

LEITURA MATERNA SOBRE DEPRESSÃO
PÓS-PARTO E SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS:
UM CASO DE PSICOTERAPIA MÃE-BEBÊ

*MATERNAL PERCEPTION ABOUT POSTPARTUM DEPRESSION AND
PSYCHOFUNCTIONAL SYMPTOMS: A CASE OF MOTHER-BABY PSYCHOTHERAPY*

*COMPRESIÓN MATERNA SOBRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y SÍNTOMAS
PSICOFUNCIONALES: UN CASO DE PSICOTERAPIA MADRE-BEBÉ*

*Elisa Cardoso Azevedo **

*Giana Bitencourt Frizzo ***

*Milena da Rosa Silva ****

*Tagma Marina Schneider Donelli *****

RESUMO

Este estudo investigou as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê num contexto de psicoterapia mãe-bebê em grupo. Participaram uma díade mãe-bebê em que a mãe apresentava depressão pós-parto e o bebê sintomas psicofuncionais. Os instrumentos empregados foram a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), Entrevista MINI, Entrevista sobre a Gestação e Parto, Entrevista sobre a Experiência da Maternidade e o questionário Symptom Check List (SCL). Foi utilizado o delineamento de estudo de caso único e realizada uma análise quali-

* Psicóloga, Doutoranda no Programa de Pós-Gradua o em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

email: lielisa@gmail.com

** Psicóloga, Professora Associada do Programa de Pós-Gradua o em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

email: gifrizzo@gmail.com

*** Psicóloga, Professora Adjunta do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

email: milenarsilva@hotmail.com

**** Psicóloga, Professora Assistente II do Programa de Pós-gradua o em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil.

email: tagmad@unisinos.br

As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro ao projeto de pesquisa que originou este artigo.

tativa, relacionando os materiais clínicos das onze sessões de psicoterapia com a literatura a partir de uma compreensão psicanalítica. Os resultados revelaram que os sintomas depressivos maternos e os sintomas psicofuncionais do bebê estavam mutuamente associados e que, a partir da intervenção utilizada, a leitura materna sobre seus sintomas e os do bebê foi modificada, associada a uma melhora dos sintomas em ambos.

Palavras-chave: leitura materna; depressão pós-parto; sintomas psicofuncionais do bebê; psicoterapia mãe-bebê em grupo.

ABSTRACT

This study examined the changes in maternal perception about her own depressive symptoms and the baby's psychofunctional symptoms in a context of mother-baby group psychotherapy. Participants were a mother-baby dyad in which the mother presented postpartum depression and the baby had psychofunctional symptoms. The instruments employed were: EPDS, MINI Interview, Interview on Pregnancy and Childbirth, Interview of the Maternity Experience, and SCL questionnaire. The single-case study design was used and a qualitative analysis was carried out, correlating the clinical materials from the eleven psychotherapy sessions with the theoretical knowledge found in the literature, based on a psychoanalytic understanding. The results revealed that the maternal depressive symptoms and the baby's psychofunctional symptoms were mutually associated and that, through the intervention, the maternal perception about her symptoms and the baby's was modified, associated with an improvement of the symptoms in both.

Keywords: maternal perception; postpartum depression; baby psychofunctional symptoms; mother-infant group psychotherapy.

RESUMEN

Este estudio investigó los cambios en la comprensión materna sobre sus síntomas depresivos y sobre los síntomas psicofuncionales del bebé en un contexto de psicoterapia madre-bebé en grupo. Participaron una díada madre-bebé en la que la madre presentaba depresión posparto y el bebé síntomas psicofuncionales. Los instrumentos utilizados fueron: EPDS, Entrevista MINI, Entrevista sobre la Gestación y el Parto, Entrevista sobre la Experiencia de la Maternidad y el cuestionario SCL. Se utilizó el delineamiento de estudio de caso único y realizó un análisis cualitativo, relacionando los materiales clínicos de las once sesiones de

psicoterapia con la literatura a partir de una comprensión psicoanalítica. Los resultados revelaron que los síntomas depresivos maternos y los síntomas psicofuncionales del bebé estaban mutuamente asociados y que, a partir de la intervención utilizada, la comprensión materna sobre sus síntomas y del bebé fue modificada, asociada a una mejoría de los síntomas en ambos.

Palabras clave: comprensión materna; depresión posparto; síntomas psicofuncionales del bebé; psicoterapia madre-bebé en grupo.

Introdução

Diversos autores clássicos (Bowlby, 1989; Spitz, 2000; Winnicott, 1956/2000) já apontavam para a importância do ambiente para o desenvolvimento satisfatório da criança, descrevendo a profunda identificação que existe entre uma mãe¹ e seu bebê no início da vida. Sabe-se que a qualidade das interações entre o bebê e seu cuidador terá significativas implicações do ponto de vista clínico e emocional. Dessa forma, perturbações nessas interações constituem um dos primeiros indícios de dificuldades no desenvolvimento do bebê.

Um exemplo disso são os sintomas psicofuncionais, que são manifestações somáticas e comportamentais do bebê, sem causa orgânica, que sinalizam dificuldades na interação pais-bebê (Batista-Pinto, 2004). A somatização consiste na manifestação de conflitos e angústias por meio de sintomas corporais (Coelho & Ávila, 2007). Isso significa que, quando um bebê apresenta um sintoma que coloca em risco sua constituição psíquica, o sofrimento aparece em sua organização corporal (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). E, uma vez que o bebê é extremamente dependente dos cuidados que recebe, acredita-se que tais problemas tenham sua origem nas trocas interacionais entre pais e bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Marty, 1993; McDougall, 1996; Robert-Tissot et al., 1989), desencadeando dificuldades nas áreas de alimentação, sono e comportamento (Robert-Tissot et al., 1996).

Um dos possíveis fatores associados à impossibilidade da mãe de exercer adequadamente sua função seria a depressão pós-parto. Por isso, Cramer e Palacio-Espasa (1993) entendem a depressão pós-parto como uma doença da interação, já que está relacionada à presença do bebê.

