

## ASPECTOS RELACIONAIS DA DEPRESSÃO: O CONCEITO DE “HONORÁVEL FACHADA” EM DOIS CASOS CLÍNICOS<sup>1</sup>

*Giana Bitencourt Frizzo\**

*Luiz Carlos Prado\*\**

*Juan Luiz Linares\*\*\**

*Cesar Augusto Piccinini\*\*\*\**

### RESUMO

O presente estudo investigou os aspectos relacionais da depressão através do conceito de “honorable fachada”. Participaram do estudo duas famílias, cujas mães apresentavam diagnóstico de depressão pós-parto e foram atendidas em Psicoterapia Breve Pais-Bebê. A análise dos conteúdos manifestos e latentes buscou identificar evidências empíricas do conceito da “honorable fachada” a partir dos eixos parentalidade e conjugalidade. Em relação à parentalidade, as evidências revelaram uma tendência à parentalização dos filhos mais velhos, pelo menos em uma das famílias. Entretanto, não houve relatos de dificuldades no cuidado com o bebê. Quanto à conjugalidade, havia expectativas excessivas em relação ao cônjuge, que funcionava como porta-voz na terapia e, ao contrário do esperado, intensos conflitos conjugais. As evidências encontradas são discutidas examinando-se as vantagens e limitações do uso do conceito da honorable fachada em diferentes transtornos depressivos.

Palavras-chave: depressão; depressão pós-parto; psicoterapia; aspectos relacionais na depressão.

---

\* Psicóloga clínica; Especialista em Psicoterapia de Casal e Família pelo Instituto da Família de Porto Alegre – INFAPA, com doutorado e pós-doutorado em Psicologia pela UFRGS; Professora do Instituto de Psicologia da UFRGS.

\*\* Psiquiatra e psicoterapeuta; Membro do INFAPA.

\*\*\* Psiquiatra e psicólogo; Professor da Universidad Autónoma de Barcelona; Diretor geral da Escola de Terapia Familiar do Hospital de la Sant Creu i Sant Pau, Barcelona, Espanha.

\*\*\*\* Psicólogo com doutorado e pós-doutorado na University College London (Inglaterra); Docente do PPG-Psicologia da UFRGS; Pesquisador do CNPq.

**ABSTRACT****DEPRESSION RELATIONAL ASPECTS: THE CONCEPT OF “FACE-SAVING” IN TWO CLINICAL CASES**

*This study investigated interactional aspects of depression, through the “face-saving” concept. The study included two families with mothers diagnosed with postpartum depression, assisted in Brief Parent-infant Psychotherapy. Analysis of the explicit and latent contents aimed to identify empirical evidences of “face-saving” concept according to parenting and marital relationship axis. Regarding parenting, the evidence supported a tendency to parentification of older children, at least in one family. However there were no reports of difficulties in caring for the baby. Concerning marital relationship, there were exaggerated expectations of the spouse, his functioning as a spokesperson in therapy and, contrary to expectations, intense marital conflict. Finally, we discussed the advantages and limitations of using the concept of face-saving in different depressive disorders.*

*Keywords: depression; postpartum depression; psychotherapy; relational aspects in depression.*

**INTRODUÇÃO**

A depressão pós-parto é um transtorno que acomete aproximadamente 10% das puérperas (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997). No entanto, estudos brasileiros apontam prevalências mais altas, entre 24 e 37% (Cruz, Simões, & Faisal-Cury, 2005; Frizzo, Brys, Lopes, & Piccinini, 2010; Souza & Daure, 1999). Frequentemente a depressão pós-parto está associada a alterações no apetite e sono, especialmente após amamentar o bebê; crises de choro; problemas de concentração; falta de energia; desinteresse em atividades que antes eram consideradas agradáveis (Dunnewold, 1997). As demais relações familiares da mãe também podem ser afetadas. Assim, a depressão pode acarretar sofrimento não apenas para a mãe como para os demais membros da família (Likierman, 2003). Sendo assim, está relacionada com aumento de conflito conjugal; apego conjugal inseguro; menor afeto parental; estratégias disciplinares mais controladoras e vários problemas de ajustamento infantil (Cummings, Keller, & Davies, 2005).

Deste modo, autores sugerem que no tratamento da depressão os aspectos relacionais merecem ser investigados e tratados. Por exemplo, no estudo de Dessaulles, Johnson e Denton (2003) verificou-se que, comparada a uma terapia apenas farmacológica, uma terapia de casal breve de 16 sessões obteve resultados superiores no tratamento de depressão da esposa, tendo mais repercussões positivas seis meses após o término do tratamento. Em geral, as esposas que participaram da

terapia de casal também relataram melhora na satisfação conjugal, possivelmente um reflexo da melhora de seu estado depressivo.

Nesse sentido, Linares e Campo (2000) propuseram um modelo de entendimento relacional da depressão, denominado de “honorável fachada”. Este modelo é baseado na investigação de diversos casos de psicoterapia familiar sistêmica em famílias espanholas com esposas deprimidas, em sua maioria mães. As famílias eram todas de classe média e foram encaminhadas por seu psiquiatra a um serviço universitário de psicoterapia familiar. O eixo teórico fundamental de análise da “honorável fachada” foram as funções de parentalidade e conjugalidade, analisados no casal e na família de origem de cada membro. A parentalidade foi entendida como a “nutrição emocional” na relação pais-filhos, caracterizada por um conjunto de funções que inclui: (1) a socialização, necessária para assegurar a viabilidade da criança no seu ecossistema, assim como o reconhecimento; (2) a valorização e o carinho, imprescindíveis para garantir sua consolidação como indivíduo. Já a conjugalidade se baseia, fundamentalmente, em uma oferta relacional que soma o desejo ao carinho e à valorização do parceiro.

Com base nesse conceito de “honorável fachada” o objetivo do presente estudo foi identificar evidências empíricas que apoiassem o conceito nos seus dois eixos, parentalidade e conjugalidade, em mães com depressão pós-parto.

