pois quando ela nasceu tinha uma grave infecção nos olhos causada por sífilis. Isso a levava a acreditar que nenhum homem poderia ser fiel, o que se traduziu em dificuldades conjugais por seu ciúme intenso e também por dificuldade em saber como educar o bebê, que era do sexo masculino, pois ela não desejava criar outro *"cafajeste"*. Já na Família 2 a perda de uma irmã da mãe ainda bebê esteve associada com o receio de perder também o próprio filho. Esse

receio se manifestava através de grande superproteção com o filho, que também se traduzia em dificuldades conjugais, pois o marido não entendia as razões desse cuidado excessivo com o bebê. Embora pareça que esses *"fantasmas"* não tinham se manifestado diretamente em interações disfuncionais com o bebê (Cramer & Palácio-Espasa, 1993), eles trouxeram prejuízo para a família, especialmente para o relacionamento conjugal. Esses achados corroboram os de Schwengber (2007), que também encontrou que as representações de cada mãe estavam associadas às suas histórias de vida, sugerindo uma estreita ligação entre seus conflitos pregressos e a interação atual com o bebê e o marido. Devemos lembrar que nenhum casal se constitui como uma *tabula rasa*, sem história pregressa. Cada indivíduo traz para o casamento e para a parentalidade, sua subjetividade, seu sistema de crenças e de expectativas em relação ao outro e ao relacionamento conjugal e parental, impregnado pela vivência na família de origem e de outras experiências matrimoniais e de casal, além de imerso numa cultura e sociedade específicas (Walsh, 2002). Dessa forma devemos lembrar que a construção da própria família inclui três grandes famílias: a materna, a paterna e a nova família que está surgindo com o nascimento do primeiro filho (Souza & Daure, 1999), cada uma contribuindo com suas próprias histórias e crenças.

É possível que o fato de a porta de entrada do presente estudo ter sido mães deprimidas, e não bebês com problemas psicofuncionais, como costumam ser essas intervenções na literatura (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Pinto, 2004) tenha contribuído para um menor número de seqüências interativas disfuncionais entre a mãe deprimida e o bebê, encenadas nas sessões. Talvez os sintomas depressivos da mãe ainda não haviam se cristalizado em padrões de interações disfuncionais. Alguns autores sugerem que diferenças interativas podem surgir especialmente após os seis meses da criança se a depressão materna persistir (Campbell et al. 1995). Dessa forma, é possível se pensar que a intervenção realizada foi preventiva nas duas famílias, quando os sintomas maternos causavam sofrimento subjetivo para a mãe, mas ainda não afetavam expressivamente a interação e o cuidado do bebê.

Ainda assim, a presença do bebê favoreceu e potencializou o efeito das intervenções (Prado, 1996), pois muitas vezes era possível verbalizar através dele o que era preciso dizer a seus pais, o que tornava a intervenção mais descontraída e talvez por isso, mais efetiva. Além disso, era mais fácil manter o foco da sessão nos vínculos que diziam respeito ao casal como pais, um dos focos das intervenções. De qualquer modo, ainda que as intervenções por vezes dissessem mais respeito ao relacionamento conjugal, o objetivo final sempre era construir um contexto favorável para o desenvolvimento do bebê (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Pinto, 2004; Prado, 1996; Trad, 1997, Stern, 1997).

A literatura é explicita ao afirmar que o período após o nascimento de um bebê é considerado um momento de crise no ciclo vital (Carter & McGoldrick, 1995), e é particularmente sensível às intervenções terapêuticas (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado, 1996, Stern, 1997). Nos dois casos se observaram importantes mudanças já a partir da quarta sessão de psicoterapia. Claro que pequenas mudanças foram acontecendo desde as entrevistas iniciais, mas a partir da quarta sessão de psicoterapia elas se tornaram mais evidentes. Conforme Stern (1997), mudanças em psicoterapia breve devem ocorrer no máximo até a décima sessão, do contrário a melhor indicação é para uma psicoterapia individual sem duração ou foco pré-definidos. Trad (1997) também observou que ocorreram melhoras significativas em psicoterapia breve pais-bebê já nas primeiras sessões, mas mais expressivas na oitava sessão. Devemos lembrar que diversos autores (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Stern, 1997; Winnicott, 1978) relataram que nesse período após o nascimento do filho ocorre uma nova forma de organização do psiquismo da mãe, e podemos dizer do pai também, que ajudaria a incluir emocionalmente o filho em sua família. Com isso, as estruturas psíquicas dos pais parecem tornar-se mais flexíveis, favorecendo transformações emocionais intensas (Silva, 2002). Isso acaba por permitir a mobilização de recursos pessoais e familiares, "reservas de saúde" que fazem parte de todas as pessoas mesmo quando estão passando por situações adversas (Prado, 2006). São exatamente esses recursos que a psicoterapia breve pais-filho busca resgatar em suas intervenções Assim, ainda segundo Prado, o trabalho com famílias com filhos pequenos é um recurso terapêutico poderoso, ao intervir em um momento especial do ciclo vital, quando estão sendo estruturadas as relações primordiais da família com seus filhos , possuindo assim um poder de modificação surpreendente. Ao intervir nesse momento, podemos evitar a cristalização de padrões interativos que possam vir a ser patogênicos na vida da família, e que muitas vezes depois de estabelecidos, podem levar muito tempo para serem modificados.