A depressão pós-parto é multifatorial e ainda não é possível identificar com precisão sua etiologia. No entanto, alguns fatores de risco evidenciam uma forte correlação com essa psicopatologia (O'Hara & McCabe, 2013), tais como histórico de sintomas depressivos, antes ou durante a gestação, (Field et al., 2010;

Iaconelli, 2005), intercorrências na gestação ou no parto, primiparidade, luto e problemas de saúde do bebê (Iaconelli, 2005; Rodrigues & Schiavo, 2011), e dificuldades conjugais (Silva & Piccinini, 2009). Destaca-se também a importância de considerar os aspectos psicodinâmicos singulares, relacionados à história de vida de cada mãe (Silva, 2014).

Dentre os sintomas que caracterizam a depressão pós-parto tem-se a tristeza, choro constante, mau humor, irritabilidade, alterações no sono e no apetite, falta de energia, sentimento de culpa e de desvalia, desespero e dificuldades em cuidar do bebê (Clark, 2000). Episódios depressivos mais graves e prolongados que ocorram nesse período são particularmente preocupantes, pois interferem nas práticas parentais (O'Hara & McCabe, 2013). Por isso, o tratamento da depressão pós-parto deve ser realizado atentando para o vínculo com o bebê (Riecher-Rössler & Fallahpour, 2003).

Uma das possibilidades de tratamento para a ocorrência de depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais do bebê é a psicoterapia mãe-bebê em grupo. Já se sabe que a psicoterapia com a dupla mãe-bebê pode ser eficiente (Batista-Pinto, 2004; Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Frizzo et al., 2010; Prado et al., 2009; Silva, Prado & Piccinini, 2013; Stern, 1997), trazendo uma melhora significativa para os sintomas do bebê, para a depressão pós-parto e para a interação da dupla. Quanto à modalidade da psicoterapia em grupo, diferentes estudos (Klier, Musik, Rosenblum & Lenz, 2001; Clark, 2000; Clark, Tluczek & Wenzel, 2003) constataram sua eficácia e importância, já que permite à mãe sair do isolamento social e refletir sobre as dificuldades inerentes à maternidade, compartilhando essas e outras questões com outras mães.

Na clínica com bebês se intervém não só por meio da escuta, mas principalmente por meio de uma leitura em relação às produções somáticas do bebê (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). Especificamente, segundo Jerusalinsky e Berlinck (2008), a leitura materna diz respeito às percepções e representações que a mãe tem sobre o bebê. É o processo de leitura que possibilita não só a tradução e a compreensão do significado dessas manifestações somáticas, mas também uma possibilidade de saída de um aprisionamento alienante das fantasias maternas. Assim, acredita-se que a leitura materna sobre os sintomas do bebê possa ser mais bem compreendida por meio da psicoterapia mãe-bebê.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi investigar as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de psicoterapia mãe-bebê em grupo.

Método

Delineamento, participantes, procedimentos e instrumentos

Este trabalho teve caráter qualitativo e se propôs a utilizar o estudo de caso único, conforme preconizado por Stake (2006), para analisar as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê ao longo das sessões de psicoterapia. Participaram deste estudo uma díade mãe-bebê², em que a mãe apresentava indicadores de depressão pós-parto e o bebê tinha sintoma psicofuncional na área do sono. Essa dupla participou de uma psicoterapia mãe-bebê em grupo no período de maio a agosto de 2015 e foi a única dupla que participou de todas as 11 sessões do tratamento.

Inicialmente, a mãe completou a Ficha de Contato Inicial – GIDEP/NUDIF (2003a), que visava a saber se as díades preenchiam os critérios de inclusão e exclusão para participar do projeto. Atendidos esses critérios, foi agendado um encontro na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde aplicou-se a entrevista MINI-Plus (Sheehan et al., 1998), a fim de excluir casos de mães com algumas psicopatologias específicas, já que se trata uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (APA, 2004), além do risco de suicídio e do transtorno de personalidade antissocial. Em um segundo encontro, a mãe respondeu à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), um instrumento de autoavaliação composto por 10 itens referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério, validado para o contexto brasileiro (Santos et al., 2007), e ao questionário Symptom Check List, elaborado por Robert-Tissot et al. (1989), que avalia quantitativa e qualitativamente, mediante 84 questões, os transtornos psicofuncionais de crianças com idades entre seis semanas e 30 meses de vida. Posteriormente, a mãe também respondeu à Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003b), uma entrevista estruturada cujo objetivo   investigar as impressões maternas sobre a gesta o e o parto, e   Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c), a fim de investigar diversos aspectos da experiência da maternidade, tais como eventos de vida estressores, rela o da mãe com os próprios genitores, história da gesta o, parto e primeiro ano de vida do beb , expectativas sobre o beb  e a maternidade, etc.

Quando as mães apresentavam depressão, seja no MINI-Plus ou na EPDS, eram convidadas a participar da psicoterapia mãe-beb  em grupo, como ocorreu com a mãe participante deste estudo. Essa interven o baseou-se no estudo de Clark, Tluczek e Wenzel (2003), mas sofreu algumas adapta es em sua apli-

cação. Foram feitas 11 sessões de psicoterapia mãe-bebê, conduzidas por dois terapeutas, em uma das quais um familiar de referência foi convidado a participar. As sessões tiveram duração de uma hora e meia, com frequência semanal. A cada sessão havia um tema principal a ser trabalhado, como, por exemplo, expectativas em relação ao bebê, sentimentos ambivalentes e um trabalho psicoeducativo no que tange à depressão pós-parto. As sessões também contaram com dois momentos, um sobre o respectivo tema semanal e outro de técnicas lúdicas, focando em atividades projetivas. A atenção dos terapeutas foi igualmente dividida entre a observação das interações da díade mãe-bebê ou da tríade pai-mãe-bebê e a escuta das participantes. As sessões psicoterápicas foram filmadas. Após a sessão, foram realizados relatos individuais pelas terapeutas, bem como discussão no grupo de pesquisa com relação às suas impressões sobre o atendimento, através da gravação. Antes do atendimento seguinte, era feita uma preparação da sessão com relação ao seu planejamento, tendo em vista os relatos das terapeutas e do grupo de pesquisa para orientar e readequar as intervenções a serem realizadas.

Resultados

Nessa seção foi feita uma síntese dos principais conteúdos que emergiram em cada uma das sessões de psicoterapia com foco nos sintomas da mãe e do bebê e nas mudanças que foram ocorrendo na leitura materna sobre si e sobre o bebê ao longo da psicoterapia. Os conteúdos apresentados aqui respeitam a ordem em que apareceram nas sessões.

