

PATERNIDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO MATERNA
NO CONTEXTO DE UMA PSICOTERAPIA BREVE PAIS-BEBÊ

Milena da Rosa Silva

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

Supervisão Clínica: Dr. Luis Carlos Prado

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Porto Alegre, 31 de agosto de 2007.

“Não é fácil lidar cientificamente com sentimentos”

Sigmund Freud (1930)
O Mal-estar na Civilização

Ao meu marido, Ronald, por trilhar de mãos dadas comigo esse caminho.
À minha filha, Bruna, que já me ensinou tantas coisas antes mesmo de nascer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Osmar e Graça, e aos meus irmãos, David e Gustavo, pelo apoio incondicional, e por me mostrarem todos os dias o valor de se ter uma família e de se sentir amada e amparada.

Ao meu orientador, Cesar Piccinini, por agir sempre comigo de acordo com o verdadeiro significado da palavra orientar: “indicar o rumo, encaminhar, guiar”. Obrigada pelo carinho, pelos cuidados, pelo incentivo, pelos ensinamentos, pela enorme dedicação e por acreditar no meu potencial.

Ao meu supervisor clínico, Luis Carlos Prado, que foi, em muitos momentos, muito mais que um supervisor: um “paizão”.

Às famílias que participaram deste estudo, por terem compartilhado comigo suas experiências e sentimentos em um momento tão importante e intenso de suas vidas.

Aos professores William Gomes, Maria Lúcia Tiellet Nunes, Vera Ramires e Maria Consuêlo Passos, pelas valiosas contribuições ao meu projeto de tese, que permitiram que ele tenha se tornado uma realidade.

À professora Rita Sobreira Lopes, que também me guiou em momentos em que eu estava perdida, indicando-me bibliografia e trocando comigo questões teóricas e metodológicas.

Aos colegas e professores do IEPP, pelas contribuições à minha formação como psicoterapeuta e como pessoa.

Ao grupo de supervisão, pelas experiências compartilhadas e pelo apoio oferecido, não apenas nas discussões dos casos, mas também nos almoços, cafés e passeios pelo Moinhos.

Às amigas e colegas Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Angela Marin, Aline Vivian e Vanessa Gomes, por compartilharem todos os momentos desta trajetória, oferecendo-me, cada uma à sua maneira, preciosas experiências de carinho, acolhimento, esperança e alegria. Um agradecimento especial à amiga Aline Gomes, por ter sido minha

companheira de percurso, estando sempre ao meu lado, nos melhores momentos e também nos mais difíceis, dando-me o apoio de que eu precisava para seguir em frente.

Às amigas Aline Silva, Christiane, Marúcia, Clarisse e Caroline, as quais, estando perto ou longe, eu sinto sempre junto comigo de coração.

À Rea e ao Alziro, pelo apoio técnico indispensável para a realização desta tese.

À Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, nas pessoas de Martha Brizio e Andréa Ferrari, por apoiarem desde o início o presente projeto e por garantirem o atendimento posterior às famílias que dele necessitassem. Ao INFAPA, especialmente na pessoa do Dr. Luis Carlos Prado, pela disposição em acolher algumas destas famílias.

Às equipes de Enfermagem e de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição, pela acolhida deste estudo e dedicação no encaminhamento de famílias que poderiam ser por ele beneficiadas.

Ao CNPq, por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	6
RESUMO	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	10
Paternidade: histórico e transformações desse conceito	11
Prática da paternidade	14
Experiência da paternidade	28
Depressão pós-parto materna	35
Paternidade e depressão pós-parto materna	40
Psicoterapia breve pais-bebê no contexto da depressão pós-parto materna	49
Justificativa e objetivos do estudo	60
CAPÍTULO II - MÉTODO	62
Participantes	62
Delineamento e procedimentos	64
Considerações éticas	66
Instrumentos e materiais	67
CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO GERAL	238
Considerações Finais	257
REFERÊNCIAS	261
ANEXOS	276
Anexo A	277
Anexo B	278
Anexo C	279
Anexo D	282

Anexo E	284
Anexo F	286
Anexo G	288
Anexo H	290
Anexo I	291
Anexo J	293

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi examinar como se apresenta a paternidade em um contexto de depressão pós-parto materna, ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê, em particular com relação à experiência da paternidade (i.e. desejo de ter o bebê, seus sentimentos e representações sobre a paternidade, sobre a esposa como mãe e os seus próprios pais) e a prática da paternidade (i.e. apoio à mãe, função paterna, envolvimento paterno). O estudo envolveu duas fases: uma avaliação inicial, realizada através de diversas entrevistas com pai e mãe no segundo semestre de vida do bebê; e uma psicoterapia breve pais-bebê, a qual abrangeu um período de aproximadamente um semestre. Participaram deste estudo duas famílias que tinham um bebê com idade entre 7 e 8 meses, suas mães (44 e 37 anos), que apresentavam indicadores de depressão, e os seus pais (38 e 44 anos). Em relação à experiência da paternidade, os resultados evidenciaram que, nos dois casos, a paternidade foi avaliada de maneira bastante ambivalente. A satisfação experimentada pelos pais derivava do sentimento de serem bons pais, afetivamente próximos dos seus filhos e tendo grande participação na sua vida. Porém, ambos também se sentiam negativamente afetados pelos sintomas depressivos apresentados pelas esposas. Quanto à prática da paternidade, encontrou-se que os pais se mostraram muito presentes e ativos no nível dos comportamentos paternos (cuidando dos filhos, auxiliando a esposa em tarefas domésticas), mas bastante ausentes quanto às funções paternas, com muita dificuldade em apoiar emocionalmente as mães, bem como na determinação de limites adequados aos filhos. Embora os resultados tenham indicado que o envolvimento do pai em tarefas práticas, no puerpério, seja importante para reduzir a sobrecarga da mãe e proteger a sua saúde emocional, isto pareceu não ser um fator de proteção suficiente. Seria também importante que ele pudesse conectar-se às necessidades emocionais da mãe e dividir com ela a intensa carga emocional desse período. O presente trabalho também evidenciou uma espécie de retroalimentação entre as dificuldades emocionais de pai e mãe, o que justifica a indicação de psicoterapias conjuntas para o contexto da depressão pós-parto materna.

ABSTRACT

The aim of this study was to examine fatherhood in the context of maternal postpartum depression, during a parent-baby brief psychotherapy, especially with regard to experience of the fatherhood (desire of having the baby, feelings and representations concerning fatherhood, the wife as a mother and his own father) and the practice of fatherhood (support to the mother, paternal function, paternal involvement). The study involved two phases: an initial evaluation, comprising several interviews with father and mother in the second semester of the baby's life; and a parent-baby brief psychotherapy, which lasted a period of approximately one semester. Two families, with a baby aged between 7 and 8 months, a mothers (44 and 37 years), with symptoms of depression, and a fathers (38 and 44 years) took part in this study. As far as the experience of fatherhood is concerning, the results indicated that, in both cases, fatherhood was evaluated in a quite ambivalent way. The satisfaction experienced by fathers was related to their feelings of being good fathers, emotionally close to the babies and with great participation in their lives. However, both fathers also felt negatively affected by their wives' depressive symptoms. As to the practice of fatherhood, it was found that fathers were very present and active in terms of paternal behaviors (taking care of the children, helping the wife in domestic tasks), but very absent in terms of paternal functions, with difficulty in supporting the mothers emotionally, as well as in the determination of appropriate limits to the children. Although the results have indicated that father's involvement in practical tasks in the puerperal period is important in order to reduce the mother's overload and to protect her emotional health, this seemed not to be enough. It would be also important that the father be connected to mother's emotional needs and share the intense emotional load of this period with her. The present work also evidenced a kind of feedback between father's and mother's emotional difficulties, that justifies the indication of joint psychotherapies in the context of maternal postpartum depression.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

O impacto da depressão pós-parto materna sobre o funcionamento familiar tem sido o foco de um crescente número de pesquisas nas últimas décadas. Enquanto diversos autores centram-se nos efeitos da depressão pós-parto materna sobre a capacidade de maternagem e o desenvolvimento infantil, alguns poucos têm buscado compreender as repercussões deste quadro sobre o pai.

De um modo geral, esses estudos têm demonstrado que a depressão pós-parto materna está associada a dificuldades na relação mãe-bebê, no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional das crianças e no relacionamento conjugal. Neste contexto, o apoio do pai, tanto emocional quanto na divisão de tarefas, tem sido destacado como um fator de proteção para a mãe e para o bebê. Alguns autores têm, inclusive, enfatizado a importância de que o pai faça parte das intervenções clínicas focalizando a depressão pós-parto materna, pois isto poderia aumentar sua compreensão a respeito da situação de sua companheira, melhorando o relacionamento do casal e sensibilizando o pai para auxiliá-la nas tarefas de cuidado do bebê. Apesar disto, a paternidade tem sido pouco investigada em famílias nas quais a mãe apresenta um quadro de depressão.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar a paternidade em um contexto de depressão pós-parto materna, ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê. Foram examinados diversos aspectos da paternidade (cf. Houzel, 2004), a saber: a) a experiência da paternidade, que inclui os sentimentos do pai em relação à paternidade, aos seus filhos, à mãe e aos seus próprios pais; b) a prática da paternidade, com destaque para o apoio à mãe, o exercício da função paterna e o envolvimento paterno.

Inicialmente, será abordada a literatura a respeito do conceito de paternidade e de sua evolução histórica. A seguir, será realizada uma caracterização da depressão pós-parto materna. Por fim, serão abordadas, em duas sessões distintas, a paternidade e a psicoterapia breve pais-bebê no contexto da depressão pós-parto materna.

Paternidade: histórico e transformações desse conceito

A figura do pai e sua importância para o desenvolvimento infantil, sobretudo nos primeiros anos de vida da criança, foram temas pouco abordados pela psicologia até décadas recentes. Os pais costumavam ser retratados como figuras inerentemente distantes e não envolvidas nos cuidados dos filhos, pelos quais a mãe era a responsável. A função do pai na família seria, quase que unicamente, a de prover o seu sustento econômico (Lewiz & Dessen, 1999). Assim, os estudiosos preocupados com o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança focalizavam sua atenção sobre o papel e as características maternas e a relação mãe-bebê.

Contudo, importantes questões sociais alteraram, a partir dos anos 60 e 70, o contexto no qual as crianças se desenvolvem: o movimento feminista e suas exigências de novas definições dos papéis sexuais; a maior entrada das mulheres no mercado de trabalho; a flexibilização do papel do homem na instituição familiar, havendo uma maior proximidade do pai com os filhos; o aumento do índice de divórcios e de pais que não vivem com seus filhos; e o crescente número de pais que ficam com a custódia dos seus filhos (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth & Lamb, 2000; Lamb, 1975; Neubauer, 1989; Rezende & Alonso, 1995). Além disso, a partir da década de 80, as pesquisas e a observação do comportamento dos recém-nascidos mostraram que, desde os primeiros dias, o bebê possui também a percepção do pai e, deste modo, o pai entra muito

mais cedo na vida da criança do que se costumava supor (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1997).

Portanto, nas últimas três décadas aumentou o número de estudos a respeito da paternidade. Estes focalizam, especialmente, o papel do pai quanto aos cuidados infantis, o modo como os pais se comportam com seus filhos e quais os efeitos desse comportamento e de sua presença ou ausência na família sobre o desenvolvimento da criança (Parke, 1996). De acordo com Le Camus (1995), o lugar ocupado pelo pai tem sido estudado a partir de três tempos, que se constituem em três níveis de realidade intimamente imbrincados: seu papel, seus comportamentos e sua função. O papel, de acordo com o autor, diz respeito ao nível macroscópico, constituído pelas condutas socialmente prescritas e publicamente anunciadas. Os comportamentos paternos, por sua vez, se referem às interações observáveis, ou seja, às trocas e aos cuidados fornecidos pelo pai ao bebê (nível microscópico). Já a função diz respeito a um nível “endoscópico” (p. 27), estando ligada aos mecanismos de ação e efeitos da presença do pai sobre o desenvolvimento da criança.

Buscando ampliar a compreensão das vivências concretas e emocionais do pai e da mãe, Houzel (2004), psicanalista, membro da Sociedade Psicanalítica da França, propôs três eixos de compreensão da parentalidade com destaque para os aspectos subjetivos do pai e de sua relação com os filhos, a saber: o exercício, a experiência e a prática da parentalidade. O autor considera o termo parentalidade mais abrangente do que paternidade e maternidade, pois ele evidenciaria que a procriação não é suficiente para tornar alguém pai ou mãe, sendo necessário considerar o processo – consciente e inconsciente – de converter-se em pai ou mãe.

De acordo com Houzel (2004), o exercício da parentalidade se refere àquilo que define quem é o pai e quem é a mãe em determinada sociedade, e quais os seus direitos e deveres. É próximo ao termo jurídico, dizendo respeito ao exercício de um direito. Assim,

define um campo que transcende ao indivíduo, sua subjetividade e seus comportamentos, referindo-se aos laços de parentesco e à legislação na sociedade à qual o indivíduo pertence. Segundo Houzel, o exercício da parentalidade se aproxima mais do campo da antropologia do que da psicologia, dizendo respeito ao desenvolvimento individual no que diz respeito às proibições que organizam o funcionamento psíquico, como o tabu do incesto. Já o segundo eixo, a experiência da parentalidade enfatiza os seus aspectos subjetivos, comportando numerosas questões, dentre elas: o desejo de ter um filho, o processo emocional de transição para a parentalidade, e as adaptações e perturbações psicológicas relativas à maternidade e paternidade. Houzel afirmou que a experiência da parentalidade já é bastante estudada e conhecida nas mães, mas apenas muito recente começou a ser investigada em relação aos pais.

Por sua vez, o terceiro eixo proposto por Houzel (2004), a prática da parentalidade, diz respeito às práticas cotidianas que pais e mães devem realizar com seus filhos. Essas práticas não são apenas de tipo físico, envolvendo também aspectos psíquicos. Assim, a prática da parentalidade inclui: interações comportamentais e afetivas, as quais podem ser observadas, sendo manifestas em cuidados, brincadeiras e outras atividades; interações fantasmáticas, que concernem aos aspectos não visíveis e inconscientes da relação pais-criança, os quais organizam-na em função da história do pai e da mãe, do funcionamento do casal e da personalidade dos pais; e interações simbólicas, que dizem respeito às transmissões transgeracionais que inscrevem o indivíduo em sua filiação. Percebe-se, portanto, que este eixo abrange as três perspectivas de compreensão do lugar ocupado pelo pai, referidas por Le Camus (1995): papel, função e comportamentos.

Por serem considerados ferramentas abrangentes para a compreensão da paternidade, os eixos propostos por Houzel (2004) serão utilizados para organizar a presente revisão da literatura. A seguir, será abordada a literatura a respeito da prática e da

experiência da paternidade, uma vez que a análise do exercício da paternidade, com sua dimensão antropológica, está além dos objetivos do presente estudo. Com relação à prática da paternidade, a organização da literatura, apresentada a seguir, será particularmente orientada pela proposição de Le Camus (1995), a qual detalha com mais precisão o referido eixo.

Prática da paternidade

Quanto ao papel do pai ao longo da história das sociedades ocidentais, Dupuis (1989), através de uma análise histórica e cultural, afirmou que, durante milhares de anos, os pais não tiveram sequer consciência da sua paternidade. De acordo com o autor, foi a descoberta da relação entre ato sexual e procriação que deu ao homem a noção de paternidade, gerando transformações lentas, porém profundas, nas estruturas sociais, religiosas e nos comportamentos sexuais. Esta descoberta teria ocorrido há, aproximadamente, sete milênios, pelas sociedades humanas mais adiantadas da época neolítica, através da prática de criação de animais.

Mas, segundo Dupuis (1989), foram necessários muitos milênios para que se estabelecessem sociedades patrilineares, o que ocorreu, principalmente, pelo desencadeamento das guerras. Foi pela guerra que os homens tornaram-se senhores da sociedade, como chefes de família, como reis e como deuses. Dupuis afirmou ainda que, nas novas sociedades patrilineares, as mulheres mantiveram a responsabilidade em relação aos cuidados dos filhos, mas perderam o poder.

Deste modo, na sociedade romana, por exemplo, os pais possuíam poder total sobre seus filhos (Rezende & Alonso, 1995). Esses autores sugeriram que, nesta sociedade, o nascimento de um filho não era apenas um ato biológico. Para um recém-nascido ser recebido, era necessário que fosse realizada a ritualística de *tollere*, ou seja, nascido o

bebê, caso o pai o desejasse, levantava-o do chão onde a parteira o havia depositado. Ao erguê-lo, este homem dizia à sociedade que o reconhecia, mesmo que ele não fosse seu filho biológico. Caso o pai não o levantasse, seria exposto diante da casa, não sendo acolhido como filho por essa família. Assim, segundo Rezende e Alonso, os filhos romanos eram tomados ou rejeitados sem qualquer referência aos sentimentos maternos, pois esta era uma prerrogativa do *pater familias*.

Nas sociedades patriarcais e coloniais ocidentais, predominantes até o início do século XIX, a família constituía-se na pedra fundamental de regulação do sistema, sendo o pai aquele que determinava as regras a serem seguidas, não devendo ser questionado neste papel (Lamb, 1999). O pai ainda deveria garantir o sustento material dos filhos e treiná-los para o trabalho. Os homens, geralmente, mostravam um profundo interesse pelos seus filhos, mas não era seu papel alimentá-los e cuidá-los, e sim discipliná-los, pois predominava a crença de que um excesso de afeto levaria à indulgência parental, a qual arruinaria o caráter da criança. Até a metade deste século, de acordo com Lamb, os filhos eram vistos como uma possessão paterna e, quando uma união matrimonial era rompida, os filhos do casal permaneciam sob custódia do pai, sendo assumido que os homens podiam providenciar satisfatoriamente o cuidado das crianças até que se casassem novamente ou que os filhos atingissem a adultez¹.

O modelo do pai provedor, distante do espaço familiar, representante da autoridade e da lei, e, portanto, temido pelos filhos, foi sendo constituído ao longo da história, especialmente a partir da Revolução Industrial, que produziu uma brusca separação entre a produção e a família (Giffin, 1998; Lamb, 1999). Nas revisões da literatura realizadas por Ramires (1997) e Rezende e Alonso (1995), os autores assinalaram que esta imagem da

¹ As primeiras decisões judiciais de que a custódia dos filhos deveria ser dada às mães surgiram, nos Estados Unidos, em 1830, e foram ganhando aceitação desde então (Lamb, 1999).

paternidade consolidou-se com a família nuclear burguesa, a qual caracterizava-se por uma rígida divisão de papéis sexuais, e pelo distanciamento entre o lar e o espaço de trabalho.

Contudo, esta caracterização do pai como essencialmente provedor do sustento econômico, desempenhando um papel reduzido e, geralmente, indireto sobre o desenvolvimento infantil tem sido intensamente discutida como insuficiente para descrever os pais da atualidade (Lamb, 1975; Parke, 1996). Conforme Lamb (1997), pesquisadores, teóricos e profissionais da prática não mais se satisfazem com a crença de que o pai desempenha um único papel na família. Ao contrário, eles reconhecem que os pais podem ter um grande número de papéis e funções, como companheiros, cuidadores, protetores, modelos, professores, dentre outros.

Nas últimas décadas, conforme referido anteriormente, houve uma grande transformação no modo como o papel do pai é visto pela sociedade ocidental e retratado pela literatura científica. Fein (1978) e Muzio (1998) retrataram três cenários em relação ao tratamento e importância dados à figura paterna. No primeiro cenário, que foi predominante até os anos 50 e ao qual Fein referia-se como perspectiva tradicional, o pai era visto como indiferente e distante, apesar de simbolicamente importante como um modelo de poder e autoridade. Sua participação na criação dos filhos restringia-se a prover o sustento econômico e apoiar emocionalmente a mãe, sendo descartada a possibilidade de uma paternidade empática e cuidadora. Esta visão da paternidade estava de acordo com os padrões sociais da época, em que a família nuclear composta pelo “marido ganha-pão” e pela “esposa dona-de-casa” era uma norma (Fein, 1978). Conforme Cabrera et al. (2000), esta visão foi reforçada pelos teóricos da Psicologia do Desenvolvimento, os quais davam pouca importância ao impacto da relação entre pais e filhos sobre o desenvolvimento infantil. A teoria psicanalítica, em seu princípio, também representava esta visão, tendo uma influência decisiva nesta corrente teórica de omissão do pai (Muzio, 1998).

O segundo cenário relativo à paternidade descrito pelos autores (Fein, 1978; Muzio, 1998) surge na década de 60 em diversos países ocidentais e enfatiza a importância do pai no desenvolvimento da criança e os prejuízos causados por sua ausência. Deste modo, o sucesso do desenvolvimento infantil – avaliado pela aquisição de um papel sexual adequado, performance acadêmica e desenvolvimento moral – passa a ser visto como uma meta da paternidade. Posteriormente, de acordo com os autores, a literatura científica começou a expor um novo debate sobre a reorganização dos papéis de mãe e pai, constituindo um terceiro cenário. Este é baseado na noção de que os homens são psicologicamente capazes de exercer vários comportamentos parentais, e que o exercício de um papel ativo nos cuidados e criação do filho pode ser bom tanto para o pai quanto para a criança. Cabrera et al. (2000) colocaram que o padrão de participação paterna onde os pais eram, no máximo, auxiliares das esposas nos cuidados dos filhos, anteriormente tratado como natural, deu lugar a novos ideais culturais, como a coparentalidade, ou seja, a divisão de responsabilidades entre pai e mãe. Segundo os autores, os papéis sociais atribuídos a homens e mulheres estão mudando, criando novas expectativas, crenças e atitudes sobre o que pais e mães devem fazer no contexto familiar. De acordo com Lamb (1997), os pais estão expandindo a definição de paternidade, pois hoje ela abrange, um grande número de atividades tipicamente vistas como componentes da maternidade. Conforme alguns autores (Fein, 1978; Muzio, 1998; Rotundo, 1985) esta nova perspectiva é andrógina, uma vez que as funções expressivas (empáticas e afetivas), próprias da mãe tradicional, somam-se às instrumentais (competências e destrezas), próprias do pai tradicional, para dar origem a novos modelos de maternidade e paternidade cujos papéis não são determinados por estereótipos de gênero.

Embora estes três cenários possam ser localizados sucessivamente no tempo, eles coexistem ainda hoje na maioria das sociedades (Muzio, 1998). Através de um estudo

realizado com 69 famílias norte-americanas, com pais e mães casados e de classe média ou média-baixa, Jain, Belsky e Crnic (1996) verificaram a existência de quatro tipos de pais, divididos em função dos diferentes papéis que eles exerciam em casa: cuidadores, companheiros de brincadeiras/professores, disciplinadores e desengajados. Os pais classificados como cuidadores participavam da rotina e dos cuidados básicos dos seus filhos. Os pais companheiros de brincadeiras/professores participavam principalmente de interações com seus filhos em brincadeiras e em atividades educativas, como demonstrar coisas para a criança. Os disciplinadores mostravam-se mais atentos ao controle, disciplina e socialização dos filhos. Já os pais desengajados permaneciam distantes das crianças, não costumando realizar nenhum das atividades descritas acima.

Quanto à função, destacada por Le Camus (1995) como outra maneira de abordar o lugar ocupado pelo pai, esta tem sido o foco das conceitualizações psicanalíticas sobre a figura paterna. As primeiras teorias psicanalíticas a respeito da constituição do psiquismo e do desenvolvimento infantil deram uma grande ênfase à mãe, considerando-a como a responsável pela sobrevivência e desenvolvimento psíquico do bebê. As vivências do pai e sua importância para o desenvolvimento do bebê foram negligenciadas, consideradas somente a partir da instauração do Complexo de Édipo. Neubauer (1989) apontou que, no início, a psicanálise encarava a evolução pré-edípica unicamente no contexto da interação mãe-filho, de modo que a organização do *self* e a separação-individuação eram primordialmente formuladas a partir da relação com a mãe. Segundo esse autor, a função do pai na teoria psicanalítica foi, na maior parte das vezes, vista no contexto da fase fálica, em relação à ansiedade castratória, quando ele passa a ser visto como uma figura de autoridade e um modelo de identificação (Anderson, 1996; Neubauer, 1989; Ramires, 1997). Por conseguinte, até o terceiro ano de vida da criança o pai praticamente não era considerado.