Ao final do estudo, cabe destacar algumas das suas limitações. A primeira delas é que a estrutura de categorias aqui apresentada é uma das possíveis formas de avaliar o processo de mudança, e a divisão em categorias e subcategorias é meramente didática, pois as mudanças em uma delas acabavam por refletir em mudanças nas demais. Isso já era esperado, pois Minuchin (1982) era enfático em afirmar que um dos axiomas da terapia familiar é que a mudança numa parte do sistema acaba por sempre ressoar nas demais. Isso provavelmente seja verdadeiro tanto para as diferentes modalidades de psicoterapia, como para as compreensões teóricas delas derivadas. Assim a tentativa de ser sistemática e didática ao analisar os conteúdos trazidos pelas famílias atendidas no presente estudo, com certeza não abarcou toda a complexidade das trocas que ocorreram neste contexto de psicoterapia breve,

onde em poucas sessões se refletiu sobre a história de várias pessoas e de suas interações. Inclui-se ai a minha própria história e subjetividade, poucas vezes salientada ao longo das análises propostas, mas que com certeza também interagiu com as demais histórias. Apesar de ser um estudo qualitativo, que atende a sugestões de alguns autores (Neto & Féres-Carneiro, 2005) como sendo a melhor maneira de descrever processos de mudança psicológica, e a complexidade de uma psicoterapia, mesmo assim esta abordagem não consegue retratar plenamente a riqueza da experiência vivida por todos nós durante os atendimentos realizados.

Tendo em vista a relutância de muitos pais em participarem de psicoterapias pais-bebê (Barrows, 2004), a presença dos pais em todas as sessões do presente estudo, pode não ser representativa do que acontece no mundo real, o que compromete eventuais usos destes achados para contextos onde o pai não se faz presente. No projeto maior (PSICDEMA) do qual esse estudo faz parte, das 19 famílias atendidas que participaram de todas as etapas da psicoterapia, em apenas 4 (aproximadamente 20%), os pais participaram de todas as sessões. Além disso, muitas famílias encaminhadas não puderam ser atendidas porque os pais se recusavam a vir até mesmo para as entrevistas iniciais, condição essencial para as famílias participarem do projeto. Então, mesmo com 19 pais que vieram para os momentos inicias, poucos estiveram realmente disponíveis para a psicoterapia, visto que, de forma geral, sua presença era incentivada.

Também o fato de no presente estudo terem sido analisadas apenas duas famílias, não permite que se tenha uma compreensão exaustiva sobre o processo de mudança no contexto da psicoterapia pais-bebê, em situação de depressão pós-parto. Apesar da extensa quantidade de material e das cuidadosas análises realizadas, não se pode pensar em generalizações, a não ser de alguns processos que parecem ser comuns entre mães depressivas, já reportados na literatura, e que foram apoiados pelos achados do presente estudo. Assim é plausível supor que algumas das características de funcionamento dessas famílias possam ser encontradas em outras famílias nucleares com mães deprimidas. Contudo, novos estudos são necessários para se compreender como ocorre o processo de mudança ao longo da psicoterapia, em famílias onde o pai não está presente nas sessões e mesmo em outras configurações familiares. Também é importante que seja melhor avaliada a estrutura de categorias usadas no presente estudo. Embora se constitua numa importante contribuição metodológica para a análise do processo de mudança em torno das categorias conjugalidade e parentalidade, novos estudos poderão examinar sua adequação.

Os resultados do presente estudo revelam de forma muito clara a influência dos aspectos relacionais para a depressão pós-parto. Assim, fica aqui uma contribuição para que as intervenções com mães deprimidas, especialmente àquelas com bebês pequenos, possam

ter uma escuta empática, particularmente quanto aos aspectos relacionais que podem estar envolvidos em suas dificuldades. Já que a depressão pós-parto tende a ser subdiagnosticada, fica aqui um registro sobre a intensidade do sofrimento envolvido nessa situação, o que merece mobilizar profissionais da saúde que têm contato com essa população a ficarem atentos às necessidades de atendimento desta mães..

De forma geral, percebe-se que a depressão pós-parto esteve associada com dificuldades na conjugalidade e na parentalidade dessas duas famílias, que foram minimizadas em sua maioria ao longo da psicoterapia. A psicoterapia breve pais-bebê é apenas uma das possíveis intervenções possíveis nesse momento, mas se mostrou bastante útil em seu objetivo principal, que era melhorar as relações familiares, tanto pais-bebê como entre o casal e sua família de origem. Como efeito colateral, as duas mães atendidas não apresentaram mais sintomas depressivos ao final da psicoterapia, possivelmente por terem conseguido encontrar mais satisfação em suas relações interpessoais (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Como sugerido por Linares e Campo (2000), parece que ao serem atendidas, mães deprimidas conseguem drenar o rancor e a mágoa que costumam caracterizar os seus relacionamentos conjugais, o que consequentemente aumenta a satisfação conjugal. As mães também se sentiram cuidadas pelos maridos, pois eles permaneceram ao seu lado quando elas passaram por grandes dificuldades durante o episódio depressivo. Além disso, foram esclarecidos os fantasmas do passado que perturbavam a vida dessas famílias. Com isso, as relações familiares como um todo foram modificadas para um caminho considerado mais satisfatório para todos, preparando uma trajetória mais saudável para esses bebês e suas famílias.

REFERÊNCIAS

Alvarado, R.M., Aldo, V.C., Monardes, J., Rojas, M., Olea, E. & Neves, E. (1993). El inventário de Depression de Beck em los quadros depresivos del embarazo y del postparto. *Revista de Psiquiatria, 2,* 4-13.

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV.* Porto Alegre: Artmed.

Andolfi, M. (1984). *Por trás da máscara familiar – um enfoque em terapia familiar.* Porto Alegre: Artmed.

Andolfi, M. (1996). O triângulo como unidade mínima de observação. *A linguagem do encontro terapêutico.* (R.S.di Leoni, Trans.) (pp.30-47).Porto Alegre: Artes Médicas.

Attia, E., Downey, J. & Oberman, M. (1999). Postpartum psychoses. In: Miller, L. J. *Postpartum mood disorders* (pp. 99-118). Washington DC: American Psychiatric Press.

Barrows, P. (2004). Fathers and families: locating the ghost in the nursery. *Infant Mental Health Journal, 25(5)*, 408-423.

Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory.* Manual. San Antonio: Psychological Corporation.

Beck, C.T., Reynolds, M.A. & Rutowsky, P. (1992) Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing. 21(4),* 287-293.

Beeghly, M., Weinberg, M.K., Olson, K.L., Kernan, H., Riley, J. & Tronick, E.Z. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders, 71*, 169-180.