A dupla participante deste estudo, Ana Paula e Francisco, compareceu a todas as sessões da psicoterapia mãe-bebê em grupo assiduamente até o final do atendimento, e por isso foi a selecionada para o presente estudo. A psicoterapia ocorreu semanalmente, com exceção de uma pausa de três semanas devido a questões institucionais.

Na primeira sessão, as terapeutas explicaram o funcionamento da psicoterapia mãe-bebê em grupo e realizaram o contrato terapêutico. Ana Paula, a mãe, tinha 24 anos, ensino superior completo e na ocasião da psicoterapia estava desempregada. O bebê estava com 9 meses quando se iniciou a psicoterapia. Ana Paula vivia junto com seu companheiro há 5 anos. Ela relatou que a gestação não foi planejada, que não desejava engravidar naquele momento, pois se considerava muito jovem. Teve uma gravidez com muitas oscilações de humor e, após o nascimento do bebê, apresentava muita tristeza, labilidade emocional e irritabilidade.

No entanto, ficou evidente em sua fala que os sintomas depressivos iniciaram ainda durante a gravidez:

“Durante a gravidez eu fui bem oscilando. Tinha dias que eu chegava em casa e eu chorava muito, muito, muito. Eu vou começar a chorar. (Segue falando emocionada, chorando) Porque eu não queria... Não era a hora. Eu me achava muito nova pra ter filho... Foi assim....”

Assim, pelo discurso de Ana Paula, percebeu-se que essa possível depressão gestacional evoluiu para uma depressão pós-parto após o nascimento do filho:

“A gravidez era dias bons e dias ruins... Ai ele nasceu... O primeiro mês foi bem punk. Porque tava bem, bem punk assim. Eu não aguentava mais, eu tinha vontade de jogar ele pela janela... De verdade assim!”

Em paralelo a seus sintomas depressivos, Ana Paula também se queixou sobre problemas no sono do filho, Francisco. Entretanto, já na segunda sessão de psicoterapia, ela relata melhora no sono do bebê, demonstrando felicidade e surpresa, e associando essa mudança ao início da psicoterapia, conforme ilustrado no trecho a seguir:

“Olha, eu não sei se coincidiu, mas foi quando eu comecei a me tratar. Então, semana passada eu até falei, né? Que eu vim ruim e fui embora tri bem. Então eu não sei se pode ter sido isso. Mas melhorou assim, sabe? Eu e ele. Eu tô mais calma! Ai ele começou a dormir e eu comecei a dormir, daí melhora noventa por cento.”

Ainda nessa segunda sessão, a mãe relatou que, por vezes, tinha dificuldade em atender às demandas do bebê e expressou culpa por isso:

“Eu fico com preguiça, fico em casa e deixo ele chorando. Boto no berço, deixo. Daí saio para me acalmar, tomo uma água, respiro, dou uma rezada e... conto até dez, pensa um pouco. Sabe? Tipo, ele não fala ainda. Aceita isso. Ele não fala. Tu é a mãe dele, tu tem que ir ali. Ai eu vou e fico com aquela culpinha, assim, né?”

Na terceira sessão identificou-se que a questão do sono do bebê seguia bastante enfatizada no discurso da mãe. Ana Paula relatou que a parte mais difícil

dos cuidados com o bebê era lidar com o sono do filho. Apesar da queixa, contou que o sono de Francisco estava melhor, com dias melhores, mas deixava implícito que ainda existiam dias mais difíceis:

“Mas... Tendo tido tipo cinco dias de sono bom e só um... Eu acordo mais tranquila, né? Não é toda noite querendo matar ele... mas tá indo melhor assim. Bem melhor o sono dele.”

Associado à melhora no sono do bebê, a mãe passou a atribuir significados para as dificuldades no sono dele, compreendendo que poderiam estar associadas a algum desconforto, como dor ou fome ou ainda a um dente que estava nascendo. Entende-se que a mãe passou a ler o bebê como um indivíduo, compreendendo que ele tem suas próprias necessidades e demandas. Essa nova leitura permitiu à mãe perceber que as alterações no seu humor repercutiam em seu bebê e que havia uma sintonia e uma interação entre eles:

“Eu acho que ele sente muito, assim, porque no dia que eu tô bem, ele é assim ó, sorrindo o dia inteiro, brincando o dia inteiro... Eu beijo ele, ele me beija. Ele gosta de ficar perto. E quando eu tô irritada... Ele tá terrível também.”

Ainda nessa terceira sessão, a mãe passou a identificar aspectos positivos no comportamento do filho, que anteriormente não haviam aparecido. Se antes a maternidade era vista somente de forma pessimista e negativa, nessa sessão Ana Paula conseguiu identificar que existem aspectos bons e ruins na maternidade, apresentando um olhar mais integrado e uma nova leitura acerca da maternidade:

“Ai... Quando ele dá o sorriso dele. Ele beija... Ele é muito carinhoso. Tudo eu gosto. Eu acho que a parte difícil faz parte também, né? É difícil, choro e tudo... Ah, mas é muito bom... Ah, é que eu reclamo muito, muito, muito. Eu acho muito difícil, mas é muito, muito, muito gratificante.”

Na quarta sessão identificou-se no discurso de Ana Paula que ainda havia uma leitura ambivalente quanto ao sono do seu filho. Embora nas sessões anteriores já tenha aparecido uma leitura mais positiva sobre o sono do bebê, nessa sessão ela relatou de forma queixosa e negativa várias situações sobre o sono do bebê. E, diante das dificuldades em fazer o filho dormir, Ana Paula mostrava-se bastante irritada:

“Ai, daí nisso eu já me levanto e grito: ‘Para! Vai dormir! Chega...’ Às vezes eu falo: ‘Tá com sono? Fecha os olhos e dorme!’.”