Na obra de Freud (1940/1988), a mãe foi concebida como figura central para o desenvolvimento psíquico do sujeito, tendo uma importância singular, incomparável e definitiva como o primeiro e mais poderoso objeto sexual, protótipo de todas as relações amorosas posteriores, tanto para o homem quanto para a mulher. As referências à função do pai encontram-se, basicamente, na teoria da sedução – em um momento inicial da psicanálise – e nas teorizações sobre o complexo de Édipo. Em *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego*, Freud (1921/1996) retratou a história do complexo de Édipo no menino desde os seus primórdios. Segundo Freud, o menino, em dado momento, começa a mostrar um interesse especial pelo pai e toma-o como um modelo, desejando crescer como ele, ser como ele e tomar seu lugar em tudo. Paralelamente a esta identificação com o pai, ou um pouco depois, ele começa a desenvolver uma catexia de objeto em relação à mãe. Estes dois laços psicológicos distintos acabariam por unir-se, e o pai passaria a ser visto como um obstáculo para a realização dos desejos sexuais do menino em relação à mãe. Deste modo, a identificação do menino com o pai assume um caráter hostil, originando o complexo de Édipo. Em *O Ego e o Id*, Freud (1923/1996) afirmava que uma atitude ambivalente para com o pai e uma relação objetal de tipo unicamente afetivo com a mãe constituiriam o conteúdo do complexo de Édipo positivo no menino. Nessa fase da teoria psicanalítica, portanto, o pai adquire um papel de destaque, especialmente como uma figura de autoridade e um modelo de identificação. Isso, porém, apenas a partir da fase fálica do desenvolvimento psicosssexual.

O interesse da psicanálise pela função do pai durante a primeira infância surgiu a partir do tratamento psicanalítico de crianças e da aceitação da bissexualidade infantil, a qual impunha que fosse considerada a importância similar do pai e da mãe desde o nascimento da criança (Aberastury & Salas, 1984). De acordo com esses autores, Melanie Klein teve um papel fundamental na consideração da função do pai ao propor o conceito de

Édipo Precoce, antecipando-o para os primeiros meses de vida do bebê. Klein (citada por Loparic, 1997) postulou que as crianças de ambos os sexos teriam, desde o início da vida, desejos dirigidos tanto ao pai quanto à mãe. Assim, a relação da criança com a mãe seria, na verdade, uma relação a três, embora o pai e a mãe não sejam percebidos como figuras inteiras e reais, mas sim como objetos internos e, em um primeiro momento, parciais. Assim, a partir dos anos 70, começou a ser destacada a função da figura do pai desde o momento da concepção, verificando-se que, mesmo quando muito pequenos, os filhos percebem a realidade interna do pai, da mãe e seus sentimentos frente a ele (Aberastury & Salas, 1984). Deste modo, o pai teria uma grande importância como fonte de identificação desde o início do desenvolvimento do indivíduo.

O papel das representações paternas na clínica e na constituição do psiquismo infantil também foi destacado por Piera Aulagnier. Conforme discutido por Urribarri (1990), Aulagnier considerou que, desde a concepção do bebê, as representações emocionais e afetivas do pai são postas em jogo, e seus desejos, narcisistas e identificantes, têm efeitos estruturantes sobre os processos representacional, relacional e identificatório de seu filho. Para Aberastury e Salas (1984), toda criança precisaria de um pai para poder desprender-se da mãe, e de uma dupla pai-mãe para satisfazer, por identificação projetiva, sua bissexualidade. Seria também o pai que auxilia a criança, por volta do segundo ano de vida, em sua busca do mundo externo, sendo o apego ao pai um importante preditor da sociabilidade da criança com pares (Lebovici, 1987; Schwingel, Mantese & Vianna, 1993; Steele, Steele & Fonagy, 1996).

Ao estudar o momento inicial após o nascimento do bebê, o período puerperal, Stern (1997) postulou que, quando uma mulher se torna mãe, a constelação da maternidade substitui o complexo de Édipo como eixo organizador de sua vida psíquica durante um período limitado, mas de duração variável. Esta constelação determinará uma série de

fantasias, medos e desejos, que giram em torno de cinco temas básicos. Um destes temas de refere à matriz de apoio, ou seja, àqueles com quem a mãe poderá contar para auxiliá-la neste período. Uma vez que as famílias se caracterizam cada vez mais por configurações nucleares distanciadas das famílias de origem, das quais se recebe pouco apoio, o pai adquire uma enorme importância nesta matriz, o que, segundo o autor, se constituiria na principal função do pai durante o puerpério.

A matriz de apoio teria duas funções básicas: proteger fisicamente a mãe, afastando-a, por algum tempo, das exigências da realidade externa para que ela possa dedicar-se ao bebê; e apoiar, valorizar e instruir a mãe, oferecendo-lhe modelos, ajuda, informações, mas também aprovando e legitimando suas atitudes com o bebê. De acordo com Stern (1997), enquanto o pai pode desempenhar muito bem a primeira destas funções, pela qual sempre costumou ser o responsável, a segunda função foi tradicionalmente vista como pertencente ao universo feminino – realizadas pelas mães, sogras, avós – e ainda não há clareza das condições do pai de cumpri-la, pois, logo após o nascimento do primeiro filho, ele é tão inexperiente quanto a mãe no que se refere aos seus cuidados.

Durante o puerpério, portanto, o pai não deveria competir com a mãe pela posse do bebê, mas sim, conforme Stern (1997), assumir a importante função de servir como base do sistema de apoio que facilitaria o papel primário da mãe com o bebê. De modo semelhante, Winnicott (1960/1983) afirmou que, inicialmente, é função do pai lidar com o ambiente externo para que a mãe não precise se envolver com ele, criando o ambiente para que ela possa regredir ao estado de preocupação materna primária. Esse estado se configura, de acordo com o autor, em uma condição psíquica especial que se desenvolve (em condições normais) na mãe ao final da gestação e a acompanha até algumas semanas após o nascimento do bebê. Essa condição, que seria patológica caso não fosse acompanhada pela chegada de um bebê, assemelha-se a um estado de retraimento ou

dissociação. Tem a importante função de viabilizar que a mãe esteja muito próxima ao seu bebê, e distante de outras questões da realidade exterior, compreendendo-o e correspondendo às suas necessidades (Winnicott, 1956/2000).

Portanto, a função do pai nas primeiras semanas de vida do bebê seria, para Winnicott, apoiar a unidade entre o bebê e os cuidados maternos. De acordo com o autor, num segundo momento, o pai passa a ter tanto uma importância direta sobre o desenvolvimento de seus filhos, fornecendo os alicerces para as relações triangulares, como indireta, através do apoio dado à mãe. É ele quem possibilita que a mãe desempenhe da melhor maneira as suas funções, dando a ela apoio emocional e moral (Winnicott, 1966).

Em um estudo recente com metodologia quali-quantitativa, Bornholdt (2006) verificou que, nos primeiros dias de vida do bebê, o pai exercia uma importante função afetiva, embora essa se circunscrevesse à função de continente da mãe. A autora entrevistou e aplicou questionários a 103 pais argentinos entre o 1º e o 9º dia de vida de seu bebê, ainda durante a internação da mãe no hospital. De acordo com a autora, o pai teria a função fundamental de apoiar a mãe, postulada por Winnicott: a mãe pode entregar-se mais facilmente à simbiose, e à dedicação de seu corpo e mente ao bebê, quando existe o suporte de um pai que dê conta da realidade externa. Assim, a autora destacou que as funções de pai e mãe no início da vida do bebê são distintas, mas complementares, e é isso que permite o seu desenvolvimento psíquico, pois, caso o pai também entrasse em um estado de regressão e simbiose com o bebê, quem se ocuparia com as questões da realidade externa?

Também tendo como base as proposições de Winnicott, o estudo de Klitzing, Simoni, Amsler e Bürgin (1999) acompanhou 41 pais suíços desde a gestação até o quarto mês de vida do seu primeiro filho. Eles atestaram a existência de dois níveis de

conceitualização da função paterna, ambos fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de triangulação na criança: o pai real e o pai interno. Enquanto o primeiro influenciaria a criança através de suas interações, o segundo exerceria um papel crucial como uma terceira pessoa nas fantasias e representações da mãe. Aberastury e Salas (1984) também destacaram que uma maior proximidade em relação ao filho, e o exercício de atividades como dar banho, alimentar e passear poderiam ser importantes, mas as principais funções do pai seriam garantir o cumprimento de normas e reforçar sua união com a mãe, oferecendo ao filho o casal, como fonte de identificação genital e como primeira imagem social.

A terceira maneira de abordar o lugar ocupado pelo pai, destacada por Le Camus (1995), diz respeito aos seus comportamentos. Dentre as investigações a respeito das mudanças relativas à paternidade, referidas anteriormente, bem como dos seus efeitos sobre os filhos, muitas foram realizadas através da observação e descrição dos comportamentos dos pais com as crianças, através de grandes estudos de levantamento populacional (Parke, 1996). A partir daí foi criado o conceito de envolvimento paterno. Cabe destacar que esse conceito, portanto, partiu de um campo de estudo bastante distante da psicanálise, cujas teorizações a respeito da função paterna foram apresentadas acima.

O conceito de envolvimento paterno tem sido caracterizado de diferentes maneiras na literatura em psicologia e ciências sociais. Alguns autores os utilizam simplesmente como um sinônimo de participação do pai na família, enquanto outros o entendem como um construto que engloba diferentes aspectos: comportamentos do pai (interação com a criança, cuidados, recreação, apoio à esposa), sentimentos do pai (como a satisfação com a paternidade) e/ou a qualidade da relação pai-criança. A falta de uma definição clara e consistente deste conceito tem sido, de acordo com McBride e Rane (1997), um grande obstáculo para o estudo do papel do pai. Uma das caracterizações de envolvimento paterno

melhor definida e mais aceita e utilizada pela literatura internacional foi proposta por Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1985). Estes autores sugeriram três aspectos de avaliação do envolvimento paterno: interação, acessibilidade e responsabilidade. Interação refere-se ao contato direto com o filho, em cuidados e atividades compartilhadas. A acessibilidade concerne à disponibilidade – física e psicológica – para a criança, possibilitando a ocorrência de interações. Já a responsabilidade diz respeito ao papel que o pai exerce garantindo cuidados e recursos para a criança, providenciando, por exemplo, a contratação de uma babá, a marcação de uma consulta com o pediatra ou comprando roupas e alimentos. Inclui as ansiedades, preocupações e planejamento que fazem parte da parentalidade.

Em suas primeiras formulações, o conceito de envolvimento paterno enfocava principalmente quantidade de envolvimento, sem atentar para o seu conteúdo (Pleck, 1997). O autor sugeriu que esta ênfase quantitativa refletia a preocupação dos primeiros pesquisadores que estudaram o pai, os quais, tendo em vista o grande aumento dos índices de divórcios e filhos fora de relações conjugais, buscavam verificar o quanto estes pais “ausentes” reduziam sua participação nas vidas de seus filhos. Metodologicamente, a construção deste conceito foi incentivada pela disponibilidade de um novo tipo de dado: extensas descrições da rotina diária de grandes amostras populacionais. Portanto, de acordo com Pleck, o envolvimento paterno foi, em sua criação, definido como um construto sem conteúdo, concernente apenas à quantidade de certos comportamentos paternos, tempo e responsabilidade com a criança. Quando os pesquisadores começaram a se interessar por algo além de uma caracterização global do pai como ausente *versus* presente, a qualidade do envolvimento passou também a ser foco de estudos, começando-se a olhar para os pais como indivíduos, e não apenas para os comportamentos paternos (Jain et al., 1996).

Nas últimas décadas, o envolvimento paterno vem aumentando gradualmente, em parte, devido à maior aceitação popular de sua importância para o desenvolvimento infantil (Amato & Gilbreth, 1999). Este envolvimento contribui para o desenvolvimento e bem-estar de crianças, adolescentes e adultos, e para a promoção do bem-estar emocional e desenvolvimento psicossocial do próprio pai (Amato & Gilbreth, 1999; Goodman, 2005). Segundo Hewlett (2000), nos Estados Unidos milhões de dólares são gastos todo ano na condução de estudos e desenvolvimento de políticas e programas sociais com o objetivo de aumentar o envolvimento paterno. Apesar disto, este crescimento ainda não é grande em termos absolutos, sendo que os pais ainda estão distantes de uma paridade com as mães (Pleck, 1997).

No caso do Brasil, a divisão de tarefas domésticas e, dentre elas, dos cuidados dos filhos, ainda não se impõe como uma realidade para toda a sociedade (Aquino & Menezes, 1998; Jablonski, 1998), embora o mesmo possa ser dito, segundo Tudge et al. (2000), a respeito de sociedades tão diversas quanto as dos Estados Unidos, Kenia, Coréia, Rússia e Estônia, onde esta divisão de tarefas também não ocorre. Daly (1996), a partir da integração dos resultados de diversos estudos, refere que a participação dos homens nas atividades domésticas tem crescido minimamente nos últimos 25 anos, principalmente quando apenas a parentalidade é levada em consideração. Segundo a autora, existiria uma lacuna entre o que os pais pensam a respeito do seu papel e o que efetivamente fazem. Ou seja, embora os pais sejam capazes de funcionar de modo muito similar às mães, isto não acontece de forma rotineira (Belsky, Gilstrap & Rovine, 1984). Levy-Shiff (1994) afirmou que, após o nascimento de um bebê, os casais tendem a alterar a sua forma de divisão das tarefas, tornando-se mais tradicionais quanto aos papéis de gênero. Assim, mesmo que a mulher tenha uma carreira, com alto nível educacional e profissional, ela tende a assumir a maior responsabilidade pelo bebê e pela casa. As mudanças efetivas na divisão de papéis

no cotidiano familiar parecem ainda estar mais localizadas na qualidade do relacionamento estabelecido entre pais e filhos, que vem se tornando mais íntimo e expressivo (Trindade, Andrade & Souza, 1997).

Contudo, Pleck (1997) evidenciou, no contexto norte-americano, um claro crescimento do envolvimento paterno em termos de interação e acessibilidade, especialmente a partir da década de 70. Bailey (1994), através de um estudo longitudinal realizado com 22 famílias norte-americanas, constatou que as mães se envolviam mais em cuidados do que os pais, mas pai e mãe não diferiam quanto ao envolvimento em brincadeiras. Os pais mostraram-se mais envolvidos em interação social do que em cuidados tanto quando a criança tinha um ano de idade quanto aos cinco anos, mas, com o tempo, o envolvimento em cuidados aumentou, enquanto a interação social não se alterou. Nesse sentido, Lamb et al. (1985) referiram que tanto a interação quanto a acessibilidade, quando avaliadas em proporção à mãe, costumavam ser mais elevadas se a criança fosse mais velha ou se sua mãe trabalhasse, embora em termos absolutos a acessibilidade diminuísse conforme a criança crescia. Bailey (1994), por sua vez, verificou uma associação entre o emprego da mãe e o envolvimento do pai em cuidados. Desta forma, quanto menos tempo disponível para a criança a mãe estivesse, maior o envolvimento do pai nos seus cuidados.

No entanto, ainda há muita variação nos níveis de participação masculina nos cuidados de seus filhos (Maldonado et al., 1997). Segundo os autores, desde o período da gravidez podem ser encontrados pais extremamente participativos, que procuram tocar e sentir o bebê na barriga da mulher, acompanham as consultas pré-natais, e, quando se dá o nascimento, entram em um esquema de revezamento e colaboração nos cuidados com o bebê. Outros pais sentem-se alheios ao filho durante a gravidez e mesmo depois do parto, não desenvolvendo uma ligação intensa com o bebê. Sentem-se tolhidos e sem jeito para

pegar a criança. Em um estudo realizado pela autora da presente tese e colegas (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004) verificou-se que muitos futuros pais mostram-se interessados e envolvidos com seus bebês já durante a gestação, através do apoio instrumental e emocional prestado à gestante, da sua participação em diversas atividades relativas à gestação e da sua interação com o bebê, em conversas e carinhos na barriga da gestante. Os autores destacaram, contudo, que os homens variavam muito em sua facilidade e desembaraço para a paternidade, e este senso de facilidade ou dificuldade e inadequação pode afetar como eles vão reagir durante a gravidez, o que coincide com os achados de Parke (1996).

Durante o puerpério também existe muita variação nos níveis de participação paterna. Mas, de acordo com Bowlby (1989), os pais podem ser a figura principal de apego para o bebê, realizando esta tarefa de um modo que se assemelha muito ao realizado pelas mães. O autor refere a existência de um “pai sensível, comum” (p.27) que possuiria as mesmas características da “mãe sensível comum”, enfatizada na teoria do apego. Este pai é aquele que se harmoniza com as ações e sinais de seu filho, responde a esses sinais e ações com uma certa adequação, estando apto a detectar em seu filho os efeitos de seu comportamento e a modificá-lo no que for necessário. De modo semelhante Rohde et al. (1991), baseados em uma ampla revisão da literatura, afirmaram que os pais, de modo semelhante às mães, apresentavam capacidade de interagir e sensibilidade ao comportamento e ritmo do bebê. De acordo com Anderson (1996), eles são capazes de conhecer os gostos das crianças e traduzir sua linguagem não-verbal, apesar de acreditarem que suas esposas são mais eficientes.

O bebê, por sua vez, também possui a capacidade de estabelecer uma ligação precoce com o pai. Diversos autores têm enfatizado que a interação da criança com o pai conduz a uma experiência diferente daquela com a mãe, pois, na maioria das famílias, o pai

tende a se engajar em atividades físicas e a dramatizar histórias, tornando-se o companheiro preferido de brincadeiras do filho, enquanto a mãe tende a acariciar e exercer atividades de cuidado (Bowlby, 1989; Lamb, 1975; Lebovici, 1987; Neubauer, 1989). Para Lebovici (1987), o pai imprime às atividades um ritmo mais excitante, estimulando a criança a permanecer alerta. Sua conduta constitui-se de menos apoio próximo e mais ritmicidade. De acordo com Ninio e Rinott (1988), este tipo de atividade geralmente desempenhada pelo pai requer uma menor sintonia com as capacidades cognitivas da criança, podendo até mesmo refletir um desconhecimento do nível de desenvolvimento da criança e de sua possibilidade de engajar-se em atividades mais complexas. Através destas distintas condutas do pai e da mãe, a criança pode, conforme destacou Neubauer (1989), formar apegos qualitativamente diferentes com as figuras do pai e mãe.

De qualquer forma, o modo como se compreende a paternidade hoje, nas sociedades ocidentais, é único na história da humanidade (Hewlett, 2000). Embora a participação do pai nem sempre apresente um grande crescimento, existe hoje um maior desejo de participação, por parte dos pais, na criação de seus filhos, acompanhado de uma crença na sua capacidade de cuidar de crianças (Anderson, 1996; Hall, 1994; Rezende & Alonso, 1995).

Experiência da paternidade

A experiência da paternidade ainda é bem menos conhecida e investigada do que a experiência da maternidade (Deater-Deckard, Pickering, Dunn & Golding, 1998; Houzel, 2004). Contudo, estudos recentes têm focalizado esta questão, especialmente no que se refere à transição para a paternidade, à vivência da gestação e do puerpério, e aos fatores antecedentes e/ou decorrentes à maior proximidade dos pais em relação aos seus filhos.

Para a maioria dos adultos, a paternidade traz uma grande satisfação, um senso maior de propósito e autovalia e uma sensação de amadurecimento, além de poder trazer uma sensação de alegria compartilhada entre marido e mulher (Bee, 1997). É importante destacar, porém, que a trajetória masculina em direção à parentalidade difere substancialmente da feminina, pois o homem não pode sentir o bebê dentro de si, dar à luz e amamentá-lo. Por isso, de acordo com Maldonado et al. (1997), a formação de um sólido vínculo entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se no decorrer do desenvolvimento da criança.

Os estudos que investigam a transição para a paternidade têm verificado que os futuros pais mostram-se bastante ansiosos e preocupados durante a gravidez da esposa, período que tem sido marcado por sentimentos ambivalentes de alegria, ansiedade e conflitos (Gerzi & Berman, 1981; Krob, 1999; Lebovici, 1987; Parke, 1996; Piccinini et al., 2004). De acordo com Krob (1999), para muitos pais a gestação é vivida como um período de amadurecimento da idéia de ser pai, permeada por fantasias e idealizações. Apesar disso, os pais costumam mostrar-se preocupados com a saúde e o bem-estar do bebê e da gestante durante a gestação, demonstrando o estabelecimento, já durante esse período, de uma ligação emocional com o bebê (Piccinini et al., 2004).

No que se refere ao período puerperal, a literatura psicanalítica e psicodinâmica ainda tende a valorizar mais as mudanças que ocorrem com a mãe, embora comece, aos poucos, a introduzir as percepções e necessidades do pai. De acordo com Buist, Morse e Durkin (2002), ainda há uma carência de conhecimento a respeito das suas ansiedades referentes à transição para a paternidade. Contudo, o pai precisa fazer adaptações similares às vividas pela mãe (Brazelton, 1988).

O puerpério tem sido visto por alguns autores de origem psicanalítica como caracterizado por uma organização psíquica particular. Esta organização é denominada de

neoformação por Cramer e Palacio-Espasa (1993), ou constelação da maternidade, conforme referido anteriormente, por Stern (1997). Neste momento, é imposta ao pai e à mãe uma tarefa considerável de redistribuição de seus investimentos narcísicos e libidinais, impulsionada pela inclusão do bebê em sua organização psíquica. A criança se transforma em depositária de investimentos que, até este momento, estavam ligados a objetos internos ou aspectos do *self* do seu pai e da sua mãe. A representação mental da criança, feita pelo pai e pela mãe, torna-se uma extensão, uma parte externa do psiquismo parental (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

Os principais desafios psicológicos enfrentados por pais e mães no puerpério seriam (Cramer, 1993; Cramer & Palacio-Espasa, 1993): o casal perde a sua unidade dual com a chegada de um terceiro, o bebê; pai e mãe precisam mover-se de uma identidade de “filhos” para uma identidade de pais, o que reaviva suas identificações com as imagens boas e más de seus próprios pais; precisam transferir seus investimentos da criança imaginária para a real; precisam projetar nele intenções e características suas, que os ajudem a identificar este estranho que é o bebê; a mãe, mais que o pai, precisa abrir mão de muitas de suas demandas narcísicas para se dedicar totalmente a atender às necessidades do bebê. Estas tarefas podem ser vividas como exaustivas e trazer à tona conflitos e dificuldades diversas.

Especificamente quanto à experiência do pai no período puerperal, Stern (1997) afirmou que a mãe costuma ver o pai de maneira mais negativa entre o nascimento e o terceiro mês de vida do bebê, e tende a empurrar os outros para longe durante esta fase inicial, mantendo o bebê dentro de sua esfera. Ela pode temer que o pai passe a competir com ela pela atenção do bebê, e pode ter medo de maternizá-lo, feminilizá-lo. Além disso, muitas das representações que a mãe pode desenvolver sobre o bebê implicam uma representação complementar sobre o marido, seja nos papéis de marido, pai e/ou homem.

Assim, por exemplo, o bebê representado como um meio de unir o casal implica em uma representação de marido como alguém que abandona. Cabe destacar que, de acordo com Stern (1997), o conceito de representação dos pais sobre o bebê refere-se a como os pais interpretam subjetivamente os eventos objetivamente disponíveis na interação com o bebê. As representações parentais incluem não apenas as interações atuais, mas também as lembranças infantis, fantasias, medos e expectativas em relação ao bebê, as quais se formam e se organizam na experiência interativa real e/ou fantasiada.

Em função destas características da relação inicial mãe-pai-bebê, o sentimento de ser excluído é muito presente nos pais, já desde a gestação (Brazelton, 1988), persistindo nos primeiros meses do bebê, durante os quais o pai também não tem um controle e participação na sua rotina tão amplo quanto a mãe, ficando de fora, especialmente, da amamentação do bebê (Buist et al., 2002; Goodman, 2005). De acordo com Brazelton (1988), não apenas a mãe volta sua atenção quase que integralmente para o bebê, como todos ao seu redor preocupam-se apenas com as necessidades e dificuldades da mãe e de seu filho. Nesse sentido, alguns estudos têm destacado que os serviços de atendimento à gestação tendem a focalizar a gestante e a excluir o pai (Buist et al., 2002; Fletcher, Matthey & Marley, 2006).

Ainda em relação à experiência da paternidade nos primeiros meses de vida do bebê, Krob (1999) verificou, em uma amostra de 20 pais portoalegrenses, que no 2º mês após o nascimento de seu filho a grande maioria dos pais mencionava sentimentos positivos e grande satisfação em relação à paternidade. Contudo, as experiências com o bebê e com a nova realidade do casal foram percebidas de formas distintas pelos pais, que expressaram sentimentos ambivalentes de satisfação e desagrado. Muitos pais percebiam, de acordo com a autora, que era preciso um período de adaptação para que pudessem

conhecer o bebê e aprender sobre ele, o que não estava sendo tão simples como imaginavam durante a gestação.