Belsky, J., Gilstrap, B. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, I: Stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three and nine months. *Child Development, 55,* 692-705.

Belsky, J. & Hsieh, K. (1998). Patterns of marital change during the early childhood years: parent personality, coparenting and division of labor correlates. *Journal of Family Psychology, 12*, 511-528.

Benazon, N.R.& Coyne, J.C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology,14,* 71-79.

Bion, W (1994). Uma Teoria sobre o Pensar. In: Bion W. *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp127-137). Rio de Janeiro: Imago. Original work published 1962.

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

Bowlby, J. (1990). *Apego.* (S.M. Barros, Trans.). São Paulo: Martins Fontes. Original work published 1969.

Braier, E.A. (1997). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica.* São Paulo: Martins Fontes.

Braz, M.P., Dessen, M.A. & Silva, N.L. (2005) Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18(2),* 12-27.

Brazelton, T.B. (1987). O bebê: parceiro na interação. In: Brazelton T, Cramer B, Kreisler L, Schäppi R, Soulé M. *A dinâmica do bebê.* (pp 9-23). Porto Alegre: Artes Médicas.

Brazelton, T.B. (1988). *O desenvolvimento do apego.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações* (M.B. Cipolla, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet, 24,* 303-310.

Brown, S., Lumley, J., Small, R. & Astbury, J. (1994). *Missing voices: The experience of motherhood.* New York: Oxford University Press.

Calil, H.M. & Pires, M.L.N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista Psiquiatria Clínica, 25,* 240-244.

Campbell, S.B., Cohn, J.F., Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology, 31,* 349-357.

Cancrini, L. (2001). La depresión en psicoterapia. *Redes, 31-46.*

Caron N. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. In: Caron N (Ed.) *A relação pais-bebê: da observação à clínica.* (pp. 119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carter e McGoldrick (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar- uma estrutura para a terapia familiar. In: B. Carter & M.McGolcrick (Eds.) (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar- uma estrutura para a terapia familiar*(pp.7-29). Porto Alegre: Artmed.

Chabrol, H., Bron, N. & Le Camus, J. (1996) Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behavior and Development, 19:* 149-152.

Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., Kennerley, H. & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry, 152*, 799-806.

Cooper, P.J. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry, 166,* 191-195.

Cooper, P.J. Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression – Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry, 182,* 412-419.

Coutinho, D.S, Baptista, M.N. & Morais, P.R. (2002). Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência, 10,* 63-71.

Cox, J.L., Murray, D. & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163*, 27-31.

Cramer, B. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health Journal, 14,* 283-297.

Cramer, B.G. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In: L. Murray & P.J. Cooper (Eds), *Postpartum depression and child development* (pp.237-261). New York, NY: The Guilford Press.

Cramer, B. & Palacio-Espasa (1993). Técnicas psicoterápicas mãe-bebê. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D.N., Serpa-Rusconi, S., Muralt, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J.P., Knauer, D., Berney, C. & D'arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Mental Health Journal, 11(3),* 278-300.

Cramer, B. & Stern, D. (1988). Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study. *Infant Mental Health Journal, 9(1),* 20-45.

Cruz, E.B.S, Simões, G.L, Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27,* 181-188.

Cummings, M.E. & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 73-112

Cummings, E. M. & Davies, P.T. (1999). Depressed parents and family functioning: interpersonal effects and children's functioning and development. In: T. Joiner & J.C. Coyne (Eds.) *The interactional nature of depression* (pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.

Cummings, M.E, Keller, P.S. & Davies, P.T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 46, 479-489.

Cunha, J.A.(2001) Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cunha, J.A., Prieb, R.G.G., Goulart, P.M. & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico, 27(1),* 107-115.

Cutrona, C.E. & Troutman, B. R.(1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57,*1507-1518.

De Felice, E. M. (2000). *A Psicodinâmica do Puerpério.* São Paulo: Vetor.

Dessaulles, A., Johnson, S.M. & Denton, W.H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: a pilot study. *American Journal of Family Therapy, 31*, 345-353.

Dolto, F. (2002). *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Dunnewold, A. L. (1997) *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Eizirik, C.L., Wilhelms, F.M., Padilha, R.T.L. & Gauer, R.H. (1998). Psicoterapia breve dinâmica. In: A.V.Cordioli (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. (pp.145-152). Porto Alegre: Artes Médicas.

Falceto, O.G., Giugliani, E.R.J. & Fernandes, C.L.C. (2004). Couple's relationships and breastfeeding: is there an association? *Journal of Human Lactation, 20 (10),* 1-10.

Falcke, D. & Wagner, A. (2000). Mãe e madrasta: mitos sociais e autoconceito. *Estudos de Psicologia, 5,* 421-441.

Feldman, R. (2000). Parent's convergence on sharing marital satisfaction, father involvement and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal, 21* (3), 176-191.

Fendrich, M., Warner, V. & Weissman, M. (1990). Family risk factors, parental depression and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology, 26,* 40-50.

Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: O difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia, Reflexão e Crítica, 11 (02)*, 379 - 394.

Field, T. (1992).Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 4,*49-66.

Field, T. (1995).Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 18,*1-13.

Field, T., Healy,B., Goldstein, S. & Guthertz, M. (1990). Behavior state-matching and sychrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology, 26,* 7-14

Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology, 21,*1152-1156.

Fitzgerald, H. E. & Field, T. (1997). Depression. *Infant Mental Health Journal, 18,* 335-338.

Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1994). Os fantasmas no quarto do bebê. *Publicação CEAPIA, 7,* 12-34.

Frankel, K.A. & Harmon, R.J. (1996). Depressed mothers: they don't always look as bad as they feel. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 289-298.

Fritsch, R, González, J, Barrientos, X, Montt, M. E., Larraguibel, M., González, M. I., Rojas, G. (2005). Calidad de la vida familiar y armonía matrimonial en parejas de madres deprimidas. Revista de Psiquiatria Clínica (Santiago de Chile), 42, 23-31.