Ainda nessa sessão, um dos temas abordados foi o diagnóstico de depressão pós-parto. Diante do relato de Ana Paula ficou evidente que, antes do tratamento, havia uma dificuldade em identificar que ela estava vivenciando um episódio depressivo e que aquelas não eram apenas dificuldades inerentes ao puerpério. Como já havia aparecido anteriormente em outra sessão, Ana Paula conseguiu identificar que havia uma repercussão do seu estado depressivo no humor do bebê. Já o bebê, por sua vez, respondia à sua maneira, expressando-se através do choro e da irritação, provavelmente a fim de denunciar o sofrimento psíquico que a mãe estava passando:

“Acho que ele percebe e fica tão incomodado quanto eu. Tipo, se eu tô irritada, eu vejo que ele fica mais agitado, assim. Sabe? Mais chorão. Mas daí se eu trato ele bem... Se eu encho ele de beijo, ele me enche de beijo. Se eu ficar dando abraço e carinho, ele fica também, mas se eu tiver mais quietinha, assim, ou mais irritada, principalmente irritada. Porque para mim o que pega mais é a irritação, né? Mas se eu ficar mais borocoxô, ou mais irritada, eu vejo que ele fica mais agitado. Fica mais... Ele fica diferente também. Eu acho que ele sente tudo o que eu sinto. Daí eu sei que isso é ruim, né, para ele. Eu não queria, né? Ficar assim. Eu queria ficar sempre bem. Ele nem deve imaginar o que que acontece, mas eu imagino que ele sente, né?”

Cabe ainda assinalar que, nessa quarta sessão, o bebê dormiu durante todo tempo. Pode-se pensar ainda que, a partir do momento em que a mãe conseguiu usufruir de um espaço para falar a respeito dos seus conflitos, o bebê pôde ficar tranquilo e conseguiu dormir.

Na quinta sessão, o bebê estava com 10 meses e Ana Paula voltou a queixar-se acerca do comportamento dele quanto ao sono. Ao falar sobre sua relação com o bebê, a mãe fez uma crítica sobre seu comportamento e a maneira como agia com ele, apontando o que considerava que poderia ser diferente. Novamente a mãe identificou que seu comportamento e seu humor tinham influência no bebê, já que percebeu que, quando ela estava mais irritada, o bebê se mostrava mais agitado. Entretanto, apesar do desgaste físico e emocional, Ana Paula expressou gratificação por acompanhar o desenvolvimento do filho, conforme o trecho a seguir:

“Olha, é muito cansativo, mas é muito gratificante tu acompanhar todo o desenvolvimento dele. Tipo, eu vejo tudo, tudo. Vejo ele caminhando, ele engatinhando, ele falando. Eu peguei tudo desde o início. Não foi alguém que me contou.”

Pode-se pensar que, nesse momento do tratamento, ela já conseguia identificar aspectos positivos na maternidade. Na fala a seguir pode se identificar que novamente a mãe conseguiu fazer uma leitura diferente sobre o sono do filho, compreendendo que existiam outros fatores que repercutiam na hora de dormir, como a fase do desenvolvimento em que o bebê se encontrava:

“Tu sabe que agora vai sair mais seis dentes, né? Ele nunca teve nada! Nem febre, nem diarreia. Só de noite que ele fica mais chatinho, assim, no dormir. Depois que ele dorme ele fica mais agitado. Mas a pediatra também falou que agora nessa fase ele fica bem agitado. E que agitação, né, filho? Tu fica, né?”

No sétimo encontro, um familiar de cada dupla mãe-bebê foi convidado a participar somente desta sessão da psicoterapia em grupo. Foi nessa oportunidade que conhecemos Rafael, o pai de Francisco e marido de Ana Paula. A questão do sono do bebê também foi trazida pelo pai, que, apesar de reconhecer as dificuldades, identificava uma mudança e melhora:

“Com a gente falavam ‘Não, isso aí é até os três meses, depois vocês vão ver que vai melhorar’. Passou os três meses e não melhorou. ‘Não, seis meses! Depois dos seis meses ele vai dormir a noite inteira.’, tá com um ano aí e nada (risos)... Mas até melhorou um pouco agora, eram quatro, cinco horas, às vezes, já dá uma diferença... É mais fácil, bota o bico, dá a mamadeira. Mas antes não tinha isso.”

Já o discurso da mãe, nessa ocasião, evidenciava somente uma queixa frente às dificuldades com o sono do filho:

“Ai, ele tá muito agitado agora, né? Ele dorme no berço até a metade da noite e do berço a gente bota com a gente, quando a gente vê, o guri tá de cabeça pra baixo. E nos chuta, dá tapa... Bem agitado.”

Também foi possível identificar que pai e mãe tinham leituras diferentes sobre a personalidade do bebê, já que a mãe mencionou que o bebê era agressivo e o pai surpreendeu-se com a percepção dela:

Mãe: *Às vezes eu acho ele muito agressivo.*

Pai: *Agressivo? (o pai questionou surpreso)*

Mãe: *Não sei se é o meu gênio, assim. É, ele fica, ele faz assim (imitando tapas com a mão) na gente. E ele é muito birrento, a gente diz não e ele já chora, tu não acha? (perguntando para o pai do bebê)*

Pai: *Mas ele tá sempre rindo, sempre...*

Na oitava sessão, Ana Paula identificou uma melhora em seu humor, que repercutiu nas atividades diárias e nos cuidados com o bebê, que estava com 11 meses nessa ocasião. Ela também descreveu uma situação em que fez uma leitura mais adequada das necessidades do filho, pode atendê-lo e resolver a situação. A própria mãe identificou que anteriormente costumava reagir de forma negativa frente ao choro e às necessidades do filho e que estava conseguindo fazer diferente:

“Em outra época eu já ia ficar ‘Ai, que merda!’ de ficar com ele ou ter que ‘Que saco, ele não para! Não consigo fazer a janta!’. Tipo, eu ia ficar preocupada com a janta, sabe? E daí quando eu percebi ‘não, ele só quer ficar comigo’. Então, tipo, a janta que espere. Daí eu fiquei... Daí agora sempre que ele fica mais choroso assim, eu pego ele e fico um pouquinho, fico um tempo com ele assim. Daí eu dou um tempo, ele para e já volta ao normal... Mas pra mim era tipo ‘Não! Ele tem que entender que eu tenho que fazer minhas coisas.’ E daí agora eu tô entendendo que não é bem assim, né? Tá bem mais fácil mesmo. (Francisco vira para a mãe e caminha em direção a ela) Né, filho? (a mãe pergunta se dirigindo ao bebê).”