Em um estudo anterior realizado pela autora da presente tese (Silva, 2003), o qual investigou os sentimentos em relação à paternidade de nove pais de crianças de dois anos de idade, também em Porto Alegre, destacou-se a satisfação e a alegria dos participantes com a experiência da paternidade. Eles consideravam-se bons pais, presentes e próximos de seus filhos. Essa satisfação teve início já durante a gestação, sendo intensificada pela afetividade e carinho que percebiam no seu relacionamento com a criança. Contudo, embora predominassem esses sentimentos, os pais também se percebiam distantes de uma paternidade ideal. Eles acreditavam que sua participação na vida dos filhos deveria ser maior, o que era impedido pelas demandas do trabalho e pelos próprios arranjos familiares, já que alguns deles não moravam com o filho. Este achado confirmou a proposição de Daly (1996) de que muitos pais vivenciam uma tensão entre o sentimento de que deveriam se envolver mais com seus filhos e o de que são incapazes de fazer isto, seja em função de limitações sociais ou pessoais. Isto pode ser vivido, por estes homens, como uma dissonância entre a paternidade ideal e a real, gerando a sensação de não estar atendendo às expectativas e culpa por ficar pouco tempo com seus filhos.

A maior participação do pai na rotina de seus filhos, por sua vez, gera nos pais sensações de felicidade, bem-estar, alegria, satisfação, carinho e gratificação (Rezende & Alonso, 1995). De acordo com Garbarino (1993), os pais vêm percebendo, aos poucos, que a participação nos primeiros cuidados de seus filhos constitui-se em uma experiência única e humanizadora.

Quanto aos estudos que abordam os fatores antecedentes à maior proximidade dos pais em relação aos seus filhos, destacam-se as proposições de Lamb et al. (1985), as quais consideram tanto fatores individuais e intrapsíquicos, quanto fatores do contexto. De

acordo com os autores, fatores biogenéticos, determinados pela evolução de nossa espécie, e fatores ecológicos e psicossociais interagem na determinação do envolvimento do pai com seus filhos. Os fatores psicossociais foram divididos pelos autores em quatro categorias: motivação, habilidades e autoconfiança, suporte social e fatores institucionais. A motivação refere-se à existência, ou não, de um desejo de se envolver no dia-a-dia dos seus filhos. Ela é influenciada pela história do desenvolvimento do indivíduo – cujos principais aspectos são sua idade, história marital e as experiências que teve com seu pai – suas características de personalidade e crenças quanto aos papéis parentais e de gênero.

As habilidades e autoconfiança, também sugeridas por Lamb et al. (1985) como determinantes do envolvimento paterno, referem-se à autopercepção paterna quanto a sua competência em interagir com a criança. Os fatores institucionais enfocam, principalmente, as características do emprego do pai. O suporte social, por sua vez, focaliza as características e papel da mãe e da relação conjugal, bem como de familiares e amigos. Quanto a este aspecto, diversos autores (Cox, Owen, Lewis & Henderson, 1989; Feldman, 2000; Levy-Shiff & Israelashvili, 1988) também destacaram que a paternidade é diretamente afetada pela qualidade do relacionamento conjugal. Cox et al. (1989) avaliaram o relacionamento conjugal de 38 casais norte-americanos durante a gestação do seu primeiro filho, e a qualidade de sua parentalidade três meses após o nascimento do bebê. Eles verificaram uma associação positiva entre estas duas variáveis, a qual não dependia do ajustamento psicológico do pai. De acordo com Levy-Shiff e Israelashvili (1988), a associação entre relacionamento conjugal e paternidade deve-se, pelo menos em parte, a variáveis pessoais. Para as autoras, homens com certas características de personalidade tenderiam a ser participativos em suas famílias, tanto como maridos quanto como pais.

Comentando as proposições de Lamb et al. (1985) a respeito dos principais determinantes do envolvimento paterno, Pleck (1997) referiu que nenhuma das características apontadas exerce, isoladamente, uma influência predominante sobre o envolvimento paterno. Mas a interação entre elas constitui-se em um de seus principais preditores. McBride e Rane (1997) corroboraram esta afirmação de Pleck, baseados em entrevistas e auto-relatos de 89 famílias norte-americanas a respeito de vários aspectos da paternidade. Os autores verificaram que uma maior motivação para a paternidade, caracterizada por uma atitude mais favorável em relação ao papel de cuidador, poderia encorajar o pai a sobrepujar as limitações impostas por fatores institucionais, como o seu regime de trabalho.

A participação do pai na criação dos filhos também é fortemente influenciada pelo contexto cultural (Garbarino, 1993; Hewlett, 2000). Em nossa cultura, os homens geralmente enfrentam algumas dificuldades para assumir a paternidade. Uma vez que a mulher é identificada como possuidora dos filhos, tende-se a proibir ao menino brincar de ter filhos, de alimentar bonecas, vendo nisto um indicativo de tendências femininas (Aberastury & Salas, 1984). Esta proibição permaneceria em nível inconsciente, podendo tornar difícil para o homem cuidar de seu filho, uma vez que a paternidade se inicia na infância, em fantasias, brincadeiras, na vivência de cuidar e proteger pequenos animais de estimação, ou no zelo pelo irmão mais novo.

Outra dificuldade encontrada pelo pai para participar da criação de seus filhos é que ele raramente está em casa. Winnicott (1966) afirmou que, para que o pai desempenhe adequadamente o seu papel, ele precisa estar presente com uma certa frequência, para que a criança o sinta como vivo e real. E, nos momentos em que ele está presente, a mãe precisa viabilizar seu contato mais próximo com a criança. Segundo Costa e Katz (1992), é necessário que o pai possa contar com uma companheira que aceite suas características

femininas, o valorize e ajude os filhos a se aproximarem do pai, sem que com isto abdique de sua identidade e do seu papel de mãe. Lebovici (1987) também enfatizou que a mãe deve permitir ao pai ser pai, e ao bebê entrar em relação, real e fantasiosamente, com seu pai, através do contato direto e do que ele ouve dizer de seu pai pela palavra materna. Para Winnicott (1966), a mãe pode dificultar e até impedir a relação entre pai e filho, mas não pode garantir sua qualidade, pois isto depende das características e vontade do pai e da criança.

O papel central que cada pai tem, como um indivíduo, na construção da sua identidade paterna, no desenvolvimento de habilidades para lidar com seus filhos, na possibilidade de trabalhar seus sentimentos relativos à paternidade e de relacionar-se de forma colaborativa com a mãe de seus filhos foi destacado por Doherty, Kouneski e Erickson (2000). Do mesmo modo, Hall (1994) verificou que alguns homens, apesar de contar com esposas extremamente assertivas, que estimulam sua participação nos cuidados dos filhos, enfrentam dificuldades para envolver-se mais diretamente com as crianças devido às demandas de seus empregos. Portanto, existe, nas culturas ocidentais, uma nova percepção de que criar um filho é também papel do pai. Apesar disto, os pais que assumem tais responsabilidades nem sempre recebem apoio e são, por vezes, pouco compreendidos pelas próprias esposas (Brazelton, 1988; Rezende & Alonso, 1995).

Depressão pós-parto materna

Como destacado na seção anterior, pai e mãe se defrontam com uma série de tarefas psicológicas no puerpério. Cramer (1993) apontou que nunca, antes desta fase, este homem e esta mulher tiveram que abrir mão de tantas necessidades próprias a fim de atender às de um outro ser. Do mesmo modo, nunca se depararam com um indivíduo tão passível de receber as projeções de suas imagos internas. A complexidade psicológica deste período

pode ser vivida de maneira extremamente esgotante, trazendo dificuldades para a adaptação psicobiológica, com uma variedade de expressões psicopatológicas nas mães e pais: depressão pós-parto, psicoses pós-parto, variantes masoquistas da parentalidade e manifestações psicossomáticas, dentre outros quadros (Cramer, 1993; Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Likierman, 2003).

Estudos epidemiológicos têm identificado o puerpério como um período de maior risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, especialmente nas mulheres (Weissman & Olfson, 1995; Nonacs & Cohen, 2005). De acordo com os autores, os transtornos de humor mais comuns neste período são de três tipos, caracterizados principalmente em função de sua intensidade: *baby blues*, psicose pós-parto e depressão pós-parto. O quadro conhecido como *baby blues* é caracterizado por uma espécie de depressão leve, de caráter transitório, que é experienciada por grande parte das mães logo após o nascimento do bebê. A psicose pós-parto, por sua vez, é um transtorno bastante severo, caracterizado por sintomas psicóticos. Este quadro é bem menos freqüente, atingindo entre uma e quatro mulheres a cada 1000 partos. A depressão pós-parto estaria localizada, em termos de severidade, entre estes dois extremos.

A depressão pós-parto inclui sintomas vegetativos, cognitivos, psicomotores, bem como alterações de humor (Dunewold, 1997; Alfaya & Schermann, 2000; Schwengber & Piccinini, 2003; Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005; Frizzo & Piccinini, 2005). Caracteristicamente, esse transtorno compreende alterações no apetite e sono, irritabilidade, crises de choro, problemas de concentração, fadiga, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis (Dunewold, 1997; Nonacs & Cohen, 2005). Também podem ocorrer idéias de suicídio. A estas dificuldades, geralmente soma-se um intenso sentimento de culpa por parte da mãe por não estar alegre, completamente feliz, que é como nossa sociedade espera – de uma maneira romântica, até

mesmo fantasiosa – que uma mãe se sinta após o nascimento do seu bebê (Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999). Os sintomas tendem a ter uma duração razoável de tempo e prejudicam as atividades normais da mulher. Em geral, a duração dos episódios de depressão leva alguns meses e não difere em relação ao tempo de duração de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto (O'Hara, 1997).

Quando a depressão da mãe ocorre durante as quatro semanas após o parto, esta é classificada pelo DSM-IV, como episódio de depressão maior com início no pós-parto. De acordo com a CID-10, a depressão pós-parto pode surgir durante as seis primeiras semanas após o parto. Contudo, diversos autores sugerem que, embora algumas mães comecem a apresentar sintomas de depressão logo nas primeiras semanas após o parto, um quadro de depressão pode desenvolver-se em qualquer momento do primeiro ano de vida do bebê, estando ainda fortemente relacionado às questões do puerpério (Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995; Nonacs & Cohen, 2005). Assim, a depressão materna poderia ser caracterizada como pós-parto mesmo ocorrendo vários meses após este evento.

A depressão pós-parto, conforme a literatura internacional, atinge aproximadamente 10 a 15% das mulheres (Cutrona & Troutman, 1986; Klaus et al., 2000; Nonacs & Cohen, 2005). No Brasil, estudos a respeito desse tema têm encontrado uma prevalência mais alta. Um recente estudo realizado na cidade de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, com 410 puérperas avaliadas entre a 4^a e a 6^a semana após o parto, verificou uma prevalência de 19,1% de depressão pós-parto (Moraes et al., 2006). Já um estudo menor, realizado na cidade de São Paulo com mães atendidas pelo Programa de Saúde da Família, verificou uma prevalência de 37,1%, sendo as puérperas avaliadas entre a 12^a e a 16^a semana após o parto (Cruz et al., 2005).

Através de uma revisão sobre os estudos que investigaram o impacto da depressão pós-parto materna sobre a relação mãe-bebê, Schwengber e Piccinini (2003) verificaram que a ocorrência de depressão pós-parto está associada a uma série de fatores obstétricos, sociais e psicológicos que se inter-relacionam e que não podem ser considerados, individualmente, como causadores da depressão. Estes fatores incluiriam, além de mecanismos biológicos, como alterações metabólicas, fatores relacionados à gestação e ao parto (não planejamento da gestação, nascimento prematuro do bebê, dificuldades no parto, problemas de saúde na criança, dentre outros) e exposição a eventos de vida ou situações estressoras (Reading & Reynolds, 2001; Schwengber & Piccinini, 2003). Baixas condições socioeconômicas e não aceitação da gravidez (Moraes et al., 2006), bem como a falta de suporte oferecido pelo companheiro (Cruz et al., 2005), também têm se mostrado associados à ocorrência de depressão pós-parto materna. A qualidade do relacionamento conjugal é outro fator que tem sido apontado como fortemente associado a este quadro (Burke, 2003; Cummings & Davies, 1994; Goering, Lancee & Freeman, 1992; Goodman & Gotlib, 1999; Hops et al., 1987; Jacob & Johnson, 1997; Johnson & Jacob, 1997; Mayor, 2004; McElwain & Volling, 1999; Reading & Reynolds, 2001; Romito et al., 1999).

O grande interesse da literatura pela investigação da depressão pós-parto materna decorre, principalmente, do fato já consistentemente evidenciado de que esta psicopatologia implica em importantes conseqüências para o desenvolvimento infantil, as quais podem ser observadas desde o período pós-natal até a adolescência. Estas conseqüências compreendem desregulações no desenvolvimento fisiológico e bioquímico do bebê, o estabelecimento de padrões inadequados de apego, a ocorrência posterior de doenças psiquiátricas, problemas emocionais e de comportamento da criança (Burke, 2003; Field, 1998; Goodman & Gotlib, 1999; Jacob & Johnson, 1997; Schwengber & Piccinini, 2003). De acordo com Burke (2003), famílias nas quais a mãe está deprimida deveriam ser

vistas como famílias em risco potencial, uma vez que seus demais membros – não apenas os filhos, mas também o companheiro – estariam em risco para o desenvolvimento de depressão e outras doenças psiquiátricas. Jacob e Johnson (1997) apontaram que, em famílias onde a mãe ou o pai tinha depressão, todos os seus membros demonstravam menos expressões de afeto, positividade e simpatia. Mesmo a comunicação entre a criança e o genitor sem depressão apresentava-se menos positiva do que em famílias sem nenhum membro com depressão (as quais constituíam um grupo controle neste estudo). Os autores verificaram ainda que o impacto sobre o funcionamento familiar foi maior quando a mãe apresentava depressão do que quando o pai apresentava este transtorno (Jacob & Johnson, 1997; Johnson & Jacob, 1997).

Atualmente, diversos pesquisadores têm se preocupado em investigar não apenas as conseqüências da depressão materna para o desenvolvimento infantil, mas também os mecanismos de transmissão destas conseqüências, ou seja, através de que vias a depressão materna afeta o bebê. Goodman e Gotlib (1999) destacaram como principais processos envolvidos na transmissão dos riscos para a criança advindos da depressão materna: herdabilidade genética; mecanismos neuro-regulatórios disfuncionais inatos; exposição do bebê a cognições, comportamentos e afetos negativos ou mal adaptativos da mãe; e exposição da criança a um ambiente estressante. Complementando os mecanismos apontados por estes autores, têm sido enfatizados pela literatura como fundamentais para se compreender o desenvolvimento de vulnerabilidades nos filhos de mães com depressão as dificuldades na relação mãe-bebê (Cummings & Davies, 1994, Hops et al., 1987; Schwengber & Piccinini, 2003), o modo como a mãe exerce a parentalidade (McElwain & Volling, 1999) e as dificuldades no funcionamento conjugal (Burke, 2003; Cummings & Davies, 1994; Goodman & Gotlib, 1999; Hops et al., 1987; McElwain & Volling, 1999).

Paternidade e depressão pós-parto materna

Os estudos que focalizam a paternidade em famílias onde a mãe apresenta depressão investigam basicamente quatro questões: o papel que o pai exerceria protegendo a saúde mental da mãe e diminuindo a probabilidade do desenvolvimento de um quadro depressivo no puerpério; o papel do pai em proteger a saúde mental do bebê, agindo como um moderador dos efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil; as relações entre a depressão pós-parto materna e a saúde mental do pai; e o modo como se dá a participação do pai nas famílias em que a mãe apresenta depressão pós-parto.

Os estudos reunidos no primeiro bloco, os quais abordam o papel do pai como um fator de proteção – ou de risco – para a saúde mental da mãe, têm focado dois aspectos: o pai como marido, enfatizando as relações entre qualidade do relacionamento conjugal e depressão materna, e o pai como cuidador, destacando sua participação na criação dos filhos e na realização de tarefas domésticas. Uma vez que o presente trabalho focaliza o papel do homem como pai e as relações pai-mãe, e não aspectos do casal, as relações entre relacionamento conjugal e depressão não serão aprofundadas. Destaca-se, contudo, que a associação entre depressão pós-parto materna e dificuldades no relacionamento conjugal tem sido consistentemente evidenciada pela literatura (Biglan et al., 1985; Burke, 2003; Cummings & Davies, 1994; Goodman & Gotlib, 1999; Jacob & Johnson, 1997; Mayor, 2004; McElwain & Volling, 1999; O'Hara, Zkoski, Philipps & Wright, 1990; Reading & Reynolds, 2001; Romito et al., 1999). No entanto, não existe uma consistência na literatura quanto à direção desta associação: se as dificuldades no relacionamento conjugal estariam na origem da depressão pós-parto materna, ou se o humor deprimido da mãe traria consequências negativas para o funcionamento familiar e, deste modo, prejudicaria a qualidade do relacionamento conjugal. O que parece mais evidente é que existiria uma retroalimentação, de modo que, em famílias onde existem dificuldades no relacionamento

conjugal, estas tendem a ser agravadas pelo desencadeamento de uma depressão pós-parto materna, e vice-versa.

O segundo aspecto relativo ao papel do pai que tem sido apontado pela literatura como relacionado à origem ou agravamento dos quadros depressivos maternos é o apoio oferecido por ele, especialmente quanto às tarefas de cuidado do bebê, à divisão do trabalho doméstico e ao apoio emocional (Burke, 2003; Cutrona & Troutman, 1986; Romito et al., 1999; Teti & Gelfand, 1991). Romito et al. (1999), através de um estudo realizado com 724 mães italianas e 629 mães francesas, cerca de 12 meses após o parto, verificaram que os conflitos pela divisão das atividades de cuidado do bebê e da casa – conforme apontados pelas mães – estavam relacionados a maiores dificuldades psicológicas nestas mães. Os autores afirmaram que o nascimento de um bebê provoca um impacto muito maior na vida da mulher do que na de seu companheiro. Quando este não a apóia, ela tende a ficar desapontada, e a avaliar o companheiro e o relacionamento conjugal de maneira mais negativa. Isto, por sua vez, teria um efeito danoso sobre suas condições emocionais. De modo semelhante, Levy-Shiff (1994) constatou, através de um estudo longitudinal realizado com 102 casais israelenses, que quanto maior o envolvimento do pai com seu bebê, menor era o declínio experienciado pelas mães na qualidade do relacionamento conjugal. De acordo com a autora, isto se deve principalmente a dois fatores: no nível prático, o envolvimento paterno em cuidados do bebê reduz a sobrecarga da mãe e permite que ela realize outras atividades, que lhe dêem prazer; no nível emocional, a mãe vê o envolvimento do pai com o bebê como um ato de amor e carinho também em relação a ela. Além disso, o envolvimento paterno pode aumentar a capacidade de empatia do pai, fazendo-o compreender melhor as dificuldades vividas pela mãe no dia-a-dia com o bebê.

O apoio emocional por parte do pai tem sido destacado como bastante importante para a mãe. Abordando esta temática, Goering et al. (1992) investigaram a associação entre a evolução, após alta hospitalar, de 47 mulheres canadenses com depressão e o seu relacionamento conjugal. Os autores verificaram que o melhor preditor da evolução destas mulheres foi sua percepção da qualidade do apoio emocional (afeto, simpatia, aceitação e estima) oferecido pelo companheiro. Os autores afirmaram que a percepção da mulher com depressão a respeito do apoio emocional oferecido pelo marido pode ser um melhor indicador do seu prognóstico do que as características clínicas do seu quadro. De modo semelhante, Burke (2003) afirmou que o apoio emocional do parceiro protegeria mulheres com histórico de depressão de terem uma recaída no período puerperal. Alguns estudos apontaram que um dos mecanismos através do qual este apoio oferecido pelo pai protegeria a mãe do desenvolvimento de uma depressão nos meses que se seguem ao nascimento do bebê seria o fortalecimento do sentimento de auto-eficácia materna (Cutrona & Troutman, 1986; Teti & Gelfand, 1991).

O segundo bloco de estudos a respeito da participação do pai no contexto da depressão pós-parto materna aborda, como referido acima, o papel do pai como um moderador dos efeitos da depressão da mãe sobre o desenvolvimento infantil. Diversos autores (Burke, 2003; Field, 1998; Roggman, Boyce, Cook & Cook, 2002) afirmaram que um pai não deprimido, e que atuasse como cuidador, proporcionaria ao bebê cuidados e estimulação adequados às suas necessidades, diminuindo os efeitos negativos da interação com uma mãe pouco responsiva ou intrusiva. Boyce et al. (2006) avaliaram a saúde mental de 120 crianças americanas, em um estudo que acompanhou suas famílias desde o seu nascimento até os sete anos de idade. Este estudo avaliou os sintomas de depressão pós-parto materna no 1º, 4º e 12º mês de vida do bebê, o envolvimento paterno no 12º mês do bebê, e o temperamento da criança e sua saúde mental aos 7 anos de idade. Os autores

verificaram que os sintomas mais severos aos 7 anos de idade foram encontrados nas crianças que tinham um temperamento reativo, cujas mães apresentaram sintomas depressivos e cujos pais tinham um baixo envolvimento. Deste modo, acreditavam que estes três fatores interagem entre si na formação de sintomas da criança. Outro estudo, realizado por Mezulis, Hyde e Clark (2004), verificou que alguns tipos de envolvimento paterno podem reduzir o risco de desenvolvimento de problemas de internalização (depressão, ansiedade) em filhos de mães com depressão. As autoras destacaram que o grau de afetividade, de controle e a quantidade de tempo com a criança foram os principais fatores associados com esta possibilidade de mediação no desenvolvimento de problemas de internalização, embora não tenham exercido qualquer efeito sobre os problemas de externalização (transtornos na conduta, comportamento agressivo, desafiador ou déficits de atenção).

Através de uma meta-análise de estudos que investigaram os riscos para o desenvolvimento de psicopatologias em filhos de mães com depressão, Goodman e Gotlib (1999) desenvolveram um modelo para compreensão dos mecanismos de transmissão destes riscos para as crianças. Dentro deste modelo, as características do pai foram consideradas moderadoras do risco do desenvolvimento de psicopatologias nas crianças. Os autores afirmaram que os pais aumentariam os riscos de desenvolvimento de psicopatologias em filhos de mães com depressão caso eles fossem ausentes, pouco participativos, ou também apresentassem psicopatologia. Ao contrário, eles atuariam como um fator de proteção para a criança caso fossem envolvidos, participativos e mentalmente saudáveis. Isto ocorreria porque pais saudáveis e envolvidos com os cuidados de seus filhos proporcionariam um modelo positivo para as crianças, funcionariam como cuidadores substitutos e exibiriam interações mais positivas e de melhor qualidade. Eles também proporcionariam apoio emocional para a mãe, o que se reverteria em uma melhor

capacidade de maternagem. Isto também foi verificado por Pauli-Pott, Mertesacker, Bade, Bauer e Beckmann (2000) os quais, investigando diversos aspectos do comportamento materno, paterno e do temperamento do bebê, verificaram que o apoio emocional do pai está fortemente associado à qualidade dos comportamentos parentais da mãe.

O terceiro bloco de estudos focalizando o pai no contexto da depressão pós-parto materna focaliza as possíveis relações entre a depressão pós-parto materna e a saúde mental do pai (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996a, 1996b; Burke, 2003; Clark, Tluczek & Wenzel, 2003; Meighan, Davies, Thomas & Droppleman, 1999). Meighan et al. (1999) destacaram que poucos estudos têm focalizado as repercussões da depressão materna sobre o seu parceiro em sua transição para a paternidade. No entanto, conforme os autores, sintomas como falta de comunicação, afastamento e perda da libido são comuns na depressão pós-parto, e podem desconcertar o pai e dificultar o relacionamento do casal. Sentimentos de inadequação e ressentimentos podem resultar destas dificuldades, além da necessidade de assumir os cuidados do bebê quando a esposa se encontra impedida pela depressão.

Com o objetivo de examinar o impacto da depressão pós-parto materna sobre o pai, Meighan et al. (1999) entrevistaram oito maridos de mães com este transtorno. Seus resultados evidenciaram uma importante ruptura na vida destes homens em função da depressão pós-parto materna, pois eles viviam preocupados com a saúde de suas esposas, frustrados por sua incapacidade de aliviar seus sintomas depressivos, confusos sobre o que realmente era a depressão pós-parto e aflitos com as incertezas em relação ao futuro da família. Eles também relataram a necessidade de fazer profundas alterações em sua vida para acomodar-se às necessidades da esposa e dos filhos. A falta de apoio por parte da companheira também afetava profundamente a adaptação deles à paternidade. De modo semelhante, Clark et al. (2003) afirmaram que os pais com esposas deprimidas relatavam

níveis mais altos de estresse quanto ao relacionamento conjugal e maiores preocupações a respeito dos filhos e esposa, e se mostravam frustrados por não poder retirar suas companheiras da depressão.