Frizzo, G.B. (2004). *A qualidade da interação pai-mãe-bebê em situação de depressão materna.* Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Frizzo, G.B., Brys, I., Lopes, R.S., Piccinini, C.A. (2007). *Conjugalidade e parentalidade ao final do primeiro ano de vida do bebê.* Manuscript in preparation

Frizzo, G.B., Kreutz, C.M., Schmidt, C., Piccinini, C.A. & Bosa, C.A. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 15 (3),* 84-94.

Frizzo, G.B. & Piccinini, C.A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, 10*, 47-55.

Garcia, M. L. T. & Tassara, E. T. O. (2003). Problemas no casamento: uma análise qualitativa. *Estudos de Psicologia-Natal, 8(1)*, 127-133.

Giami, A. (2004). Pesquisa em psicologia clínica ou pesquisa clínica. In: D'Allones, C.R., Assouly-Piquet, C., Slama, F. B., Blanchet, A., Douville, O., Giami,A., Nguyen, K., Plaza, M. & Samalin-Amboise, C. *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas – Documentos, métodos, problemas.* (pp.35-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.

GIDEP/NUDIF (2003a). *Ficha de Contato Inicial.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista Diagnóstica.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003c). *Entrevista de Dados Demográficos.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003d). *Entrevista sobre a Gestação e o Parto.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003e). *Entrevista sobre Relacionamento Conjugal.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003f). *Entrevista sobre Genograma.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003g). *Entrevista sobre Experiência da Paternidade.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003h). *Entrevista sobre Experiência da Maternidade.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003i). *Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

GIDEP/NUDIF (2003j). *Consentimento informado.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopatology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*, 3, 458-490.

Gorenstein, C. & Andrade, L.(1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista Psiquiatria Clínica, 25,* 245-250.

Gottman, J. (2000). *Sete princípios para o casamento dar certo.* Rio de Janeiro: Objetiva.

Granato, T.M.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003). Ser e fazer na maternidade contemporânea. *Estudos de Psicologia, 20,* 71-76.

Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Hackel, L.S. & Ruble, D.N. (1992). Changes in the marital relationship after the baby is born: predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology, 9,* 944-957.

Hammen, C. (2002). Context of stress in families of children with depressed parents. In: S.H.Goodman & I.H. Gotlib (Eds.) *Children of Depressed Parents- Mechanisms of Risk and Implication for Treatment.* (pp.175-202) Washington, DC: American Psychological Association.

Hartke, R. (1989). Psicoterapia de orientação analítica – resumo histórico de contribuições importantes (pp. 22-48). In C. Eizirik, R. Aguiar e S. Schestatsky (Eds.). *Psicoterapia de Orientação Analítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Henderson, A.D, Sayer, T.V. & Horne, A.M. (2003). Mothers and sons: a look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression and family cohesion. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families, 11,* 33-41.

Hendrick,V. & Altshuler, L.L. (1997). Biological determinants of postpartum depression. In: L.J. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders* (pp.65-82). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Hilliard, R.B. (1993).Single case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of consulting and clinical psychology, 61 (3),* 373-380.

Hoffman, Y. & Drotar, D. (1991) The impact of postpartum depressed mood on mother-infant interaction: like mother, like baby? *Infant Mental Health Journal, 12:* 65-80.

Hops, H., Biglan, A., Sherman,L., Arthur, J., Friedman,L. & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 341-346.

Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Del Valle, C. & Pickens, J. (1994) Infants of "depressed" mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal,15:* 348-357.

Jacob, T. & Johnson, S.L. (1997) Parent-child interaction among depressed fathers and mothers: Impact on child functioning. *Journal of Family Psychology, 11,* 391-409.

Jacoby-Miller, E.S. (1985). Successful treatment of the mother-infant relationship in a mother suffering from severe postpartum depression. *Infant Mental Health Journal, 6(4),* 210-213.

Jacobsen, T. (1997). Effects of postpartum disorders on parenting and offspring. In: L.J. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders.* (pp.119-142).Washington, DC: American Psychiatric Press.

Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Krob, A.D. (1999) *A transição para a paternidade e a interação pai-bebê*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Lamb, M. E., Pleck, J.H., Charnov, E.L. & Levine, J.A. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist, 25,* 883-894.

Laville, C. & Dionne, J.(1999). *A construção do saber.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul; Belo Horizonte: Editora da UFMG.

Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Levandowski, D.C. & Piccinini, C.A. (2006). Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22,* 17-27.

Lieberman, A.F & Pawl, J. H. (1993). Infant-parent psychoterapy. In: C. Zeanah (Ed). *Handbook of infant mental health.* (pp. 427-442.).New York: Guilford.

Likierman, M. (2003). Post natal depression, the mother's conflict and parent-infant psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy,* 29, 301-315.

Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa.* Barcelona: Paidós.

Linares, J.L. & Campo, C. (2000).*Tras la honorable fachada: los transtornos depresivos desde una perspectiva relacional.* Barcelona: Paidós.

Magalhães, P.V.S. & Pinheiro, R.T. (2005). Pharmacological treatment of postpartum depression. *Acta psychiatrica Scandinavica, 1*, 34.

Mahler, M. (1993). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação.* Porto Alegre: Artes Médicas. Original work published 1975.

Maldonado, M. T. (2000) *Psicologia da gravidez.* São Paulo: Saraiva.

Margolin, G. Godis, E.B. & John, R.S. (2001) Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology, 15(1)*, 3-21.

Mayor, I.M.B. (2004) A qualidade do relacionamento conjugal no contexto da depressão materna. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

McDonough, S. (1993). Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbance. In C. Zeanah (Ed.). *Handbook of infant mental health* (p. 414-426). New York: Guilford.

Menezes, C.C. & Lopes, R.C.S. (2007). Relação conjugal na transição para parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF, 12*, 83-93.