Associada a essa leitura materna mais afinada com as necessidades do filho, identificou-se uma mudança na interação mãe-bebê. Nessa sessão, foi observado um momento em que Francisco tropeçou no chão e começou a chorar. Prontamente a mãe foi acolhê-lo de forma continente e carinhosa, o colocou no seu colo, conversou, esperou ele parar de chorar, ofereceu um brinquedo para distraí-lo e logo o bebê se acalmou. Só assim a mãe retomou sua fala na sessão.

Quando questionada acerca do sono do bebê, Ana Paula novamente identificou uma melhora e mais uma vez pôde atribuir um significado à dificuldade do bebê, mostrando-se mais compreensiva e sintonizada com as necessidades dele. Por outro lado, identificou-se que, no momento em que o bebê passou a dormir melhor, apareceram relatos de dificuldades no sono de Ana Paula:

“Eu não consegui dormir essa noite, fui dormir duas horas da manhã. Ah! Eu tenho muita dificuldade pra dormir. Muita, muita, muita. Sempre tive assim.”

Na nona sessão, Ana Paula relatou que as dificuldades com o sono eram dela e não do bebê, conforme pode-se identificar no discurso a seguir:

“Eu tô bem, eu tô bem. Continuo bem. Só nessas duas últimas noites assim que foram beem difíceis... eu tenho dificuldade pra dormir, né?”

A mãe já atribuía as queixas sobre o sono às suas dificuldades e não mais às do bebê. Associado a isso, foi possível identificar que Ana Paula mostrava-se uma mãe mais continente com as necessidades do bebê:

“Agora tipo eu fico tentando me colocar no lugar dele... Agora eu fico pensando assim, tipo, que nem ele doentinho, tipo, ai, não é que ele tá manheiro. Mas tipo, qualquer pessoa que fica doente quer um colo, quer ficar deitado, quer ficar mais tranquilo, não sei o quê. Então por que que ele, que é um bebezinho, não vai querer? Eu vi que ele tava mal, tipo, eu passei o dia inteiro na cama com ele.”

Com a proximidade do término da psicoterapia, Ana Paula novamente expressou insegurança, já que apontou seus receios de voltar a ter sintomas de depressão. Ao mesmo tempo, essa mãe demonstrava estar fortalecida, pois identificou sua própria evolução.

No décimo atendimento, Ana Paula fez uma importante reflexão mostrando que conseguia fazer uma leitura diferente sobre si e sobre o bebê, e identificou que anteriormente havia questões e dificuldades que eram suas e não do bebê, conforme a vinheta abaixo:

“Eu comecei a conversar comigo mesma, percebi que, tipo, todo o meu problema no início, claro, tinha, ah o Francisco, não sei o que, mas é

muito mais, tipo, toda a mudança que eu tive. Só que eu acabava descontando isso nele. (...) E daí agora eu notei que não. E eu não tenho que deixar isso, eu descontar nele.”

Ao longo dessa penúltima sessão, a mãe identificou que seu filho estava sonolento e pudemos observar uma conduta e um tom de voz mais continente e acolhedor frente ao sono dele:

“Agora tu vai dormir? Vai voltar e vai dormir, né? Ele vai tirar o sono dele da tarde. Vem! Tá batendo o sono que eu te conheço... (Francisco se aproximou da mãe aos choramingos)”

Ana Paula falou ainda sobre a melhora no sono do filho e que percebeu que seu humor deprimido influenciava no comportamento dele. Além disso, ela falou que lidava com maior tranquilidade frente ao sono do bebê, fazendo uma nova leitura de seus comportamentos.

Na última sessão da psicoterapia mãe-bebê, Ana Paula expressou serenidade ao falar sobre a relação com o filho, que nesse momento do tratamento já estava com 12 meses:

“A gente tá super bem, né, filho? Sabe que ele tá bem mais entendendo, assim, as coisas que a gente fala. Se a gente diz ‘não’ ele já sai. Às vezes ele dá umas desafiadinhas, assim, mas, né... Dá para ver que ele já tá entendendo.”

Pode-se inferir que, quando a mãe relatou que o bebê estava “entendendo”, na verdade ela estava falando de uma mudança que havia acontecido com ela, já que ela estava fazendo uma leitura mais adequada do seu bebê, compreendendo seus comportamentos e necessidades. Como consequência, isso repercutia na interação da dupla mãe-bebê.

Ana Paula contou sobre uma mudança que havia ocorrido na rotina e ficou evidente que o bebê já não apresentava mais sintomas no sono:

“Esta noite, eu acho que pela primeira vez desde que ele nasceu, a gente dormiu a noite inteira juntos e ele ficou no berço. Ele dormiu eu acho que era umas onze e meia... Daí eu ia virar para o lado e dormir, daí eu: ‘Ah, vou botar ele na cama para eu pelo menos ter a primeira hora de sono mais esparramada.’ E daí quando eu me dei conta... daí eu

acordei ainda assim: 'Ai, tá faltando alguma coisa aqui!' Daí eu olhei para o lado e disse 'Olha só, o Francisco tá no berço!'. Ele dormiu a noite inteira no berço!'"

No trecho abaixo, novamente a mãe conseguiu identificar que as dificuldades eram suas e não do bebê:

"Era aquele estresse que era ficar vinte e quatro horas por dia... Mas eu causava aquele estresse! Sabe? O estresse tava na minha cabeça! Não era culpa dele... E hoje eu consigo aceitar e amar, e é, meu Deus, não consigo mais ficar longe dele de jeito nenhum... Eu não me imagino sendo de novo aquele pessoa... a mãe que eu tava sendo. Não me imagino!"

Por fim, o fechamento da psicoterapia foi realizado. As terapeutas reforçaram para a mãe a ideia de melhora nos seus sintomas depressivos e nas dificuldades anteriormente apresentadas pelo bebê, principalmente na área do sono. Dias após o fechamento da psicoterapia, foram realizadas as entrevistas finais, por outras psicólogas da equipe, que evidenciaram que Ana Paula não tinha mais indicadores de depressão pós-parto e Francisco não apresentava mais sintomas psicofuncionais.