Os parceiros de mães com depressão pós-parto estão também em uma situação de risco para o desenvolvimento de psicopatologias, dentre elas a própria depressão (Burke, 2003; Clark et al., 2003). Nesse sentido, diversos estudos têm destacado a ocorrência de depressão pós-parto materna como o maior preditor do desencadeamento de depressão no pai durante o puerpério, embora a incidência de depressão pós-parto paterna varie enormemente entre os estudos (Areias et al., 1996a, 1996b; Deater-Deckard et al., 1998; Goodman, 2004; Pinheiro et al., 2006; Ramchandani et al., 2005). Uma dessas pesquisas foi realizada no Brasil, na cidade de Pelotas, a qual avaliou 386 casais entre a 6^a e a 12^a semana após o parto (Pinheiro et al., 2006). De acordo com os autores, a ocorrência de depressão pós-parto paterna, a qual atingiu 11,9% dos pais, mostrou-se inclusive associada à severidade da depressão pós-parto materna, mesmo quando controlados fatores sócio-demográficos. Já o estudo realizado por Areias et al. (1996a, 1996b), referido acima, avaliou 54 mães e 42 pais que esperavam seu primeiro filho na cidade do Porto, em Portugal. Eles foram entrevistados durante a gestação, no 3^o e no 12^o mês de vida do bebê. Os autores verificaram que o fator mais fortemente associado à depressão pós-parto paterna, a qual acometeu 23,8% dos pais, foi a ocorrência de depressão em suas companheiras durante a gestação ou no 3^o mês do bebê. Eles também verificaram que a depressão pós-parto paterna segue um padrão diferente da depressão pós-parto materna: enquanto nas mães ela tende a incidir nos primeiros meses após o nascimento do bebê, nos pais ela inicia com mais frequência entre o 4^o e o 6^o mês (Areias et al., 1996a). Com base neste resultado, eles destacaram a necessidade de dar atenção ao pai no contexto da depressão materna a fim de prevenir um possível desencadeamento de depressão e, deste

modo, possibilitar um maior apoio do pai à esposa, o que ficaria inviabilizado se ele também estiver deprimido.

Estudo com objetivo semelhante, porém com uma amostra consideravelmente maior, foi realizado por Huang e Warner (2005) utilizando dados de 20 cidades dos Estados Unidos. Examinando longitudinalmente um total de 4.898 mães e 3.830 pais, os autores verificaram que cerca de 10% dos pais experienciaram um episódio de depressão maior no primeiro ano de vida do seu filho, sendo os principais fatores relacionados com este quadro um relacionamento pobre entre pai e mãe, a falta de suporte oferecido por ela e a falta de acordo em relação à gestação. Embora estes autores não tenham investigado a relação entre depressão pós-parto materna e paterna, uma vez que a depressão materna costuma estar acompanhada por dificuldades no relacionamento conjugal e uma menor atenção da mulher ao companheiro, os resultados de Huang e Warner, indiretamente, reforçam a idéia de uma associação entre depressão pós-parto materna e paterna. O mesmo pode ser dito do estudo de Leathers, Kelley e Richman (1997), o qual avaliou 55 casais da cidade de Chicago, EUA, no 6º mês após o nascimento de seu filho. As autoras verificaram a ocorrência de depressão em 18% dos pais, a qual mostrou-se associada à percepção de controle, gratificação e suporte social no papel parental, além de outros fatores, como a satisfação no local de trabalho.

Contudo, o estudo de Wang e Chen (2006), realizado com famílias taiwanesas, sugere que a relação entre a depressão pós-parto materna e paterna, pode ser mais complexa do que o destacado nos estudos acima. Os autores verificaram, em casais primíparos, os mesmos níveis de depressão em pais e mães no período pós-natal, destacando a alta incidência de depressão paterna. No entanto, não encontraram correlação entre a depressão no pai e na mãe, mas sim uma relação de complementaridade: quando um membro do casal estava deprimido, o outro tendia a ter melhor humor. É importante

salientar, contudo, que este estudo abordou uma cultura bastante distinta da ocidental, comumente investigada pela maioria dos estudos.

Outro fator de risco para a saúde mental dos maridos de mães com depressão pós-parto é denominado, em inglês, *assortative mating*, e diz respeito à tendência de indivíduos portadores de algum transtorno psiquiátrico de escolherem como parceiros indivíduos com o mesmo transtorno, ou com outro tipo de psicopatologia do mesmo espectro sugerido por (Goodman e Gotlib, 1999; Burke, 2003). Deste modo, mulheres com depressão tenderiam a casar-se com homens que também apresentam transtornos psiquiátricos. Os autores chamaram atenção para os riscos para a saúde mental dos filhos destes casais, que não teriam um parceiro de interação saudável em nenhum dos genitores.

Portanto, a prevenção e tratamento da depressão pós-parto paterna é uma importante questão a ser considerada pela psicologia, pois alguns estudos apontam que, assim como a depressão materna, a depressão paterna pode ter repercussões negativas sobre o desenvolvimento infantil (Fletcher et al., 2006). Neste sentido, Ramchandani et al. (2005), através de um amplo estudo populacional realizado no Reino Unido, verificaram que a depressão paterna na oitava semana de vida do bebê associava-se a problemas de comportamento na criança, especialmente nos meninos, quando em idade pré-escolar. Também abordando a relação entre problemas de internalização e externalização em crianças pré-escolares e depressão paterna, Mezulis et al. (2004) verificaram que a presença de depressão no pai tende a exacerbar os efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil. Porém, isto ocorreria apenas se o pai costumasse ficar com seu filho várias horas por dia. Em crianças em idade escolar, Low e Stocker (2005), estudando 136 famílias americanas, verificaram que o humor deprimido paterno associava-se mais fortemente aos problemas de externalização da criança, especialmente comportamentos agressivos e de oposição, do que o humor deprimido materno.

Embora a paternidade no contexto da depressão pós-parto materna tenha começado a ser um tema de interesse para pesquisas em saúde mental, conforme demonstrado acima, são ainda raros os estudos descrevendo o modo como se dá a participação do pai nestas famílias. Meighan et al. (1999) verificaram que os pais cujas companheiras apresentavam depressão pós-parto acabavam por assumir a responsabilidade pelos cuidados de seus filhos, de sua esposa e da casa, além de continuar tendo que trabalhar fora para atender as despesas da casa. De acordo com os autores, portanto, a depressão da mãe gerava um aumento do envolvimento do pai nos cuidados dos filhos e nas atividades domésticas. Isto, no entanto, era avaliado pelos participantes de forma negativa, pois eles se declararam exaustos em função desta rotina. Além disto, não sentiam seus esforços reconhecidos nem pela esposa, nem pela sua família extensa.

Hops et al. (1987) também verificaram que pais cujas esposas apresentavam depressão pós-parto expressavam mais carinho e comportamentos de cuidado em relação aos filhos, mas isto ocorria apenas quando não havia dificuldades no relacionamento entre pai e mãe. Ou seja, em relacionamentos pai-mãe satisfatórios, o marido tenderia a ajudar a esposa nos cuidados dos filhos nos momentos em que ela enfrentasse dificuldades. Este resultado vai ao encontro dos achados de diversos estudos, os quais atestaram que a participação do pai nos cuidados do bebê e a qualidade da relação pai-bebê mostram-se associados à qualidade do relacionamento conjugal (Cox et al., 1989; Feldman, 2000; Levy-Schiff, 1994). Contudo, os achados quanto a este tema ainda não são consistentes, uma vez que Boyce et al. (2006) não encontraram qualquer correlação entre depressão pós-parto materna e o tipo de envolvimento paterno.

Embora os estudos aqui apresentados, de modo geral, tenham demonstrado um aumento da participação do pai na criação dos filhos no contexto da depressão pós-parto materna, uma vez que a literatura aponta que o relacionamento conjugal tende a apresentar

dificuldades quando a mãe apresenta depressão, é também possível que o pai se mostre pouco participativo nos cuidados das crianças em grande parte destas famílias. Porém, a participação do pai tem sido destacada como fundamental para a saúde de sua esposa e para o desenvolvimento de seus filhos. Mostra-se fundamental, portanto, que se continue investigando o modo de participação destes pais na criação de seus filhos. No presente estudo, o contexto escolhido para investigar esta relação foi o de uma psicoterapia breve pais-bebê, cujas características são apresentadas a seguir.

Psicoterapia breve pais-bebê no contexto da depressão pós-parto materna²

Conforme apresentado anteriormente, o nascimento de um bebê trás à tona, para seu pai e mãe, uma série de conflitos, fantasias e representações, constituindo uma organização psíquica particular do período puerperal. As intensas exigências ao psiquismo do pai e da mãe algumas vezes trazem dificuldades para a sua adaptação, podendo desencadear uma variedade de transtornos. Dentre estes, encontra-se a depressão materna. Cramer e Palacio-Espasa (1993) destacaram, contudo, que a psicopatologia no puerpério não pode ser vista apenas como intrapsíquica, mas também como interpessoal. Isto porque, no puerpério, existe uma ‘indivisão’ entre o psiquismo dos pais/mães e psiquismo dos filhos, e é neste processo que está a originalidade do funcionamento e da psicopatologia desta fase. Esta originalidade, por sua vez, tem implicações sobre o tratamento destas situações.

Existiria, portanto, a necessidade de uma modalidade psicoterápica capaz de lidar com as especificidades do puerpério. Para Cramer e Palacio-Espasa (1993) as intervenções mais apropriadas para as psicopatologias do puerpério, como a depressão materna, seriam

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

as terapias conjuntas pais-bebê, cuja principal característica é estarem voltadas mais para uma relação que para um indivíduo. A “entidade” examinada nas psicoterapias desse período refere-se a um sistema complexo, no qual convergem as seguintes tramas: os funcionamentos particulares do pai e da mãe; as contribuições do bebê; o relacionamento desses sistemas em uma psicoterapia; e as contribuições do terapeuta.

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

Assim como Fraiberg, Lebovici (1987) também enfatizou os aspectos transgeracionais, além de estimular o estudo das interações do ponto de vista psicanalítico. Lebovici chamou a atenção dos psicanalistas para a importância do papel interacional na constituição psíquica precoce, e da dialética entre intrapsíquico e interpessoal, estimulando o estudo das interações. Desenvolveu as chamadas consultas terapêuticas, as quais compreendem a observação da interação entre mãe, bebê e, quando necessário, outros membros da família, permitindo a evocação das fantasias dos pais projetadas sobre o bebê.

O terapeuta ajudaria os pais a compreender as motivações conscientes e inconscientes dos seus comportamentos relacionados ao bebê.

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

Em relação às abordagens que visam alterar as representações dos pais, uma das autoras citadas por Stern foi Dolto. Dolto (2002) propôs uma forma de psicoterapia que visava alterá-las através das representações do bebê, conforme imaginadas pela terapeuta. Sua abordagem caracterizava-se pela utilização de interpretações verbais diretas para o bebê, que seria capaz de compreendê-las quando bem colocadas. Ao ouvi-las, a mãe modificaria seu comportamento manifesto com o bebê e, portanto, o comportamento deste. Dolto defendia que o ser humano é, acima de tudo, um ser de linguagem. A palavra tem primazia, e mesmo quando uma comunicação é expressa através do corpo, esta tem um ‘sentido linguagem’. Assim, a autora insiste na necessidade de falar ao bebê ou à criança, da palavra ser expressamente dita, e desta carregar uma verdade, por mais dura que seja. Para ela, só uma linguagem expressa e verdadeira abre a possibilidade para uma constituição psíquica sólida.

De acordo com Stern (1997), outros autores além de Dolto acreditaram que as representações dos pais deveriam ser modificadas pela psicoterapia pais-bebê, como Liebermann e Pawl (1993), Cramer e Palácio-Espasa (1993) e o próprio Stern. A psicoterapia bebê-pais, conforme proposta por Liebermann e Pawl (1993), foi inspirada

principalmente nos trabalhos da psicanalista Fraiberg. Nesta abordagem o relacionamento bebê-pais é considerado o 'paciente', e não somente os pais com seus mundos representacionais. Além disso, a qualidade da relação terapeuta-pais é vista como sendo o principal fator para o processo de mudança na relação pais-bebê, já que a experiência da relação com o terapeuta é entendida como uma possibilidade de apego corretivo.

A psicoterapia breve mãe-bebê, realizada por Cramer e Palácio-Espasa (1993), poderia, de acordo com os autores, trazer uma melhora significativa nos sintomas no bebê, nos comportamentos interativos e nas representações acerca da parentalidade. Esse tratamento ocorre em três níveis: 1) determinação da natureza do sintoma e do confronto da mãe com o seu próprio conflito e a respeito do problema que é transferido ao bebê; 2) estabelecimento de uma conexão entre as falhas interacionais observadas durante a sessão e a correspondência mental do conflito na mãe; 3) estabelecimento de ligações entre o conflito presente da díade com os conflitos do passado da mãe. Para tanto, os autores consideraram fundamental o desenvolvimento e a manutenção da aliança terapêutica, da empatia e de uma transferência positiva.

Um outro aspecto referente à técnica da psicoterapia mãe-bebê proposta por Cramer e Palácio-Espasa (1993) refere-se à atenção do terapeuta. Para os autores, esta deve ser igualmente dividida entre a observação das interações da díade mãe-bebê ou tríade pai-mãe-bebê e a escuta dos pais. O clínico irá privilegiar a observação da natureza das solicitações recíprocas e as reações a elas, através de modalidades interativas, tais como: vocalizações, troca de olhares, toques e gestos. A partir dessas interações, o terapeuta poderá tecer interpretações para os pais a respeito de suas defesas intrapsíquicas. Isso ocorre quando há uma coincidência entre um enunciado de uma fantasia conflitiva e a atualização da defesa relacionada a este conflito através de uma evitação, proibição, ruptura de contato, ou seja: um sintoma interativo observado, o que os autores chamaram

de seqüência interativa sintomática (SIS). Esta seqüência é o equivalente interagido (e interpessoal) de um conflito intrapsíquico.

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

De forma geral, o número de sessões da psicoterapia breve pais-bebê varia entre quatro e doze, com uma média de seis sessões, uma vez por semana, as quais têm aproximadamente sessenta minutos de duração (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). O *setting* deve favorecer simultaneamente a capacidade de associação dos pais e a troca mais livre possível entre pais e filho, sendo que algumas vezes o terapeuta poderá brincar com a criança. Conforme os autores, a mãe, em geral, é quem apresenta mais angústia, depressão e preocupações obsessivas neste período, o que explica porque é ela quem, na maioria das vezes, solicita a consulta. Contudo, quando o pai está presente o tratamento deve se dirigir à tríade.

Nesse aspecto, quando inclui a tríade pai-mãe-bebê, a abordagem de Cramer e Palácio-Espasa aproxima-se da abordagem familiar sistêmica (Prado, 1996). Para Prado, o enfoque sistêmico busca, sempre que houver possibilidade, observar a história familiar e intervir sobre ela, colocando os familiares para interagirem a fim de reviverem juntos

alguns pontos importantes de suas próprias histórias que possam lançar luz sobre o presente e ajudem a transformá-lo.

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

Assim, percebe-se que a clínica de bebês pode ser considerada um ponto de encontro entre a abordagem psicodinâmica mãe-bebê de Cramer e Palácio-Espasa e a familiar-sistêmica. Em virtude de ambas salientarem a importância de se considerar não somente as questões intrapsíquicas da mãe, mas de todos aqueles envolvidos no cuidado direto com o bebê, o que inclui geralmente o pai, torna-se mais indicado chamar esta abordagem terapêutica de psicoterapia breve pais-bebê (Prado, 1996; Trad, 1997). É importante considerar que, nessa concepção, por vezes outros familiares podem também ser solicitados a participar das sessões, como os avós e tios do bebê, o que é sempre previamente combinado com os pais (Trad, 1997).

Há um entendimento de que é importante ajudar a família a construir um contexto favorável para o bom desenvolvimento do bebê, trabalhando-se as relações pai-mãe-bebê. Deste modo, o objetivo principal dessa psicoterapia é melhorar as relações familiares, tanto pais-bebê como entre o casal e sua família de origem. Embora a remissão dos sintomas depressivos maternos não seja o principal alvo da intervenção, espera-se que ocorram melhoras no humor materno ao favorecer relações mãe-pai-bebê mais satisfatórias (Cramer & Palácio-Espasa, 1993).

Em relação à indicação terapêutica, os pacientes devem ser capazes de articular um problema específico, usualmente derivado de uma experiência interpessoal anterior. Devem ter motivação para mudança em seus padrões interpessoais e capacidade e desejo de se envolver no processo terapêutico (suficiente adaptação do ego) e ter bem delineado ao menos um relacionamento positivo na infância. Nesse sentido, é importante avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais dos pacientes (Trad, 1997). Existem algumas contra-indicações para esta modalidade de psicoterapia, como os casos de pacientes psicóticos, graves transtornos de personalidade, intensa ansiedade de separação, regressão psicótica, tentativas de suicídio, quadros depressivos de vertente melancólica, assim como quadros psicossomáticos (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Trad, 1997).

Alguns estudos têm avaliado o impacto da psicoterapia breve pais-bebê sobre a depressão materna, dentre outros aspectos da saúde psicológica da mãe, do bebê e de sua relação. Os estudos descritos por Cramer (Cramer et al., 1990; Cramer, 1997) avaliaram os efeitos da psicoterapia breve para a melhora dos sintomas do bebê, da qualidade da interação mãe-bebê e da auto-estima materna. Seus estudos, realizados na Suíça, consistiram no atendimento de diversas famílias com bebês entre seis e trinta meses de vida. A avaliação familiar ocorreu antes do início do tratamento, uma semana após o término da terapia, e seis meses depois. Os resultados, que foram comparados com aqueles

obtidos pela orientação interacional (McDonough, 1993), mostraram que ambas as intervenções promoveram a melhora dos sintomas do bebê, assim como a qualidade da interação mãe-bebê. Embora a depressão materna não tenha sido superada completamente, houve uma melhora significativa no estado subjetivo materno, pois, além da auto-estima, as mães referiram ter melhorado em outras dimensões, percebendo-se mais calmas, afetuosas, confiantes e bonitas após o tratamento. Além disso, também observaram que seus filhos ficaram mais confiantes e independentes.

Na mesma direção, o estudo de Cooper, Murray, Wilson e Romaniuk (2003), realizado na Inglaterra, investigou os efeitos de três diferentes intervenções (psicoterapia breve pais-bebê, terapia cognitivo-comportamental e aconselhamento) para a melhora do estado afetivo da mãe, os quais foram comparados aos efeitos de uma condição controle, que consistia em fornecer às mães apoio nos cuidados primários com o bebê. As três intervenções foram realizadas na residência dos participantes, num total de 10 sessões, com frequência semanal. Participaram do estudo 193 famílias com mães que apresentavam sintomas de depressão entre a oitava e a décima oitava semana após o parto, as quais foram designadas a uma das quatro condições. O humor materno foi novamente avaliado logo após a realização das intervenções, bem como aos nove, dezoito e sessenta meses após o parto. Os autores encontraram que todas as intervenções tiveram um impacto no humor da mãe na primeira avaliação, particularmente os submetidos à psicoterapia breve pais-bebê. Porém, aos nove e dezoito meses não houve diferença significativa no nível de redução dos sintomas entre o grupo controle e os demais. Os autores concluíram que as intervenções para a depressão pós-parto podem melhorar o humor materno por um período breve, mas esse benefício não seria superior à remissão espontânea que se dá ao longo do tempo. Contudo, esses resultados devem ser analisados com cautela, na medida em que os autores

não exploraram as nuances das modificações observadas na primeira avaliação e não investigaram o porquê das mesmas não se manterem com o tempo.

Em outro estudo dos mesmos pesquisadores (Murray, Cooper, Wilson & Romaniuk, 2003), com os mesmos participantes e delineamento descrito acima, os autores avaliaram os efeitos da psicoterapia pais-bebê no relacionamento mãe-bebê e no desenvolvimento posterior da criança. Os resultados revelaram que os relatos sobre problemas de comportamento e de relacionamento com os bebês foram significativamente reduzidos na primeira avaliação. Isto foi atribuído não somente à remissão dos sintomas da depressão materna, mas também ao fato de que os tratamentos proporcionaram às mães a oportunidade de discutirem seus problemas de manejo com os filhos. Já aos dezoito e aos sessenta meses, os participantes que receberam as intervenções clínicas não diferiram significativamente da condição controle, que consistia em visitas domiciliares que forneciam apoio nos cuidados com o bebê. Os autores concluíram que, embora a intervenção precoce tenha trazido benefícios a curto prazo, intervenções mais prolongadas poderiam ser necessárias.

Esses achados levantam questões acerca da metodologia utilizada no referido estudo, considerando-se que as mães designadas à chamada condição controle também tiveram acesso a uma intervenção potencialmente benéfica à relação mãe-bebê. É plausível se pensar que os resultados seriam diferentes caso os grupos que receberam as intervenções fossem comparados a um grupo que não recebesse qualquer intervenção. Além disso, este estudo seguiu uma tendência em relação à pesquisa em psicoterapia, que é a pesquisa de resultados, na qual os pesquisadores costumam utilizar-se de instrumentos rigorosos aplicados no início, meio e fim dos tratamentos, sem considerar os fatores de mudança envolvidos no processo terapêutico (Araújo & Wiethaeuper, 2003). Apesar de muitos pesquisadores clínicos preocuparem-se com a investigação do processo psicoterapêutico

como variável de grande influência nos efeitos positivos ou negativos dos resultados, outros tantos buscam apenas analisar o ‘antes’ e o ‘depois’, sem verificar a influência do processo na eficácia dos tratamentos. De acordo com as autoras, a preocupação com a avaliação do processo, e não simplesmente dos resultados, deve-se em grande parte às evidências de que abordagens psicoterapêuticas diferentes alcançam resultados clínicos semelhantes, o que pode ser explicado a partir dos fatores inespecíficos de cada abordagem, como a aliança terapêutica (Araújo & Wiethaeuper, 2003).

Embora Cramer e Palacio-Espasa (1993) tenham destacado como fundamentais as presenças da mãe e do bebê nas sessões de psicoterapia breve pais-bebê, Stern (1997) afirmou que o pai, ou a figura equivalente, precisa ser considerado no tratamento. Conforme Barrows (2003), a presença de pai e mãe é fundamental para proporcionar mudanças reais e duradouras nas terapias conjuntas com bebês, pois os objetos não assimilados (fantasmas) do pai e da mãe podem estar se complementando e se alimentando mutuamente.

Especificamente quanto ao contexto da depressão materna, Clark et al. (2003) enfatizaram a importância de que as intervenções psicoterápicas focalizem as necessidades da mulher em seus múltiplos papéis (mãe, mulher, esposa), bem como as necessidades de seus filhos e seu esposo. À semelhança de Cramer e Palácio-Espasa (1993) e Stern (1997), eles sugeriram um movimento para além das abordagens individuais tradicionais, em direção à inclusão do bebê e da família. Isto traria benefícios não apenas para o funcionamento materno, mas também para as relações mãe-pai-bebê, pois poderia apoiar o desenvolvimento da competência da mãe e do pai nos papéis parentais e conjugais. Nesse sentido, Clark et al. (2003) afirmaram que a introdução do bebê e do companheiro no tratamento da depressão puerperal pode reduzir o estresse da mãe e apoiar o desenvolvimento da competência do casal nos papéis de pais e cônjuges, diminuindo os

riscos de recorrência de episódios depressivos. Um estudo realizado por Grube (2005), o qual acompanhou pacientes tratadas em regime de internação psiquiátrica em função de transtornos psiquiátricos do puerpério, verificou que aquelas cujos companheiros foram avaliados como apoiadores, através de entrevistas e de observação de interações com a companheira e com o bebê, apresentavam um tempo de internação significativamente menor do que aquelas que recebiam pouco apoio dos companheiros.

A participação do pai no tratamento seria também um modo de preservar a sua saúde mental, bem como de instrumentalizá-lo para lidar com a depressão de sua esposa (Areias et al., 1996b; Burke, 2003; Goering et al., 1992). O'Hara et al. (1990) definem a participação do pai no tratamento da depressão puerperal como crítica, uma vez que as dificuldades conjugais que costumam acompanhar a depressão pós-parto muitas vezes persistem mesmo após a remissão dos sintomas depressivos. Além disso, para os autores, é importante auxiliar o pai a cooperar com os cuidados do bebê. De acordo com Fletcher et al. (2006), para o bem-estar de um novo bebê é importante que o pai possa oferecer-lhe cuidados, bem como apoio à mãe nesse novo papel. Mas, para isso, é preciso que o pai tenha recursos emocionais para formar uma relação afetivamente segura com seu filho. O maior desafio nesta área seria encontrar a melhor maneira de auxiliar e incentivar os pais a apoiar sua companheira com depressão e ajudá-la nos cuidados do bebê (Areias et al., 1996b; Wang & Chen, 2006).

No entanto, Stern (1997) observou que, na prática, a presença do pai é bastante variável, a menos que seja transformada numa condição para a realização da sessão. A esse respeito, Fletcher et al. (2006) destacaram que os homens tendem a resistir em procurar serviços de acompanhamento ou orientação psicológica. Roggman et al. (2002) verificaram que os pais que mais participam de intervenções com o foco no desenvolvimento infantil são os que têm mais escolaridade, são menos deprimidos, têm

mais facilidade para buscar apoio social e são mais religiosos. Assim, conforme os autores, aqueles que mais necessitariam participar de intervenções são os que menos tendem a fazê-lo, enquanto os pais com mais facilidades no envolvimento com seus filhos costumam participar mais: “Os ricos se tornam mais ricos” (p. 74). Portanto, a participação do pai deve ser ativamente buscada pelo terapeuta, com base na crença de que, além de ser ele próprio beneficiado pelo tratamento, ele trará contribuições importantes que resultarão em benefícios para todos os envolvidos.