Miller, L.M. (1997), *Postpartum mood disorders.*Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Miller, L.M. & Rukstalis, M.(1997). Beyond the "blues": Hypotheses about postpartum reactivity. In: L.J. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders.* (pp.3-20).Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Minuchin, P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development, 56,* 289-302.

Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento.*(J.A. Cunha, Trans.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1990). Famílias. In: *Técnicas de terapia familiar*. (C.Kinsch e M.E.R.F. Maia, Trans.).(pp.21-36). Porto Alegre: Artes Médicas.

Motta, M.G, Lucion, A.B, Manfro, G.G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27(2),* 165-176.

Murray, L., Cooper, P.J., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression – Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry, 182,*420-427.

Murray, D., Cox, J., Chapman, G. & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry, 166,* 595-600.

Murray,L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996b). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development, 67,* 2512-2526.

Murray, L., Hooper, R.., King, F. & Fiori-Cowley, A. (1996a). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology,38,* 109-119.

Neto, O.D. & Féres-Carneiro, T. (2005). Eficácia terapêutica: terapia de família e o efeito "Dodô". *Estudos de Psicologia-Natal, 10(3),* 355-361.

Nonacs, R. & Cohen, L. S. (2005). Postpartum Psychiatric Syndromes. In: B. J. Sadock & V. Sadock (Eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In: L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.

O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zekoski (1984). A prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 158-171.

O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Phillips, L.H. & Wright, E.J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparision of childbering and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 3-15.

Oliveira, I. T. (1999). Psicoterapia Psicodinâmica Breve: dos precursores aos modelos atuais. *Psicologia: teoria e prática, 1*(2): 9-19.

Organização Mundial de Saúde-OMS (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Palácio-Espasa, F. (2004) Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: implication for treatment. *Journal of Child Psychotherapy, 30,* 155-171.

Papp, P. (2002). As diferenças de gênero e a depressão: a depressão dele e a depressão dela. In: *Casais em perigo: Novas diretrizes para terapeutas* (pp.145-166). Porto Alegre, Artmed.

Parke, R.D. (1996). *Fatherhood.* London: Harvard University Press.

Parry, B.L. (1997) Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. In: L.J. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders* (pp.21-46). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Pedrosa, M.I., Carvalho, A.M.A. (2005). Análise qualitativa de episódios de interação: uma reflexão sobre procedimentos e formas de uso. *Psicologia: Reflexão e crítica, 18,* 431-442.

Pereira, C.R.R. & Piccinini, C.A. (2007). O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. *Estudos de Psicologia-Campinas, 24(3),* 385-395.

Piccinini, C., Prado, L., Lopes, R., Schwengber, D., Alfaya, C., Frizzo, G., Mayor, I. & Silva, M. (2003). *"O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê:*

Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê". Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Projeto não publicado.

Phares, Duhig & Watkins, (2002). Family context: Fathers and other supports. In: S.H. Goodman & I.H. Gotlib. *Children of depressed parents* (pp. 203-226). Washington, DC: American Psychological Association.

Pinto, E.B. (2000). Psicoterapia breve mãe/bebê. In: C.F. Rockenkohl (Ed.). A clínica com o bebê (pp.125-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pinto, E.B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia, 9,* 451-457.

Prado, L.C. (1996) O bebê inaugura a família: a terapia pais-bebê. In: L.C. Prado (Ed.). *Famílias e terapeutas - Construindo caminhos* (pp.97-130). Porto Alegre: Artes Médicas.

Prado, L.C. (2006). *Entre a realidade e os sonhos.* Porto Alegre: L.C. Prado.

Prado, L.C., Gomes, A.G., Silva, M.R., Frizzo, G.B., Alfaya, C.A.S., Schwengber, D.D.S., Lopes, R.C.S. & Piccinini, C.A. (2007) *Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura.* Manuscript submitted for publication.

Prochnow, L.P. (2005) *A relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio.* Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Riecher-Rössler, A. & Fallahpour, M.H. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108,* 51-56.

Robila, M. & Krishnakumar, A. (2005). Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *Journal of Family Psychology, 19,* 246-251.

Romito, P. Saurel-Cubizolles, M. & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine, 49,* 1651-1661.

Scherwen, L.N. (1991) Fantasy state during pregnancy. A psychoanalitic account. *Pre-and Peri-Natal Psychology Journal, 6,* 55-71.

Schwengber, D.D.S. (2002) *A interação mãe-bebê e a experiência da maternidade de mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida do bebê.* Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Schwengber, D.D.S. (2007). *Representações acerca da maternidade em mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê.* Tese de Doutorado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Schwengber, D.D.S., Alfaya, C., Lopes, R.C.S. & Piccinini, C.A. (2003). A orientação interacional como alternativa de intervenção precoce pais-bebê no contexto da depressão materna: algumas reflexões iniciais. *Psico, 34,* 297-316.

Schwengber, D.D.S, & Piccinini, C.A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20,* 223-240.

Schwengber, D.D.S, & Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia-Natal, 8,* 403-411.

Schwengber, D.D.S, & Piccinini, C.A. (2005). A Experiência da Maternidade no Contexto da Depressão Materna no Final do Primeiro Ano de Vida do Bebê. *Estudos de Psicologia-Campinas*, 22,143-156.

Seguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. & Loiselle, J. (1999). Depressive symptoms in the late postpartum among low socieconomic status women. *Birth, 26(3),* 157-163.

Selvini, M. (2003). Recientes avances en el estudio relacional de las depresiones. *Redes, 49-67.*

Shapiro, A.F, Gottman, J.M. & Carrere, S. (2000). The baby and the marriage: identifying factos that buffer against decline in marital satisfaction after the baby arrives. *Journal of Family Psychology, 14,* 59-70.

Silva, M.C.P, (2002). Um self sem berço. Relato de uma intervenção precoce na relação pais-bebê. *Revista Brasileira de Psicanálise, 36,* 541-565.