Discussão

Este trabalho teve por objetivo investigar a leitura materna sobre os seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de psicoterapia mãe-bebê em grupo. Com relação aos sintomas maternos de depressão, foram identificados como predominantes a tristeza, labilidade emocional e irritabilidade na mãe participante do estudo. Já os sintomas psicofuncionais identificados no bebê foram distúrbios no sono. Assim como apontado em estudos anteriores (Cramer, 1993; Lopes et al., 2010; Silva, 2014), este trabalho também identificou uma associação entre a depressão pós-parto e os sintomas psicofuncionais do bebê, na medida em que ambos os problemas foram detectados na dupla participante no início do tratamento, configurando essa a principal demanda para a psicoterapia proposta.

A literatura tem sido consistente em apontar o quanto a depressão pós-parto pode ser prejudicial para a relação mãe-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Carlesso, Souza & Moraes, 2014; Schwengber & Piccinini, 2003; Letourneau

et al., 2011; Laurent & Ablow, 2013; Frizzo et al., 2012; Silva, 2014; Lopes et al., 2010), especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna (Schwengber & Piccinini, 2003), já que a mãe apresentava dificuldades em atender às demandas do bebê. Isso acontece porque uma mãe deprimida não consegue investir narcisicamente o filho, pois está ocupada demais consigo mesma para poder atender às exigências envolvidas no cuidado a um bebê. Pode-se pensar que, frente ao contexto de depressão pós-parto, as exigências normais da maternidade ficaram ainda mais intensas e assustadoras para essa mãe, o que por sua vez dificultava sua interação com o bebê (Catão, 2002).

Nesse sentido, frente às dificuldades maternas descritas anteriormente no caso analisado, a depressão pós-parto foi prejudicial na medida em que dificultou a mãe em exercer adequadamente a maternidade, bem como a tarefa de fazer uma leitura do bebê, sobretudo na tarefa de interpretar o que o corpo dele manifestava, como a questão do sono. Possivelmente isso ocorreu porque sua percepção estava prejudicada e contaminada por seu cansaço, irritação, raiva. Portanto, na ausência dessa tradução materna, o bebê defendeu-se expressando seu sofrimento por meio de sintomas.

Com relação aos sintomas psicofuncionais do bebê, destacaram-se ao longo do tratamento as queixas da mãe sobre a dificuldade do bebê em dormir, sobretudo nas primeiras sessões. Esse dado é corroborado pelo estudo de Robert-Tissot et al. (1996) que apontou que os sintomas de sono estavam entre os sintomas psicofuncionais mais prevalentes. Sobre as queixas maternas, Cramer e Palacio-Espasa (1993) sugerem que, desde as primeiras palavras ditas pela mãe para descrever os problemas que percebe no filho, pode-se identificar a dimensão projetiva do investimento materno. Os autores indicam que isso fica ainda mais evidente quando simultaneamente se vê a criança e as interações entre mãe e bebê.

Como pode ser observado no caso, o padrão de sono do bebê foi se modificando; essa mudança no sono já pode ser observada na segunda sessão. Sobre isso Cramer e Palacio-Espasa (1993) enfatizam que as mudanças em geral ocorrem na segunda ou terceira sessão, em que é possível identificar uma mudança subjetiva na mãe e também mudanças objetivas na criança e na interação. Assim, no decorrer das sessões de psicoterapia mãe-bebê em grupo, foi se identificando uma melhora tanto dos sintomas depressivos da mãe (tristeza, labilidade emocional e irritabilidade) quanto dos sintomas psicofuncionais do bebê. Pode-se compreender que, a partir do momento em que a mãe encontrou na psicoterapia um espaço que acolheu as suas angústias e ambivalências com relação à maternidade, seu mundo interno foi se reorganizando. Conforme ela pode usufruir desse espaço para falar a respeito de seus conflitos, foi havendo

uma melhora da depressão pós-parto e uma alteração na leitura que a mãe fazia sobre seu bebê. Ela passou a compreender que as dificuldades no sono do seu bebê poderiam estar associadas a algum desconforto, como dor ou fome ou ainda a um dente que estava nascendo no bebê, e assim ela passou a nomear e atribuir significados às dificuldades do bebê. Dessa forma, o bebê foi sendo descontaminado das projeções maternas, se aliviou e conseguiu dormir, e assim pode-se observar uma melhora no sintoma do sono expresso pelo bebê, alterando a leitura que sua mãe fazia sobre esse mesmo sintoma.

A partir de um trabalho psíquico que ocorreu com a mãe na psicoterapia, produziram-se mudanças na leitura materna sobre o bebê, que repercutiram na relação da dupla e também no comportamento do filho (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). Por isso, identificou-se no caso uma melhora nos sintomas do bebê. De acordo com Cramer (1993), tanto a depressão pós-parto quanto os sintomas da criança tendem a cessar quando a psicoterapia está focada na relação mãe-bebê. Pode-se entender que essas modificações foram obtidas rapidamente, pois nas terapias conjuntas mãe-bebê não se visa a modificar todo o funcionamento psíquico da mãe, apenas o setor de investimentos em relação ao filho. E isso é possível porque estamos lidando com um sistema diádico flexível, relativamente instável e, por isso, sensível a transformações, já que o puerpério e os primeiros anos de vida do bebê se constituem como o momento mais favorável a mudanças (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Barlow et al., 2015; Prado et al., 2009; Stern, 1997).

Ao mudarem os investimentos que tem do filho, alterações no comportamento manifesto dos pais podem ser observadas já nas primeiras sessões e conseqüentemente ocorre uma mudança na interação pais-bebê e nos papéis parentais, o que alivia o bebê e acarreta uma diminuição dos sintomas (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Como se pôde observar no caso, as interações mãe-bebê tornaram-se menos defensivas e com mais trocas gratificantes. Na quarta sessão a mãe passou a identificar aspectos positivos no comportamento do filho, que anteriormente não haviam aparecido. Se antes a maternidade era vista por ela somente de forma pessimista e negativa, carregada de irritabilidade, com a evolução do tratamento, a mãe conseguiu identificar que existem tanto aspectos bons quanto ruins na maternidade, apresentando assim um olhar mais integrado e uma nova leitura acerca da maternidade, com mais flexibilidade para lidar com a ambivalência e menos rigidez cognitiva.