Justificativa e objetivos do estudo

Como pode ser visto na literatura revisada, a depressão pós-parto materna se apresenta associada a uma série de dificuldades no funcionamento familiar. Ela tem influências não apenas sobre o desenvolvimento dos filhos, mas também sobre a saúde mental do marido/companheiro e sobre a qualidade do relacionamento conjugal.

Embora a participação do pai nestas famílias tenha sido apontada como de fundamental importância, tanto fornecendo apoio emocional e material à mãe – o que beneficia o seu estado emocional – como preservando a saúde do bebê, existem ainda poucos estudos focalizando especificamente a paternidade no contexto da depressão pós-parto materna. Além disto, embora a literatura recomende a participação do pai em intervenções clínicas para mães com depressão, eles muitas vezes costumam ficar de fora destes tratamentos (Burke, 2003).

Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi investigar a paternidade em um contexto de depressão pós-parto materna, ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê. Foram examinados diversos aspectos da paternidade (cf. Houzel, 2004), a saber: a) a experiência da paternidade, que inclui os sentimentos do pai em relação à paternidade, aos

seus filhos, à mãe e aos seus próprios pais; b) a prática da paternidade, com destaque para o apoio à mãe, o exercício da função paterna e o envolvimento paterno.

Embora a literatura que focaliza a paternidade em famílias onde a mãe apresenta depressão pós-parto seja relativamente escassa, foram formuladas algumas expectativas para esse estudo. Quanto à experiência da paternidade, esperava-se que a presença de sintomas depressivos na mãe contribuísse para que o pai avaliasse a paternidade como menos satisfatória, uma vez que ele se sentiria sobrecarregado por ter de lidar com as dificuldades emocionais da esposa, e pela necessidade de assumir mais tarefas em relação ao bebê e à casa. Esperava-se, também que o bem-estar emocional do pai estivesse prejudicado em função do quadro apresentado pela mãe. Já em relação à prática da paternidade, esperava-se que o pai não provesse adequadamente o apoio emocional e instrumental demandado pela mãe. Por fim, esperava-se que ele não apresentasse um grande envolvimento com seus filhos, com pouca participação em tarefas de cuidado físico e afetivo, educação e imposição de limites.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo duas famílias com mães que apresentavam indicadores de depressão, com base nos escores das mães no Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) e na realização de uma entrevista clínica diagnóstica. Todos eram casados e apresentavam um nível socioeconômico médio-baixo. Os bebês não apresentaram complicações na gestação e ao nascimento.

A Família 1 era composta pelo pai, Augusto³, de 39 anos, pela mãe, Marília, de 44 anos, e pelo bebê, Juliana, com oito meses por ocasião do primeiro encontro de avaliação com os pais. Augusto tinha ainda um filho de oito anos de um relacionamento anterior. A família residia em Porto Alegre, sendo que pai e mãe tinham ensino superior completo e trabalhavam fora de casa, sendo ambos jornalistas. A avaliação inicial, através do Inventário Beck de Depressão (BDI), confirmou que Marília apresentava indicadores de depressão leve, com um escore de 13 pontos, o que foi confirmado pela entrevista diagnóstica. Augusto não apresentou indicadores de depressão, nem pela entrevista diagnóstica e nem pelo BDI (11 pontos).

A Família 2 era composta pelo pai, Francisco, de 44 anos, pela mãe, Joana, de 37 anos, e pelo bebê, Eduardo, que estava com sete meses de vida no primeiro encontro de avaliação com os pais. Ele era o terceiro filho do casal, que tinha uma filha de 14 anos e uma de dez. A família residia em uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre e apenas Francisco trabalhava fora de casa, como autônomo (microempresário). Ambos haviam completado o ensino médio. A avaliação inicial, através da entrevista diagnóstica e

³ Todos os nomes foram alterados para preservar a confidencialidade.

do inventário Beck de depressão, confirmou que Joana tinha indicadores de depressão moderada, com um escore no BDI de 32 pontos. Francisco também apresentou indicadores de depressão leve no BDI, com escore de 14 pontos. No entanto, a entrevista diagnóstica parecia não confirmar o BDI, não apontando para um quadro de depressão, e sim para uma situação de elevado estresse.

As famílias estudadas faziam parte do projeto de pesquisa intitulado “*O Impacto da Psicoterapia para a Depressão Pós-parto e para a Interação Pais-Bebê: Estudo Longitudinal do Sexto ao Décimo Segundo Mês Vida do Bebê - PSICDEMA*” (Piccinini et al., 2003), que acompanhou em psicoterapia, 22 famílias, cujas mães apresentavam depressão no pós-parto. O estudo investigou uma série de fatores associados à depressão pós-parto materna, tais como: experiência da maternidade e paternidade, qualidade do relacionamento conjugal, interação mãe-bebê e pai-bebê, bem como o impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para estas famílias. Antes e depois da psicoterapia as mães, pais e o bebê foram extensamente avaliados.

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

Como parte do *PSICDEMA*, foram inicialmente contatadas 28 famílias, das quais apenas uma mãe não realizou a avaliação inicial. Essas famílias inicialmente contatadas foram encaminhadas por unidades sanitárias de saúde (11%), por hospitais da rede pública de Porto Alegre (36%), através da mídia (32%) e por indicação (21%). Das 27 mães

avaliadas, 37% apresentavam depressão leve, 48% depressão moderada e 15% depressão, de acordo com avaliação feita pelo Inventário Beck de Depressão. Destas, cinco desistiram ainda na fase de avaliação inicial, ou não tinham indicação para psicoterapia breve (uma mãe apresentou Transtorno de Personalidade *Borderline*, uma recebeu indicação de psicoterapia individual e uma mãe não sentiu mais a necessidade de tratamento). Entre as 22 que fizeram a avaliação inicial e que receberam a indicação de psicoterapia, 19 (86%) passaram por todo o processo psicoterápico e participaram de pelo menos uma das avaliações pós-atendimento. Uma equipe de cinco psicoterapeutas, entre as quais a autora do presente estudo, realizou as avaliações e os atendimentos psicoterápicos dessas famílias. As primeiras duas famílias atendidas pela autora, as quais contavam com a participação do pai, foram incluídas no presente estudo⁴.

Delineamento e procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994), a fim de se investigar a paternidade em situações em que a mãe apresenta depressão e a família foi atendida por uma psicoterapia breve pais-bebê. Foram investigados, em particular: a) aspectos referentes à experiência da paternidade, os quais incluíam o desejo do pai de ter o bebê, os sentimentos e representações do pai relativos à paternidade na gestação e no parto, bem como após o nascimento do bebê, suas representações acerca dos seus filhos, suas representações acerca da esposa como mãe e sobre os seus próprios pais, além das representações da esposa a respeito do seu próprio pai; e b) aspectos relativos à prática da paternidade, que incluíam o apoio emocional do pai à mãe, o exercício da função paterna, o envolvimento paterno e o apoio instrumental à mãe.

⁴ Três famílias foram atendidas pela autora como integrante do PSICDEMA, e uma quarta concluiu apenas a avaliação inicial. A primeira família atendida, ainda como caso piloto, não foi incluída nesse estudo porque o pai do bebê havia falecido.

O presente estudo envolveu duas fases de coleta de dados. A Fase I compreendeu uma avaliação inicial realizada no segundo semestre de vida do bebê. A Fase II compreendeu a realização de uma psicoterapia breve pais-bebê, de cerca de 12 sessões, as quais abrangeram um período de aproximadamente um semestre.

O procedimento de coleta de dados deste estudo seguiu as etapas descritas *PSICDEMA*⁵. Destaca-se aqui, em particular os instrumentos e procedimentos que foram usados no presente estudo. A Fase I, o primeiro encontro, já aconteceu no LOPI (Laboratório de Observação de Processo Interativos)⁶ do Instituto de Psicologia da UFRGS, e foi realizado pela pesquisadora. Nesse momento, a mãe foi informada sobre os objetivos do estudo e os procedimentos de avaliação para a participação da psicoterapia pais-bebê. Uma vez, aceita a participação, a mãe assinou o **Consentimento Livre e Esclarecido** e preencheu a **Ficha de Contato Inicial**, usada com o objetivo de selecionar os possíveis participantes do estudo. A seguir, marcou-se um novo encontro com as presenças da mãe, do pai e do bebê para que fosse iniciada a avaliação. Nos encontros seguintes, as mães e pais responderam, individualmente, ao **Inventário Beck de Depressão** (Beck & Steer, 1993) e à **Entrevista Diagnóstica** para confirmar ou não a presença de indicadores de depressão. Responderam também à **Entrevista de Dados Demográficos do Casal**, à **Entrevista sobre a Gestação e o Parto** e à **Entrevista sobre o Relacionamento Conjugal**. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente com cada membro do casal, sendo que a autora do presente estudo realizou as entrevistas com a mãe, e uma psicóloga treinada no uso das entrevistas realizou-as com o pai. Também foi realizada, com o pai, a **Entrevista sobre a Experiência da Paternidade** e, com a mãe, a

⁵ A terceira e a quarta fases de coletas do projeto *PSICDEMA*, realizadas após a psicoterapia, não foram analisadas no presente estudo devido à extensa quantidade de dados que estas acrescentariam à análise.

⁶ Trata-se de uma sala de espelhos para observação de interações familiares, equipada com duas câmeras de filmagem, e adequada para atendimento psicoterápico com adultos e bebês, com brinquedos e colchonete para o bebê.

Entrevista sobre a Experiência da Maternidade⁷. A Fase II do estudo compreendeu o processo de **Psicoterapia Breve Pais-Bebê**, oferecido de forma gratuita, cujas sessões foram filmadas e gravadas em áudio. As famílias foram atendidas em psicoterapia pela autora desta tese⁸.

Considerações éticas

Os princípios éticos da pesquisa concernem à proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes. Em atenção a tais princípios, esse estudo contemplou a realização de alguns procedimentos, que serão descritos a seguir. Barker, Pistrang e Elliot (1994) resumem os princípios éticos centrais para a pesquisa em psicologia, agrupados em três eixos: consentimento livre e esclarecido, minimização de potenciais prejuízos ou privação de benefícios, e garantia da confidencialidade e proteção da privacidade. O consentimento livre e esclarecido refere-se à revelação, por parte do pesquisador, dos principais objetivos e procedimentos do estudo, possibilitando à pessoa uma decisão livre e informada sobre sua participação. De acordo com os autores, o consentimento deve conter, no mínimo: uma descrição dos procedimentos do estudo; explicação dos potenciais riscos e benefícios; o oferecimento, por parte do pesquisador, para responder qualquer questão a qualquer momento; a garantia de que o participante poderá retirar seu consentimento a qualquer momento; e um espaço para a assinatura do participante.

O segundo princípio ético apresentado por Barker et al. (1994) refere-se à minimização de potenciais prejuízos aos participantes, ou privação de benefícios. Segundo os autores, uma pesquisa só é eticamente válida caso os seus benefícios, para a sociedade

⁷ Nesta etapa também foi realizada a **Observação da Interação mãe-pai-bebê**, a avaliação do bebê através da **Escalas Bayley do Desenvolvimento Infantil** e o **Genograma familiar**. No entanto, os dados obtidos com estes instrumentos não foram utilizados no presente estudo.

⁸ Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta de Orientação Psicanalítica (em formação pelo IEPP – Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia Psicanalítica), Mestre em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS).

em geral, sejam maiores do que os possíveis prejuízos causados aos participantes. Quanto ao presente estudo, seus riscos referiam-se, principalmente, à possibilidade de sofrimento psíquico dos participantes, gerado pela tomada de consciência de conflitos não resolvidos, fantasias e sentimentos negativos ou dolorosos durante a psicoterapia ou as entrevistas. Também pela referência a situações como dificuldades no relacionamento conjugal e mãe-bebê ou pai-bebê. Contudo, acredita-se que os benefícios advindos da psicoterapia foram superiores ao eventual sofrimento psíquico dos participantes. Além disto, nos casos em que se julgou necessária uma continuidade de tratamento psicológico após a psicoterapia breve pais-bebê, eles foram encaminhados para a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS ou para outro atendimento apropriado.

O terceiro princípio ético diz respeito à garantia de confidencialidade e proteção da privacidade. A confidencialidade busca garantir que terceiros não terão acesso aos dados do participante, enquanto a privacidade concerne ao seu direito de não prover algumas informações ao pesquisador. Neste estudo, estes dois direitos foram garantidos no Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), que foi assinado por todos os participantes e será respeitado pelos pesquisadores envolvidos no estudo. Também foi garantido pelos cuidados tomados para não identificação dos participantes, como troca de seus nomes e não divulgação de algumas informações, como profissão e local de trabalho. O estudo *PSICDEMA* foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS (Proc. 200396), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Proc. 03-068) e Grupo Hospitalar Conceição (Proc. 88/03).

Instrumentos e materiais⁹

Ficha de Contato Inicial (GIDEP/NUDIF, 2003f): Esta ficha foi preenchida pelas mães, com o auxílio da pesquisadora, com o objetivo de selecionar os participantes do estudo.

⁹ A descrição que segue dos instrumentos é a mesma contida no projeto *PSICDEMA* (Piccinini et al., 2003), do qual o presente estudo faz parte.

Para tanto, investigou alguns dados demográficos, tais como constituição familiar, idade da mãe, do companheiro e do bebê, escolaridade, profissão, estado civil. Foi também anotado o telefone e/ou endereço para o contato posterior. Cópia no Anexo B.

Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993): o BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes depressivas, cuja intensidade varia de 0 a 3. Esta escala foi desenvolvida a partir de observações clínicas e descrições de sintomas característicos de pacientes depressivos, como um instrumento que objetiva avaliar a intensidade da depressão. A versão em português do BDI resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, 2001; Cunha, Prieb, Goulart & Lemes, 1996). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ($p < 0,001$). Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Estes itens contemplam diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos). Cópia no Anexo C.

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

Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003d): Trata-se de uma entrevista estruturada, cujo objetivo é o de investigar as impressões maternas e paternas sobre a gestação e o parto. A entrevista é composta por dois blocos de questões. No primeiro deles investigam-se diversos aspectos referentes ao período da gravidez, tais como: planejamento e sentimentos da mãe e dos familiares com a notícia da gestação; estado físico e emocional da mãe e do pai nesse período; principais preocupações consigo e com o bebê; mudanças e apoio percebidos. No segundo investiga-se o parto e os primeiros dias após o nascimento do bebê. Entre os aspectos abordados, destacam-se: tipo de parto; ocorrência de complicações; principais preocupações em relação a si mesmo(a) e ao bebê; mudanças percebidas em si mesmo(a) e nos familiares com o nascimento do bebê; sentimentos a respeito das primeiras horas e dias após o nascimento. Durante a entrevista,

realizada de forma semi-dirigida, solicita-se à mãe e ao pai que relatem os seus sentimentos e impressões desde o recebimento da notícia da gestação até os primeiros contatos com o bebê. Suas associações são respeitadas e caso seja necessário um maior aprofundamento a entrevistadora solicita explicações adicionais, com o objetivo de esclarecer suas respostas. Cópias nos Anexos F e G.

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

Entrevista sobre a Experiência da Paternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c): Esta entrevista, também estruturada, composta por cinco blocos de questões, busca investigar o modo como o pai exerce a paternidade e a sua satisfação com este papel. Para tanto, aborda aspectos como o dia-a-dia do pai com o bebê, as atividades realizadas por ele (de cuidado ou recreação), as mudanças em sua vida pessoal e profissional, seus modelos de pai e sua avaliação de sua companheira no exercício do papel de mãe. Durante a entrevista, realizada de forma semi-dirigida, solicita-se ao pai que relate os seus sentimentos e impressões sobre a paternidade desde o nascimento do bebê até o momento da realização da entrevista. Da mesma forma, suas associações são respeitadas e, caso seja necessário um maior

aprofundamento, a entrevistadora solicita explicações adicionais ao pai, com o objetivo de esclarecer suas respostas. Cópia no Anexo I.

Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003b): Esta entrevista estruturada, composta por cinco blocos de questões, busca investigar os sentimentos da mãe a respeito da maternidade, a fim de identificar suas representações a respeito dos temas que constituem a constelação da maternidade (Stern, 1997): 1) vida-crescimento; 2) o relacionar-se primário; 3) a matriz de apoio; e 4) a reorganização da identidade. No primeiro bloco são abordados os sentimentos a respeito de si mesma e do bebê, particularmente no que se refere à rotina de cuidados e à comunicação entre a díade. No segundo investigam-se os sentimentos referentes aos êxitos e dificuldades relacionados à maternidade, bem como as impressões a respeito de mudanças no que se refere a sua identidade como esposa, profissional e filha. No terceiro e no quarto blocos examinam-se os sentimentos a respeito do desempenho e do apoio do companheiro como pai, assim como os sentimentos sobre o apoio recebido por outras pessoas. No quinto bloco investigam-se questões a respeito de cuidados alternativos para o bebê, particularmente no que se refere à creche. Durante a entrevista, realizada de forma semi-dirigida, solicita-se à mãe que relate os seus sentimentos e impressões sobre a maternidade desde o nascimento do bebê até o momento da realização da entrevista. Da mesma forma, suas associações são respeitadas e, caso seja necessário um maior aprofundamento, a entrevistadora solicita explicações adicionais à mãe, com o objetivo de esclarecer suas respostas. Os pontos desta entrevistas que serão examinados neste estudo se referem ao modo como a mãe avalia o apoio recebido do pai e sua participação no dia-a-dia do bebê. Cópia no Anexo J.

Psicoterapia Breve Pais-Bebê: Conforme o exposto na sessão “A psicoterapia breve pais-

bebê no contexto da depressão materna”, várias abordagens compõem o panorama atual das psicoterapias pais-bebê, as quais apresentam uma ampla diversidade de referenciais teóricos e técnicos. Os membros do *PSICDEMA* optaram por utilizar principalmente a abordagem psicodinâmica de Cramer e Palacio-Espasa (1993), juntamente com conceitos de Stern (1997) e da abordagem familiar-sistêmica (Prado, 1996). Essa psicoterapia abrangeu 13 sessões para a Família 1 e 12 para a Família 2, realizadas no LOPI (Laboratório de Observação de Processo Interativos), no Instituto de Psicologia da UFRGS, e foram realizadas, conforme já descrito acima, pela própria autora dessa tese. Esta, além de psicoterapeuta clínica individual, obteve um treinamento teórico e prático específico em relação à teoria e técnica da Psicoterapia Breve Pais-Bebê pelo psicoterapeuta, psiquiatra e supervisor clínico desse estudo, Dr. Luís Carlos Prado. O treinamento teórico consistiu em um total de 30 encontros com um grupo de pesquisadoras integrantes do projeto *PSICDEMA*, do qual a pesquisadora fez parte, e o supervisor. Os encontros ocorreram semanalmente ao longo de oito meses e tiveram a duração de uma hora e meia, totalizando 45 horas. Após esse período teve início a parte prática do treinamento através de supervisão semanal em grupo dos casos clínicos atendidos, o que chegou a um total de cerca de 165 horas de supervisão, num total de mais de 125 encontros. O total, entre treinamento teórico e prático, foram de cerca de 210 horas, ao longo de quatro anos. As compreensões e orientações resultantes dessas supervisões foram também consideradas na análise do caso.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo foi retirado da presente versão desta tese por conter material clínico. Assim, buscou-se garantir a confidencialidade e privacidade do conteúdo referente ao tratamento psicoterápico das famílias que participaram deste estudo.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

Conforme evidenciado pela revisão de literatura inicialmente apresentada, a depressão pós-parto materna está associada a uma série de dificuldades no funcionamento familiar. Embora a participação do pai nessas famílias tenha sido apontada como de fundamental importância, tanto fornecendo apoio emocional e material à mãe – o que beneficiaria a sua saúde – como protegendo a saúde do bebê, existem ainda poucos estudos focalizando a paternidade no contexto da depressão pós-parto materna. Além disto, embora a literatura recomende a participação do pai em intervenções clínicas para mães com depressão (Areias et al., 1996b; Burke, 2003; Clark et al., 2003; Goering et al., 1992; O’Hara et al., 1990), ele costuma ficar de fora desses tratamentos (Burke, 2003), e o modo como se dá a sua participação não tem sido avaliado. Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi examinar como se apresentava a paternidade em um contexto de depressão pós-parto materna, ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê.

Com base na literatura, a expectativa inicial do presente estudo era de que, com relação à experiência da paternidade, a presença de sintomas depressivos na mãe faria com que o pai avaliasse a paternidade como menos satisfatória, uma vez que ele se sentiria sobrecarregado por ter de lidar com as dificuldades emocionais da esposa, e pela necessidade de assumir mais tarefas em relação ao bebê e à casa. Esperava-se, assim, que o bem-estar emocional do pai estivesse prejudicado em função do quadro apresentado pela mãe. Já em relação à prática da paternidade, esperava-se que o pai não provesse o apoio emocional e instrumental demandado pela mãe. Também se esperava que ele não tivesse um grande envolvimento com seus filhos, com pouco envolvimento em tarefas de cuidado físico e afetivo, educação e imposição de limites ao seu comportamento.

Em relação à experiência da paternidade, a análise dos dois casos apresentados revelou similaridades, bem como algumas particularidades. De maneira geral, a expectativa inicialmente formulada para esse estudo foi confirmada. Tanto o pai da Família 1 (Augusto) como o pai da Família 2 (Francisco) avaliaram a paternidade de maneira bastante ambivalente, demonstrando aspectos positivos, mas também aspectos negativos. A satisfação experimentada por ambos os pais dizia respeito ao sentimento de serem bons pais, afetivamente próximos dos seus filhos e tendo grande participação na sua vida. Eles sentiam-se emocionalmente muito conectados aos filhos e, especialmente, ao bebê, percebendo que se comunicavam bem com ele e que eram valorizados e recompensados nessa relação.

Essa satisfação dos pais com um relacionamento física e afetivamente próximo de seus filhos parece não estar restrita ao contexto da depressão pós-parto materna. Ela evidencia uma mudança que tem ocorrido com as prescrições de nossa sociedade a respeito do papel paterno. De acordo com Hewlett (2000), o modo como se compreende a paternidade hoje, nas sociedades ocidentais, é muito distinto de como se compreendia esse papel há algumas décadas. Existe, por parte dos pais, um maior desejo de participação na criação de seus filhos, acompanhado de uma crença na importância dessa relação e na sua capacidade de cuidar de crianças (Anderson, 1996; Hall, 1994; Rezende & Alonso, 1995). No presente estudo, a relação dos dois pais com os seus filhos lhes trazia satisfação, portanto, não apenas pela resposta de afeto por parte das crianças, mas também porque os aproximava desse novo ideal cultural de paternidade.

Outro aspecto que trazia, para esses pais, satisfação com a paternidade, dizia respeito ao seu desejo pelo bebê. Embora os dois pais estivessem bastante ambivalentes, antes da gestação e no início dela, quanto ao desejo de ter esse filho, ambos manifestaram uma grande apreciação e contentamento frente à evolução da gestação e à chegada do

bebê. No caso do pai da Família 1 (Augusto), esse sentimento foi reforçado pela sensação de vitória, em virtude das dificuldades do casal para engravidar. Já para o pai da Família 2 (Francisco), a satisfação foi desencadeada pelo bebê ser um menino, em função do seu desejo de ter um filho homem. De acordo com Leathers & Kelley (2000), a gravidez não desejada para o pai estaria associada a maiores riscos de depressão pós-parto na mãe. No presente estudo, evidenciou-se que, embora o desejo dos pais por essa gravidez não tenha impedido que suas esposas desenvolvessem quadros depressivos, elas manifestaram que perceber que os seus maridos desejavam o bebê havia sido extremamente importante para que elas também desejassem ou aceitassem a gestação.

Contudo, a experiência da paternidade também estava marcada, para esses pais, por aspectos negativos. Ambos sentiam-se afetados pelos sintomas apresentados pelas esposas, mas de maneira bastante distinta. Enquanto na Família 1 o pai (Augusto) sentia-se irritado com as oscilações de humor, irritabilidade e maiores cobranças de sua esposa, na Família 2 o pai (Francisco) sentia-se muito preocupado com as dificuldades apresentadas pela esposa, mostrando-se ansioso, esgotado e impotente por não conseguir diminuir a sua tristeza. Assim, embora esses dados confirmem a expectativa inicial, pois ambos os pais sentiam-se sobrecarregados por terem de lidar com as dificuldades emocionais das mães, na Família 1 o pai incomodava-se mais com o quanto a irritabilidade da esposa em relação a ele havia alterado a sua vida, enquanto na Família 2 o pai se preocupava com o bem-estar emocional da esposa e dos filhos.