Silva, M.R.S. (2007). *Paternidade e depressão pós-pato materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê.* Tese de Doutorado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (I.V. Carvalho Trans.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Soriano, J.A., Baldero A. & Cárdenas, I. (2000) Anexo- Una investigación sobre las características relacionales de los transtornos depressivos. In: Linares, J.L. & Campo, C, (2000). *Trás la honorable fachada.* (pp. 227-257).Barcelona: Paidós.

Souza, I. & Daure, S. (1999). Importância da família na prevenção da depressão pós-parto. *Psicologia Clínica, 11,* 117-132.

Spitz, R. (1983). *O primeiro ano de vida.* São Paulo: Martins Fontes. Original work published 1965.

Stainton, M.C. (1985). The fetus: a growing member of the family. *Family Relations*, *34*, 321-326.

Stake, R.E. (1994). Case Studies. In: N.Denzin & Y.Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research.* (pp. 236-247) London: Sage.

Stainton, M.C. (1985). The fetus: a growing member of the family. *Family Relations,34,* 321-326.

Stein, M. (2001). Selective affective response to a parent in a 6-month-old infant. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 22,* 8-14..

Stein, A., Gath, D.H., Bucher, J., Bond, A., Day, A. & Cooper, P. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry, 158,* 46-52.

Steiner, M. & Tam, W.Y.K.,(1997) Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. In: L.J. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders* (pp. 47-64)Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trans.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher.* (M.N.B. Benetti, Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62:*918-929.

Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1997) Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. In L. Murray & P..J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 136-163). New York, NY: The Guilford Press.

Teti, D.M., Gelfand, D., Messinger, D.S. & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers and their mothers. *Developmental Psychology, 31,* 364-376.

Thoman, E. B. (1975) How a rejecting baby affects mother-infant synchrony. *CIBA Foundation Symposium, 33,* p. 177.

Trad, P. (1997). *Psicoterapia breve pais/bebê.* (M.C. Müller & M.E. Schestatsky Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Waldemar, J.O.C. (1998). Terapia de casal. In: Cordioli,A,V. (Ed.) *Psicoterapias.* (pp.187-198). Porto Alegre: Artes Médicas.

Walsh, F. (2002). Casais saudáveis e casais disfuncionais: qual a diferença? In: Andolfi, M. (Ed.). *A crise do casal- uma perspectiva sistêmico-relacional* (pp.13-28). Porto Alegre: Artmed.

Whiffen, V.E. & Gotlib, I.H.(1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 274-279.

Wile, J. & Arechiga, M. (1997). Sociocultural aspects of postpartum depression. In: L.J. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders* (pp.83-99).Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Winnicott, D. (1978). Preocupação materna primária. In: *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trans.) (pp.491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D.W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Original work published 1956.

Yoshida, E. (2004). Evolução das psicoterapias breves psicodinâmicas (pp. 13-36). In: E. Yoshida e M. Enéas. *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Alínea.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando um estudo com a finalidade de investigar os efeitos de uma psicoterapia breve realizada com mães deprimidas e o seu bebê, que visa facilitar o desenvolvimento da criança. Durante a realização deste projeto serão realizados três estudos. O primeiro examinará os fatores relacionados à ocorrência da depressão materna e a qualidade do relacionamento conjugal. O segundo estudo visa investigar a qualidade da interação mãe-pai-bebê em famílias cujas mães apresentam ou não depressão. O terceiro estudo tem como objetivo examinar o impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, nas representações maternas e na interação pai-bebê e mãe-bebê. Este projeto de pesquisa tem duração de um ano e pretende acompanhar as famílias dos seis aos dezoito meses de vida dos bebês. Estão programados diversos encontros, com intervalo aproximado de seis meses entre eles. A cada encontro serão realizadas entrevistas individuais com as mães e os pais de aproximadamente uma hora de duração, observações das mães e pais com seus bebês durante trinta minutos, observação da psicoterapia realizada com as mães e seus bebês, que deve durar em torno de cinqüenta minutos, bem como o acompanhamento do desenvolvimento do bebê. Os encontros iniciais ocorrerão em dois momentos um com o pai, mãe e bebê e outro só com a mãe e o bebê. As observações, a psicoterapia e o acompanhamento do desenvolvimento do bebê serão gravadas em videoteipe. Durante as observações da interação pai-mãe-bebê os pais serão solicitados a brincarem com seu filho, como comumente fazem no seu dia-a-dia. Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a interação mãe-pai-bebê e a melhor forma de facilitar o desenvolvimento da criança.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação dos cuidados e tratamento recebidos neste hospital. Entendo que as informações oferecidas serão mantidas em caráter confidencial e que eu não serei identificada.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização de imagens, anotações e gravações realizadas comigo, meu marido e meu bebê. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido no Instituto de Psicologia.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o professor Dr. César Augusto Piccinini. Caso eu queira contactar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3316-5058.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética desta Instituição.

Data ___/___/___ .

_____

Participante do Projeto

_____

Pesquisador Responsável

ANEXO B

FICHA DE CONTATO INICIAL

(GIDEP/NUDIF- 2003)

Nome da mãe:

Data de nascimento da mãe:

Escolaridade:

Trabalhas fora? ( )sim ( )não ( )desempregada Horas/semana____

Nome do bebê:

Sexo do bebê: ( )menina ( )menino

Idade do bebê:

Data de nascimento do bebê:

É teu primeiro bebê?

Ele nasceu dentro do tempo esperado? ( )sim ( )não

Houve alguma complicação? ( )sim ( )não Qual?

O pai do bebê vive contigo? ( )sim ( )não

Há quanto tempo vocês vivem juntos?_____

Nome do pai do bebê:_____

Ocupação:

Idade/data de nascimento:

Ele tem outros filhos? ( )sim ( )não

Qual o bairro que tu moras?

Endereço:

Telefone:

Data da entrevista:

ANEXO C

Entrevista de dados demográficos do casal
(GIDEP - UFRGS - 1998)

Eu gostaria de algumas informações sobre você e o teu marido:

Esposa:

- Nome:.....
- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído): .....
- Religião:..... Praticante: ( ) sim ( ) às vezes ( ) não
- Estado Civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) separada ( ) viúva ( ) com companheiro
- Desde quando moras com o pai do bebê sim? .....
- Quem mais mora na casa? .....
- Tu trabalhas fora? ( ) sim ( ) não ( ) desempregada
- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há ..... meses
- Grupo étnico: .....