## MÉTODOS

### *DELINEAMENTO*

O delineamento utilizado foi um estudo de casos múltiplos (Yin, 2005). Alguns questionamentos podem ser levantados com o uso do estudo de caso para apresentação de uma conceitualização teórica. No entanto, Freud (1994) já utilizou este recurso nos primórdios da psicanálise (i.e. Caso Dora (1905), Pequeno Hanns (1909), Homem dos Ratos (1909)) a fim de exemplificar a abordagem psicanalítica. Além disso, se recorremos a Popper (Chalmers, 1993), veremos que para ele a construção do conhecimento se dá no confronto da experiência, que pode refutar ou corroborar as hipóteses. Para isso, por vezes basta um único caso divergente para que uma teoria mereça ser repensada. Para Berríos e Lucca (2006), o estudo de caso também permite estudar o ser humano em profundidade, de uma maneira mais holística e menos fragmentada, sendo este um dos motivos pelos quais parece adequado utilizar o estudo de caso, pois possibilita a apresentação de conceitos de forma aprofundada e complexa. Ou, como nas palavras de D’Allones

(2004), o estudo de caso possibilita apresentar um raciocínio clínico, objetivo do presente estudo.

### *PARTICIPANTES*

Participaram duas famílias nas quais as mães apresentavam depressão pós-parto e foram atendidas em Psicoterapia Breve Pais-Bebê. Todas eram integrantes do projeto “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). Detalhes desse projeto e dos atendimentos realizados podem ser encontrados em Frizzo (2008; Frizzo, Prado, Linares, & Piccinini, 2010). A primeira família era composta pelo pai, 36 anos, pela mãe, 31 anos, pelo bebê, de 5 meses, e outra filha, de 9 anos. O pai era auxiliar administrativo e a mãe, dona de casa. A avaliação inicial evidenciou que ela apresentava indicadores de depressão moderada, conforme o Inventário Beck de Depressão (IBD=31), o que foi confirmado pela entrevista clínica. O pai não apresentava indicadores de depressão, nem pelo IBD (=2), nem pela entrevista.

A segunda família era composta pela mãe, 40 anos, pelo pai, 35 anos, e pelo bebê de 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 (IBD=24), confirmados pela entrevista. O pai não apresentou indicadores no IBD (=3), nem na entrevista.

### *PROCEDIMENTOS*

As famílias passaram por três momentos distintos de coleta de dados, de acordo com as fases de coleta de dados do PSICDEMA: (1) entrevistas iniciais, (2) Psicoterapia Breve Pais-Bebê e (3) avaliação final.

Nas entrevistas iniciais<sup>2</sup>, que duraram de 2-5 encontros, foram abordadas questões para permitir o diagnóstico da depressão, bem como aspectos sobre a gestação e o parto do filho, a experiência da maternidade e da paternidade, o desenvolvimento do bebê, o relacionamento conjugal e familiar. Também foi aplicado o Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001).

Após esse momento inicial, quando havia indicação para psicoterapia, os casos eram atendidos segundo a técnica de Psicoterapia Breve Pais-Bebê (Prado et

al., 2009), com duração de 8 a 12 sessões. Essa psicoterapia tem origem na teoria psicodinâmica e sistêmica familiar, priorizando a melhora dos relacionamentos da mãe deprimida.

Ao final da intervenção, os pais e as mães eram novamente entrevistados sobre os aspectos já descritos acima.

O estudo longitudinal PSICDEMA, da qual esse estudo faz parte, foi aprovado por vários 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).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise dos conteúdos manifestos e latentes buscou identificar evidências empíricas do conceito da “honorável fachada” (Linares & Campo, 2000) a partir dos eixos conjugalidade e parentalidade nas entrevistas transcritas. Foram analisados os eixos da *parentalidade e da conjugalidade*, respectivamente, conforme descritos a seguir. Para fins deste artigo, foram escolhidas algumas vinhetas dos relatos das mães e dos pais que exemplificassem o funcionamento familiar em situação de depressão pós-parto. As vinhetas apresentadas ao longo do texto referem-se ao atendimento em Psicoterapia Breve Pais-Bebê dessas duas famílias, examinados em profundidade na tese de doutorado da primeira autora do presente artigo (Frizzo, 2008).

### *1- A PARENTALIDADE*

No eixo parentalidade, do conceito de “honorável fachada” destaca-se a seguir: a relação da mãe deprimida com a família de origem (1.1); o cuidado com os filhos e a parentalização (1.2). Ao longo da seção, inicialmente se retomam alguns aspectos propostos por Linares e Campo (2000), para então relatar evidências empíricas encontradas nas famílias investigadas no presente estudo.

#### 1.1- RELAÇÃO COM A FAMÍLIA DE ORIGEM

Linares e Campo (2000) revelaram que 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. Esta exigência tenderia a determinar a socialização do futuro paciente em termos altamente normativos, configurando um processo muito exitoso em aparência – “a honorável fachada”. A criança seria responsável e educada, manifestando o êxito dos pais no que se refere à transmissão de valores e pautas de comportamentos socialmente bem aceitos. Nessas famílias, chama a atenção o contraste entre o alto rendimento que os pais alcançam na socialização (dimensão normativa) e o fracasso na “nutrição emocional”, pois lhes faltam espaços relevantes de distribuição de afetos, sem que lhes alivie a carga de deveres e responsabilidades (Linares, 2001). Em relação ao momento após o nascimento do bebê, algumas considerações devem ser feitas. É esperado que a mulher sinta-se feliz com a chegada do bebê (Maldonado, 2000; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999). Quando isso não acontece, quando ela se sente triste ou deprimida nesse período, pode ocorrer a sensação de culpa por não assumir o papel esperado dela socialmente (Riecher-Rössler & Fallahpour, 2003; Romito et al., 1999). Segundo Linares e Campo (2000), a pessoa deprimida nunca se sente à altura de suas ilusões e expectativas. Isso é vivenciado com sentimentos de culpa e frustração por não conseguir cumprir suas supostas responsabilidades. Em decorrência, ela pode tentar negar seus sintomas para manter uma fachada aparente de que não há problema nos seus relacionamentos. No caso específico da mãe deprimida, isto ocorre, especialmente, em relação ao bebê e a suas demais relações com seu cônjuge e família de origem.

Evidências empíricas que apoiam estes aspectos, sugeridos por Linares e Campo (2000), puderam ser encontrados na Família 2 do presente estudo. Isso ficou evidente na fala da mãe durante a avaliação inicial, quando comentou que não queria preocupar suas irmãs com seu mal-estar e muito menos aparentar que estava deprimida, até o momento em que não mais suportou esconder isso: “Eu não consegui deixar transparecer [a depressão] pra ela também, sabe? Eu não queria que transparecesse pra ela. E acho que foi isso também que aconteceu, né? Eu fui segurando mais. E aí, então, no dia que elas foram embora eu chorei praticamente o dia todo. E elas foram chorando também”.