Cramer e Palacio-Espasa (1993) explicam que, simultaneamente à cura do filho, a mãe adoece a seu modo, podendo apresentar uma sintomatologia transferencial, psicossomática ou funcional, e sobretudo distúrbios do sono. No

caso, conforme as projeções da mãe sobre o bebê foram diminuindo e o sono do bebê foi melhorando, dando lugar a novas leituras sobre o sono do bebê, foram então aparecendo dificuldades no sono da própria mãe, fato que ficou evidente a partir da oitava sessão, quando a mãe verbalizou isso. Nesse sentido, pode-se inferir que a dificuldade do sono da qual a mãe sempre se queixava era também, e sobretudo, dela e não do bebê. Uma manifestação dessa hipótese pode ser ilustrada já na quarta sessão, quando o bebê dormiu durante todo o tempo, enquanto a mãe falava sobre sua dificuldade para dormir. Pode se entender essa manifestação do bebê como uma denúncia sobre a sua “in”capacidade de dormir. Por isso, deve-se ressaltar a importância de estar atento às manifestações não verbais dos bebês, já que o bebê é capaz de manifestar aspectos do psiquismo dos pais que não são reconhecidos conscientemente (Gutman, 2014), como a questão do sono nesse caso.

Outra leitura possível é que os sintomas de sono manifestados pelo bebê eram um alerta para as dificuldades da mãe, e que estavam representando um sofrimento e desencontro da díade naquele momento. De acordo com Jerusalinsky e Berlinck (2008), o sintoma comparece no corpo como uma resposta ao que acontece no contexto. Nesse sentido, frente à dificuldade materna, umas das formas de o bebê reagir é pela manifestação de sintomas psicofuncionais, que sinalizam dificuldades na interação entre pais e bebê (Kreisler, 1978; Brazelton & Cramer, 1992; Winnicott, 1956/2000; Winnicott, 1960/1990). Portanto, o sintoma psicofuncional pode ser visto como uma resposta do bebê às dificuldades maternas de compreender suas manifestações corporais e interpretá-las, atribuindo-lhes sentidos (Silva, 2014; Jerusalinsky & Berlinck, 2008).

Considerações Finais

De forma geral, a psicoterapia mãe-bebê em grupo mostrou-se eficaz para o caso analisado, já que neste estudo houve uma melhora tanto dos sintomas depressivos maternos quanto dos sintomas psicofuncionais do bebê. Apesar de terem sido realizadas adaptações no modelo preconizado por Clark (2000), esse achado corrobora o que foi apontado nos estudos anteriores da autora acerca da eficácia do tratamento em grupo (Clark, Tluczek & Wenzel, 2003; Clark, 2000; Clark, 1994). Além disso, estudos anteriores já haviam apontado a melhora da depressão pós-parto (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Frizzo et al., 2010; Prado et al., 2009; Silva, Prado & Piccinini, 2013; Stern, 1997) e dos sintomas psicofuncionais do bebê (Cramer &

Palacio-Espasa, 1993; Batista-Pinto, 2004) com a utilização da psicoterapia breve pais-bebê, ainda que não no modelo grupal, o que se configura como um diferencial deste trabalho.

Destaca-se que o principal resultado obtido foi a mudança na leitura da mãe acerca dos seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê, que pôde ser verificada ao longo das sessões da psicoterapia mãe-bebê em grupo. A mãe passou a ler o bebê como ele próprio, como um indivíduo, compreendendo que ele tem suas próprias necessidades e demandas. Essa nova leitura permitiu à mãe dar conta das necessidades de seu filho de uma maneira menos defensiva e mais gratificante, e então ela passou a compreender que as dificuldades no sono do seu bebê poderiam estar associadas a algum desconforto, como dor ou fome ou ainda a um dente que estava nascendo no bebê, e assim ela passou a nomear e atribuir significados às dificuldades do bebê. Essa mudança propiciou que o relacionamento entre mãe e bebê se tornasse mais harmônico e sadio, permitindo que, a partir da intervenção, a dupla pudesse seguir o ciclo do desenvolvimento.

Sobre a modalidade de tratamento escolhida, reforça-se a importância da psicoterapia mãe-bebê em grupo como um espaço de desabafo, escuta, apoio, alívio de sintomas e da possibilidade de dar sentido à experiência com a maternidade. Além disso, houve a oportunidade de usufruir de trocas e interações com outras mães e bebês, identificando que sua realidade era comum à de outras mulheres, o que tornou o espaço mais continente para falar abertamente sobre seus conflitos, ambivalências e dificuldades na relação com o bebê.

Quanto às limitações, cabe apontar que este trabalho não buscou realizar uma análise dinâmica do processo psicoterápico em si, o que envolveria analisar as interações entre terapeuta e pacientes, entre as participantes e ainda as demais duplas mãe-bebê que participaram da psicoterapia mãe-bebê em grupo. Entende-se que isso exigiria realizar uma análise dos vídeos das sessões de psicoterapia e não somente das transcrições. Embora a psicoterapia breve pais-bebê presuponha a existência de conteúdos não verbais nas trocas interativas entre mãe e bebê, assume-se que tais aspectos não puderam ser analisados neste trabalho.

Sugere-se ainda o desenvolvimento de novas intervenções que possam replicar o modelo utilizado neste trabalho, a fim de sustentar a eficácia e verificar outras potencialidades e limitações da técnica. Além disso, reforça-se a importância de estudar a relação mãe-bebê, principalmente com um olhar voltado para o conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto e a detecção precoce de problemas na primeira infância. Entende-se que, quanto antes ocorrer a identificação desses problemas, mais aumenta a possibilidade de que a intervenção

aconteça ainda num momento inicial e assim, pode-se atuar visando a benefícios para a saúde mental materna e a prevenção de psicopatologias ao longo do desenvolvimento da criança.

Referências

- APA – American Psychiatric Association (2004). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV–TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barlow, J.; Bennett, C.; Midgley, N.; Larkin, S. K.; Wei, Y. (2015). Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD010534. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010534.pub2>
- Batista-Pinto, E. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300007>
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Brazelton, T. B.; Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Carlesso, J. P. P.; Souza, A. P. R.; Moraes, A. B. de (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201418812>
- Catão, I. (2002). A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In: *Novos Olhares sobre a gestação e a criança até os três anos*, p. 221-231. Brasília: LGE Editora.
- Clark, R. (1994). *Manual for postpartum depression group therapy for mothers and infants: A relational approach*. Madison: Author.
- Clark, R. (2000). Maternal depression and the mother-infant relationship. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project*, 27, 1-4.
- Clark, R.; Tluczek, A.; Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441-454. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.4.441>
- Coelho, C. L. S.; Ávila, L. A. (2007). Controvérsias sobre a somatização. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(6), 278-284. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000600004>
- 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.412>
- Cramer, B. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health*, 14, 283-297. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199324\)14:4<283::AID-IMHJ2280140404>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199324)14:4<283::AID-IMHJ2280140404>3.0.CO;2-I)

- Cramer, B.; Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Field, T.; Diego, M.; Hernandez-Reif, M.; Figueiredo, B.; Deeds, O.; Ascencio, A.; Schanberg, S.; Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.004>
- Frizzo, G. B.; Prado, L. C.; Linares, J. L.; Piccinini, C. A. (2010). Depressão pós-parto: Evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 23(1), 46-55. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100007>
- Frizzo, G. B.; Vivian, A. G.; Piccinini, C. A.; Lopes, R. S. (2012). Crying as a form of parent-infant communication in the context of maternal depression. *Journal of Child and Family Studies*, 22(4), 569-581. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9612-2>
- GIDEP/NUDIF (2003a). *Ficha de contato inicial*. (instrumento não publicado).
- GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista sobre a gestação e o parto* (instrumento não publicado).
- GIDEP/NUDIF (2003c). *Entrevista sobre experiência da maternidade* (instrumento não publicado).
- Gutman, L. (2014). *A maternidade e o encontro com a própria sombra: O resgate do relacionamento entre mães e filhos*. Rio de Janeiro: Best Seller.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, 41(4), 210-213. <http://institutogerar.com.br/wp-content/uploads/2017/03/dpp-psicose-pos-parto-e-tristeza-materna.pdf>
- Jerusalinsky, J.; Berlinck, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica*, 13(24), 122-131. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282008000100009
- Klier, C. M.; Muzik, M.; Rosenblum, K. L.; Lenz, G. (2001). Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 124-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330643/>
- Kreisler, L. (1978). *A Criança Psicossomática*. Lisboa: Estampa.
- Laurent, H. K.; Ablow, J. C. (2013). A face a mother could love: Depression-related maternal neural responses to infant emotion faces. *Social Neuroscience*, 8(3), 228-239. <https://doi.org/10.1080/17470919.2012.762039>
- Letourneau, N.; Watson, B.; Duffett-Leger, L.; Hegadoren, K.; Tryphonopoulos, P. (2011). Cortisol patterns of depressed mothers and their infants are related to maternal-infant interactive behaviours. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 439-459. <https://doi.org/10.1002/dev.20511>
- Lopes, E. R.; Jansen, K.; Quevedo, L. de A.; Vanila, R. G.; Silva, R. A. da; Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 88-93. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000200002>

- Marty, P. (1993). *A psicossomática do Adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- O'Hara, M. W.; McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Prado, L. C.; Gomes, A. G.; Frizzo, G. B.; Santos, C. A. dos; Schwenberger, D. D. de S.; Lopes, R. S.; Piccinini, C. A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 1-13. <https://doi.org/10.1590/S0101-8108200900040000>
- Riecher-Rössler, A.; Fallahpour, M. H. (2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 51-56.
- Robert-Tissot, C.; Cramer, B.; Stern, D.; Rusconi-Serpa, S.; Bachman, J.; Palácio-Espasa, F.; Knauer, D.; Muralt, M.; Berney, C.; Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Reports on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199622\)17:2<97::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199622)17:2<97::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Y)
- Robert-Tissot, C.; Rusconi-Serpa, S.; Bachman, J.-P.; Besson, G.; Cramer, B.; Knauer, D.; Palacio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire "Sympton Check-List". In: Lebovici, S.; Mazet, P.; Visier, J.-P. (ed.). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, p. 179-186. Paris: Eshel.
- Rodrigues, O. M. P. R.; Schiavo, R. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: Uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>
- Santos, I. S.; Matijasevich, A.; Tavares, B. F.; Barros, A. J.; Botelho, I. P.; Lapolli, C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>
- Schwengber, D. D. S.; Piccinini, C. D. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300007>
- Sheehan, D. V.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K. H.; Amorim, P.; Janavs, J.; Weiller, E.; Hergueta, T.; Baker, R.; Dunbar, G. C. (1998). The Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *Journal of Clinical Psychiatric*, 59(20), 22-33. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>

- Silva, H. C. (2014). *Indicadores de depressão materna e sintomas psicofuncionais em bebês: Uma compreensão psicanalítica* (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre.
- Silva, M. R.; Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: Revisando a literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 5-12. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X200900010000>
- Silva, M. R.; Prado, L. C.; Piccinini, C. A. (2013). Parent-Infant Psychotherapy and Postpartum Depression: The Fathers Participation. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(55), 207-215. <https://doi.org/10.1590/1982-43272355201308>
- Spitz, R. (2000). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guildford Press.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia / bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*, p. 399-405. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1960/1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960).

Notas

¹ Devido ao contexto socio-histórico em que produziam estes autores, eles se referiam comumente à mãe como figura central na vida do bebê. Mas entendemos que o pai, ou outro cuidador substituto, pode também exercer essa função, desde que intensa e continuamente envolvido em seus cuidados. Porém, como no presente artigo trabalhamos de fato com uma dupla mãe-bebê, manteremos as referências à mãe no exercício desse papel.

² Esses participantes foram derivados do projeto multicêntrico intitulado “Depressão pós-parto: prevalência, antecedentes e intervenção” (Frizzo et al., 2012). Esse projeto objetivou investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto em famílias que tenham o primeiro filho com até um ano de idade, bem como aspectos do desenvolvimento infantil. Além disso, também visou a examinar o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Projeto nº 140.174) e atende à Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. Os nomes dos participantes foram alterados e foram excluídos dados que pudessem identificá-los.

Recebido em 07 de agosto de 2018

Aceito para publicação em 29 de dezembro de 2018