Marido:

- Nome:.....
- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído): .....
- Religião:..... Praticante: ( ) sim ( ) às vezes ( ) não
- Tu trabalhas fora? ( ) sim ( ) não ( ) desempregado
- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há ..... meses
- Grupo étnico: .....

Sobre o bebê:

- Nome:.....
- Data de nascimento:.....

Endereço para contato:

.....

Cidade:..... CEP ..... Telefone:.....

Telefone do emprego/contato: Esposa ..... Marido .....

Telefone de um parente/amigo para contato:.....

ANEXO D

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA MATERNA
(GIDEP/NUDIF - 2003)

Rapport: *"Nós sabemos que após o nascimento de um bebê podem ocorrer muitas mudanças na vida da mulher, que nem sempre são fáceis de lidar. Por isso eu vou te fazer algumas perguntas para compreender melhor como tens te sentido em relação a isso".*

(Questões riscadas serão perguntadas na Entrevista sobre a Maternidade)

~~**1. Tu tiveste algum problema de saúde durante a gestação? Qual?**~~

~~- E antes, tu tiveste algum problema de saúde importante? Qual?~~

~~- E agora? Tu estás tendo algum problema de saúde?~~

~~**2. Como tu tens te sentido como mãe?**~~

~~*(Caso a mãe não responda ou dê respostas evasivas, perguntar:)*~~

~~- Como está o teu bebê? - Como esta sendo para ti cuidar dele?~~

~~**3. Tu tens alguém que te ajuda nos cuidados com o bebê?**~~

~~*(Em caso afirmativo):* Quem é essa pessoa? Estás satisfeita com essa ajuda?~~

~~- E o teu marido tem te ajudado? Como tu te sentes com isto? (com a ajuda ou falta de ajuda)~~

4. Tu trabalhas fora?

- *(Em caso afirmativo:)* Já retornaste ao trabalho? Como te sentes em relação a isso?

- *(Caso trabalhe, mas ainda não tenha retornado:)* Pretendes voltar a trabalhar? Quando? Como te sentes em relação a isso?

~~**5. Como estão os teus relacionamentos com a tua família/ amigos/colegas?**~~

~~- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?~~

~~- E com o teu marido? Como está o relacionamento de vocês?~~

~~- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?~~

6. Como tu estás te sentido atualmente?

- Tu tens te sentindo cansada ou com falta de energia? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?

- Como está o teu sono? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?

- Como está o teu apetite? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?

- Nesse momento tu tens tido algum problema como engordar/emagrecer demais? Tu tens te sentido preocupada com teu corpo? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?

~~- Como está a tua vida sexual? Tu tens tido uma vida sexual satisfatória? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?~~

7. Como tu estás te sentindo emocionalmente (dos nervos)?

- Tiveste algum problema emocional (*dos nervos*) depois que o bebê nasceu? E antes disto? Qual?

- (*Em caso afirmativo:*) Tu procuraste ajuda de alguém? O que tu fizeste? Como foi? Como tu te sentiste?

- Já fizeste algum tratamento para isto?

- Tomaste alguma medicação para isto? Qual? Duração?

- Na tua família há alguém com problemas emocionais (*dos nervos*)? Quem?

- Tu tens sentido vontade de chorar? *(Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?

- Tem acontecido de tu te sentires culpada? (*Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?

- Tem acontecido de tu te sentires inútil? (*Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?

- Tu já tiveste vontade de morrer? (*Em caso afirmativo:)* Em que momentos? E agora? Isto tem se repetido? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?

- Tu tens te sentido preocupada ou ansiosa? (*Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?

8. Tu gostarias de me falar mais alguma coisa sobre os teus sentimentos neste momento da tua vida?

Obs: Adaptada por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva, Nádia Coldebella e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

ANEXO E

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO (mãe)

(GIDEP/NUDIF - 2003)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre a gravidez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Esta foi a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez planejada?
2. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
3. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
4. Como a tua mãe e o teu pai receberam a notícia da gravidez?
5. Como a mãe e o pai do teu companheiro receberam a notícia da gravidez?
6. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos e emocionais?

Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?

7. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
8. Que tipo de mãe tu achavas que serias?
9. Que preocupações tu tinhas em relação ao bebê durante a gravidez?
10. Como tu imaginavas que o bebê seria? Como tu imaginavas que seria o teu relacionamento com ele?
11. Tu lembras de alguém que te ajudou durante a gravidez? (*em caso afirmativo*):

Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?

12. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou? (*em caso afirmativo*):

Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?

13. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiste com isto?
14. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
15. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
16. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai durante a gravidez?
17. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro durante a gravidez?
18. Tu já tiveste outra gravidez? *(Caso tenha tido:)* Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu? Como tu te sentiu?

II. Eu gostaria que tu me falasse sobre o parto e os primeiros dias com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como foi o parto? Foi normal ou cesariana? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
2. Alguém te acompanhou no momento do parto?
3. Que preocupações tu tiveste em relação a ti durante o parto?
4. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê durante o parto?
5. Tu lembras de alguém que te ajudou no parto? (*em caso afirmativo*):

Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?

6. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou? (*em caso afirmativo*):

Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?

7. Como foi o teu primeiro encontro com o bebê após o parto? Como tu te sentiste?
8. Ele era como tu imaginavas? Como tu te sentiste?
9. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou e desagradou?
10. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
11. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
12. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
13. Tu lembras de alguém que te ajudou nos primeiros dias após o nascimento? (*em caso afirmativo*):

Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?

14. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou que te atrapalhou nesses primeiros dias? (*em caso afirmativo*):

Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?

15. E o teu companheiro? Ele te apoiou nesses primeiros dias do bebê? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiste com isto?
16. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
17. E no relacionamento de vocês, alguma coisa mudou?
18. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai nesses primeiros dias?
19. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro nesses primeiros dias?