Nesse relato, pode-se ver a dificuldade que a mãe deprimida tem em reconhecer os sintomas depressivos (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.

Ainda com relação aos aspectos familiares, a organização da família de origem do deprimido pode parecer aglutinada, mas isso não corresponde à situação real relacional em níveis mais profundos (Linares & Campo, 2000). O desligamento pode aparecer principalmente nas relações entre os diversos sistemas, como aconteceu na Família 1. Nesta família, os avós maternos do bebê não foram visitar a filha quando

ela foi ganhar o bebê, algo que magoou bastante a mãe, especialmente quando soube que seus pais haviam ido visitar o bebê de uma conhecida no hospital:

Mãe: “Meu pai e a minha mãe não foram me visitar no hospital. Eu fiquei cinco dias, né? Eu me senti meio desprotegida também. Daí eu fui pra casa da minha sogra. Eu não dei muita importância, na época. Mas isso me magoou muito. Mas é uma coisa meio absurda. Uma filha fica cinco dias no hospital ganhando nenê e a mãe e o pai não irem visitar! A minha irmã xingou eles: ‘Que a culpa da depressão da mana... A mana tá desse jeito por causa de vocês!’, ela disse”.

Pai: “Ah, pô, pai e mãe, né? Se não puder contar com o pai e com a mãe vai contar com quem?”.

Deve-se levar em consideração que pode haver uma poderosa tendência do depressivo a negar os aspectos relacionais implicados em sua doença que o conduz a encobrir quanto de sofrimento significativo pode ter havido em sua infância e adolescência. Além disso, a natureza episódica do transtorno depressivo também se adéqua muito bem aos jogos de camuflagem. No entanto, uma escuta empática dos aspectos relacionais pode revelar importantes aspectos carenciais na história pessoal. Isso apareceu explicitamente no relato da mãe da Família 1, quando ela referiu como era o seu relacionamento com sua própria mãe: “A minha mãe nunca foi carinhosa. Assim, nunca deu beijo. Quando eu era pequena eu não me lembro. Mas depois de grande, eu não me lembro da minha mãe me botando pra dormir, por exemplo, me dando beijo de boa noite, né? Ela é meio secona, assim”.

Já na Família 2, isso não foi destacado. Segundo a mãe, ela vinha de uma família muito próxima afetivamente. No entanto, por vir de uma família muito grande, com mais de oito irmãos, muitas vezes não recebia todo o cuidado e supervisão necessários.

Em relação aos relacionamentos extrafamiliares, Linares e Campo (2000) destacaram que as mães costumavam ter uma rede social reduzida, antes mesmo do aparecimento de sintomas depressivos, e um estilo pessoal de priorizar as necessidades dos demais em relação às suas, o que levaria ao desequilíbrio entre o que dava e o recebido. Isso foi relatado especialmente na Família 2, sendo inclusive motivo de conflito entre o casal. O pai dizia que o que o irritava na esposa era que ela: “tirava dela para dar para os outros”. Por exemplo, se ela quisesse comprar roupa, dizia que não podia, mas queria comprar um forno de micro-ondas de presente para a mãe dele. Ele dizia: “Enquanto tu pensa em dar um micro-ondas pra minha mãe, por exemplo, tu não pensa em comprar uma roupa pra ti, caramba!”.

Mas a mãe comentou que, devido à sua grande solicitude, sentia que muitas pessoas acabavam abusando de sua disponibilidade. Por exemplo, em função do medo de perder o emprego, ela não havia se afastado totalmente e estava sendo bastante solicitada durante sua licença maternidade, embora não estivesse conseguindo conciliar mais essa demanda:

Mãe: “Então eu sou esse tipo de pessoa assim. Eu sou muito boa pras pessoas. Tenham tudo de mim. No trabalho eles me castigam. A [uma das chefes] foi uma que agora botou a boca no meu chefe porque ele não estava notando que eu estava em licença maternidade. Aí o meu chefe disse: ‘Não, mas é ela que falou que queria fazer o trabalho. A gente não obrigou ela a fazer os trabalhos do escritório!’”.

Nesse relato apareceu também outra questão apontada por Linares e Campo: os fatores relevantes ao trabalho, especialmente uma excessiva dedicação e alto nível de exigência, acima de suas necessidades pessoais. A mãe da Família 2 referiu esse tema em várias outras situações. Ainda assim, ela achava que já não era mais tão eficiente e, por isso, temia ser demitida. Ela relatou uma conversa que teve com seu chefe sobre isso quando fazia um mês ainda que ela havia retornado da licença-maternidade. Falou que as pessoas perguntavam como ela conseguia conciliar tudo (cuidados da casa e com o bebê, trabalho e estudos): “Na realidade, assim, é puxado. As pessoas estão dizendo: ‘Bah, como é que tu tá conseguindo?’. ‘Não, eu estou conseguindo, eu estou conseguindo’. Na realidade, é uma cobrança, assim. É o ritmo. Eu acho que eu estou me cobrando muito mais do que eles”.

No caso de a mulher não estar trabalhando, é importante examinar se essa situação deve-se a eventuais pressões intra ou extrafamiliares (Linares & Campo, 2000). Esse era o caso da mãe da Família 1. No início da psicoterapia, ela relatou que havia parado de trabalhar há mais de três anos em função de dificuldades escolares da filha mais velha. Mas essa não parecia ser uma situação que a agradava: “Eu trabalhava muito. E agora eu me sinto uma pateta, uma coisa completamente absurda. E aí eu parei de trabalhar pra ficar com a minha filha, e também já não tava dando muito certo, aquela coisa toda. Ah, daí foi um estresse”.

Para Linares e Campo (2000), em muitos casos, quando há conflito com a família de origem, dever-se-ia trazer a família para a sessão, especialmente quando aconteceram mudanças no ciclo vital que possam 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, pois o nascimento de



um filho pode ser entendido como um momento de crise no ciclo vital que pode reativar problemáticas não resolvidas na família, no casal ou na mãe (DeFelice, 2000; Prado, 2006).

Embora, nas duas famílias examinadas, pareça que esses “fantasmas” não tenham se manifestado diretamente em interações disfuncionais com o bebê (Cramer & Palácio-Espasa, 1993), conforme preconizado na literatura, eles trouxeram prejuízo, especialmente para o relacionamento conjugal. Ainda assim, nos dois casos, famílias de origem acabaram não participando. Na Família 1 isto ocorreu, pois a mãe achava que a partir de sua história ela tinha conseguido elaborar o tema e não desejava falar diretamente com sua família sobre isso e, no segundo caso, por uma impossibilidade quanto à distância física e estado de saúde da mãe. No entanto, a mãe da Família 2 visitou sua própria mãe logo no início da psicoterapia e essa lhe contou em detalhes como foi sua própria experiência de ter sido uma mãe que teve depressão pós-parto:

Mãe: “Eu disse: ‘Bah, mãe, eu estou com depressão pós-parto. Eu choro muito e tenho pensamentos ruins...’. E a mãe disse: Mas a mãe também teve. Só que, naquela época, não existia tratamento. ‘A mãe teve essa depressão que hoje tem um nome: Depressão pós-parto’. Naquela época, o médico dizia que era fraqueza. A mãe nunca contou pra ninguém, mas eu vou te contar agora. O teu irmão, quando ele tinha um mês e ele estava chorando, chorando, e eu cansada também, né? Ela disse que, quando olhou pra ele, disse assim: ‘Será que esse diabo não vai parar de chorar?’. E ela disse que ouvia aquele bicho. Se formou aquele bicho, assim, na minha frente, né? E ela disse: ‘Aí eu me desesperei. A noite toda chorei, chorei. Mas como é que eu fui chamar meu filho de diabo? Imagina. Chamar um bicho, tal’. Daí, no outro dia, ela foi na igreja e falou com o padre, que, na época, nem médico não tinha especializado pra aquilo, né? Ele disse que era uma fraqueza. E isso se chama depressão pós-parto, que hoje tem o tratamento, que hoje tem o estudo que, naquela época, a mãe não tinha ninguém”.

Terapeuta: “Como é que tu te sentiu de escutar isso da tua mãe?”.

Mãe: “Daí eu me senti mais segura. Se naquela época, a minha mãe soube contornar a situação...”.

Por fim, embora na pesquisa de Linares e Campo (2000) tenham aparecido relatos associados à morte dos próprios pais, o mesmo não apareceu nos casos investigados no presente estudo.

## 1.2- CUIDADO DOS FILHOS E A PARENTALIZAÇÃO

Quanto à relação com os filhos no contexto da depressão, Linares e Campo (2000) a caracterizaram como havendo uma tendência à parentalização. Neste contexto, 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. Nesse sentido, é comum que os filhos se tornem cuidadores de seus pais e isso deve ser um dos objetivos do tratamento, pela sobrecarga que representa para a criança. Corroborando a posição desses autores, Hammen (2002) assinalou que diversos estudos indicam que quando crianças maiores reconhecem os sintomas depressivos de seus pais podem aumentar seus comportamentos afetuosos e se tornam mais prestativas.

No presente estudo, como se tratava de famílias com bebês, isso não podia, a princípio, ser avaliado. Entretanto, na Família 1 havia uma filha de 9 anos, e seus pais relataram alguns comportamentos de cuidados da filha com eles. Ainda nas entrevistas iniciais, foram revelados indícios de uma incipiente parentalização por parte da filha mais velha, pois, segundo a mãe, a filha precisava entendê-la e podia se defender da própria mãe, se ela estivesse muito irritada: “Ela me xinga [Risos]. Se eu xingo ela, ela diz: ‘Mãe, o que é isso, mãe, que grossura!’. Mãe: ela diz pra mim, né? Aí eu me toco, assim, do que eu tô fazendo. Então, eu tento ao máximo não misturar os meus sentimentos”.

Na primeira sessão, apareceram novos indicativos desse processo de parentalização da filha mais velha, pois ela acobertava a mãe quando esta lhe pedia para comprar doce:

Mãe: “Esses dias, ela chegou da escola era cinco e meia. Daí eu já comecei a perceber: ‘Eu vou dar mamã e vou ficar com vontade de comer’. Daí mandei minha filha no mercadinho pra buscar uma lata de doce. Daí ela foi. E ela adora, né? Aí ela se farta também. Mas depois que eu faço, me dá um arrependimento horrível. Mas daí eu já comi. E eu não tenho o que fazer. Mas eu escondo dele [marido] a latinha. Que coisa absurda! Que coisa ridícula, né? Eu faço o que eu quero, né? Mas eu escondo dele pra ele não ver. Mas o que adianta se ele vê que eu fico gorda depois? Não adianta”.

Pai: “É, eu não sabia disso. Eu já tinha visto, mas a minha filha sempre diz que é ela que come”.

Depois, já na segunda sessão, a filha começou a controlá-la nesse aspecto: “Não comi nenhuma lata de doce essa semana. Mas a minha filha mais velha tá me controlando!”.

Também houve queixas de tristeza e agressividade por parte da escola da filha que coincidiram com o nascimento do irmão. Ainda nessa segunda sessão, a mãe e o pai relataram que ela estava com um comportamento *estranho*. Dentre alguns exemplos: ela tapava os olhos do pai quando aparecia alguma cena de mulher de *lingerie* na televisão, o que relacionaram com o fato de ela já ter presenciado várias cenas de ciúme da mãe:

Mãe: “Isso é uma coisa estranha. Minha irmã até disse pra eu comentar contigo isso, eu sou ciumenta, muito ciumenta. Piorou agora, depois que o meu filho nasceu. E a minha filha também piorou. Tá impossível... Claro que ela vê eu comentando, e tal... Ela não deixa mais o pai olhar a TV. A minha prima, essa, foi mostrar a barriga dela: ‘Que olha aqui, a minha barriga também ficou cheia de estria, e tal’”.

Pai: “Se ela me vê olhando pra uma – não interessa que seja na televisão – outra mulher, ela voa pra frente da TV ou ela se agarra em mim e me faz cobrir os olhos”.

Mãe: “Mas tá demais, assim. Tá fora do comum”.

Pai: “Ela me disse: ‘tu não pode olhar pra outra mulher nenhuma. Só pra minha mãe!’. Eu acho que, em função de ela ver a mãe, o jeito que ela tem esses ciúmes, ela acha que tá certo. Que tem que ser assim”.

Mãe: “Não, e eu acho também que... É uma forma de ela me proteger, também”.

Mas esse comportamento da filha foi esmaecendo ao longo da terapia, e já na terceira sessão não apareceram mais indícios de parentalização. Na quarta sessão, a mãe contou que uma tarde saiu só com a filha, pois percebeu que ela precisava de uma atenção só para si e disse que isso foi muito bom: “E ontem a gente saiu sozinha duas vezes. ‘Ah, mãe, que coisa mais boa, né, nós duas sair sozinhas’. Daí eu disse: ‘É, mesmo, né? Quanto tempo a gente não saía sozinha?’. Ela: ‘É. É, mas tem o meu irmão??, né, mãe?’. ‘Uhum’. ‘Ainda bem que tem ele, né?’. ‘Uhum’. Assim, mas ela sente falta...”

Já na quinta sessão, a mãe contou que foi a uma reunião na escola e já não houve queixas quanto ao comportamento da filha. Contou que ficou feliz em ouvir isso e como havia se desesperado no início do ano, quando havia muitas queixas sobre a filha.

Segundo Linares e Campo (2000), quando o casal tem filhos, ele deve ser objetivo terapêutico nas famílias em que a mãe está deprimida. Tanto se são explicitamente trazidos como motivo de inquietação pelo paciente como por não serem

mencionados. O objetivo é tentar romper a cadeia transgeracional de dificuldades na “nutrição emocional” que se observa nessas famílias (Linares & Campo, 2000). Além disso, 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, como apareceu na Família 1.

Um último aspecto deve ser destacado em relação ao eixo da parentalidade do conceito da “honorável fachada”. Enquanto o presente estudo focou a situação de depressão pós-parto, o estudo de Linares e Campo (2000) focou, em geral, famílias com episódio depressivo maior, e nenhum deles com início no pós-parto. No presente estudo, as mães das duas famílias não referiam dificuldades explícitas no cuidado com o bebê, apenas com o marido, como pode ser exemplificado na fala da mãe da Família 1: “Ah, eu não tinha problema com o meu bebê. Era bem separado o que eu sentia. O meu problema maior era eu, assim, não me aceitar do jeito que eu fiquei, ou eu achar que o meu marido não ia me querer mais, ou que ele ia arrumar outra. Mas relacionado ao meu filho não tinha estresse. Era bem maravilhoso cuidar dele”.

A mãe da família 2 também destacou a dificuldade de conciliar o trabalho e estudo: “Como eu posso dizer assim, o meu filho pra mim é uma dádiva de Deus, é uma coisa assim que não tem explicação. Não sei, é diferente, eu posso estar preocupada com o meu trabalho e com as minhas aulas e com meu marido, mas com o meu filho é diferente, ele é à parte da minha vida”.

A ausência de dificuldades com o filho recém-nascido pode estar associada ao fato de que a intervenção logo no início da vida do bebê pode ter evitado que um padrão de relacionamento desfavorável com o bebê emergisse e se cristalizasse. Outra explicação seria que, como as mães deprimidas têm uma ênfase excessiva no dever, elas poderiam perceber que cuidar do filho era sua principal função naquele momento e, por isso, deveriam dedicar todo seu esforço nos cuidados do bebê, como seria o esperado socialmente (Linares & Campo, 2000). É possível que sua irritabilidade fosse então transferida para outros relacionamentos, como, por exemplo, o conjugal.

## *2- A CONJUGALIDADE*

No eixo conjugalidade do conceito de “honorável fachada” destaca-se a eleição do cônjuge (2.1), a comunicação conjugal e conflitos conjugais (2.2), conforme será exposto a seguir.

## 2.1- O CRITÉRIO DE ELEIÇÃO DO CÔNJUGE

O estudo de Linares e Campo (2000) mostrou algumas características específicas quanto ao relacionamento conjugal que envolvem algumas expectativas excessivas sobre o cônjuge (ex.: “ele é tudo para mim”). Isso apareceu no relato da mãe da Família 1 na quarta sessão de psicoterapia, mas nesse caso sua expectativa era também relacionada ao relacionamento conjugal: Mãe: “Porque eu tenho uma dependência muito grande do [marido]. Porque eu aposto tudo no relacionamento. Talvez esse seja o meu medo maior. Eu tô me dando, me doando total, e o outro tá sacaneando!”.

Na Família 2 isso também foi relatado na segunda sessão de psicoterapia, quando a mãe comentou como idealizava o marido e que isso era algo que havia mudado. Ela relatou que se esforçava para que ele conseguisse terminar sua faculdade antes mesmo dela. Ele disse que, pelo contrário, não achava isso justo e que queria que os dois tivessem condições de estudar:

Mãe: “Eu sempre coloquei ele [marido] muito acima de mim. Eu quero que ele se forme antes de mim, eu quero que ele tenha êxito, já que ele não teve no primeiro casamento dele, que só ela se formou. Então, eu quero mesmo se eu conseguir aqui no meu trabalho que eles paguem a minha faculdade. Eu sempre penso assim: ‘Pô, tomara que eu ganhe mais pra eu poder ajudar ele a pagar a faculdade, termine a faculdade’. E ao mesmo tempo, agora eu estou notando que já não falo mais com aquela intensidade, sabe? Como eu falava com frequência. Está diferente. E eu não quero que mude isso”.

Pai: “É, justamente isso que eu te falei, né? Que a minha ideia não é isso. Pra mim, é bem pelo contrário. Acho que cobre muito, que até foi um pouco duro, eu acho importante que ela não pague, até para que tenha condições de os dois irem fazendo faculdade”.

A eleição do cônjuge, segundo Linares e Campo (2000), nas mulheres deprimidas se faria com base nas expectativas de proteção e de compensação das carências afetivas da família de origem. O depressivo desenvolve seus sintomas em uma atmosfera de desesperança, até sucumbirem de novo, no contexto conjugal, suas expectativas de obter a “nutrição emocional”. A expressão de desesperança e rancor seria instrumento potente para definir a natureza da relação, sempre e quando respeite a condição de manter as aparências.

Por exemplo, na Família 1, a mãe comentou que a família de seu marido era muito próxima afetivamente, todos se beijavam muito, algo que ela, no princípio,

até estranhava. Relatou que só percebeu o pouco afeto em sua família de origem quando conheceu a família do marido:

Mãe: “Depois que eu conheci o meu marido que eu vejo como a mãe dele é com ele, que eu vejo como a minha mãe foi ausente em termos de carinho, né? E o pai também. O pai é grosso, né? E eles se beijam o tempo inteiro, se abraçam. No começo eu pensava assim: ‘Que frescuragem isso aí! Que coisa idiota, pensava, né?’. Porque eu não era...”.

Pai: “Não estava acostumada”.

Mãe: “Não estava acostumada a ver aquilo, nada...”.

Quanto aos relatos do cônjuge, Linares e Campo (2000) observaram queixas a respeito de não conseguir controlar ou ajudar a esposa deprimida a superar seus sintomas, como pode ser visto na fala do pai na Família 1: “Eu quero dar um jeito de resolver isso que tá acontecendo com ela, porque eu tô triste de ver ela assim. Porque ela não é assim do jeito que ela tá nesse momento. Hoje ela tá super bem. Tá alegre e brincando. Mas daqui a um pouco ela se fecha de novo!”.

Isso pode ser vivenciado como importante fonte de angústia pelo cônjuge, algo que tem sido consistentemente enfatizado na literatura (Benazon & Coyne, 2000; Frizzo, 2008; Fritsch et al., 2005) e pode ser exemplificado na fala do pai da Família 1:

De repente, eu acho que dá aquele pico de depressão, ela começa de novo com esse assunto de que não dá, que tem que separar, que isso é só uma questão de tempo, que eu vou cansar, de que eu não vou aguentar segurar essa barra... Me menospreza, que eu não vou aguentar. Esse menosprezo que ela me faz, e que eu vou deixar a peteca cair. Que eu digo pra ela que não, que jamais, haja o que acontecer, eu jamais vou sair do lado dela, jamais vou abandonar ela. Que eu nunca vou deixar de dar uma força pra ela. Eu vou estar sempre junto dela, haja o que acontecer, né? E ela acha que não, que é só uma questão de tempo. Então fica meio balançado... E tudo que a gente, sei lá, de repente, vinha planejando junto, né? De repente, pode vir tudo por água abaixo, né? Vai que ela resolva, mesmo. Um dia eu chego em casa e não consigo mais entrar. Tô sujeito...

Outra característica do cônjuge apontada por Linares e Campo (2000) é seu funcionamento de porta-voz na terapia. Isso pode ser visto na Família 1, quando o pai expressava pela esposa questões que eram conflitantes na família de origem dela, como essa fala na primeira sessão de psicoterapia:

Mãe: “Lá em casa todo mundo cobra muito... gordura, corpo [Comentando sobre desvalia com seu corpo]. Meu pai cobra muito, fala”.

Pai: “E aí é tipo assim: não mede palavras, assim, ó. Não sabe usar as palavras”.

Mãe: “Ah, mas tu tá mais gorda de novo, né?”.

Pai: “Bah, ela pega pesado”.

Esse comportamento de porta-voz apareceu na Família 1 mais algumas vezes, como na terceira sessão, quando o pai expressou pela esposa algo que ela não estava conseguindo dizer: “Será que vale a pena investir nesse relacionamento? Será que eu não vou me arrepender, será que eu não vou sofrer? É isso que tu pensa”.

Durante a psicoterapia, a colaboração do cônjuge normalmente não é difícil de ser conseguida, pois é comum que ele assuma o papel de cuidador (Linares & Campo, 2000; Silva, 2007). A dificuldade pode ser de sua tendência de colocar-se em uma posição inadequada de aliança e coterapia 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 respeitada sua posição “superior”, ainda que não alçado ao papel de coterapeuta ou de porta-voz do paciente deprimido. Embora Linares e Campo (2000) ressaltem que esse funcionamento não deva ser incentivado nas sessões, pois o adequado seria que a pessoa deprimida pudesse falar por si sobre esses temas conflitantes com sua família de origem, ele parece ser típico de casais em que um dos membros apresenta depressão. Isso foi parcialmente corroborado pelos dados do presente estudo, pois apareceu várias vezes na Família 1 e algumas vezes também na Família 2. Mas, se considerarmos que essas famílias estavam passando por uma psicoterapia breve, é possível se pensar que esse funcionamento do pai de porta-voz foi importante para que alguns temas, que não foram trazidos ou problematizados pela mãe, pudessem ser discutidos, evitando que fossem abordados tardiamente (Silva, 2007) ou sequer mencionados.

## 2.2- COMUNICAÇÃO CONJUGAL

Linares e Campo (2000) revelaram que nos casos envolvendo depressão da esposa a relação conjugal tende a ser marcada por ausência de conflitos abertos. Com isto pode ser considerada satisfatória. Contudo, nos casos de depressão pós-parto do presente estudo foram observadas muitas dificuldades na qualidade da comunicação

nas famílias. Assim, ao contrário do preconizado, este estudo mostrou relatos de conflitos e insatisfação conjugal. Embora na Família 1 os conflitos fossem mais amenos, eles também estavam presentes: “Pai: ‘Por que tu tava querendo se separar de mim? Tu ficou sabendo de alguma amante, ou...’. Mãe: ‘Não fiquei sabendo, mas... Agora eu melhorei um pouco. Mas eu tava delirando assim, totalmente, de que tinha alguém, de que tinha alguém, de que tinha alguém’”.

Já na Família 2 eram tantos os motivos de conflitos relatados (financeiros, cuidados com a casa e com o bebê, manifestação de afeto, transição para parentalidade) que na segunda sessão eles relataram dificuldade até mesmo em perceber os conflitos: “Mãe: ‘Faz tempo que a gente não tá se entendendo mais. Cada vez, tá piorando mais a...’. Pai: [interrompe a esposa] ‘A gente sem se entender?’. Mãe: ‘É, a gente fica sempre se cutucando um com o outro, assim. A gente não consegue...’. Pai: ‘Por mim não’”.

Linares e Campo (2000) destacaram sintomas como expressão de poder, controle e raiva, associados com a rigidificação dos padrões relacionais em mães deprimidas. Isso apareceu apenas na Família 2, pois a mãe se queixava de que o marido havia mudado após o nascimento do filho:

No começo, era bem diferente. Eu sempre disse pra ele que ele me enganou. Porque na realidade ele concordava com tudo? E eu disse pra ele: “Então, tu não te mostrou a pessoa que tu era pra mim. Aquela pessoa legal que tu era, porque tu mudou agora? Não era pra ter mudado. Porque a pessoa que tu me conheceu, sou eu, a brigona, que reivindico os meus direitos...”.

Também podem estar presentes sentimentos de não se sentir querida, que também apareceu na Família 2 com maior intensidade. Na primeira sessão, a mãe falou que o marido era pouco afetivo e por isso ela ficava ressentida, e isso a estava afastando até sexualmente:

[A mãe dele disse] Porque ele não é de abraçar, não é de beijar, não é..., entendeu? E eu disse: [para sogra] Eu sou muito carinhosa. Eu tenho que estar indo nele e tal. E aquilo foi me afastando e até na cama eu me afastei dele. Me deito, me viro, vou pro meu canto. Então, na realidade, se ele não me procura, se ele não chega perto de mim, por que eu vou ter que ir de novo até ele? Aí comecei a me afastar dele também. E isso, ele começou a ficar mais indignado. Eu notei que ele ficou mais irado com certas atitudes minha. E daí aquilo vai esfriando. É natural. É uma coisa que já tá no instinto da gente. Se não vou ter retorno daquilo ali, então também não vou doar nada de mim.



Embora de outra maneira, a questão de não se sentir querida pode também ser inferida nas falas da mãe da Família 1, quando ela comentou sobre o receio que o marido viesse a se interessar por outra mulher: “O que mais me incomoda é que eu passo o tempo inteiro sofrendo, achando que eu sou menor que os outros, que o [marido] vai se interessar por outra pessoa.

Que não tenha barriga, que seja magrinha, que seja mais jovem. Que não esteja tão atarefada, né? Uma pessoa que tenha tempo só pra se cuidar, que tenha tempo pra ele, coisa que eu não tenho”.

Sentimentos de culpa também foram relatados pela mãe da Família 1: “Eu sinto que tem alguma coisa de errado comigo, porque não é normal. Porque eu nunca fui assim. A gente é casado há doze anos. E agora eu sinto isso que é estranho em mim, que eu fico preocupada, me sinto culpada, que eu penso que ele vai amar outra... Se eu não suprir a demanda [sexual], ele arruma outra...”.

Já na Família 2, a mãe relatou no final da psicoterapia que já não se sentia culpada como inicialmente por não conseguir cuidar da casa, nem por ter estado deprimida. Ela se culpava muitas vezes por brigar com o marido por pequenos detalhes, e disse que gostaria de ser “mais *light*”:

Já me senti muito culpada até em relação a mim... querer fazer as coisas e não poder. Uma coisa que eu comentei com a [terapeuta] também foi essa fase, eu queria limpar a casa, eu sou muito de organizações. Eu e o [marido], ontem a gente brigou à noite e a gente comentou sobre isso, a culpa que eu sinto maior e eu não consegui sair disso, deixar sapato solto, deixar roupa solta, deixar a toalha fora do... Eu não consigo, então eu me sinto culpada, queria ser mais *light* assim. Em compensação, há outras coisas que aconteceu da depressão pós-parto, eu não me sinto culpada, isso aí é da natureza do organismo.

Retoma-se, aqui, a ideia do deslocamento dos afetos. As mães não poderiam agredir o bebê, pois isso não seria o esperado socialmente, mas a intensa irritabilidade poderia estar sendo deslocada aos maridos. Para Linares e Campo (2000), haveria, em casais com mães deprimidas, uma complementaridade rígida no relacionamento, que vai se consolidando ao longo do tempo, em que o marido ocupa sempre uma posição superior e a esposa se fragiliza cada vez mais com os sintomas depressivos. Podemos pensar que o nascimento de um bebê, por ser um momento de crises e adaptações (Carter & McGoldrick, 1995), pode modificar o tipo de relacionamento estabelecido entre o casal, que precisa agora redefinir seus papéis.

Corroborando essa asserção, Minuchin (1982) descreveu que as mudanças numa estrutura familiar, no caso a inclusão de um novo membro, o bebê, contri-

buem para mudanças no comportamento e nos processos psíquicos internos dos membros desse sistema. Assim, somada essa crise a um diagnóstico de depressão pós-parto, é gerada uma sobrecarga que pode deixar as mães extremamente irritadiças e com dificuldades em seus relacionamentos. Embora, no presente estudo, essa irritabilidade não tenha sido relatada com relação ao bebê, ela parece ter sido transferida para os demais relacionamentos familiares – com outros filhos, com a família de origem ou com o marido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi identificar evidências empíricas do conceito da “honorable fachada” (Linares & Campo, 2000) a partir dos eixos conjugalidade e parentalidade. Observou-se que o apoio mais expressivo a este conceito (honorable fachada) refere-se à excessiva função normativa na socialização das mães deprimidas e a um cuidado em manter as aparências. Também emergiram evidências relativas: a experiências de carência afetiva; expectativas excessivas em relação ao cônjuge; ao funcionamento de porta-voz do cônjuge ao longo da psicoterapia; sentimentos de a mãe não se sentir querida, amada e algumas vezes culpada, especialmente por dificuldades em conciliar questões do cuidado da casa, do bebê e de trabalho.

A família que tinha uma filha mais velha permitiu ainda a constatação de uma tendência relatada por Linares e Campo (2000) de parentalizar a filha. Entretanto, esta tendência foi esmaecendo ao longo da psicoterapia, na medida em que os pais passaram a aumentar o apoio emocional para com ela, ou, usando o termo de Linares e Campo (2000), aumentaram a “nutrição emocional”. Um aspecto também preconizado por esses autores envolvendo a depressão se refere à organização familiar, falsamente aglutinada, que apareceu no presente estudo na Família 1, embora não na Família 2.

Contudo, os resultados do presente estudo divergiram de dois aspectos do conceito da “honorable fachada” de Linares e Campo (2000). Para esses autores, devido ao excesso normativo aprendido nas famílias de origem, a mãe deprimida tenderia a estar em relacionamentos conjugais em que não haveria conflitos abertos. Neste estudo, verificou-se que os conflitos eram predominantemente deslocados para o marido, já que não houve relatos de conflitos no relacionamento mãe-bebê. Uma explicação possível seria que o conceito “honorable fachada” foi proposto a partir do estudo de famílias em que as esposas apresentavam depressão maior, e nenhuma especificamente no pós-parto, como ocorreu neste estudo. Como consequência, talvez fossem episódios depressivos de maior duração, nos quais

o padrão de complementaridade rígida já estivesse cristalizado e a demanda para atendimento em psicoterapia familiar era em função da depressão da mãe. Já no presente estudo foi oferecida uma Psicoterapia Breve Pais-Bebê, que tem como características principais ser focal; neste caso a demanda era a melhora na relação mãe-bebê e da mãe com demais membros da família em um contexto de depressão pós-parto. Nessa psicoterapia, entende-se que a melhora dos sintomas depressivos é secundária e colateral à melhora dos relacionamentos da mãe (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Talvez essas especificidades dos tipos de atendimento psicoterápico também mereçam ser contempladas quando se busca evidências do conceito da honorável fachada em mães especificamente com depressão pós-parto.

Em situação de depressão pós-parto os resultados então não apoiaram plenamente o conceito, talvez porque a família convivesse com os sintomas depressivos da mãe por menos tempo, ou seja, possivelmente não fossem sintomas crônicos o suficiente a ponto de terem se estabelecido em padrões disfuncionais de interação rigidificados. Quanto menos tempo houver entre o surgimento da depressão e o início do tratamento, melhor o prognóstico na resposta à intervenção, psicoterápica e farmacológica, quando necessário (Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2008). No aspecto do desenvolvimento, também podemos pensar na questão da “patologia do puerpério”, necessária para a inclusão do bebê no psiquismo da mãe e do pai (Cramer & Palácio-Espasa, 1993) e na família como um todo (Minuchin, 1982). Nesse momento, o fundamental seria essa inclusão do bebê, e o socialmente esperado seria que esse bebê fosse bem cuidado, o que leva a inferir a presença da função normativa nas mães deprimidas nessa fase do ciclo vital.

Quanto ao tratamento psicoterápico oferecido às participantes, algumas reflexões merecem ser feitas. Ao começar uma psicoterapia para tratamento de aspectos relacionais de mães deprimidas, 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 (Linares & Campo, 2000). Nos casos investigados no presente estudo, essa não foi uma questão problemática, pois, ao buscar o atendimento, as famílias eram esclarecidas que o objetivo era oferecer uma psicoterapia, e medicação apenas se fosse necessário. Cancrini (2001) destacou a importância da 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 adequado. Nas últimas sessões de psicoterapia e especialmente na avaliação final, as mães das duas famílias participantes do presente estudo relataram seus medos mais claramente do que haviam feito no início, descrevendo mais detalhadamente os pensamentos sobre vontade de morrer, algo que as motivou a buscar ajuda, como destacado pela mãe da Família 1:

Foi logo depois que o meu filho nasceu que começaram as minhas paranoias. E aí eu me desesperei. Porque eu achava que eu tinha que me matar. Mas daí eu não podia deixar as crianças. Aí eu pensava que eu tinha que matar as crianças e me matar. Foi uma fase bem horrível. Aí eu comecei a pensar muito, muito, muito fixamente nisso. Aí foi que eu me desesperei. Vi que alguma coisa tava errada, que não era possível. Aí eu procurei recurso. Aí eu vim fazer a terapia. Agora tá *light*, não penso em morrer (risos).

Podemos entender que, talvez, por ser no final da psicoterapia, elas já podiam considerar o espaço terapêutico como um ambiente acolhedor onde poderiam falar sobre seus sentimentos sem serem julgadas por isso, talvez uma evidência dessa escuta empática e de boa aliança terapêutica. Por fim, terminamos com uma citação de Linares (2001:20), que expressa o pensamento dos autores: “a psicoterapia relacional do depressivo é um fascinante desafio, que vale a pena ser enfrentado com instrumentos teóricos adequados e, se possível, num contexto que potencialize o poder terapêutico”.

## REFERÊNCIAS

- Beck, A. T., & Steer, R.A. (1993). *Beck depression inventory. Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Benazon, N. R., & Coyne, J.C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology, 14*, 71-79.
- Berríos, R., & Lucca, N. (2006). Qualitative methodology in counseling research: recent contributions and challenges for a new century. *Journal of counseling and development, 84*, 174-186.
- Cancrini, L. (2001). La depresión en psicoterapia. *Redes, 31-46*.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. In: B. Carter, & M. McGoldrick (Eds.). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 7-29). Porto Alegre: Artmed.
- 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.
- Chalmers, A. F. (1993). *O que é ciência afinal?* São Paulo: Brasiliense.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- 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, 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.
- D'Allones, C. (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Freud, S. (1994). *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago.
- 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. (2008). *Contribuições da Psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto*. (Tese de doutorado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Frizzo, G.B., Brys, I., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2010). Conjugalidade no final do primeiro ano de vida do bebê. *Aletheia*, 31, 66-81.
- 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 e Crítica*, 23 (1), 46-55.
- Hammen, C. (2002). Context of stress in families of children with depressed parents. In: Goodman, S. H., & Gotlib, I. H (eds.). *Children of depressed parents – mechanisms of risk and implication for treatment* (pp. 175-202). Washington, DC: American Psychological Association.
- Likierman, M. (2003). Post natal depression, the mother's conflict and parent-infant psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 301-315.
- Linares, J. L. (2001). Honorables enfermos: la relación privilegiada de los depresivos con la psiquiatria. *Redes*, 9-21.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada: los transtornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva

- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. (J. A. Cunha, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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 (Projeto de pesquisa não publicado, Instituto de Psicologia). UFRGS, Porto Alegre.
- 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. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31, 1-13.
- Riecher-Rössler, A., & Fallahpour, M. H. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 51-56.
- 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.
- Silva, M. R. S. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto 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.
- Souza, I., & Daure, S. (1999). Importância da família na prevenção da depressão pós-parto. *Psicologia Clínica*, 11, 117-132.
- Stein, M. (2001). Selective affective response to a parent in a 6-month-old infant. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 8-14.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e método*. Porto Alegre: Bookman.
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2008). Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (2), 155-158.

## NOTAS

- <sup>1</sup> Este artigo é parte da tese de doutorado da primeira autora, orientada pelo professor Cesar Piccinini com supervisão clínica do Dr. Luiz Carlos Prado, apresentada no Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- <sup>2</sup> Nas entrevistas iniciais foram utilizados o *Inventário Beck de Depressão* (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) e a *Entrevista Diagnóstica* (GIDEP/NUDIF, 2003a), baseada no DSM-IV, para confirmar o diagnóstico de depressão. Os participantes também responderam individualmente à *Entrevista de Dados Demográficos* (GIDEP/NUDIF, 2003c); *Entrevista sobre a Gestação e o Parto* (GIDEP/NUDIF, 2003d), que investigava as impressões sobre a gestação e o parto; e à

*Entrevista sobre o Relacionamento Conjugal* (GIDEP/NUDIF, 2003e), que abordava a qualidade do relacionamento conjugal após o nascimento do bebê, a sexualidade, a comunicação e os sentimentos dos cônjuges em relação ao companheiro. Com o pai, também foi realizada a *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade* (GIDEP/NUDIF, 2003f), que investigava os sentimentos do marido a respeito da paternidade. A mãe respondeu à *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* (GIDEP/NUDIF, 2003g), que tinha por objetivo investigar os sentimentos a respeito da maternidade.

Recebido em 13 de junho de 2009

Aceito para publicação em 18 de fevereiro de 2011