Também foram evidenciadas particularidades nas análises das duas famílias do presente estudo com relação às representações do pai sobre o bebê. As representações do pai da Família 2 (Francisco) manifestaram preocupações a respeito dos possíveis efeitos da depressão materna sobre seu filho. Ele percebia que sua esposa tinha dificuldade em atender o filho nos momentos em que estava mais triste ou irritada, e que ela acabava por

passar essa ansiedade para o bebê, que se tornava também mais difícil de lidar. Já o pai da Família 1 (Augusto) não manifestou tais preocupações, descrevendo sua filha como um bebê alegre e tranquilo.

Assim, apenas um dos pais do presente estudo parece corroborar os achados de alguns autores (Clark et al., 2003; Meighan et al., 1999), os quais apontaram que os pais cujas companheiras apresentam depressão pós-parto vivem preocupados com a saúde de suas esposas e filhos, e frustrados por sua incapacidade de aliviar seus sintomas depressivos. Cabe destacar, contudo, que a mãe da Família 2 (Joana) apresentava um quadro bem mais severo que o da outra mãe, com sintomas mais variados, pronunciados e incapacitantes, o que pode explicar, em parte, as maiores preocupações de seu marido (Francisco).

Ainda em relação aos aspectos avaliados como negativos quanto à experiência da paternidade, ambos os pais destacaram um conflito entre a necessidade de trabalhar mais, em função do acréscimo de despesas gerado pelo bebê, e o desejo de ficar mais tempo em casa, participando da sua rotina e acompanhando seu desenvolvimento. Daly (1996) afirmou que esse tipo de conflito é experimentado por muitos pais, sendo vivido como uma dissonância entre a paternidade ideal e a real, a qual gera a sensação de não estar atendendo às expectativas – próprias e colocadas pelos outros – e culpa por ficar pouco tempo com seus filhos.

O pai da Família 1 (Augusto) destacou também certa insatisfação por sentir-se colocado em segundo plano pela esposa, quem estaria sendo “apenas mãe”. Também percebia ter pouco tempo para si, para dedicar a atividades de lazer ou ao descanso, por ter que dividir seu tempo entre o trabalho e a filha. Esses aspectos, os quais não estavam diretamente relacionados aos sintomas depressivos da mãe, não foram destacados pelo pai da Família 2 (Francisco). Contudo, diversos estudos têm apontado que esses sentimentos se

mostram, com freqüência, presentes nos pais nos primeiros meses após o nascimento do bebê (Brazelton, 1988; Krob, 1999; Stern, 1997). Isso ocorreria, de acordo com Cramer e Palacio-Espasa (1993), porque, com o nascimento de um filho, o casal precisa passar de uma relação de dois para uma relação de três, o que reedita a situação edípica, com a possibilidade de que um dos pais se sinta o terceiro excluído. Esse sentimento seria geralmente sentido pelo pai em função da relação inicial muito próxima entre mãe e bebê. Na Família 2, o casal (Francisco e Joana) já tinha duas filhas, sendo uma já adolescente, tendo passado por essa transição há mais tempo. Já na Família 1, por sua vez, o casal (Augusto e Marília) estava tendo seu primeiro filho, e o pai estava se ressentindo dessas mudanças.

Outro aspecto bastante destacado nas duas famílias em relação à experiência da paternidade refere-se às representações dos pais em relação aos seus próprios pais. Os dois pais do presente estudo tinham relações muito próximas com suas famílias de origem, e mostravam admiração por seus pais. Contudo, o pai da Família 1 (Augusto) referia ter seu pai como um modelo de paternidade, por ele ser bastante afetivo, carinhoso, embora o considerasse um pouco falho quanto aos limites: ele não sabia dizer não. O pai da Família 2 (Francisco), por sua vez, não considerava seu pai um bom modelo, por acreditar que ele havia sido muito distante durante sua infância. Também o considerava bastante rígido, autoritário. Desse modo, embora por razões opostas, nenhum dos dois pais considerava seu próprio pai um modelo quanto à educação e colocação de limites para os filhos: Augusto por seu pai ser muito liberal, e Francisco por seu pai ser muito rígido. Essa falta de referências refletiu-se nas dificuldades dos pais em colocarem limites para seus filhos, as quais serão discutidas posteriormente. Em estudo anterior realizado pela autora (Silva, 2003), também foi verificado que os pais, embora considerassem, muitas vezes, seus próprios pais bons modelos, acreditavam que esse referencial não era suficiente para

mostrar-lhes como ser e agir como pais. Isso ocorria ou porque eles observavam falhas em seus pais, ou porque percebiam que a cultura a respeito do papel do pai havia mudado, sendo exigidas deles atitudes que não eram esperadas de seus pais.

Contudo, o aspecto mais marcante na relação dos pais com suas famílias de origem dizia respeito a uma falta de barreiras. Ambos os pais examinados no presente estudo eram ainda muito próximos de seus pais e mães, de uma maneira que reduzia a sua autonomia como pais de família. Na Família 1, o pai (Augusto) mostrava-se ainda muito dependente de seus pais, agindo como um filho adolescente – a mãe o protegia, buscava-o em bares e, por vezes, pai e mãe acobertavam seu comportamento de sua esposa – e, na Família 2, o pai (Francisco) era submisso aos pais, dando sempre prioridade às necessidades deles sobre as necessidades de sua esposa e filhos. Assim, esses pais estavam muito mais identificados com o papel de filhos do que de pais, o que denunciava uma dificuldade no processo de transição para a parentalidade.

Para tornar-se pai não basta, de acordo com Houzel (2004), procriar ou ser designado como pai. É necessário converter-se em pai, o que, conforme o autor, se alcançaria através de um processo complexo que implica os níveis consciente e inconsciente do funcionamento mental. Um dos principais movimentos desse processo se dá pela necessidade de assumir o papel parental, o que reaviva as identificações boas e más do pai com seus próprios pais (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Isso não implica, necessariamente, entrar em conflito com seus pais ou tornar-se distante deles, e nem igual a eles, o que dependerá da qualidade das identificações com a função parental realizadas durante toda a infância. Essa transição se refere a uma mudança na maneira de relacionar-se com os pais, que assumirá um tom menos hierárquico, mais igualitário. E é essa mudança que não foi apresentada pelos dois pais acompanhados no presente estudo. De acordo com Cramer e Palacio-Espasa (1993), a perda do estatuto de filho, por ter se

tornado pai, constitui um luto desenvolvimental, o qual será mais suave ou mais intenso de acordo com as características dessa relação. Em alguns casos, deixar o lugar de filho é sentido pelo jovem pai como um abandono por parte dos seus próprios pais, levando a defesas contra esse sentimento e, inclusive, contra o desencadeamento de um quadro depressivo, comum nesses casos. No presente estudo, pode-se pensar que ambos os pais tinham relações bastante fusionadas com seus pais, as quais vinham repetindo, em alguma medida, com seus filhos. Esse padrão de relação poderia estar tornando a saída do lugar de filho mais difícil, o que, por sua vez, trazia prejuízos para sua experiência da paternidade, e também para seus comportamentos e funções paternas.

De modo geral, percebe-se que a experiência da paternidade compreendia, para os pais que fizeram parte desse estudo, uma série de insatisfações, dificuldades e ansiedades. Retomando a expectativa inicial, de que o bem-estar emocional dos pais estivesse prejudicado em função do quadro apresentado pelas mães, destaca-se, contudo, que as dificuldades dos pais não se restringiam às repercussões dos sintomas depressivos de suas esposas. Ambos os pais apresentavam um histórico de problemas emocionais, com quadros psiquiátricos inclusive mais graves do que os apresentados pelas mães: na Família 1, o pai (Augusto) era alcoolista e dependente químico, o que parecia estar encobrindo um transtorno de humor; e na Família 2, o pai (Francisco) tinha um histórico de depressão grave e síndrome do pânico. Essas características de personalidade dos pais afetavam não apenas a sua experiência, como também a prática da paternidade.

Quanto à prática da paternidade, uma das expectativas desse estudo era de que os pais não conseguissem oferecer o apoio emocional e instrumental demandado pela mãe. Novamente, acredita-se que essa expectativa foi apenas parcialmente confirmada. No presente estudo, ambos os pais (Augusto e Francisco) eram importantes fontes de apoio instrumental para as mães, preocupando-se em auxiliá-las ao máximo com as tarefas

domésticas e o cuidado dos filhos nos momentos em que estavam em casa. A importância desse apoio instrumental do pai, durante o puerpério, na prevenção de dificuldades emocionais das mães tem sido destacada pela literatura (Levy-Shiff, 1994; Romito et al., 1999). Contudo, no presente estudo os dois pais permaneciam pouco tempo em casa, e as mães sentiam-se bastante sobrecarregadas por serem as responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos, apesar de apreciarem o auxílio do companheiro.

No caso da Família 1, o pai (Augusto) ainda apresentava limitações importantes quanto ao apoio instrumental no que diz respeito à organização de questões práticas, como manutenção da casa, e, especialmente, das finanças da família. Ele mostrava-se imaturo e irresponsável em relação a isso, deixando a mãe encarregada de dar conta de todas as questões práticas de organização da casa. De acordo com Winnicott (1960/1983) e Stern (1997), a principal função do pai no puerpério seria afastar a mãe das exigências da realidade externa, criando o ambiente para que ela possa regredir ao estado de preocupação materna primária. Apoiando-se nas proposições de Winnicott, Bornholdt (2006) afirmou que, para que a mãe possa entregar-se à simbiose e à dedicação de seu corpo e mente ao bebê, ela precisa de um pai que dê conta da realidade externa. No caso do pai da Família 1 (Augusto), ele não conseguiu prover esse apoio à sua esposa nos primeiros momentos de vida da filha. Acredita-se que isso tornou mais difícil, para a mãe, a experiência da maternidade, pela necessidade de preocupar-se com muitas coisas além do bebê.

No que diz respeito ao apoio emocional dos pais às mães, a expectativa inicial desse estudo foi confirmada. Nas duas famílias, os pais demonstraram grandes dificuldades em apoiar emocionalmente suas esposas. Em ambos os casos, embora mais claramente na Família 2 (Francisco), percebeu-se uma tentativa do pai de compreender o comportamento de sua esposa e auxiliá-la, conversando com ela a respeito das questões que a preocupavam e evitando discussões e conflitos. Contudo, em virtude de suas próprias dificuldades

emocionais, os pais muitas vezes não conseguiam conectar-se à necessidade de apoio emocional por parte da mãe e acolhê-la, e ainda potencializavam sua tristeza e ansiedade.

Embora eles se comportassem de maneira bastante distinta, os dois pais investigados no presente estudo tinham em comum um alto grau de ansiedade, e dificuldade em lidar com ela apropriadamente. Enquanto no pai da Família 1 (Augusto) isso se manifestava por um comportamento impulsivo e com uma tentativa de manter-se mais calmo através de adições, o pai da Família 2 (Francisco) tinha crises de angústia, de pânico e mostrava-se uma pessoa tensa, sempre muito preocupada. De qualquer modo, nenhum dos pais conseguia exercer a importante função de conter as ansiedades, fantasias e medos da mãe, as quais normalmente são exacerbadas pela condição especial do puerpério e, nos casos apresentados, eram ainda aumentadas por outras dificuldades.

O apoio emocional por parte do pai tem sido destacado, nos estudos a respeito de depressão puerperal, como bastante importante para a mãe. De acordo com Goering et al. (1992), o apoio emocional oferecido pelo marido, conforme percebido pela mulher com depressão pós-parto, tem tal importância que ele seria um melhor indicador do prognóstico da esposa do que as características clínicas do seu quadro. A esse respeito, Burke (2003) afirmou que o apoio emocional do parceiro protegeria mulheres com histórico de depressão de terem uma recaída no período puerperal. Cabe destacar que a importância do apoio emocional por parte do pai não se restringe aos casos de depressão pós-parto. Winnicott (1966) afirmou que, no puerpério, uma das principais funções do pai seria “ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito” (p. 129). Essa função, para o autor, teria maior importância do que a participação do pai em cuidados do bebê.

Algo que merece destaque quanto às famílias que participaram desse estudo é que os pais, apesar de suas dificuldades, constituíam-se na principal fonte de apoio instrumental e emocional das mães. Nenhum dos casais recebia apoio da família de origem

da mãe, podendo contar apenas com a família do pai. Mesmo assim, em função de dificuldades de relacionamento com essas famílias, esses casais sentiam-se bastante sozinhos, e as mães contavam basicamente com seus maridos para apoiá-las em todos os aspectos. Stern (1997) afirmou que, com o progressivo afastamento, que tem sido observado nas sociedades ocidentais, da família nuclear em relação à família extensa, o pai teve de absorver uma maior responsabilidade como matriz de apoio, tendo de atender a funções que, antigamente, eram absorvidas pelas avós ou outras figuras femininas. Nesse sentido, destaca-se a importância de que o pai esteja emocionalmente saudável durante o puerpério, e que, caso ele apresente dificuldades, possa contar com algum tipo de apoio e assistência emocional.

Ainda em relação à prática da paternidade, outra expectativa desse estudo era de que os pais cujas mães apresentassem depressão pós-parto não tivessem um grande envolvimento com seus filhos, realizando poucas tarefas de cuidado físico e afetivo, com dificuldades na imposição de limites ao seu comportamento. Quanto ao envolvimento, essa expectativa não foi confirmada. Ambos os pais mostraram-se muito envolvidos com o bebê, manifestando interagir com ele de diversas maneiras: trocavam fraldas, alimentavam o bebê, levavam às consultas médicas, davam remédio, acalmavam, faziam-no dormir, dentre muitas outras atividades de cuidado, além de brincar e passear. Esse amplo envolvimento também era verificado em relação aos seus filhos mais velhos, e corrobora os achados de Meighan et al. (1999), os quais verificaram que a depressão da mãe gerava um aumento do envolvimento do pai nos cuidados dos filhos e nas atividades domésticas. No entanto, os autores afirmaram que esse maior envolvimento era avaliado pelos participantes de forma negativa, como algo exaustivo, o que não foi verificado no presente estudo. Os dois pais demonstravam muito prazer por participar da rotina de seus filhos e acompanhar seu desenvolvimento, desejando, inclusive, poder participar ainda mais.

Contudo, o tempo em que os pais estavam em casa e, portanto, acessíveis para a realização de atividades de cuidado e lazer com os filhos, era muito restrito. No caso da Família 1, no início da psicoterapia o pai (Augusto) tinha alguns turnos disponíveis durante a semana, nos quais ficava com a filha, além das noites e dos finais de semana. Posteriormente ele assumiu um novo emprego e passou a ter apenas os finais de semana com a filha. Na Família 2, por sua vez, o pai (Francisco) tinha disponíveis as noites e os finais de semana. Durante o dia, porém, ele saía do trabalho para levar os filhos (especialmente as mais velhas) aos seus compromissos ou buscá-los e levar para casa.

Apesar da pequena acessibilidade, o envolvimento de ambos os pais com seus filhos, e especialmente em relação ao bebê, era muito apreciado pelas mães. Elas se sentiam apoiadas por eles e menos sobrecarregadas pelos cuidados do bebê. Esse achado confirma as proposições de Levy-Shiff (1994) de que o envolvimento paterno em cuidados do bebê seria muito apreciado pela mãe, tanto porque ele reduz a sobrecarga sobre ela, permitindo que ela realize outras atividades que lhe dêem prazer, quanto porque a mãe vê o envolvimento do pai com o bebê como um ato de amor e carinho também em relação a ela.

Quanto à importância do envolvimento paterno para o desenvolvimento emocional do bebê em situações de depressão pós-parto materna, diversos autores (Burke, 2003; Field, 1998; Goodman & Gotlib, 1999; Roggman et al., 2002) afirmaram que um pai não deprimido, e que atuasse como cuidador, proporcionaria ao bebê cuidados e estimulação adequados às suas necessidades, diminuindo os efeitos negativos da interação com uma mãe pouco responsiva ou intrusiva. Ao contrário, eles aumentariam os riscos de desenvolvimento de psicopatologias em filhos de mães com depressão pós-parto caso eles fossem ausentes, pouco participativos, ou também apresentassem psicopatologia. Embora os dois pais do presente estudo tivessem um amplo envolvimento com seus bebês, ambos apresentavam severas dificuldades emocionais. Assim, esses pais provavelmente não se

constituíam em fatores de proteção à saúde emocional de seus filhos, podendo, em muitos momentos, ter uma relação mais prejudicada com o bebê do que a mãe, em função, principalmente, de sua intensa ansiedade. Destaca-se, a esse respeito, a importância da intervenção realizada com essas famílias, uma vez que seus filhos viviam uma situação de risco ao seu desenvolvimento psíquico.

Quanto ao desempenho da função paterna no que se refere à possibilidade de dar limites adequados ao filho e colocar-se como figura de autoridade e como um modelo, a análise realizada no presente estudo revelou que ambos os pais tinham muitas limitações nessa função, embora por razões diferentes. Na Família 1, o pai (Augusto) apresentava como uma de suas principais características uma grande dificuldade em aceitar limites e frustrações, sendo impulsivo e privilegiando o prazer sobre as responsabilidades. Essa característica se refletia em uma não imposição de barreiras para seus filhos, a qual parecia já estar influenciando o comportamento do bebê. Além disso, em função do comportamento imaturo do pai e, especialmente, do uso abusivo de bebidas e drogas, ele se tornava enfraquecido como autoridade e como modelo. A mãe não o valorizava e não o respeitava, e ele também não tinha grande interesse em se impor, preferindo permanecer sob o comando das decisões da esposa.

Já quanto à Família 2, as dificuldades do pai (Francisco) em colocar limites aos filhos correspondiam, ao menos em parte, a uma excessiva necessidade de protegê-los, a qual parecia ter origem nas ansiedades e medos do pai. Também se relacionava ao tipo de relação que ele tinha com os seus próprios pais, e que estabeleceu com a esposa: relações fusionadas, sem limites e barreiras adequados. Desse modo, assim como ele tinha dificuldade em portar-se como pai frente aos seus pais, dizendo não e priorizando, quando necessário, a sua família, tinha também dificuldade em portar-se como pai frente às suas

filhas. Além disso, conforme discutido anteriormente, nenhum dos pais via seu próprio pai como um modelo adequado quanto à educação e colocação de limites aos filhos.

Assim sendo, essa dificuldade dos dois pais no exercício da função paterna constituía-se não apenas em um risco para o desenvolvimento de seus filhos, mas também em mais um fator de sobrecarga para as mães. Conforme exposto por Winnicott (1966), o pai tem, como uma de suas funções, de dar apoio moral à mãe, sendo um esteio para sua autoridade. O autor destacou que a mãe é capaz de ser a principal figura de autoridade para seus filhos, mas que, se ela tiver de fornecer todo o elemento de fortaleza ou rigor na vida dos filhos, além do amor, esse será um fardo pesado a suportar sobre os seus ombros. No caso das famílias analisadas no presente estudo, percebeu-se que ambas as mães (Marília e Joana) sentiam-se realmente cansadas por serem as únicas figuras que colocavam limites aos seus filhos, tendo de absorver todo o estresse gerado por essa tarefa. Esse aspecto também era sentido como uma grande restrição do apoio emocional e instrumental oferecido a elas pelo pai.

Quanto à prática da paternidade, portanto, evidenciou-se uma grande similaridade nos dois casos analisados. Os dois pais mostraram-se muito presentes e participativos no nível dos comportamentos paternos, realizando uma série de atividades de cuidado de seus filhos, sendo muito afetivos e próximos dos bebês, bem como muitas atividades domésticas. Assim, eles eram boas fontes de apoio instrumental, embora na Família 1 o pai (Augusto) tivesse algumas restrições nas questões relativas à responsabilidade, organização e planejamento. No entanto, ambos eram muito falhos no nível das funções paternas, não conseguindo dar à mãe o apoio emocional de que ela necessitava, nem dar aos filhos a contenção, os limites e a autonomia, função esta que corresponderia principalmente à figura do pai.

Outro aspecto que mereceu destaque no presente estudo diz respeito à participação do pai na psicoterapia. Nesse ponto, os pais manifestaram atitudes bastante distintas. Na psicoterapia realizada com a Família 1, o pai (Augusto) participou de quatro das treze sessões, tendo demonstrado sempre muito resistência a fazer parte do tratamento. Embora reconhecesse sua necessidade de se tratar, acreditava que suas dificuldades deveriam ser vistas em uma psicoterapia individual, e não em conjunto com sua esposa e filha. Realmente, a opção terapêutica mais adequada para esse pai era uma psicoterapia individual, associada à medicação, para que ele pudesse suportar a abstinência de álcool e drogas. Contudo, ele não tornava a buscar o psiquiatra com o qual estava se tratando (havia interrompido a psicoterapia há vários meses) e não buscava outro profissional.

Sua ausência na maior parte das sessões teve duas conseqüências principais: o sentimento da esposa de estar sobrecarregada por ser a única responsável pelo processo de mudança da família; e a impossibilidade de que eu abordasse mais consistentemente os aspectos relativos à paternidade. Quanto a este último ponto, acredita-se que a psicoterapia produziu mudanças apenas em relação à responsabilidade desse pai com a questão financeira, pois ele pôde buscar um novo emprego que garantiu mais estabilidade financeira para a família, além de dar-lhe uma rotina mais organizada. Essa mudança foi percebida por sua esposa como um acréscimo, por parte do pai, de apoio instrumental e também emocional a ela, uma vez que ela via no pai uma maior responsabilização pela família. Suas demais dificuldades não tiveram oportunidade de serem aprofundadas.

No caso da segunda família atendida, por sua vez, o pai (Francisco) participou de todas as sessões de psicoterapia da família. Além disso, destacou-se o seu incentivo para que a esposa buscasse essa oportunidade de tratamento e, posteriormente, para que ela se mantivesse em psicoterapia. O apoio desse pai à manutenção da psicoterapia ligava-se não apenas às suas preocupações com o bem-estar da esposa, mas também ao seu temor de que

as dificuldades emocionais dela, bem como as suas próprias, trouxessem conseqüências negativas para seus filhos.

Acredita-se que, para essa família, a psicoterapia breve propiciou algumas mudanças em relação à paternidade. Quanto à experiência, foram observadas pequenas mudanças nas representações do pai acerca da paternidade. O pai se mostrava, ao final do processo, mais tranqüilo em relação ao seu lugar como pai, considerando-se um pai melhor, mais seguro e menos impulsivo. Ele buscava pensar e conversar com sua esposa antes de tomar decisões que pudessem afetar sua família e seus filhos, esforçando-se para não ser levado pela ansiedade a atitudes impensadas.

Em relação às representações do pai (Francisco) acerca dos filhos, buscou-se trabalhar, durante a psicoterapia, as suas intensas inseguranças e ansiedades, apontando-se que os diversos sintomas das crianças estavam refletindo sua dificuldade em lidar com as ansiedades de seus pais, e não graves distúrbios ou doenças. Acredita-se que algumas pequenas mudanças nesse sentido foram alcançadas, o que trouxe alterações tanto na experiência da paternidade quanto no apoio emocional do pai à mãe. Ao sentir-se mais tranqüilo em relação aos filhos, ele também conseguia passar à esposa uma sensação de maior segurança e tranqüilidade. Contudo, conforme referido anteriormente, essa reação de grande ansiedade frente aos problemas era um aspecto sedimentado na personalidade do pai, o qual dificilmente poderia ser alterado por uma psicoterapia breve pais-bebê.

Ainda assim, destacaram-se mudanças nas representações desse pai (Francisco) a respeito do bebê. Seu filho, que era visto como um bebê de saúde frágil e temperamento difícil, passou a ser caracterizado pelo pai como um bebê saudável, ativo e esperto. Ao final da psicoterapia, o pai mostrava-se ainda mais conectado ao bebê, muitas vezes auxiliando a mãe a interpretar de maneira mais correta as comunicações do filho.

Outra mudança observada nesse caso dizia respeito às representações do pai (Francisco) a respeito dos seus pais. Ao final do tratamento, ele estava conseguindo dizer alguns “nãos” aos seus pais, privilegiando a sua família em determinadas ocasiões. Essa mudança teve algumas repercussões. A primeira foi que os seus pais passaram a ser vistos por ele como menos autoritários e controladores pois, no momento em que o pai decidiu, em favor de sua família, algo diferente do que o sugerido por seus pais, eles apoiaram a sua decisão. A segunda repercussão, no âmbito da prática da paternidade, foi que sua esposa (Joana) se sentiu mais apoiada pelo marido, tanto no aspecto instrumental quanto emocional. Ela passou a perceber que não ficava mais sempre em segundo plano para o marido, o qual estava realmente assumindo o papel de pai de família. Nesse sentido, Barrows (1999) afirmou que, muitas vezes, os tratamentos pais-bebê têm a função de ajudar o pai a ter mais segurança no papel paterno. Isso traria benefícios não apenas para o pai, que teria as suas capacidades mais asseguradas, mas também para a mãe, pois ele teria maiores condições de ser um continente apropriado para a díade mãe-bebê.

Foram também verificadas algumas semelhanças quanto ao modo como os pais desse estudo participaram da psicoterapia. Em ambos os casos, observou-se que o pai trazia para as sessões conteúdos que a mãe ainda não estava conseguindo abordar, ou pontos de vista distintos do dela, além de informações adicionais e a descrição do seu quadro no período entre as sessões. Essas contribuições do pai enriqueceram o tratamento e viabilizaram que eu abordasse questões que talvez não fossem trazidas pela fala da mãe, ou somente aparecessem tardiamente no tratamento, o que foi fundamental por tratar-se de uma psicoterapia breve.

Outro aspecto comum entre os casos foi que, em algumas sessões, os pais monopolizaram o espaço oferecido à família expondo seus pontos de vista, suas preocupações e ansiedades, mostrando-se muito centrados nas questões do seu mundo

interno. Assim, não davam possibilidade a que as necessidades emocionais da mãe fossem exploradas na psicoterapia, prevalecendo as suas próprias ansiedades sobre suas preocupações com o bem-estar dela. Nesses momentos, cabia a mim incluir novamente a mãe na sessão, o que também tinha uma função terapêutica em relação ao pai: servindo como um modelo, eu mostrava-lhe que era importante sair do seu mundo interno, em algumas ocasiões, para ver e ouvir a mãe.

A análise do modo como ambos os pais desse estudo participaram da psicoterapia permitiu uma reflexão a respeito da importância da participação do pai na psicoterapia breve pais-bebê no contexto da depressão pós-parto materna. Acredita-se que, embora o pai costume estar sempre presente na psicoterapia pais-bebê através do discurso da mãe, conforme observado nas sessões da Família 1 das quais ele não participou, a presença concreta do pai na sessão permite que sejam trabalhados com ele aspectos relativos à paternidade, auxiliando-o a apoiar emocionalmente e instrumentalmente à mãe. Conforme referido acima, foram verificadas mudanças mais consistentes quanto à experiência e à prática da paternidade na Família 2, na qual o pai participou de todo o tratamento. Tais mudanças refletiram-se não apenas na satisfação e saúde emocional do pai, mas também da mãe. Esse achado confirma as proposições de diversos autores (Areias et al., 1996b; Burke, 2003; Clark et al., 2003; Goering et al., 1992; Klitzing, 2003). Conforme Klitzing (2003), a compreensão de que o pai é importante desde o início da vida do bebê leva à necessidade de que o pai seja incluído nas psicoterapias pais-bebê, e também com crianças pequenas, tanto como o terceiro objeto nas representações da mãe e da criança, quanto como uma pessoa real. Especificamente em relação à depressão pós-parto materna, Clark et al. (2003) afirmaram que a introdução do bebê e do companheiro no tratamento pode reduzir o estresse da mãe ao apoiar o desenvolvimento da competência do casal nos papéis de pais e cônjuges.

A participação do pai na psicoterapia também teve a função de diminuir a sensação da mãe de ser a única responsável pelo processo de mudança da família. Além disso, observou-se que o incentivo da terapeuta para que o pai participasse do tratamento, bem como as intervenções relativas a ele durante o processo, reduziam a culpabilização sobre a mãe com depressão pelas dificuldades da família, pois demarcavam a implicação do pai, bem como da maneira como estava organizada a relação pai-mãe, no funcionamento familiar. Nesse sentido, Lamour e Letronnier (2003) afirmaram que o funcionamento do pai em relação à parentalidade está intimamente ligado aos funcionamentos da mãe e do bebê. As suas dificuldades, portanto, precisariam ser compreendidas e trabalhadas, preventiva e/ou terapeuticamente, no contexto familiar.

Em relação à técnica, a presença do pai na sessão facilita o trabalho da terapeuta por permitir que ela visualize a interação entre pai, mãe e bebê. Desse modo, observa-se a atuação de dificuldades da tríade e das duplas pai-mãe e pai-bebê no tratamento, as quais podem ser trabalhadas no aqui e agora da sessão (cf. Cramer & Palacio-Espasa, 1993). A participação do pai também viabiliza que a terapeuta tenha acesso a mais informações sobre o funcionamento familiar, pois ele, muitas vezes, aborda conteúdos não expostos pela mãe, ou expõe um ponto de vista distinto. Essas características são importantes principalmente por se tratar de uma abordagem terapêutica breve, pois dão agilidade ao tratamento. Além disso, Barrows (1999; 2003) destacou a importância de que, sempre que o tratamento envolva questões de um bebê ou criança pequena, se conte com a participação do pai e da mãe. De acordo com o autor, isso seria fundamental porque as fantasias do pai e da mãe a respeito do bebê costumam ser complementares, reforçando-se mutuamente. Assim, não seria suficiente trabalhar para alterar as representações da mãe, pois as do pai continuariam estimulando o funcionamento até então existente. Embora, no presente estudo, a busca de atendimento não tenha ocorrido em função de sintomas do bebê, e sim

da depressão da mãe, o foco principal do trabalho era a relação mãe-pai-bebê. Portanto, considera-se pertinente essa recomendação de Barrows (1999; 2003).

Contudo, acredita-se que a presença do pai em todas as sessões não deve ser uma imposição. É importante que a mãe seja respeitada caso não aceite a participação do pai, pois observou-se que ele, algumas vezes, domina o espaço da psicoterapia. Isso, em alguns casos, pode ser prejudicial ao tratamento da mãe, não possibilitando que as questões do seu mundo interno sejam adequadamente abordadas. Além disso, o presente estudo evidenciou que a ajuda do pai durante a psicoterapia está muito ligada à sua capacidade de conectar-se emocionalmente à mãe. Deve-se, portanto, considerar sempre qual seria a melhor indicação para cada família. De qualquer forma, acredita-se que seria importante que o pai participasse sempre de pelo menos uma sessão, para que, então, a psicoterapeuta pudesse avaliar a importância da continuidade de sua participação.

Ao final desse estudo, cabe destacar algumas de suas limitações. A primeira delas se refere à pequena participação do pai na psicoterapia realizada com a Família 1. Essa pequena participação gerou, para o tratamento, uma redução da possibilidade de alterar as questões relativas à paternidade. Quanto ao presente estudo, trouxe uma menor disponibilidade de informações a respeito desse pai e, especialmente, da sua função na psicoterapia. Assim, a análise da Família 2 mostrou-se mais rica. Por outro lado, essa característica deu maior amplitude à discussão, uma vez que expunha um aspecto bastante divergente entre os pais. Além disso, a exclusão de famílias em função da falta de motivação do pai em participar da psicoterapia faria com que não fossem analisados justamente os representantes da maior parcela de casos, uma vez que, dos participantes do estudo maior do qual o presente trabalho faz parte, que atendeu 22 famílias, apenas em três casos os pais participaram de todas as sessões.

Outra possível limitação desse estudo refere-se a este não ter abordado o processo psicoterapêutico, especialmente em relação aos fatores de mudança quanto à paternidade e à dinâmica familiar como um todo. Esse ponto não se constituía em um foco desse estudo, mas destacou-se como um aspecto a ser considerado em futuras investigação, as quais deveriam investigar cuidadosamente o processo psicoterápico, examinando os fatores dinâmicos e técnicos implicados.

Uma terceira limitação do presente estudo diz respeito a que, embora ele tenha se baseado em grande quantidade de material, esse se restringia a dois casos. Acredita-se que outras famílias poderiam funcionar de maneira bastante distinta, trazendo informações complementares ou mesmo conflitantes quanto à paternidade nesse contexto. Contudo, não se tem a intenção de generalizar os resultados desse estudo para outras famílias, construindo uma descrição típica da paternidade em situações nas quais a mãe apresenta depressão pós-parto. Mas acredita-se que, ao explorar e descrever a experiência dessas duas famílias, pôde-se contribuir para uma construção teórica que servirá de base para novas investigações.

Considerações Finais

Ao final do presente trabalho, é possível tecer algumas considerações quanto à relação entre depressão pós-parto materna e paternidade. O principal aspecto que se destacou nos dois casos analisados foi que, embora divergissem em vários aspectos, ambos os pais mostraram-se muito presentes e ativos no nível dos comportamentos paternos e muito ausentes no nível das funções paternas. Conforme discutido anteriormente, ambos estavam satisfeitos com seu envolvimento e com a relação afetiva com os filhos, sendo pais muito próximos, que exerciam diversas tarefas de cuidado do bebê, além de auxiliarem suas esposas em tarefas domésticas. Apresentavam, porém, muita dificuldade

na determinação de limites adequados aos filhos, não se colocando como um modelo de autoridade e de segurança.

Ainda quanto às funções paternas, evidenciou-se, especialmente, a dificuldade dos pais no apoio emocional às mães. Estas tinham, conforme já discutido, razões diferentes. Na Família 1, o pai (Augusto) mostrava-se bastante centrado em suas próprias dificuldades, sequer conseguindo enxergar, na maior parte do tempo, que sua esposa necessitava de apoio emocional. Já o pai da Família 2 (Francisco) preocupava-se muito com as dificuldades da esposa e tentava ajudá-la, mas ele era tão ou mais ansioso do que ela, não conseguindo dar-lhe o suporte adequado. Ambos os pais eram emocionalmente frágeis, e nenhum dos dois era capaz de acolher e conter as ansiedades, fantasias e temores das mães. E essa impossibilidade dos pais em oferecer suporte emocional às mães mostrou-se a principal queixa delas em relação aos maridos.

Evidenciou-se, portanto, que o envolvimento do pai com os cuidados da criança e seu auxílio à mãe em tarefas práticas é bastante importante para proteger a saúde emocional da mãe, pois reduz a sobrecarga sobre ela. Mas, ao menos no puerpério, isso parece não ser suficiente. É importante também que ele possa conectar-se às necessidades emocionais da mãe e dividir com ela a carga emocional desse período. Destaca-se, dessa forma, a importância da função paterna de apoio.

A função de apoio do pai à mãe foi bastante enfatizada por Stern (1997). De acordo com o autor, o pai precisaria oferecer o apoio “que estrutura e protege a mãe em seu relacionamento inicial com o bebê” (p. 177). Ele realizaria essa tarefa afastando a mãe das exigências da realidade externa, provendo suas necessidades vitais e protegendo-a fisicamente, a fim de que ela possa dedicar-se inteiramente ao bebê. De modo semelhante, Winnicott (1960/1983) afirmou que, inicialmente, a principal função do pai seria lidar com o ambiente externo para que a mãe não precisasse se envolver com ele, criando o ambiente

para que ela possa regredir ao estado de preocupação materna primária. Esses autores, contudo, centraram-se no apoio mais prático do pai à mãe, o qual, embora seja fundamental, não abarca todo o apoio de que ela necessita durante o puerpério.

A noção de apoio do pai à mãe nos primeiros momentos de vida do bebê foi ampliada por Bornholdt (2006), a qual considerou a função do pai de ser um continente da mãe, dando-lhe respaldo material e psicológico para que ela possa dedicar corpo e mente ao bebê. O conceito de continência foi cunhado pelo psicanalista Wilfred Bion, referindo-se, de maneira muito sucinta, à disponibilidade da mãe para receber a carga de necessidades, angústias e desejos que o bebê, inicialmente, não consegue processar (cf. Zimmerman, 2004). Essa também seria a principal função do analista, ou psicoterapeuta, em relação aos seus pacientes. Com base nas proposições de Bornholdt (2006) e nos achados do presente estudo, acredita-se que, durante o período puerperal, o pai também teria uma função de continente em relação às necessidades, angústias, fantasias e desejos da mãe, as quais estão exacerbadas e regredidas pelas características próprias a esse momento especial. Ele precisaria receber as ansiedades da mãe e apaziguá-las, auxiliando-a a fazer o mesmo em relação ao bebê. Os pais que participaram desse estudo não eram capazes de realizar essa tarefa: eles não podiam acolher as ansiedades da mãe, as quais eram exacerbadas pelas suas próprias.

Assim, para o bem-estar de um novo bebê, é realmente importante que o pai possa dar apoio à mãe nesse novo papel (Fletcher et al., 2006). Mas, para tal, é preciso que ele disponha de recursos emocionais. Cabe questionar a possibilidade do pai de exercer essa tarefa, uma vez que ele também é mobilizado pelas questões do puerpério. Stern (1997) afirmou que o pai teria dificuldade em exercer a função de apoiar psicologicamente a mãe nesse período, uma vez que ele, tanto quanto a mãe, não tem experiência na tarefa de lidar com seu novo bebê. Essa seria, de acordo com o autor, uma função das figuras femininas

importantes para a mãe (principalmente sua própria mãe e avó), a qual o pai acabaria assumindo em função de não poder contar com essas figuras, o que condiz com o que foi observado nos dois desse estudo. O pai, portanto, estaria tendo de assumir, hoje, uma função para a qual não está necessariamente preparado. Isso evidencia, mais uma vez, a importância de intervenções psicológicas que contemplem as necessidades emocionais não só das mães, mas também dos pais durante a preparação para a chegada de um filho e no puerpério.

Outro aspecto que merece destaque ao final dessa discussão é que, apesar da relevância da falta de apoio emocional do pai à mãe, em nenhum dos casos analisados nesse estudo se poderia afirmar que essa falta de apoio, ou qualquer aspecto da experiência ou prática da paternidade, causou a depressão das mães. As dificuldades emocionais das mães estavam relacionadas a uma série de questões que sequer restringiam-se às dificuldades do puerpério, tendo sido exacerbadas, mas não geradas pela chegada do bebê. Acredita-se, contudo, que o modo como os pais viviam a paternidade, especialmente em relação à função paterna, aumentava a gravidade e dificultava a remissão do quadro apresentado por suas esposas.

De modo semelhante, questiona-se os estudos que abordam as repercussões da depressão pós-parto materna sobre o pai, afirmando que os sintomas de depressão da mãe estariam originando dificuldades emocionais no pai. O presente trabalho evidenciou mais uma interação entre os funcionamentos de pai e mãe, que gerava a exacerbção das dificuldades emocionais de ambos, do que uma relação causal entre os sintomas de pai e mãe. Também por esse aspecto, justifica-se a indicação de psicoterapias conjuntas para o contexto da depressão pós-parto materna.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. & Salas, E. (1984). *A Paternidade: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abraham, K. (1970). A influência do erotismo oral na formação do caráter. In: K. Abraham. *Teoria Psicanalítica da Libido* (pp. 161-173). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1924).
- Alfaya, C. A. S. & Schermann, L. (2000). Depressão Pós-Parto: Tendências Atuais. *Revista de Medicina da PUCRS*, 10 (2), 130-136.
- Amato, P. R. & Gilbreth, J. G. (1999). Nonresident Fathers and Children's Well-Being: a meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 557-573.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, A. M. (1996). The Father-Infant Relationship: Becoming Connected. *Journal of Society of Pediatric Nurses*, 1(2), 83-92.
- Aquino, E. M. & Menezes, G. M. (1998). Para Pensar no Exercício da Paternidade: contribuições a partir de um estudo sobre trabalho e saúde de mulheres. In: P. Silveira (Org.). *O Exercício da Paternidade* (pp. 131-141). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, M.S. & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (1), 33-52.
- Areias, M., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996a). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Scale in Portuguese Mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 30-35.

- Areias, M., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996b). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169 (1), 36-41.
- Bailey, W. T. (1994). A Longitudinal Study of Fathers' Involvement With Young Children: infancy to age 5 years. *The Journal of Genetic Psychology* 155(3), 331-339.
- Barker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (1994). *Research Methods in Clinical and Counselling Psychology*. England: Wiley.
- Barrows, P. (1999). The Importance of Fathers in Parent-Infant Psychotherapy. *The International Journal of Infant Observation*, 3 (1), 74-88.
- Barrows, P. (2003). Change in Parent-Infant Psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(3), 283-300.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Belsky, J., Gilstrap, B. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development Project, I: stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three, and nine months. *Child Development*, 55, 692-705.
- Benedek, T. (1983a). La familia como campo psicológico. In: E. J. Anthony e T. Benedek (orgs.). *Parentalidad* (pp. 119-145). Buenos Aires: ASAPPIA – Amorrortu editores. (Original publicado em 1970).
- Benedek, T. (1983b). Paternidad y providencia. In: E. J. Anthony e T. Benedek (orgs.). *Parentalidad* (pp. 173-189). Buenos Aires: ASAPPIA – Amorrortu editores. (Original publicado em 1970).

- Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Friedman, L., Arthur, J. & Osteen, V. (1985). Problem-solving interactions of depressed women and their husbands. *Behavior Therapy*, 16, 431-451.
- Bornholdt, E. A. (2006). *Início de la interacción padre-bebé: perspectiva histórica, política, social y académica*. Tese de Doutorado, Universidad del Salvador, Buenos Aires.
- Boyce, W. T., Essex, M. J., Alkon, A., Goldsmith, H. H., Kraemer, H. C. & Kupfer, D. J. (2006). Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental problems in middle childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (12), 1510-1520.
- Bowlby, J. (1989). *Uma Base Segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. (1988). *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brown, S., Lumley, J., Small, R. & Astbury, J. (1994). *Missing voices: The experience of motherhood*. New York: Oxford University Press.
- Buist, A., Morse, C. & Durkin, S. (2002). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 32 (2), 172-180.
- Burke, L. (2003). The Impact of Maternal Depression on Familial Relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-255.
- Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S. & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Development*, 71(1), 127-136.
- Clark, R., Tluczek, A. & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for Postpartum Depression: A Preliminary Report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441-454.

- 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.
- Costa, G. & Katz, G. (1992). *Dinâmica das Relações Conjugais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cox, M. J., Owen, M. T., Lewis, J. M. & Henderson, V. K. (1989). Marriage, Adult Adjustment, and Early Parenting. *Child Development*, 60, 1015-1024.
- Cramer, B. G. (1993). Are Postpartum Depressions a Mother-Infant Relationship Disorder? *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 283-297.
- Cramer, B. G. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In: L. Murray & P. J. Cooper (eds.) *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press; p.237-61.
- Cramer, B.G. & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cramer, B. G., Robert-Tissot, C., Stern, D.N., Serpa-Rusconi, S., Muralt, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J.P., Knauer, D., Berney, C., D,arcis U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 278-300.
- 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 (4), 181-188.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (1994). Maternal Depression and Child Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-112.
- Cunha, J.A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Cunha, J.A., Prieb, R.G., Goulart, P.M. & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico*, 27(1), 107-115.
- Cutrona, C. E. & Troutman, B. R. (1986). Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- Daly, K. J. (1996). Spending Time With the Kids: Meanings of Family Time for Fathers. *Family Relations*, 45, 466-476.
- Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J. & Golding, J. (1998). Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. *American Journal of Psychiatry*, 155 (6), 818-823.
- Dolto, F. (2002). *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Doherty, W., Kouneski, E. & Erickson, M. (2000). We Are All Responsible for Responsible Fathering: A Response to Walker and McGraw. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 570-574.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Dupuis, J. (1989). *Em Nome do Pai: uma história da paternidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fein, R. A. (1978). Research on Fathering: social policy and an emergent perspective. *Journal of Social Issues*, 34 (1), 122-135.
- Feldman, R. (2000). Parents' Convergence on Sharing and Marital Satisfaction, Father Involvement, and Parent-Child Relationship at the Transition to Parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21 (3), 176-191.
- Field, T. (1998). Maternal Depression Effects on Infants and Early Interventions. *Preventive Medicine*, 27, 200-203.

- Fletcher, R. J., Matthey, S. & Marley, C. G. (2006). Addressing depression and anxiety among new fathers. *Medical Journal of Australia*, 185 (8), 461-463.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1994). Fantasmas no quarto do bebê. *Publicação CEAPIA*, 7, 12-34.
- Freud, S. (1988). Esboço de Psicanálise. In: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 153-221). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1940[1938])
- Freud, S. (1996). Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. In: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 79-154). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1921)
- Freud, S. (1996). O Ego e o Id. In: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 15-80). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923)
- Frizzo, G.B. & Piccinini, C.A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10, 47-55.
- Garbarino, J. (1993). Reinventing Fatherhood. *Families in Society*, 74 (1), 51-54.
- Gerzi, S., & Berman, E. (1981). Emotional reactions of expectant fathers to their wives' first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 3, 259-265.
- GIDEP/NUDIF (2003a). *Entrevista Diagnóstica*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2004c). *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

- GIDEP/NUDIF (2003d). *Entrevista sobre a Gestação e o Parto*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003e). *Entrevista sobre o Relacionamento Conjugal*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003f). *Ficha de contato inicial*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Giffin, K. (1998). Exercício da Paternidade: uma pequena revolução. In: P. Silveira (Org.). *O Exercício da Paternidade* (pp. 75-80). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goering, P., Lancee, W. & Freeman, J. (1992). Marital Support and Recovery from Depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 76-82.
- Goodman, J. H, (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 26-35.
- Goodman, J. H, (2005). Becoming an involved father of an infant. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 34 (2), 190-200.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Mode for Understanding Mechanisms of Transmission. *Psychological Review*, 3, 458-490.
- Gottman, J. (2000). *Sete princípios para o casamento dar certo*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Grube, M. (2005). Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partner. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 163-170.
- Hall, W. A. (1994). New Fatherhood: myths and realities. *Public Health Nursing*, 11 (4), 219-228.
- Hewlett, B. S. (2000). Culture, History, and Sex: anthropological contributions to conceptualizing father involvement. *Marriage & Family Review*, 29 (2/3), 59-73.

- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L. & Osteen, V. (1987). Home Observations of Family Interactions of Depressed Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 341-346.
- Houzel, D. (2004). Los retos de la parentalidad. In: L. Solis-Ponton. *La parentalidad: Desafío para el tercer milenio* (pp. 27-31). México: Manual Moderno.
- Huang, C. & Warner, L. (2005). Relationship characteristics and depression among fathers with newborns. *Social Service Review*, 79(1), 95-118.
- Jablonski, B. (1998). Paternidade Hoje: uma metanálise. In: P. Silveira (Org.). *O Exercício da Paternidade* (pp. 121-128). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jacob, T. & Johnson, S. (1997). Parent-Child Interaction Among Depressed Fathers and Mothers: Impact on Child Functioning. *Journal of Family Psychology*, 11(4), 391-409.
- Jain, A., Belsky, J. & Crnic, K. (1996). Beyond Fathering Behaviors: Types of Dads. *Journal of Family Psychology*, 10(4), 431-442.
- Johnson, S. & Jacob, T. (1997). Marital Interaction of Depressed Men and Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 15-23.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klitzing, K. V. (2003). From Interaction to Mental Representations: Psychodynamic Parent-Infant Therapy in a Case of Severe Eating and Sleep Disorders. *Journal of Child Psychotherapy*, 29 (3), 317-333.
- Klitzing, K. V., Simoni, H., Amsler, F. & Bürgin, D. (1999). The Role of the Father in Early Family Interactions. *Infant Mental Health Journal*, 20 (3), 222-237.
- Krob, A. D. (1999). *A transição para a paternidade e a interação pai-bebê*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L. & Levine, J. A. (1985). Paternal Behavior in Humans. *American Zoologist*, 25, 883-894.
- Lamb, M. E. (1975). Fathers: Forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18, 245-266.
- Lamb, M. E. (1997). Fathers and Child Development: an introductory overview and guide. In: M. Lamb (Org.). *The Role of the Father in Child Development*. New York: John Wiley & Sons.
- Lamb, M. E. (1999). Parental Behavior, Family Processes, and Child Development in Nontraditional and Traditionally Understudied Families. In: M. Lamb (Org.). *Parenting and Child Development in "Nontraditional" Families* (pp. 1-14). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lamour, M. & Letronnier, P. (2003). Prevention of Fatherhood Disorders – Accompanying Early Father-Child Interaction in Day-care Centers. *European Journal of Psychology of Education*, 18 (2), 191-210.
- Le Camus, J. (1995). *Pères et bébés*. Paris: Éditions L'Harmattan.
- Leathers, S. & Kelley, M. (2000). Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First Time Mothers and Fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (4), 523-531.
- Leathers, S., Kelley, M. & Richman, J. (1997). Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work, and support. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (3), 129-139.
- Lebovici, S. (1987). *O Bebê, o Psicanalista e a Mãe*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and Contextual Correlates of Marital Change Across the Transition to Parenthood. *Developmental Psychology*, 30(4), 591-601.

- Levy-Shiff, R. & Israelashvili, R. (1988). Antecedents of Fathering: Some Further Exploration. *Developmental Psychology*, 24 (3), 434-440.
- Lewis, C. & Dessen, M. A. (1999). O Pai no Contexto Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15 (1), 09-16.
- Liebermann, A. F. & Pawl, J. H. (1993). Infant-parent psychotherapy. In: C. Zeanah (ed.). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford; p. 427-42.
- Likierman, M. (2003). Post Natal Depression, The Mother's Conflict and Parent-Infant Psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29 (3), 301-315.
- Loparic, Z. (1997). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 4 (2), 375-387.
- Low, S. & Stocker, C. (2005). Family functioning and children's adjustment: associations among parents' depressed mood, marital hostility, parent-child hostility, and children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, 19 (3), 394-403.
- Maldonado, M. T., Dickstein, J. & Nahoum, J. C. (1997). *Nós Estamos Grávidos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 10^a ed.
- Mayor, I. S. (2004). *A Qualidade do Relacionamento Conjugal no Contexto da Depressão Materna*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- McBride, B. & Rane, T. (1997). Role Identity, Role Investments, and Paternal Involvement: Implications for Parenting Programs for Men. *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 173-197.
- McDonough, S. (1993). Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbance. In: C. Zeanah (ed.) *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford; p. 414-26.

- McElwain, N. L. & Volling, B. L. (1999). Depressed Mood and Marital Conflict: Relations to Maternal and paternal Intrusiveness with One-Year-Old Infants. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20* (1), 63-83.
- Meighan, M., Davis, M., Thomas, S. & Droppleman, P. (1999). Living with Postpartum Depression: The Father's Experience. *American Journal of Maternal-Child Nursing, 24* (4), 202-208.
- Mezulis, A., Hyde, J. & Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology, 18* (4), 575-588.
- Moraes, I. G., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública, 40* (1), 65-70.
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression – Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry, 182*, 420-427.
- Murray, L., Cox, J., Chapman, G. & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry, 166*, 595-600.
- Muzio, P. A. (1998). Paternidade (Ser Pai)... Para que Serve? In: P. Silveira (Org.). *O Exercício da Paternidade* (pp. 165-174). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neubauer, P. B. (1989). Efeitos recíprocos da “paternagem” sobre genitor e crianças. In: G. I. Fogel, F. M. Lane & R. S. Liebert. *Psicologia Masculina: novas perspectivas psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ninio, A. & Rinott, N. (1988). Fathers' Involvement in the Care of their Infants and their Attributions of Cognitive Competence to Infants. *Child Development, 59*, 652-663.

- Nonacs, R. & Cohen, L. S. (2005). Postpartum Psychiatric Syndromes. In: B. J. Sadock & V. Sadock (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In: L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.
- O'Hara, M., Zekoski, E., Philipps, L. & Wright, E. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 3-15.
- Parke, R. D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C. & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant Behavior & Development*, 23, 23-39.
- Piccinini, C. A., Prado, L. C., Lopes, R. S., Schwengber, D. D., Alfaya, C. A., Frizzo, G. B., Gomes, A. G., Mayor, I. S., & Silva, M. R. (2003). "O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê". Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Projeto de pesquisa não publicado.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S. & Tudge, J. (2004). O Envolvimento Paterno durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 303-314.
- Pinheiro, R. T., Magalhães, P. V. S., Horta, B. L., Pinheiro, K. A. T., Silva, R. A. & Pinto, R. H. (2006). Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 230-232.

- Pleck, J. H. (1997). Paternal Involvement: levels, sources, and consequences. In: M. Lamb. *The Role of the Father in Child Development*. New York: John Wiley & Sons.
- Prado, L. C. (1996). *Famílias e Terapeutas – Construindo Caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. & ALSPAC study team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365, 2201-2205.
- Ramires, V. R. (1997). *O Exercício da Paternidade*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos.
- Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, Social Disadvantage and Maternal Depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.
- Rezende, A. L. & Alonso, I. L. (1995). O Perfil do Pai Cuidador. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 5 (1/2), 66-81.
- Roggman, L. A., Boyce, L. K., Cook, G. A. & Cook, J. (2002). Getting Dads Involved: Predictors of Fathers Involvement in Early Head Start and with Their Children. *Infant Mental Health Journal*, 23(1-2), 62-78.
- Rohde, L. A., Wolf, A. L., Couto A. F., Shansis, D. M., Shansis, F. M., Cunha, G. B. & Lorenzon, S. F. (1991). A Função Paterna no Desenvolvimento do Bebê. *Revista de Psiquiatria do RS*, 13 (3), 127-135.
- 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.
- Rotundo, E. A. (1985). American Fatherhood: a historical perspective. *American Behavioral Scientist*, 29 (1), 7-25.
- Schwengber, D. D. & Piccinini, C. A. (2003). O Impacto da Depressão Pós-Parto para a Interação Mãe-Bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.

- Schwingel, B., Mantese, I. A. & Vianna, T. R. (1993). Olhando o Pai. *Publicação CEAPIA*, 6, 44-58.
- Silva, M. R. (2003). *Sentimentos sobre a paternidade e envolvimento de pais que residem e pais que não residem com seus filhos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Stake, R. E. (1994). Case Studies. In: N. Denzin & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 236-247). Londres: Sage.
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among Attachment Classifications of Mothers, Fathers, and Their Infants. *Child Development*, 67, 541-555.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove Meses na Vida da Mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Maternal Self-Efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Trad, P. (1997). *Psicoterapia breve pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Trindade, Z. A., Andrade, C. A. & Souza, J. Q. (1997). Papéis Parentais e Representações da Paternidade: a perspectiva do pai. *Psico*, 28 (1), 201-222.
- Tudge, J., Hayes, S., Doucet, F., Otero, D., Kulakova, N., Tammeveski, P., Meltas, M. & Lee, S. (2000). Parents' Participation in Cultural Practices With Their Preschoolers. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 001-011.
- Urribarri, A. C. (1990). El Deseo y el Discurso del Padre en la Constitución Psíquica del hijo Según Piera Aulagnier. In: A. Urribarri. *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*. Paidós.

- Wang, S. & Chen, C. (2006). Psychosocial health of Taiwanese postnatal husbands and wives. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 303-307.
- Weissman, M. & Olfson, M. (1995). Depression in Women: Implications for Health Care Research. *Science*, 269, 799-801.
- Winnicott, D. W. (1966). *A Criança e o seu Mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Winnicott, D. W. (1983). Teoria do Relacionamento Paterno-Filial. In: D. W. Winnicott. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2000). A Preocupação Materna Primária. In: D. W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).
- Zimerman, D. E. (2004). *Bion: da teoria à prática*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

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

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização de imagens, anotações e gravações realizadas comigo, meu marido e meu bebê.

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

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

Data ____/____/____ .

Participante do Projeto

Pesquisador Responsável

Anexo B

FICHA DE CONTATO INICIAL

(GIDEP/NUDIF - UFRGS - 2003)

Nome da mãe:

Data de nascimento da mãe:

Escolaridade:

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

Nome do bebê:

Sexo do bebê: ()menina ()menino

Idade do bebê:

Data de nascimento do bebê:

É teu primeiro bebê?

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

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

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

Há quanto tempo vocês vivem juntos?_____

Nome do pai do bebê:_____

Ocupação:

Idade/data de nascimento:

Ele tem outros filhos? ()sim ()não

Qual o bairro que tu moras?

Endereço:

Telefone:

Data da entrevista:

Anexo C

INVENTÁRIO BECK - BDI (GIDEP - UFRGS - 04/2000)

Instruções para o entrevistador sobre o que deve ser dito para a mãe (ou pai):

“Agora, pra entender um pouco melhor como tu tens te sentido nos últimos dias, eu gostaria que tu respondesse umas perguntas. Depois de ler com calma cada frase que eu vou te mostrar, eu gostaria que tu marcasse com um X aquela que descreve melhor a maneira como tu tens te sentido na última semana, incluindo hoje. Se tu achares que várias frases num mesmo grupo tem “a ver” com o que tu estás sentindo, podes fazer um X em cada uma. Toma o cuidado de ler todas as frases, em cada grupo, antes de fazer a tua escolha”.

1

- Não me sinto triste.
- Eu me sinto triste.
- Estou sempre triste e não consigo sair disto.
- Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2

- Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.
- Eu me sinto desanimada quanto ao futuro.
- Acho que nada tenho a esperar.
- Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3

- Não me sinto um fracasso.
- Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4

- Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- Não encontro um prazer real em mais nada.
- Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.

5

- Não me sinto especialmente culpada.
- Eu me sinto culpada grande parte do tempo.
- Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.
- Eu me sinto sempre culpada.

6

- Não acho que esteja sendo punida.
- Acho que posso ser punida.
- Creio que vou ser punida.
- Acho que estou sendo punida.

7

- Não me sinto decepcionada comigo mesma.
- Estou decepcionada comigo mesma.
- Estou enjoada de mim.
- Eu me odeio.

8

- Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros.
- Sou crítica em relação a mim por minhas fraquezas e erros.
- Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9

- Não tenho quaisquer idéias de me matar.
- Tenho idéias de me matar mas não as executaria.
- Gostaria de me matar.
- Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10

- Não choro mais do que o habitual.
- Choro mais agora do que costumava.
- Agora, choro o tempo todo.
- Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

11

- Não sou mais irritada agora do que já fui.
- Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que costumava.
- Agora, eu me sinto irritada o tempo todo.
- Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.

12

- Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- Estou menos interessada pelas outras pessoas do que costumava estar.
- Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

13

- Tomo decisões tão bem quanto antes.
- Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
- Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

14

- Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
- Estou preocupada em estar parecendo velha ou sem atrativo.
- Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
- Acredito que pareço feia.

15

- Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
- Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16

- Consigo dormir tão bem como o habitual.
- Não durmo tão bem como costumava.
- Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
- Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17

- Não fico mais cansada do que o habitual.
- Fico cansada mais facilmente do que costumava.
- Fico cansada em fazer qualquer coisa.
- Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.

18

- O meu apetite não está pior do que o habitual.
- Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- Meu apetite é muito pior agora.
- Absolutamente não tenho mais apetite.

19

- Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
- Perdi mais do que 2 quilos e meio.
- Perdi mais do que 5 quilos.
- Perdi mais do que sete quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: sim não

20

- Não estou mais preocupada com a minha saúde do que o habitual.
- Estou preocupada com problemas físicos, tais como dores, indisposições do estômago ou constipação.
- Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21

- Não notei nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo.
- Estou menos interessada em sexo do que costumava.
- Estou muito menos interessada por sexo agora.
- Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo D

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA MATERNA (GIDEP/NUDIF - 2004)

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

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

- E antes, tu tiveste algum problema de saúde importante? Qual?
- E agora? Tu estás tendo algum problema de saúde?

2. Como tu tens te sentido como mãe?

- (Caso a mãe não responda ou dê respostas evasivas, perguntar:)*
- Como está o teu bebê? - Como esta sendo para ti cuidar dele?

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

- *(Em caso afirmativo):* Quem é essa pessoa? Estás satisfeita com essa ajuda?
- E o teu marido tem te ajudado? Como tu te sentes com isto? (com a ajuda ou falta de ajuda)

4. Tu trabalhas fora?

- *(Em caso afirmativo:)* Já retornaste ao trabalho? Como te sentes em relação a isso?
- *(Caso trabalhe, mas ainda não tenha retornado:)* Pretendes voltar a trabalhar? Quando? Como te sentes em relação a isso?

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

- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?
- E com o teu marido? Como está o relacionamento de vocês?
- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?

6. Como tu estás te sentindo atualmente?

- Tu tens te sentindo cansada ou com falta de energia? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?
- Como está o teu sono? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?
- Como está o teu apetite? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?
- Nesse momento tu tens tido algum problema como engordar/emagrecer demais? Tu tens te sentido preocupada com teu corpo? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?
- Como está a tua vida sexual? Tu tens tido uma vida sexual satisfatória? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?

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

- Tiveste algum problema emocional *(dos nervos)* depois que o bebê nasceu? E antes disto? Qual?
- *(Em caso afirmativo:)* Tu procuraste ajuda de alguém? O que tu fizeste? Como foi? Como tu te sentiste?
- Já fizeste algum tratamento para isto?
- Tomaste alguma medicação para isto? Qual? Duração?
- Na tua família há alguém com problemas emocionais *(dos nervos)*? Quem?
- Tu tens sentido vontade de chorar? *(Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?

- Tem acontecido de tu te sentires culpada? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?
- Tem acontecido de tu te sentires inútil? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?
- Tu já tiveste vontade de morrer? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? E agora? Isto tem se repetido? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?
- Tu tens te sentido preocupada ou ansiosa? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?

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

Anexo E

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PATERNA (GIDEP/NUDIF - 2004)

Rapport: “Nós sabemos que após o nascimento de um bebê podem ocorrer muitas mudanças na vida do seu pai e da sua mãe, que nem sempre são fáceis de lidar. Por isso eu vou te fazer algumas perguntas para compreender melhor como tens te sentido em relação a isso”.

1. Tu tiveste algum problema de saúde durante a gestação da tua esposa? Qual?

- E antes, tu tiveste algum problema de saúde importante? Qual?
- E agora? Tu estás tendo algum problema de saúde?

2. Como tu tens te sentido como pai?

(Caso o pai não responda ou dê respostas evasivas, perguntar:)

- Como está o teu bebê?
- Tu ajudas a cuidar do teu bebê? Tu estás satisfeito com a tua participação?

3. Tu participas dos cuidados do bebê?

(Caso participe:)

- Alguém te ajuda a cuidar do bebê?

4. Tu trabalhas fora?

- Alguma coisa na tua rotina de trabalho mudou em função do bebê?

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

- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?
- E com a tua esposa? Como está o relacionamento de vocês?
- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?

6. Como tu estás te sentindo atualmente?

- Tu tens te sentindo cansado ou com falta de energia? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso?
- Como está o teu sono? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso?
- Como está o teu apetite? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso?
- Nesse momento tu tens tido algum problema como engordar/emagrecer demais? Tu tens te sentido preocupado com teu corpo? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso?
- Como está a tua vida sexual? Tu tens tido uma vida sexual satisfatória? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso?

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

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

- *(Em caso afirmativo:)* Tu procuraste ajuda de alguém? O que tu fizeste? Como foi? Como tu te sentiste?
- Já fizeste algum tratamento para isto?
- Tomaste alguma medicação para isto? Qual? Duração?
- Na tua família há alguém com problemas emocionais *(dos nervos)*? Quem?
- Tu tens sentido vontade de chorar? *(Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou?

- Tem acontecido de tu te sentires culpado? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou?
- Tem acontecido de tu te sentires inútil? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou?
- Tu já tiveste vontade de morrer? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? E agora? Isto tem se repetido?
- Tu tens te sentido preocupado ou ansioso? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou?

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

Anexo F

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO (mãe) (GIDEP/NUDIF - 09/2003)

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

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

1. Esta foi a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez planejada?
2. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
3. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
4. Como a tua mãe e o teu pai receberam a notícia da gravidez?
5. Como a mãe e o pai do teu companheiro receberam a notícia da gravidez?
6. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos e emocionais?
Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
7. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
8. Que tipo de mãe tu achavas que serias?
9. Que preocupações tu tinhas em relação ao bebê durante a gravidez?
10. Como tu imaginavas que o bebê seria? Como tu imaginavas que seria o teu relacionamento com ele?
11. Tu lembras de alguém que te ajudou durante a gravidez? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
12. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
13. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiste com isto?
14. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
15. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
16. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai durante a gravidez?
17. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro durante a gravidez?
18. Tu já tiveste outra gravidez? *(Caso tenha tido:)* Como foi a tua outra experiência de gravidez?
O que aconteceu? Como tu te sentiu?

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

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

1. Como foi o parto? Foi normal ou cesariana? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
2. Alguém te acompanhou no momento do parto?
3. Que preocupações tu tiveste em relação a ti durante o parto?
4. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê durante o parto?
5. Tu lembras de alguém que te ajudou no parto? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
6. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
7. Como foi o teu primeiro encontro com o bebê após o parto? Como tu te sentiste?
8. Ele era como tu imaginavas? Como tu te sentiste?
9. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou e desagradou?
10. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
11. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
12. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
13. Tu lembras de alguém que te ajudou nos primeiros dias após o nascimento? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?

14. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou que te atrapalhou nesses primeiros dias? (*em caso afirmativo*):
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
15. E o teu companheiro? Ele te apoiou nesses primeiros dias do bebê? Como (o que ele fazia)?
Como tu te sentiste com isto?
16. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
17. E no relacionamento de vocês, alguma coisa mudou?
18. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai nesses primeiros dias?
19. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro nesses primeiros dias?

Anexo G

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO (pai) (GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2004)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre a gravidez da tua esposa/companheira.

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

1. Esta foi a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez planejada?
2. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
3. Como a tua esposa/companheira recebeu a notícia da gravidez?
4. Como a tua mãe e o teu pai receberam a notícia da gravidez?
5. Como a mãe e o pai da tua esposa/companheira receberam a notícia da gravidez?
6. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos (ex. engordou, tinha dores)? Mudou alguma coisa?
7. Como te sentiste durante a gravidez em termos emocionais (ex. alegre, triste)? Mudou alguma coisa?
8. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como pai durante a gravidez?
9. Que preocupações tu tinhas em relação ao bebê durante a gravidez?
10. Tu lembras de alguém que ajudou vocês durante a gravidez?
Em caso afirmativo: Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
11. Tu lembras de alguém que não ajudou vocês ou atrapalhou?
Em caso afirmativo: Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
12. E a tua esposa/companheira, alguma coisa mudou no jeito dela com a gravidez?
13. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
14. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai durante a gravidez?
15. Como foi o apoio da mãe e do pai da tua esposa/companheira durante a gravidez?
16. Tu ajudaste a tua companheira neste período? Como / o que tu fizeste? Como tu te sentiste com isto?
17. A tua companheira solicitava a tua ajuda? Tu achas que ela ficou satisfeita com a tua ajuda?

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

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

1. Como foi o parto? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
2. Tu acompanhaste a tua esposa/companheira no momento do parto?
Em caso afirmativo: Como tu te sentiste?
Em caso negativo: Tu gostarias de tê-la acompanhado? Como tu te sentiste?
3. Que preocupações tu tiveste em relação a tua esposa/companheira durante o parto?
4. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê durante o parto?
5. Tu lembras de alguém que te apoiou no período do parto?
Em caso afirmativo: Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
6. Tu lembras de alguém que não te apoiou ou atrapalhou?
Em caso afirmativo: Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
7. Como foi o teu primeiro encontro com o bebê após o parto? Como tu te sentiste?
8. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou e desagradou?
9. Como te sentiste como pai nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
10. O que tu fazias com o bebê nestes primeiros dias? (*explorar atividades*)
11. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como pai nesses primeiros dias?
12. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
13. Tu lembras de alguém que te apoiou nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
Em caso afirmativo: Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
14. Tu lembras de alguém que não te apoiou ou que te atrapalhou nesses primeiros dias?

- Em caso afirmativo: Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?*
15. E como foi o teu apoio para a tua esposa/companheira nesses primeiros dias do bebê?
 19. Alguma coisa mudou no jeito de ser da tua esposa/companheira nos primeiros dias após o nascimento bebê?
 20. E no relacionamento de vocês, alguma coisa mudou?
 21. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai nesses primeiros dias?
 22. Como foi o apoio da mãe e do pai da tua companheira nesses primeiros dias?

Anexo H

ENTREVISTA SOBRE O RELACIONAMENTO CONJUGAL (GIDEP/NUDIF-UFRGS, 2003)

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

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

- Como vocês tem se organizado com os cuidados do bebê?
- Tu divides os cuidados com o teu marido (tua esposa)? O que vocês combinaram?
- O que tu achas do modo como teu marido (tua esposa) cuida do bebê?

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

- Vocês têm reservado algum tempo só para vocês dois?

Em caso positivo: - Com que frequência isto acontece? O que vocês fazem nestes momentos?
- É diferente de quando vocês não tinham o bebê? O que mudou?
- O que tu achas deste tempo só de vocês?
- Tu estás satisfeita(o) com estes momentos?

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

3 - Vocês têm expressado carinho um pelo outro?

- Quando é que isto acontece? Como acontece?
- Como está a vida sexual de vocês?
- Tu estás satisfeita(o) com a vida sexual de vocês?
- O desejo sexual está igual ou diferente ao período em que vocês ainda não tinham filho?

Se estiver diferente: O que mudou?

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

- Tu achas que o teu marido (tua esposa) respeita as tuas opiniões?
- E tu, respeita as opiniões dele(a)?
- Tu se sentes valorizado(a) por ele(a)?
- Em que vocês discordam mais no dia-a-dia? Por que isto acontece?
- Quando ocorre algum problema, vocês têm conseguido conversar sobre ele?
- Vocês costumam ter brigas? Como são? Por que motivos? Com que frequência?
- Como vocês resolvem as brigas? Alguma vez houve agressão física? Como foi?

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

Em caso afirmativo: - O que tu achas que deve ser mudado?
- O que tu achas que precisaria ser feito para mudar este(s) aspecto(s)?

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

Anexo I

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA PATERNIDADE (GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2004)

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

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

1. Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?
2. Está sendo como tu imaginavas? (*se não era*) O que está diferente?
3. Como tu vê a comunicação entre vocês dois?
4. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
5. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que tu entendeste o teu bebê?
6. Que atividades tu tens realizado com o bebê? Tu tens assumido tarefas em relação aos cuidados dele? (*Se sim*) Quais? Como tu te sentes?
7. Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Por quê?
8. Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Por quê?
9. Quanto tempo tu ficas, por dia, com o teu bebê?
10. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
11. E o que mais o desagrada? Por quê?
12. Tu costumava brincar com o bebê? Com que frequência? Do que vocês brincam? Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?
13. Como vocês lidam com a questão das despesas em relação ao bebê? Tu assumiste alguma despesa? Que outras responsabilidades tu assumiste?

II. Gostaria que tu me falasse um pouco sobre como está sendo a experiência de ser pai pela primeira vez.

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

1. Como tu estás te sentindo como pai?
2. O que mais te agrada em ser pai?
3. E o que é mais difícil para ti?
4. Em alguns momentos te sentes mais preocupado com o bebê? Quais? Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
5. O que mudou para ti agora que és pai?
6. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
7. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
8. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
9. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com teus amigos? Como te sentes?
10. Como tu te vê ou te descreves como pai?
11. Existe algum modelo de pai que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
12. Existe algum modelo de pai que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
13. Como o teu pai (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras? E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dele?
14. E a tua mãe (ou outro cuidador), como ela te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras? E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
15. Como as pessoas te vêem como pai?

III. Eu gostaria que tu me falasse como tu estás vendo a tua companheira como mãe.

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

1. Como é o jeito dela lidar com o bebê?
2. Como tu achas que ela está sendo como mãe? Era como tu imaginavas?
3. Ela te solicita ajuda nos cuidados com o bebê? O que ela solicita? Como te sentes quando ela pede essa ajuda?
4. Tu achas que ela está satisfeita com a tua ajuda?
5. Como imaginas que ela te vê como pai?

IV. O bebê foi para a creche?

(Caso o bebê tenha ido para a creche:)

1. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
2. Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
3. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
4. Por que vocês escolheram colocar na creche?

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

5. Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche? Quando?
6. Por que escolheram colocar na creche?
7. Como tu achas que ele vai reagir? Como tu achas que tu vais te sentir?

Anexo J

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP/NUDIF - 09/2003)

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

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

1. Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?
2. Era como tu imaginavas? *(se não era)* O que está diferente?
3. Como tu vês a comunicação entre vocês dois?
4. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
5. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que entendeste o teu bebê?
6. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes?
7. Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Por quê?
8. Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Por quê?
9. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
10. E o que mais o desagrada? Por quê?
11. Tu costumavas brincar com o bebê? Com que frequência? Do que vocês brincam? Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

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

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

1. Como tu estás te sentindo como mãe?
2. O que mais te agrada em ser mãe?
3. E o que é mais difícil para ti?
4. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?
Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
5. O que mudou para ti agora que és mãe?
6. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
7. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
8. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
9. Como tu te vês ou te descreves como mãe?
10. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
11. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
12. Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
13. Como as pessoas te vêem como mãe?

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

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

1. Como é o jeito dele lidar com o bebê?
2. Como tu achas que ele está sendo como pai? Esta sendo como tu imaginavas?
3. Ele te ajuda nos cuidados com o bebê? Como? Que atividades ele realiza com o bebê? Te sentes satisfeita com essa ajuda?
4. Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê?
5. Como é para ti pedir essa ajuda?
6. Como te sentes quando ele cuida do bebê?
7. O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?
8. Quanto tempo ele passa por dia com o bebê?
9. Como vocês lidam com a questão das despesas em relação ao bebê? O pai assumiu alguma despesa? Que outras responsabilidades ele assumiu?
10. Como imaginas que ele te vê como mãe?

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

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

1. Quem costuma te ajudar? Como é a ajuda dessa pessoa? Quantas horas esta pessoa fica com o bebê?
2. Tu pedes a ajuda dessa pessoa nos cuidados com o bebê?
3. Como é para ti pedir essa ajuda? Como tu te sentes?
4. Tu te sentes apoiada por essa pessoa?
5. O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?
6. Como imaginas que essa pessoa te vê como mãe?
7. Tem alguém que atrapalha o teu relacionamento com o bebê? *(em caso afirmativo):* Quem? O que essa pessoa faz que te desagrade?

V. O bebê foi para a creche?

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

1. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
2. Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
3. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
4. Por que vocês escolheram colocar na creche?

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

1. Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?
2. Quando? Por que escolheram colocar na creche?
3. Como tu achas que ele vai reagir?
4. Como tu achas que tu vais te sentir?