Obs: Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva, Nádia Coldebella e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

ANEXO F

ENTREVISTA SOBRE O RELACIONAMENTO CONJUGAL

(GIDEP/NUDIF-UFRGS, 2003)

"Sabemos que após o nascimento de um bebê costuma mudar um pouco o relacionamento do casal".

1 - Como está a vida de vocês desde o nascimento do bebê?

- Como vocês tem se organizado com os cuidados do bebê?

- Tu divides os cuidados com o teu marido (tua esposa)? O que vocês combinaram?

- ~~*O que tu achas do modo como teu marido (tua esposa) cuida do bebê?*~~

2- Como tu descreverias o relacionamento de vocês nestes meses após o nascimento do bebê.

- Vocês têm reservado algum tempo só para vocês dois?

Em caso positivo: Com que freqüência isto acontece? O que vocês fazem nestes momentos?

É diferente de quando vocês não tinham o bebê? O que mudou?

O que tu achas deste tempo só de vocês?

Tu estás satisfeita(o) com estes momentos?

Em caso negativo: Tu achas que seriam importante alguns momentos só para vocês? Por quê?

3 - Vocês têm expressado carinho um pelo outro?

- Quando é que isto acontece? Como acontece?

- Como está a vida sexual de vocês?

- Tu estás satisfeita(o) com a vida sexual de vocês?

- O desejo sexual está igual ou diferente ao período em que vocês ainda não tinham filho?

Se estiver diferente: O que mudou?

4- Como é a comunicação de vocês? Vocês conversam sobre o que sentem e pensam?

- Tu achas que o teu marido (tua esposa) respeita as tuas opiniões?

- E tu, respeita as opiniões dele(a)?

- Tu se sentes valorizado(a) por ele(a)?

- Em que vocês discordam mais no dia-a-dia? Por que isto acontece?

- Quando ocorre algum problema, vocês têm conseguido conversar sobre ele?

- Vocês costumam ter brigas? Como são? Por que motivos? Com que freqüência?

- Como vocês resolvem as brigas? Alguma vez houve agressão física? Como foi?

5- Tu achas que existe algo no relacionamento de vocês que deva ser mudado?

Em caso afirmativo:

- O que tu achas que deve ser mudado?

- O que tu achas que precisaria ser feito para mudar este(s) aspecto(s)?

6- Tem mais alguma coisa que tu gostaria de falar sobre o relacionamento de vocês como casal?

Obs: Participaram da elaboração desta entrevista (em ordem alfabética): Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes.

ANEXO G

GENOGRAMA FAMILIAR DA MÃE/ DO PAI

(GIDEP/NUDIF, 2003)

CASO NR: _____

RESPONSÁVEL:_____

Investigar:

- Nome, idade, profissão dos pais e avós
- mortes na família, preferencialmente com data
- casamentos – duração e período
- divórcio/separações
- outros filhos
- adoção
- aborto espontâneo ou induzido
- doenças na família, alcoolismo, abuso de drogas

Perguntar diretamente:

- tem alguém com quem tu sejas mais apegada (o)?
- tem alguém com quem tu tenhas alguma dificuldade de relacionamento?
- houve alguma dificuldade importante na tua família (morte, doenças, separação, desemprego)?

ANEXO H

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE
(GIDEP/NUDIF - 2003)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre o teu dia-a-dia com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1.Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?

2.Era como tu imaginavas? (*se não era*) O que está diferente?

3.Como tu vês a comunicação entre vocês dois?

4.Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?

5.O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que entendeste o teu bebê?

6.Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes?

7.Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Por quê?

8.Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Por quê?

9.O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?

10. E o que mais o desagrada? Por quê?

11. Tu costumas brincar com o bebê? Com que freqüência? Do que vocês brincam? Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

II. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1.Como tu estás te sentindo como mãe?

2.O que mais te agrada em ser mãe?

3.E o que é mais difícil para ti?

4.Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?

5.Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?

6.O que mudou para ti agora que és mãe?

7.Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?

8.Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?

9.Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?

10. Como tu te vês ou te descreves como mãe?

11. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?

12. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?

13. Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?

14. E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?

15. Como as pessoas te vêem como mãe?

III. Eu gostaria que tu me falasse como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1.Como é o jeito dele lidar com o bebê?

2.Como tu achas que ele está sendo como pai? Esta sendo como tu imaginavas?

3.Ele te ajuda nos cuidados com o bebê? Como? Que atividades ele realiza com o bebê? Te sentes satisfeita com essa ajuda?

4.Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê?

5.Como é para ti pedir essa ajuda?

6.Como te sentes quando ele cuida do bebê?

7.O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?

8.Quanto tempo ele passa por dia com o bebê?

9.Como vocês lidam com a questão das despesas em relação ao bebê? O pai assumiu alguma despesa? Que outras responsabilidades ele assumiu?

10. Como imaginas que ele te vê como mãe?

IV. Eu gostaria que tu me falasse se outras pessoas te ajudam a cuidar do bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1.Quem costuma te ajudar? Como é a ajuda dessa pessoa? Quantas horas estas pessoa fica com o bebê?

2.Tu pedes a ajuda dessa pessoa nos cuidados com o bebê?

3.Como é para ti pedir essa ajuda? Como tu te sentes?

4.Tu te sentes apoiada por essa pessoa?

5.O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?

6.Como imaginas que essa pessoa te vê como mãe?

7.Tem alguém que atrapalha o teu relacionamento com o bebê? (*em caso afirmativo*):

Quem? O que essa pessoa faz que te desagrada?

V. O bebê foi para a creche?

(Caso não tenha mencionado e se o bebê foi para a creche)

1.Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?

2.Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?

3.Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?

4.Por que vocês escolheram colocar na creche?

(Caso o bebê não tenha ido para a creche):

1.Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?

2.Quando? Por que escolheram colocar na creche?

3.Como tu achas que ele vai reagir?

4.Como tu achas que tu vais te sentir?

Obs: Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo