

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa: Processos Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Liege Tolfo de Oliveira

Psicoterapia Pais-Bebê, Interação Mãe-Bebê e Depressão Pós-Parto:

Um estudo qualitativo

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, dezembro de 2015

LIEGE TOLFO DE OLIVEIRA

**Psicoterapia Pais-Bebê, Interação Mãe-Bebê e Depressão Pós-Parto:
Um estudo qualitativo**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, dezembro de 2015

O48p

Oliveira, Liege Tolfo de

Psicoterapia pais-bebê, interação mãe-bebê e depressão pós-parto : um estudo qualitativo / por Liege Tolfo de Oliveira. – 2015.

139 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2015.

“Orientadora: Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli.”

1. Psicoterapia breve pais-bebê. 2. Interação mãe-bebê.
3. Depressão pós-parto. 4. intervenções pais-bebê. I. Título.

CDU: 159:615.851-053.3

LIEGE TOLFO DE OLIVEIRA

Psicoterapia Pais-Bebê, Interação Mãe-Bebê e Depressão Pós-Parto:

Um estudo qualitativo

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tagma Marina Schneider Donelli

(Orientadora)

Prof. Dr. César Augusto Piccinini

(Membro)

Prof.^a Dr.^a Evanisa Maio de Brum

(Membro)

Prof.^a Dr.^a Silvia Pereira da Cruz Benetti

(Membro)

Aos meus sobrinhos: Pedro Henrique, Rafael e Júlia, por
me fazerem sentir mais viva de verdade e por serem meus
maiores presentes.

Aos meus pacientes, com quem aprendo sempre.

Agradecimentos

Chegar até aqui e concluir este mestrado não foi muito fácil, pois foram muitos os percalços que aconteceram paralelamente a este projeto. Por isso, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram e estiveram próximos de mim, fazendo este mestrado possível. Ainda, aqueles que embora não citados, de alguma forma, tiveram presença significativa.

Primeiramente à minha família. Aos meus pais que, com muito carinho e apoio, me fizeram sentir segura e ter a certeza de que não estava sozinha nessa caminhada. Aos meus irmãos, meus amigos para tudo, pela cumplicidade e incentivo. Aos meus sobrinhos, por despertarem tantos sentimentos bons em mim. A vocês meu amor eterno e meu muito obrigado.

À minha orientadora, Tagma Marina Schneider Donelli, obrigada pelo apoio, paciência e aprendizado.

Agradeço às colegas do grupo de pesquisa, sobretudo às bolsistas de iniciação científica Viviane Salazar e Bruna Reuse. A ajuda com a triagem de artigos e análise de material foi de extrema relevância.

Ao professor Antônio Carlos Lima, de coração, o meu muito, muito obrigado. Foste essencial para que eu chegasse ao fim desse projeto. Obrigado por ter escutado todas as minhas dúvidas e angústias. Por ter acreditado sempre em mim e por ter me incentivado a seguir sempre, independente de qualquer coisa.

A todos os meus amigos, em especial Sandra Ziech e Vera Kirsten, amigas e colegas que, há tantos anos, fazem parte da minha vida. Obrigada pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. À querida colega Dulce Martins, pelo amparo afetivo e incentivo, o meu muito obrigado. Aos colegas Márcia Wagner e Vinícius Thomé

Ferreira, pelo apoio e orientações iniciais para esse mestrado. Às colegas Denise Klein e Charlise Silva, por todo auxílio e interlocução de muitas questões relacionadas a reflexões teóricas desta dissertação.

À colega Giana Frizzo, pela confiança em disponibilizar o material do caso clínico para análise para essa dissertação. Igualmente, à UFRGS, a qual Giana é docente e pesquisadora, onde as sessões de psicoterapia breve pais-bebê desse caso clínico foram efetuadas.

“Mãe, outro inigualável, imemorável, porque inesquecível”.

(Freud, 1905)

“O sentimento de confiança do bebê é um reflexo da fé parental; analogamente, o sentimento de autonomia é um reflexo da dignidade dos pais como seres autônomos. Pois seja o que for que façamos em detalhe, a criança sentirá primordialmente, o que é que rege as nossas vidas como seres amorosos, cooperantes e firmes, e o que nos faz odiosos, angustiados e divididos em nós próprios.”

Erik Erikson

PSICOTERAPIA PAIS-BEBÊ, INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E DEPRESSÃO

PÓS-PARTO: Um estudo qualitativo

Resumo

Esta dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica buscou abordar a temática da psicoterapia pais-bebê, procurando identificar como essa intervenção vem sendo utilizada e compreendendo os seus efeitos sobre a interação mãe-bebê, especialmente no contexto da depressão pós-parto. É composta de duas seções: um artigo teórico, cujo objetivo foi identificar e analisar a produção científica sobre psicoterapia pais-bebê, durante o período de janeiro de 2010 a julho de 2015; e um empírico, com o objetivo de analisar a interação mãe-bebê, no contexto da depressão pós-parto, compreendendo os efeitos da Psicoterapia Breve Pais-bebê nesta interação. Considera-se que este trabalho pode contribuir para a ampliação das reflexões acerca da interação mãe-bebê no contexto de depressão pós-parto, a partir da intervenção em psicoterapia breve pais-bebê, abrindo espaço de aprimoramento e discussão sobre a temática, para a compreensão e o desenvolvimento científico na área estudada, fomentando futuras pesquisas e subsidiando a construção de estratégias promotoras de saúde junto a mães e bebês.

Palavras-chave: Psicoterapia Breve Pais-Bebê; Interação Mãe-Bebê; Depressão Pós-Parto.

**PARENT-INFANT PSYCHOTHERAPY, MOTHER-INFANT INTERACTION
AND POSTPARTUM DEPRESSION: A Qualitative Study**

Abstract

This Master's dissertation in Clinical Psychology sought to approach the thematic of the parent-infant psychotherapy, attempting to identify how this intervention has been used and understanding its effects on mother-infant interaction, especially in the context of postpartum depression. It consists of two sections: a theoretical article, whose objective was to identify and analyze scientific literature on parent-infant psychotherapy, between January 2010 and July 2015; and an empirical article, with the objective of analyzing the mother-infant interaction, in the context of postpartum depression, understanding the effects of Brief Parent-infant Psychotherapy on this interaction. It considers that this work can contribute to the expansion of reflections on the mother-infant interaction in the context of postpartum depression, from a parent-infant psychotherapy intervention, opening space of improvement and discussion about the thematic, fostering future researches and subsidizing the construction of health-promoting strategies with mothers and infants.

Keywords: Brief Parent-Infant Psychotherapy; Mother-Infant interaction; Postpartum depression

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Fluxograma de busca nas bases de dados..... | 20 |
| Figura 2. Área de atuação dos autores. | 25 |
| Figura 3. Número de publicações por ano. | 26 |
| Figura 4. País de origem dos estudos..... | 27 |
| Figura 5. Distribuição dos artigos por idioma de publicação. | 28 |
| Figura 6. Delineamento dos estudos. Considerar A: Estudo de grupo randomizado controlado; B: Estudos randomizados de comparação entre grupos com follow-up; C: Estudos com pré-teste e pós-teste experimentais com grupo controle; D: Estudos com pré-teste e pós-teste quase experimentais sem grupo controle; E: Estudo de caso único; F: Estudo de caso múltiplo; G: Delineamento quantitativo. | 32 |
| Figura 7. Participantes. | 33 |
| Figura 8. Intervenções. Considerar A: New Beginnings; B: Psicoterapia breve pais bebê; C: Psicoterapia breve pais-bebê modelo adaptado do psicoterapêutico mãe-bebê de Genebra; D: Psicoterapia pais-bebê com o modelo Maldonado-Duran e Chilparent de Lieberman; E: Psicoterapia pais-bebê com enfoque psicanalítico; F: Arte psicoterapia. | 39 |

Sumário

| | |
|--|------------|
| Apresentação da Dissertação | 11 |
| Seção I – Artigo Teórico | 13 |
| Psicoterapia pais-bebê: uma revisão sistemática da literatura | 13 |
| Resumo | 13 |
| Abstract | 14 |
| Introdução | 16 |
| Método | 18 |
| Resultados e Discussão | 19 |
| Considerações Finais | 44 |
| Referências..... | 47 |
| Seção II – Artigo Empírico | 61 |
| Psicoterapia breve pais-bebê e interação mãe bebê: um estudo no contexto da depressão pós-parto | 61 |
| Resumo | 61 |
| Abstract | 62 |
| Introdução | 63 |
| Método | 74 |
| Resultados e discussão | 82 |
| Análise dos comportamentos interativos maternos | 84 |
| Análise dos comportamentos interativos do bebê..... | 87 |
| Síntese da análise da interação ao longo do processo psicoterápico | 94 |
| Considerações Finais | 113 |
| Referências..... | 115 |
| Considerações Finais da Dissertação | 127 |
| Apêndice A – Tabela de resumo dos artigos analisados na revisão sistemática ... | 129 |
| Apêndice B – Resultados do IAP | 133 |
| Anexo A – Orientações para análise dos vídeos | 136 |
| Anexo B – Protocolo do IAP | 137 |

Apresentação da Dissertação

Esta dissertação de mestrado teve como foco principal abordar a temática da psicoterapia pais-bebê, procurando identificar como essa intervenção vem sendo utilizada e compreendendo os seus efeitos sobre a interação mãe-bebê, especialmente no contexto da depressão pós-parto. A escolha por essa temática deu-se em função do interesse pela psicologia infantil e pelas experiências enquanto profissional. Uma das experiências profissionais que instigaram este estudo foi o trabalho em conjunto com pediatras, em uma instituição pública de saúde, em grupos semanais de mães, quando estas apresentavam alguma queixa em relação ao manejo com seus filhos, principalmente em termos da relação/interação. O grupo procurava oferecer um espaço de escuta, reflexão, apoio e terapêutica. Somado a essa experiência profissional, a proximidade com atividades que envolveram intervenções no contexto da infância sempre estiveram presentes na minha trajetória profissional, fomentando a identificação com temas relacionados à psicologia infantil.

Dessa forma, indo ao encontro desse interesse, produziu-se este trabalho, que está organizado em duas seções. Na Seção I, encontra-se o artigo teórico, denominado: “Psicoterapia pais-bebê: uma revisão sistemática da literatura”, que procurou identificar e analisar a produção científica sobre psicoterapia pais-bebê, durante o período de janeiro de 2010 a julho de 2015, procurando novos fundamentos para o trabalho dos profissionais e pesquisadores envolvidos com saúde infantil.

Na Seção II, encontra-se o artigo “Psicoterapia breve pais-bebê e interação mãe bebê: um estudo no contexto da depressão pós-parto”. Este estudo empírico teve como objetivo analisar a interação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto, compreendendo os efeitos da Psicoterapia Breve Pais-bebê nessa interação. A pesquisa

foi baseada na análise da interação mãe-bebê registrada pela filmagem da Observação da Interação Familiar antes da psicoterapia breve pais-bebê, das doze sessões da psicoterapia respectiva, e da filmagem da Observação da Interação Familiar após a psicoterapia e seis meses após o final desta, a partir das categorias do *Interaction Assessment Procedure* (IAP). As sessões foram gravadas em áudio e vídeo, e posteriormente, o áudio transcrito para análise. Os participantes do estudo foram: a família, composta pelo bebê, pelo pai e pela mãe, esta com diagnóstico de DPP, com base no Inventário Beck de Depressão e em uma entrevista diagnóstica. A abordagem foi qualitativa e o delineamento de estudo de caso único, pois se entendeu que esse caminho metodológico era o mais pertinente para atingir o objetivo proposto. Após esses segmentos, estão localizadas as considerações finais desse escrito, nas quais foram evidenciadas as reflexões suscitadas pelo estudo realizado, sendo apontadas algumas conclusões.

Seção I – Artigo Teórico

Psicoterapia pais-bebê: uma revisão sistemática da literatura

Resumo

O presente artigo realizou uma revisão sistemática da literatura, a fim de identificar e analisar a produção científica sobre psicoterapia pais-bebê, publicada no período de janeiro de 2010 a julho de 2015, buscando novos fundamentos para o trabalho dos profissionais e pesquisadores envolvidos com saúde infantil. Os descritores utilizados foram *parent-infant AND psychotherapy* e *parent-infant AND intervention* e suas respectivas traduções para a língua portuguesa e espanhola, sendo incluídos artigos empíricos, disponibilizados gratuitamente na íntegra, advindos de áreas interdisciplinares e revisados por pares. Foram consultadas as bases de dados: PsycINFO, Scielo, Medline, Web of Science e BVS. O material foi analisado a partir das seguintes categorias: 1) área de atuação dos autores; 2) ano de publicação; 3) país de origem dos estudos; 4) idioma dos estudos; 5) objetivos; 6) delineamento; 7) participantes; 8) instrumentos; 9) intervenções utilizadas; e 10) principais resultados. Os achados demonstraram que a maioria das publicações foi de autores da área da saúde mental, com abordagem interdisciplinar, prioritariamente com delineamento quantitativo e predomínio da díade mãe-bebê como participantes. Reino Unido foi o país com maior número de trabalhos publicados, sendo o inglês o idioma predominante. O ano de 2013 foi o período com o maior número de estudos publicados. Os instrumentos para avaliação dos aspectos intrapsíquicos foram os mais incentivados, em relação aos instrumentos para avaliação do aspecto relacional da díade mãe-bebê. As intervenções utilizadas na sua totalidade foram em psicoterapia breve pais-bebê e na

grande maioria em formato grupal. Os principais objetivos dos estudos encontrados foram avaliar os efeitos da psicoterapia pais-bebê para o desenvolvimento do bebê, para o emocional da mãe e para a relação/interação mãe-bebê e ou mãe-bebê-pai. Os achados demonstraram que os resultados foram animadores a respeito dos efeitos terapêuticos tanto para o desenvolvimento do bebê, para o emocional da mãe e para a relação/interação mãe-bebê e ou mãe-bebê-pai. A totalidade dos estudos ocorreu em contextos de depressão pós-parto e foram realizados em instituições de saúde pública, instituições de ensino acadêmico e ambientes de alto risco para a parentalidade (prisões e abrigos). Poucas publicações sobre psicoterapia pais-bebê foram encontradas, evidenciando a necessidade de maiores investimentos em pesquisas e cautela na interpretação dos resultados.

Palavras-chave: intervenções pais-bebê; psicoterapia pais-bebê, revisão sistemática

Parent-infant psychotherapy: a systematic literature review

Abstract

This article conducted a systematic review of literature, in order to identify and analyze the scientific literature on psychotherapy parent-infant, published from January 2010 to July 2015, seeking new foundations for the work of professionals and researchers involved in health infant. Os descriptors used were parent-infant AND psychotherapy and parent-infant AND intervention and their respective translations into the Portuguese and Spanish language, including empirical articles, available for free in its entirety, from interdisciplinary and peer reviewed areas. The databases were consulted: PsycINFO, Scielo, Medline, Web of Science and BVS. The material was analyzed from

the following categories: 1) area of action of authors; 2) year of publication; 3) country of origin of studies; 4) language studies; 5) objectives; 6) design; 7) participants; 8) instruments; 9) interventions used; 10) the main results. The findings showed that most of the publications were authors of the mental health area, with an interdisciplinary approach, primarily with quantitative design and predominance of the mother-infant dyad as participants. United Kingdom was the country with the greatest number of published studies with English being the predominant language. The 2013 was the year with the largest number of published studies. The instruments for evaluating the intrapsychic aspects were the most encouraged, in relation to the instruments for assessing the relational aspect of the mother-infant dyad. The interventions in their entirety were in brief parent-infant psychotherapy and the vast majority in group format. The main objectives of the studies were to evaluate the effects of parent-baby psychotherapy on the development of the infant, on the emotional state of the mother, and on the relationship/ mother-infant interaction and or mother-infant-father. All of the studies occurred in postpartum depression contexts and were carried out in public health institutions, academic institutions and high risk environments for parenting (prisons and shelters). The findings demonstrated that the results were encouraging in terms of therapeutic effects for both the development of the infant, the emotional state of the mother, the relationship / mother-infant interaction, and mother-infant-father. Few publications on parent-infant psychotherapy were found, evidencing the need for greater investments in research and caution in interpreting the results.

Keywords: parent-infant interventions; parent-infant psychotherapy, systematic review

Introdução

Há alguns anos, apenas um número limitado de analistas e psicoterapeutas tratava pais e bebês, sendo a primeira abordagem psicoterápica pais-bebê proposta por Fraiberg, nos anos 1970, quando esta pesquisadora percebeu, a partir de um trabalho que desenvolvia em um Programa de Saúde Mental (Prado et al., 2009), que muitas das dificuldades relacionais e mesmo patologias graves apareciam desde o início precoce da vida, através de sintomas psicofuncionais do bebê, como alterações quanto ao sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento (Pinto, 2000).

A partir disso, um método de atendimento psicoterápico pais-bebê foi sendo desenvolvido, com o propósito de contribuir para que os sintomas não se cristalizassem ou se tornassem um transtorno mais sério (Feliciano & Souza, 2011). Assim, a abordagem psicoterápica pais-bebê foi sendo compreendida essencialmente como uma intervenção psicológica precoce, que pretendia um efeito, ao mesmo tempo, curativo e preventivo dos distúrbios do vínculo e do desenvolvimento infantil, voltada para a relação/interação entre a mãe e o bebê (Pinto, 2000), norteadas pela premissa de que o amparo psíquico da figura materna era essencial para a constituição do eu do bebê, sendo a base principal para todos os demais relacionamentos da criança com o mundo externo, representando proteção e segurança para a criança, contribuindo para o desenvolvimento de sua autonomia e do seu aparelho psíquico como um todo (Castro & Levandowski, 2009; Coriat, 1997).

Fraiberg (1982) em uma de suas pesquisas observou que crianças de até 36 meses de vida, filhas de mães depressivas ou psicóticas expostas a comportamentos imprevisíveis e a situações de desamparo, iniciaram, ao lado de problemas alimentares e gritos, uma esquivas ao contato materno, inclusive visual, totalmente inesperada para os

padrões de desenvolvimento nesta faixa etária. Um programa terapêutico de intervenção na díade, ou de afastamento da mãe com substituição do agente cuidador, reverteu vários dos quadros apontados como patológicos.

Assim, desde os primeiros trabalhos de Fraiberg, o desenvolvimento da Psicoterapia pais-bebê foi crescendo e ganhando espaço na clínica infantil, sendo uma das abordagens preferenciais para o tratamento dos distúrbios nas relações iniciais pais-bebê (Prado et al., 2009). Os pioneiros Fraiberg (1982) e Lebovici (1987) enfatizaram os aspectos transgeracionais e objetos internos dos pais como responsáveis pelas patologias relacionais precoces, propondo uma dialética entre o intrapsíquico e o interpessoal. Depois desses precursores, outras formas de intervenção pais-bebê foram apresentadas, tais como a proposta de Cramer e Palacio- Espasa (1993), cujo objetivo consistia em efetuar a conexão temática entre os conflitos infantis da mãe (memórias e representações), seus temas conflituais atuais e a interação mãe-bebê. Mais tarde, Stern (1997) propôs uma psicoterapia pais-bebê com o objetivo de modificar as representações dos pais em relação ao bebê.

Mais recentemente, alguns estudos apontam que a psicoterapia pais-bebê pode beneficiar o vínculo da mãe com seu bebê, permitindo que as mães tornem-se mais sensíveis às demandas da criança (Cohen, Lojkasek, E. Muir, R. Muir, & Parker, 2002; Slade et al., 2005; Egeland & Erickson, 2004), comuniquem-se melhor com seu bebê (Heinicke et al., 1999; Clark, Tluczek, & Brown, 2008), modifiquem seus modelos internos de funcionamento (Egeland & Erickson, 2004), tornem o envolvimento afetivo mais significativamente positivo (Clark et al., 2008), melhorem seus sintomas emocionais (Paris, Spielman, & Bolton, 2009; Clark et al., 2008) e melhorem a qualidade da relação/interação mãe-bebê (Nylen, Moran, Franklin, & O'Hara, 2006).

Portanto, considerando o reconhecimento dos benefícios desta modalidade terapêutica e frente à premissa de que as primeiras relações entre mãe e bebê são fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança, pretende-se a partir desta revisão sistemática da literatura, identificar e analisar a produção científica sobre psicoterapia pais-bebê, publicada no período de janeiro de 2010 a julho de 2015, buscando novos fundamentos para o trabalho dos profissionais e pesquisadores envolvidos com saúde infantil.

Método

Para atender ao objetivo desta revisão de literatura, foi feita uma busca nas bases de dados PsycINFO, Web of Science, BVS, Scielo e Medline, usando os seguintes descritores: *parent-infant AND psychotherapy* e *parent-infant AND intervention*, e suas respectivas traduções para a língua portuguesa e espanhola. Foram escolhidas estas bases de dados devido à qualidade dos artigos publicados, ao grande volume de publicações e às diversas áreas abarcadas, já que o tema proposto abrange campos interdisciplinares.

Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos itens de análise. Os critérios de inclusão foram: a) estudos empíricos completos publicados nos periódicos científicos, entre janeiro de 2010 a julho de 2015; b) estudos publicados em língua inglesa, espanhola ou portuguesa; c) publicação disponível gratuitamente na íntegra e online.

Os critérios de exclusão foram: a) duplicatas; b) estudos fora do período de publicação selecionado; c) artigos teóricos, monografias, teses, dissertações, livros, capítulos de livros, resenhas, e anais de congressos; d) estudos publicados em outras línguas que não o inglês, espanhol e português; e) estudos indisponíveis online gratuitamente na íntegra; e f) que não contemplem o tema de interesse.

Para o desenvolvimento desta revisão sistemática da literatura foram utilizadas as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Moher, Liberati, Tezlaff, Altman, The PRISMA Group, 2009), que podem ser acessadas pelo link <http://www.prisma-statement.org/>.

Resultados e Discussão

A partir da pesquisa nas bases de dados, 521 artigos foram encontrados, sendo 62 artigos da Medline, 10 artigos da Scielo, 69 artigos da BVS, 231 artigos da PsycINFO e 149 artigos da Web of Science. Em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, sendo descartados 205 artigos duplicados, 3 artigos por estarem fora do período de publicação selecionado, 7 artigos por estarem em outras línguas que não o português, espanhol e inglês, 90 artigos por não possuir texto completo disponível na íntegra online, e 138 artigos por não serem estudos empíricos.

Ao final desta análise preliminar, foram localizados 78 artigos cujo texto completo foi lido por dois juízes, a fim de identificar aqueles que contemplavam a temática desta revisão. Um dos juízes selecionou 9 artigos e o outro 10 artigos. A concordância entre os juízes foi de 98,73%. Após adotar procedimento de consenso, recorrendo-se a um terceiro juiz, foram identificados 10 artigos que compuseram a presente revisão sistemática.

O procedimento de seleção dos itens é ilustrado no fluxograma da Figura 1.

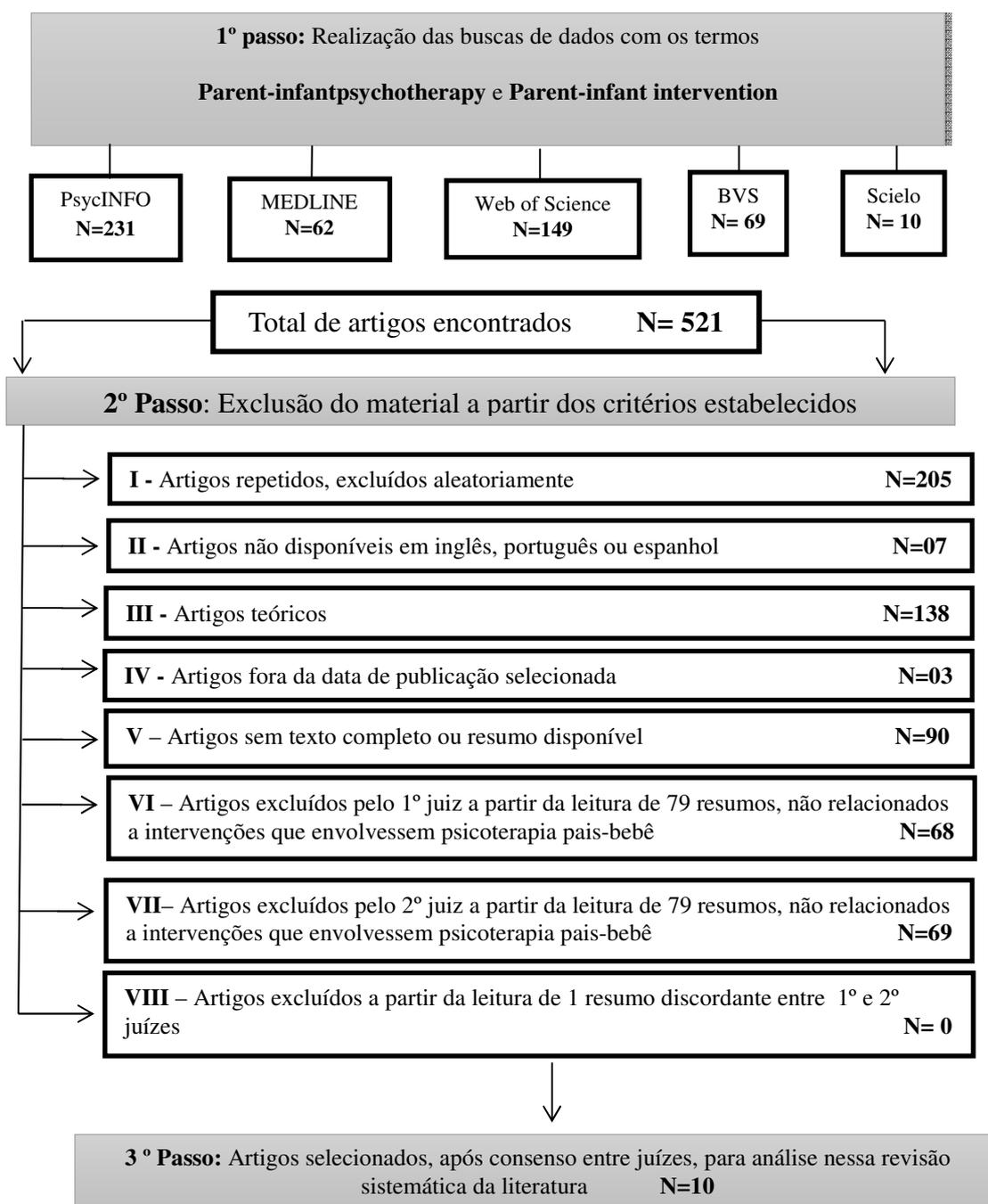


Figura 1. Fluxograma de busca nas bases de dados

Os artigos excluídos por não contemplarem a temática desta revisão abordaram estudos que não utilizaram a psicoterapia pais-bebê. Foram 68 artigos excluídos, com grande variedade de temas. Destes 68 artigos excluídos, 32 artigos buscaram avaliar a eficácia e/ou efeitos de intervenções cognitivo-comportamentais e/ ou psicanalíticas e/ ou musicais com mães de bebês e/ou famílias de bebês e/ ou profissionais de saúde em diferentes contextos, sem configurar psicoterapia pais-bebê (Lee & Gay, 2011; Barnes et al., 2013; Knoche et al., 2012; Fumiyuki & Teti, 2013; Spieker et al., 2012; Oxford et al., 2013; Birtwell et al., 2015; Jorge et al., 2013; Aspoas & Amod, 2014; Milgrom et al., 2013; Milgrom et al., 2015; Malloch et al., 2012; Reilly et al., 2013; Baggett et al., 2010; Milgrom et al., 2011; Koldewijn et al., 2010; Macmanus et al., 2014; Katz et al., 2011; Barlow & Coe, 2013; Green et al., 2013; Spencer-Smith et al., 2012; Freuler et al., 2014; Kohlhoff & Barnett, 2013; Kyn et al., 2013; Colditz et al., 2015; Sharw et al., 2013; Spihle et al., 2010; Svanberg et al., 2010; Nanzer et al., 2012; Barlow et al., 2013; Buber et al., 2010; Tooten et al., 2012); 8 artigos buscaram avaliar resultados e /ou propriedades e/ ou eficácia de instrumentos de avaliação psicológica com a díade mãe-bebê (Wheeler et al., 2013; Lynn & Kane, 2013; Munõz et al., 2015; Hostyn et al., 2011; Motz et al., 2013; Robles et al., 2012; Puckering et al., 2014; Broughton, 2014); 7 artigos buscaram analisar aspectos fisiológicos e/ ou neuropsicológicos com interação mãe-bebê (Elsabebagh et al., 2015; Feldman et al., 2010; Ostfeld et al., 2015; Feldman et al., 2013; Mörelius et al., 2012; Esposito et al., 2015; Schmid et al., 2011); 1 artigo buscou examinar caos doméstico e correlatos (risco sociodemográfico, angústia pessoal, grandes acontecimentos da vida, qualidade de coparentalidade e disponibilidade emocional dos pais com a criança na hora de dormir) em famílias com bebês (Whitesell et al., 2015); 1 artigo buscou identificar prevalência de saúde mental, distúrbios do desenvolvimento e necessidade de intervenção em crianças de 0 à 5 anos, que estão sob

tutela (Hillen et al., 2012); 1 artigo buscou examinar se a saúde mental dos pais, o relacionamento pais-bebê, características infantis e relacionamento do casal estão associados com o desenvolvimento do bebê (Parfitt et al., 2014); 1 artigo buscou examinar se o estresse pré-natal está associado com problemas de comportamento emocional de regulação do choro e agitação dos bebês (Bolten et al., 2012); 1 artigo buscou catalogar o que os pais de bebês saudáveis estão fazendo para controlar a dor do seu bebê quando da vacinação dele (Lisi et al., 2013); 1 artigo procurou explorar as primeiras experiências de pais que têm um bebê muito prematuro (Watson, 2011); 1 artigo buscou estabelecer os preditores de comportamentos positivos e negativos dos pais de bebê em uma população do Reino Unido (Thomson et al., 2014); 1 artigo buscou explorar as ligações entre estresse pós-traumático materno e representações de apego materno (Forcada et al., 2011); 1 artigo procurou investigar o funcionamento cognitivo da criança com mães com ou sem distúrbios de relacionamento com seus bebês (Akdemir et al., 2010); 1 artigo buscou examinar o efeito de mensagens de texto para lembrar os pais sobre vacinação (Niederhauser et al., 2015); e 1 artigo procurou identificar os fatores contextuais e os benefícios de um programa de massagem para bebês em um grupo de mães (Underdown et al., 2013).

Ainda, 1 artigo buscou analisar bebês com idade de 0 à 12 meses encaminhados para diagnóstico e tratamento psiquiátrico, avaliando os resultados de curto prazo (Viaux-Savelon et al., 2010); 1 artigo buscou investigar o efeito dos serviços de doula na parentalidade entre as mães jovens de baixa renda (Hans et al., 2013); 1 artigo buscou examinar o sono infantil e interações pais-bebê em um grupo de bebês com fraldas de pano e em um grupo de bebês com fraldas descartáveis de alta absorção (Lukowski et al., 2015); 1 artigo buscou investigar a qualidade de relações pais-bebê a partir das perspectivas de pais, tanto no período pré-natal e pós-parto (Van Bakel et al.,

2013); 1 artigo buscou examinar as características globais de interação pais-bebê em crianças com 6 à 10 meses de idade que tenham um irmão mais velho diagnosticado com autismo, em comparação com um grupo de bebês sem irmão mais velho com autismo (Wan et al., 2012); 1 artigo buscou investigar a prevalência e fatores de risco em diferentes tipos de relações entre pais e lactentes em um bairro brasileiro (Falceto et al., 2012); 1 artigo buscou mostrar a análise de um estudo de caso de um atendimento psiquiátrico infantil (Keren, 2011); 1 artigo buscou investigar se problemas de regulação iniciais (choro excessivo, dificuldade de alimentação e de sono persistentes) até a idade pré-escolar são precursores de problemas de TDAH e déficits cognitivos na idade escolar (Schmid & Wolke, 2014); 1 artigo buscou avaliar se distúrbios de regulação (choro excessivo, dificuldade de alimentação e sono) ocorrem também em crianças pré-escolares (Postert et al., 2012); e por último, 1 artigo buscou investigar as representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto (Sousa et al., 2011).

Dos dez artigos incluídos para este estudo, três deles avaliaram os efeitos de uma intervenção breve em psicoterapia pais-bebê para mães e bebês de populações consideradas de alto risco para a parentalidade, como os abrigos (Sleed, James, Baradon, Newbery, & Fonagy, 2013 b; Bain, 2014) e prisões (Sleed, Baradon, & Fonagy, 2013 a); um avaliou a eficácia de uma intervenção em psicoterapia utilizando o dispositivo da arte para mães-bebê em um serviço de saúde pública (Armstrong & Howatson, 2015); três artigos analisaram o efeito de uma psicoterapia breve pais-bebê em serviços de saúde pública (Moayedoddin, Moser, & Nanzer, 2013; Salomonsson, Sorjonen, & B. Salomonsson, 2015; Salomonsson & Sandell, 2011); um artigo avaliou a participação do pai na psicoterapia breve pais-bebê no contexto da depressão pós-parto (Silva, Prado, & Piccinini, 2013); um artigo analisou e identificou conteúdos manifestos

nas sessões de psicoterapia breve pais-bebê, evidências empíricas do conceito de “honorável fachada”, com base nos eixos conjugalidade e parentalidade (Frizzo, Prado, Linares, & Piccinini, 2011) e um artigo demonstrou a organização e o estabelecimento de um serviço de saúde mental para crianças com idade de 0-3 anos, com perspectiva de psicoterapia mãe-bebê em um ambiente comunitário (Berg, 2012). Estes 10 artigos estão listados no apêndice A.

Visando a uma análise aprofundada da produção científica encontrada, foram estabelecidas categorias que demarcaram a análise do material, como: 1) área de atuação dos autores; 2) ano de publicação; 3) país de origem dos estudos; 4) idioma dos estudos; 5) objetivos; 6) delineamento; 7) participantes; 8) instrumentos; 9) intervenções utilizadas; e 10) principais resultados. Desta forma, seguiu-se uma análise quantitativa das categorias, buscando identificar a frequência de cada item, e qualitativa, visando apreciar o conteúdo das mesmas.

Considerando a análise da área de atuação dos autores, alguns artigos tinham clara a área de atuação, outros não. Então, em alguns momentos, foi preciso usar informações da internet e recorrer à filiação dos autores através de outros trabalhos publicados pelos mesmos. Todos os artigos envolveram profissionais da área de saúde mental: psicologia e/ou psiquiatria. Em seis artigos houve coautoria de profissionais da psicologia e psiquiatria (Sleed et al., 2013a; Sleed et al., 2013b; Silva et al., 2013; Frizzo et al., 2011; Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015); em outros dois artigos autoria de profissionais da psiquiatria (Berg, 2012; Moayedoddin, 2013) e um artigo com autoria da psicologia (Bain, 2014). Por fim, também foi localizado um artigo publicado por um profissional da área da psicologia em conjunto com um profissional da área da enfermagem (Armstrong & Howatson, 2015).

Observa-se, portanto, que a saúde mental foi protagonista nas pesquisas em psicoterapia pais-bebê e não poderia ser diferente, pois a psicoterapia é procedimento exclusivo da área da saúde mental. Com 60% da autoria dos artigos publicados conjuntamente por profissionais da psicologia e psiquiatria, verifica-se a existência de interdisciplinaridade e de um diálogo essencial entre os dois campos atuantes em saúde mental.

A figura 2 ilustra área de atuação dos autores.

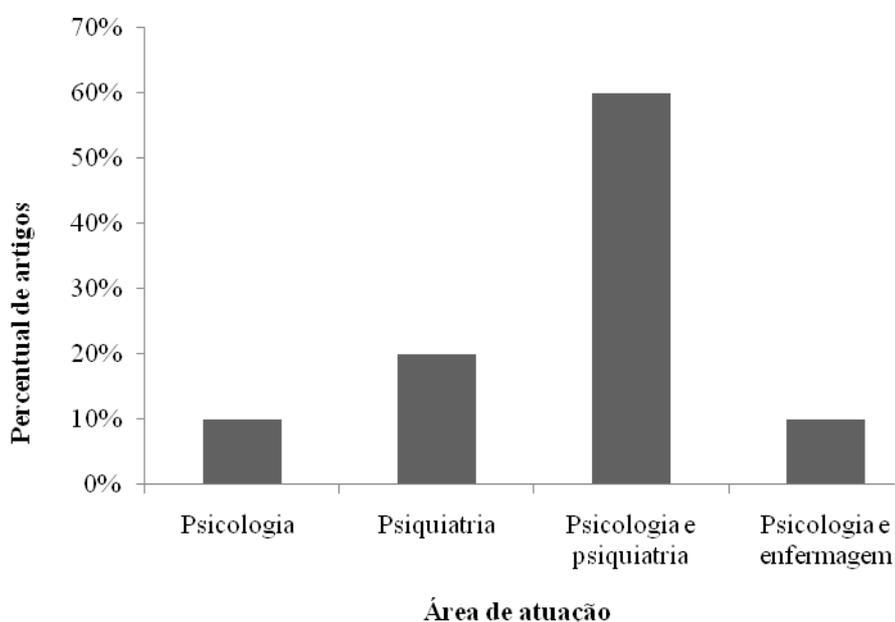


Figura 2. Área de atuação dos autores.

Na análise do ano de publicação, encontram-se quatro artigos publicados no ano de 2013 (Moayedoddin et al., 2013; Silva et al., 2013; Slead et al., 2013a; Slead et al., 2013b). A seguir o ano de 2011 e 2015 empatados com dois artigos (Frizzo, et al., 2011; Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015; Armstrong & Howatson, 2015) e 2012 e 2014, empatados com um artigo publicado em cada ano (Berg, 2012; Bain, 2014). Portanto, percebe-se que não houve grandes flutuações no número de

publicações durante esses últimos cinco anos e meio, oscilando de um a quatro artigos editados anualmente. Ademais, com 10 artigos publicados durante este período, tem-se uma média aproximada de dois artigos editados por ano, considerando-se um número incipiente. Assim, sugere-se a necessidade de um maior investimento em pesquisas, oferecendo evidências que possam amparar a utilização de diferentes intervenções pais-bebê.

O número de publicações por ano é ilustrado na figura 3.

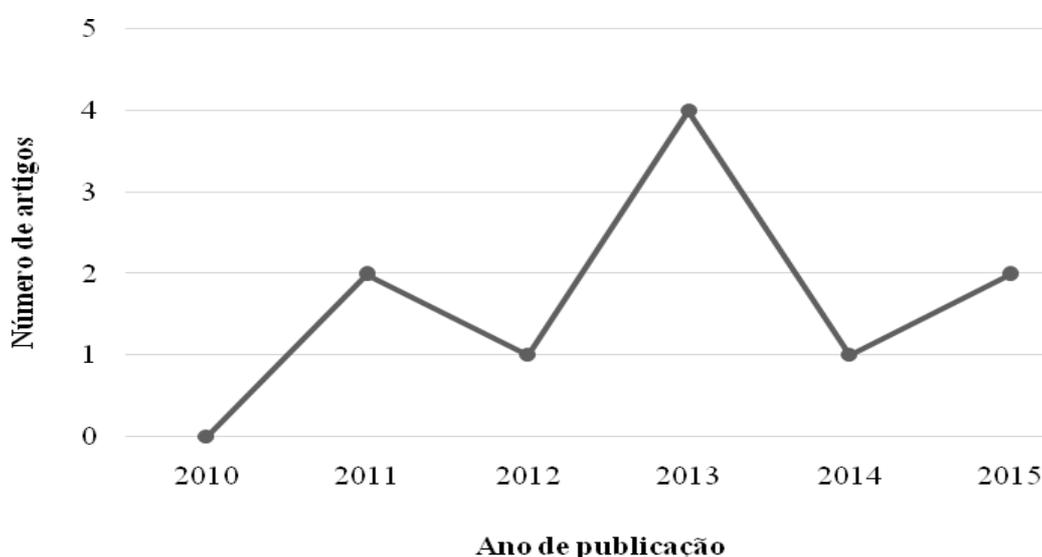


Figura 3. Número de publicações por ano.

Considerando o país de origem do artigo, sobressaíram-se pesquisadores do Reino Unido, com três estudos (Sleed et al., 2013a; Sleed et al. 2013b; Armstrong & Howatson, 2015); a seguir África do Sul (Berg, 2012; Bain, 2014), Suécia (Salomonsson et al., 2015; Salomonsson & Sandell, 2011) e Brasil (Silva et al., 2013; Frizzo et al., 2011), com dois artigos cada um. Por fim, a Suíça com um artigo (Moayedoddin et al. 2013). A presença do Reino Unido como destaque em maior número de artigos, mesmo que com uma pequena diferença, pode justificar-se pela tradição de estudos na área neste país, e pela presença do Centro Anna Freud em

Londres, instituição de renome nas pesquisas com bebês e cuja participação está presente em três artigos selecionados para essa revisão (Sleed et al., 2013a; Sleed et al., 2013b; Bain, 2014). No estudo de Bain (2014) há supervisão clínica de Tessa Baradon, integrante do Anna Freud Centre.

Os países de origem dos estudos são ilustrados na figura 4.

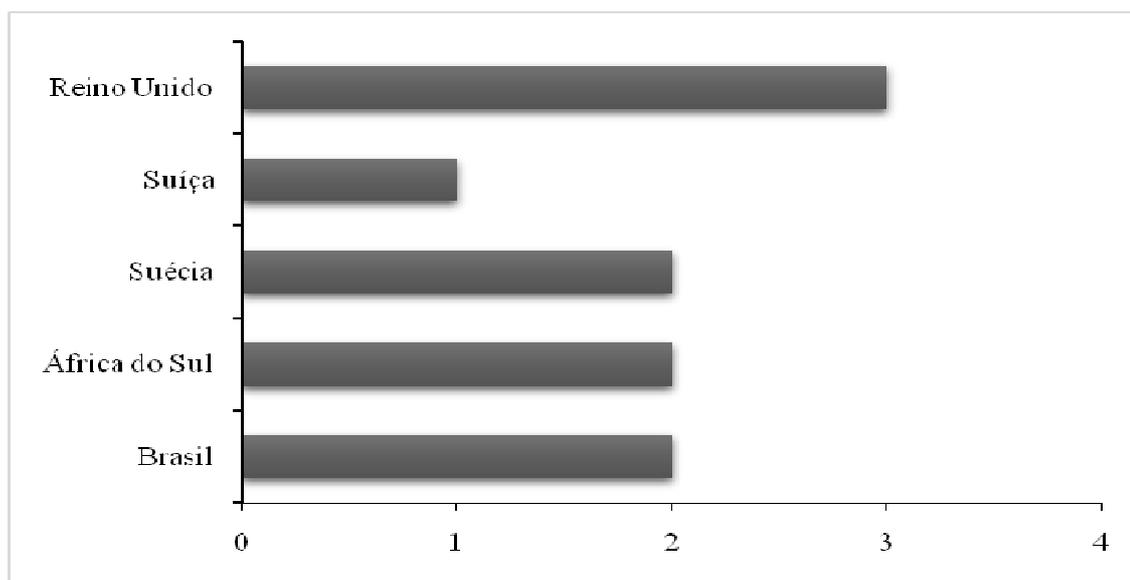


Figura 4. País de origem dos estudos.

A análise do idioma das publicações demonstrou que o inglês é predominante nas publicações desta revisão, tendo ocorrido em oito estudos (Sleed et al., 2013a; Sleed et al., 2013b; Bain, 2014; Armstrong & Howatson, 2015; Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Berg, 2012; B. Salomonsson & Sandell, 2011). Um artigo foi publicado em português (Frizzo et al., 2011); e por fim, um artigo foi publicado em inglês e português (Silva et al., 2013), como mostra a figura 5, corroborando a idéia de que o inglês é uma língua universal no que concerne à comunicação de produções científicas.

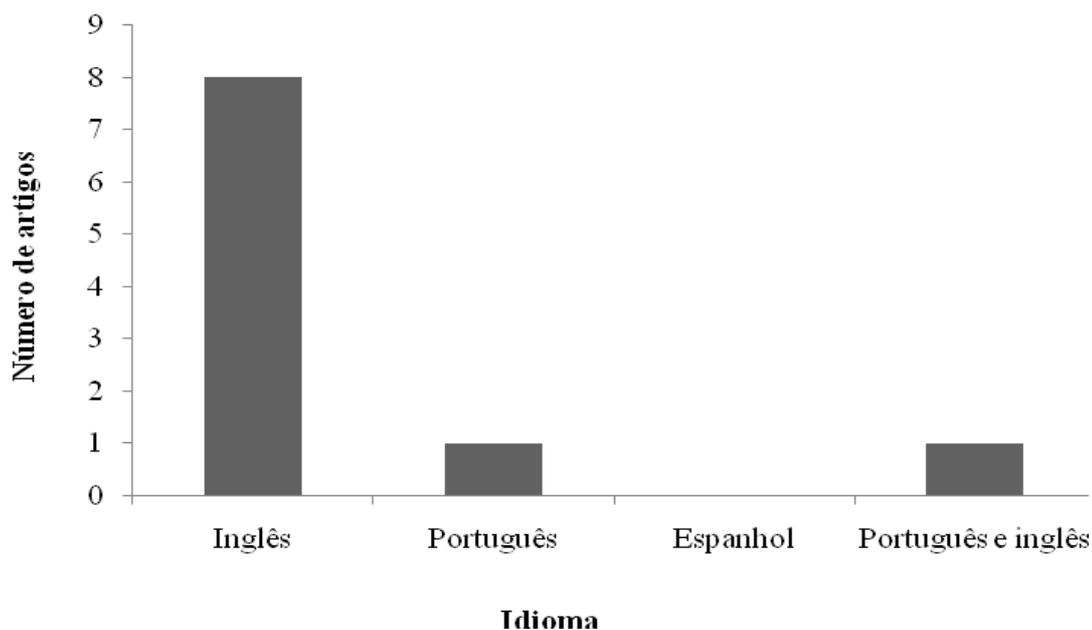


Figura 5. Distribuição dos artigos por idioma de publicação.

Quanto aos objetivos dos estudos, encontrou-se uma variedade de temáticas abordadas, possibilitando discriminá-las em diferentes subcategorias denominadas: a) artigos cujo objetivo foi identificar os efeitos da intervenção proposta sobre o bebê; b) artigos cujo objetivo foi identificar os efeitos da intervenção proposta sobre o estado emocional e comportamental da mãe e/ou pai; c) artigos cujo objetivo foi identificar os efeitos da intervenção sobre a relação/interação mãe-bebê ou pai-mãe-bebê. Muitos artigos tiveram mais de um objetivo presente, podendo classificá-los em mais de uma subcategoria.

Referente à primeira subcategoria, designada “artigos cujo objetivo foi identificar os efeitos da intervenção proposta sobre o bebê”, destaca-se a análise do desenvolvimento do bebê (motor, cognitivo e emocional) a partir da psicoterapia pais-bebê em cinco artigos (Sleed et al., 2013b; Bain, 2014; Salomonsson et al., 2015; Berg,

2012; Salomonsson & Sandell, 2011) e os efeitos para o funcionamento global do bebê a partir da psicoterapia pais-bebê em um artigo (Salomonsson et al., 2015).

Em relação à segunda subcategoria designada “artigos cujo objetivo foi identificar os efeitos da intervenção proposta sobre o estado emocional e o comportamento da mãe e/ou do pai”, destaca-se a prioridade da análise de estudos a respeito dos efeitos para a sintomatologia depressiva pós-parto a partir da psicoterapia pais-bebê, presente em nove artigos (Sleed et al., 2013a; Frizzo et al., 2011; Silva et al., 2013; Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Salomonsson & Sandell, 2011; Armstrong & Howatson, 2015; Bain, 2014; Berg, 2012). Dentre estes estudos, um almejou investigar a participação do pai na psicoterapia breve pais-bebê neste contexto de depressão pós-parto (Silva et al., 2013) e outro analisou a conjugalidade e a parentalidade no contexto da depressão pós-parto em sessões de psicoterapia pais-bebê (Frizzo et al., 2011). Nesta mesma subcategoria, foi possível identificar que, além dos efeitos sobre a depressão pós-parto, três artigos investigaram os efeitos da psicoterapia pais-bebê sobre o funcionamento reflexivo da mãe (Sleed et al., 2013a; Bain, 2014; Berg, 2012); três estudos avaliaram a sensibilidade materna em relação ao bebê a partir da psicoterapia pais-bebê (Bain, 2014; Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015); dois estudos analisaram efeitos da psicoterapia pais-bebê para a sintomatologia de ansiedade da mãe (Moayedoddin et al., 2013; Bain, 2014); um estudo buscou analisar o funcionamento global das mães a partir da psicoterapia pais-bebê (Moayendoddin et al., 2013); e um estudo avaliou o stress a partir da intervenção proposta (Salomonsson & Sandell, 2011).

Em relação à última subcategoria designada “artigos cujo objetivo foi identificar os efeitos da intervenção sobre a relação/interação mãe-bebê e ou pai-mãe-bebê”, os 10 artigos desta revisão sistemática procuraram documentar a evolução da

relação/interação mãe-bebê e/ou pai-mãe-bebê a partir da psicoterapia pais-bebê (Sleed et al., 2013a; Sleed et al., 2013b; Armstrong & Howatson, 2015; Bain, 2014; Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Berg, 2012; Salomonsson & Sandell, 2011; Frizzo et al., 2011; Silva et al., 2013).

Observa-se que a maioria dos artigos pesquisados apresentou uma variedade de temáticas abordadas, no entanto, o viés principal foi avaliar os efeitos da intervenção proposta sobre: o bebê, o estado emocional e comportamental da mãe e/ou pai e a relação/interação mãe-bebê ou pai-mãe-bebê. Verifica-se ainda, que a análise a respeito do bebê a partir da psicoterapia pais-bebê foi à subcategoria com menos estudos citados, em contrapartida, os estudos da avaliação dos aspectos intrapsíquicos parentais foram os prioritários, juntamente com os estudos sobre a relação/interação mãe-bebê.

A partir desses dados, outro aspecto importante a ser analisado é que a maioria das pesquisas tratou de investigar o efeito da intervenção proposta para depressão pós-parto (Sleed et al., 2013a; Frizzo et al., 2011; Silva et al., 2013; Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Berg, 2012; Bain, 2014; Salomonsson & Sandell, 2011; Armstrong & Howatson, 2015). A literatura tem indicado como um objetivo preferencial nas pesquisas, o tema depressão pós-parto, justificável pela premissa de que o estado psíquico da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento infantil.

Quanto à análise do delineamento dos artigos, os dados apontaram para a prevalência de pesquisas quantitativas, tendo sido encontrados cinco artigos com essa configuração (Sleed et al., 2013b; Bain, 2014; Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Berg, 2012), enquanto três artigos utilizaram abordagem mista (Sleed et al., 2013a; Armstrong & Howatson, 2015; Salomonsson & Sandell, 2011) e dois artigos utilizaram abordagem qualitativa (Silva et al., 2013; Frizzo et al., 2011).

Entre os estudos de abordagem quantitativa e/ou mista, dois estudos se desenvolveram com a formação de grupo randomizado controlado (Sleed et al., 2013a; Salomonsson et al., 2015); um estudo foi randomizado de comparação entre grupos com *follow-up*, avaliando duas intervenções (Salomonsson & Sandell, 2011); quatro estudos utilizaram pré-teste e pós-teste, sendo três experimentais com grupo controle (Sleed et al., 2013b; Bain, 2014; Moayedoddin et al., 2013) e um quase experimental sem grupo controle (Armstrong & Howatson, 2015). E por fim, a partir de uma abordagem qualitativa, foram encontrados dois estudos de caso, um estudo de caso único (Silva et al., 2013) e outro estudo de caso múltiplo (Frizzo et al., 2011). No estudo de Berg (2012), foi possível apenas identificar que era um delineamento quantitativo.

Com a maioria dos estudos sendo de pesquisas quantitativas, prevaleceu o interesse pelos resultados do tratamento, em termos de frequência e intensidade. Sem dúvida essas pesquisas agregam valor, no entanto, torna-se salutar incentivar um número maior de pesquisas qualitativas, já que estas permitem um maior aprofundamento, elucidando fatos que não estão disponíveis para serem mensurados através de técnicas de quantificação.

A ilustração do delineamento dos estudos segue na figura 6.

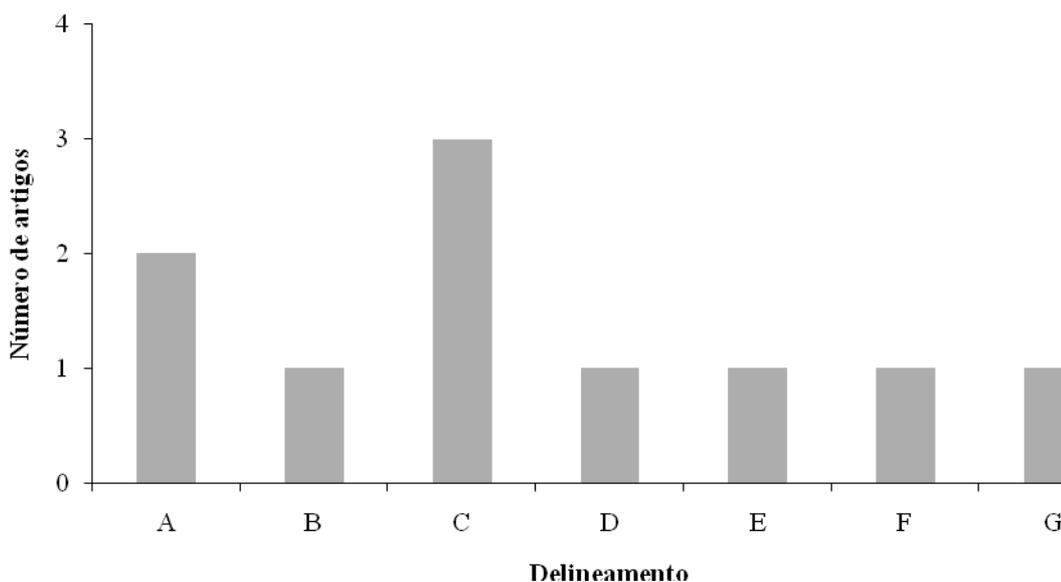


Figura 6. Delineamento dos estudos. Considerar A: Estudo de grupo randomizado controlado; B: Estudos randomizados de comparação entre grupos com follow-up; C: Estudos com pré-teste e pós-teste experimentais com grupo controle; D: Estudos com pré-teste e pós-teste quase experimentais sem grupo controle; E: Estudo de caso único; F: Estudo de caso múltiplo; G: Delineamento quantitativo.

A análise dos participantes determinou a formação de duas subcategorias, aqui nomeadas de: a) díade mãe-bebê e b) tríade pai-mãe-bebê. Destas, destaca-se a primeira subcategoria (díade mãe-bebê), como o principal público participante, em oito pesquisas (Sleed et al., 2013a; Sleed et al. 2013b; Bain, 2014; Armstrong & Howatson, 2015; Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Berg, 2012; Salomonsson & Sandell, 2011). Na subcategoria tríade pai-mãe-bebê, duas pesquisas elegeram este público como participante (Silva et al., 2013; Frizzo et al., 2011). Observa-se, portanto, que a participação do pai nas pesquisas ainda é pequena. No entanto, estudos com a participação do pai são importantes e devem ser incentivados, pois com a presença deste, torna-se possível analisar aspectos da paternidade e da sua inserção no processo

de mudança da família. Segundo Bowlby (1989), não só a mãe, mas também o pai é importante para fornecer uma base segura a partir da qual a criança pode explorar o mundo de forma que se sinta amparada tanto física como emocionalmente.

Os dados sobre os participantes podem ser visualizados na figura 7.

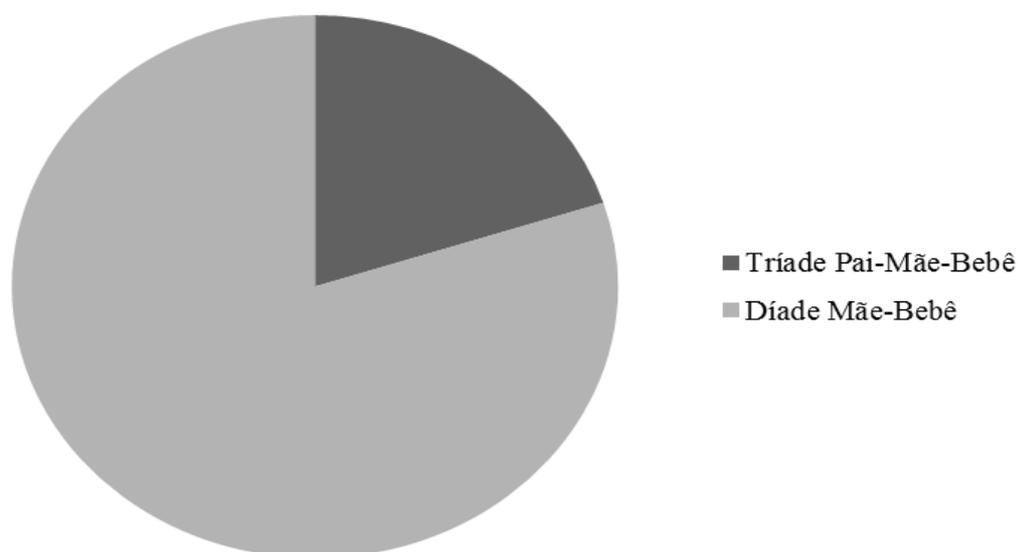


Figura 7. Participantes.

Na apreciação dos instrumentos, os dados levantados apontaram para a utilização de uma grande variedade de ferramentas para a realização das pesquisas. Assim, para a análise desta categoria, foram criadas quatro subcategorias designadas: 1) avaliação materna e/ou paterna; 2) avaliação do bebê; 3) avaliação da relação/interação pais-bebê; e 4) avaliação da percepção que a professora tem da criança.

Neste contexto, destacou-se a subcategoria “avaliação materna e/ou paterna”, com um maior número de instrumentos usados. Estes foram classificados em: instrumentos para avaliar o estado emocional materno e instrumentos para avaliar as percepções sobre maternidade/paternidade.

Em relação aos instrumentos para avaliar o estado emocional materno e/ou paterno foram usados os seguintes instrumentos: *Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* (Sleed et al., 2013a); Questionários (Salomonsson & Sandell, 2011; Armstrong & Howatson, 2015; Sleed et al., 2013a); Entrevistas semiestruturadas (Frizzo et al., 2011; Berg, 2012; Salomonsson & Sandell, 2011; Sleed et al., 2013a; Salomonsson et al., 2015); *Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)* (Bain, 2014; Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015); *Kessler-10* (Bain, 2014); Inventário de Ansiedade Traço (IDATE) (Moayedoddin et al., 2013); *Clinical Global Impression (CGI)* (Moayedoddin et al., 2013); *The Global Assessment Functioning (GAF)* (Moayedoddin et al., 2013); Entrevista clínica para depressão (Moayedoddin et al., 2013; Silva et al., 2013); *Swedish Parental Stress Questionnaire (SPSQ)* (Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015); *Questionnaire Social-Emotional (ASQ:SE)* (Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015); *Symptom Check List-90* (Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015); *Beck Depression Inventory (BDI)* (Silva et al., 2013; Frizzo et al., 2011).

Os instrumentos que avaliaram as percepções sobre maternidade/paternidade foram os seguintes: *Parent Development Interview (PDI)* (Sleed et al., 2013a; Bain, 2014); *Mother's Object Relations Scales (MORS)* (Sleed et al., 2013a); *Strengths and difficulties questionnaire (SDQ-M)* (Salomonsson et al., 2015); *Reflective Function Scale* (Bain, 2014); *Parent-Infant Relationship Global Assessment (PIR-GAS)* (Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015).

Na subcategoria “avaliação do bebê”, os instrumentos foram classificados em: instrumentos para avaliar o desenvolvimento do bebê e instrumentos para avaliar a psicopatologia do bebê. Os instrumentos utilizados para avaliar o desenvolvimento do

bebê foram os seguintes: *Bayley Scales of Infant Development* (BSID) (Sleed et al., 2013b; Salomonsson et al., 2015); *Griffiths Scales of Mental Development* (Bain, 2014); WPPSI-III-escala de inteligência (Salomonsson et al., 2015).

Os instrumentos utilizados para avaliar psicopatologia no bebê foram os seguintes: *Machover Test* (Salomonsson et al., 2015); *Story Stem Assessment Profile* (SSAP) (Salomonsson et al., 2015); DC:0-3R- padrão multimodal pais-bebê com classificação da saúde mental e desordens do desenvolvimento infantil (Berg, 2012; Salomonsson, & Sandell, 2011); *Children's Global Assessment Scale* (CGAS) (Salomonsson et al., 2015); *Strengths and difficulties questionnaire* (SDQ-P) (Salomonsson et al., 2015); *Mac Arthur Story Stem Battery* (MSSB) (Salomonsson et al., 2015).

A seguir, sobressaiu-se a subcategoria “avaliação da relação/interação pais-bebê”, com os seguintes instrumentos adotados, todos com a intenção de avaliar as relações entre pais e bebês, como o *Coding Interactive Behavior* (CIB) (Sleed et al., 2013a; Sleed et al., 2013b; Bain, 2014); Entrevistas semiestruturadas e Questionários (Sleed et al., 2013^a); *Emotional Availability Scales* (EAS) (Bain, 2014; Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015) e Filmagem das sessões de intervenção para analisar a interação (Sleed et al., 2013^a; Sleed et al., 2013b; Silva et al., 2013; Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015). E na subcategoria que avaliou a “percepção da professora em relação à criança” foi utilizado o instrumento: *Strengths and difficulties questionnaire* (SDQ-P) (Salomonsson et al., 2015).

Percebe-se que poucos instrumentos específicos relacionados à avaliação dos processos de relação/interação pais-bebê foram utilizados, sugerindo que para esse fator, pode haver escassez de instrumentos apropriados, sendo interessante avaliar investimentos no estudo e concepção destes. Ainda, observa-se que os estudos estão

mais preocupados com aspectos intrapsíquicos parentais do que com a relação, que é tão essencial para o desenvolvimento infantil.

No que diz respeito ao tipo de intervenção adotada nestes artigos, sobressaíram-se intervenções em psicoterapia breve pais-bebê no formato grupal. Elas buscaram tratar a díade mãe-bebê ou a tríade mãe-pai-bebê, em contextos de depressão pós-parto, em cenários considerados de alto risco para o estado emocional da mãe, do bebê e da relação/interação (abrigos e presídios), cenários de saúde pública e de ensino acadêmico.

Em dois artigos (Sleed et al., 2013 a; Bain, 2014) foi proposta uma intervenção psicoterápica breve em grupo mãe-bebê, em um programa denominado *New Beginnings*. Este programa foi desenvolvido no *Anna Freud Centre*, em Londres, originalmente testado em prisões no Reino Unido e depois adaptado para abrigos. O objetivo da intervenção é melhorar a qualidade da relação mãe-bebê, ajudando esta mãe a sintonizar com mais precisão às necessidades do seu bebê e a desenvolver a sua capacidade de reconhecer a separação de seu filho.

O uso de uma modalidade de artepsicoterapia para grupo de mães foi abordada em outro artigo (Armstrong & Howatson, 2015), consistindo em usar a arte como mediadora para trabalhar o relacionamento da díade e ajudar a mãe a explorar e comunicar sentimentos e experiências. Em outro artigo tem-se o uso de uma intervenção em psicoterapia breve mãe-bebê, citada como um modelo adaptado do modelo psicoterapêutico mãe-bebê de Genebra, baseada no manejo das representações maternas a fim de reduzir os conflitos psicológicos da mãe e melhorar o relacionamento diádico (Moayedoddin et al., 2013).

Em dois outros artigos há a denominação do uso de uma psicoterapia breve pais-bebê (Silva et al., 2013; Frizzo et al., 2011), com a presença da tríade pai-mãe-bebê na

intervenção proposta. No primeiro artigo (Silva et al., 2013) há a abordagem da paternidade em um contexto da depressão pós-parto, ao longo da psicoterapia pais-bebê. No segundo artigo (Frizzo et al., 2011) há a abordagem da parentalidade e conjugalidade durante a psicoterapia pais-bebê, no contexto da depressão pós-parto.

Em outro artigo foi usada uma psicoterapia mãe-bebê baseada nos modelos Maldonado-Duran e *Childparent* de Lieberman (Berg, 2012), objetivando tratar a interação mãe-bebê e sintomas depressivos da mãe. Por fim, em três artigos foi usada uma intervenção em psicoterapia mãe-bebê em formato grupal, com enfoque psicanalítico (Salomonsson & Sandell, 2011; Salomonsson et al., 2015; Slead et al., 2013b), com a proposta de tratar a qualidade do relacionamento diádico e/ou a sensibilidade da mãe para com seu bebê e/ou sintomas depressivos da mãe.

Observa-se que as intervenções em psicoterapia pais-bebê apareceram com diferentes nomeações e formatos. Para Meisels e Schonkoff (2000) as intervenções para crianças nos primeiros anos de vida e muitas vezes incluindo o período da gravidez da mãe têm tomado diferentes formas e nomeações há mais de três décadas. Além da psicoterapia pais-bebê aparecer com diferentes nomeações e formatos, também apareceu na totalidade dos estudos. Segundo Trad (1997), a psicoterapia breve pais-bebê é particularmente adequada às famílias com bebês, pois parece se adaptar bem ao modelo breve, já que essas famílias vivem um intenso processo de desenvolvimento e um ajuste contínuo às mudanças maturacionais que ocorrem com seus membros. Ainda, para Cramer et al. (1990), as psicoterapias breves são indicadas para pesquisas em psicoterapia, uma vez que é possível visualizar resultados com poucas sessões e evitar fatores intervenientes nos resultados.

Quanto à questão da maioria dos estudos ter optado pelo formato grupal, uma explicação pode ser encontrada nas referências de Yalom & Leszcz (2005). Estes

autores consideram que o formato grupal pode ser um cenário ideal para os pais e bebês desenvolverem um sentimento de pertença e construção de relacionamentos. Além de oferecer oportunidades de diminuir o isolamento social, aumentar a capacidade para explorar pensamentos e sentimentos, estimular o esclarecimento da natureza de problemas relacionais, fomentarem o apoio mútuo e um sentimento de altruímo (Yalom & Leszcz, 2005). Ademais, o formato grupal pode facilitar a coleta de dados em uma população maior em menos tempo e oferecer atendimento clínico para um maior número de mães e seus bebês.

Cabe ainda, nessa categoria, apontar a respeito da importância das intervenções que foram efetuadas em cenários como os abrigos e prisões, em função das escassas pesquisas com bebês institucionalizados e do alto risco para a parentalidade, desenvolvimento do bebê e relações vinculares a que estas famílias estão sujeitas. Além disso, a relevância do profissional de psicologia em pensar criticamente a realidade social e conscientizar-se do seu papel como agente facilitador, em termos de prevenção e promoção da saúde dessas populações (Freire & Grandino, 1999).

Os dados das intervenções podem ser visualizados na figura 8.

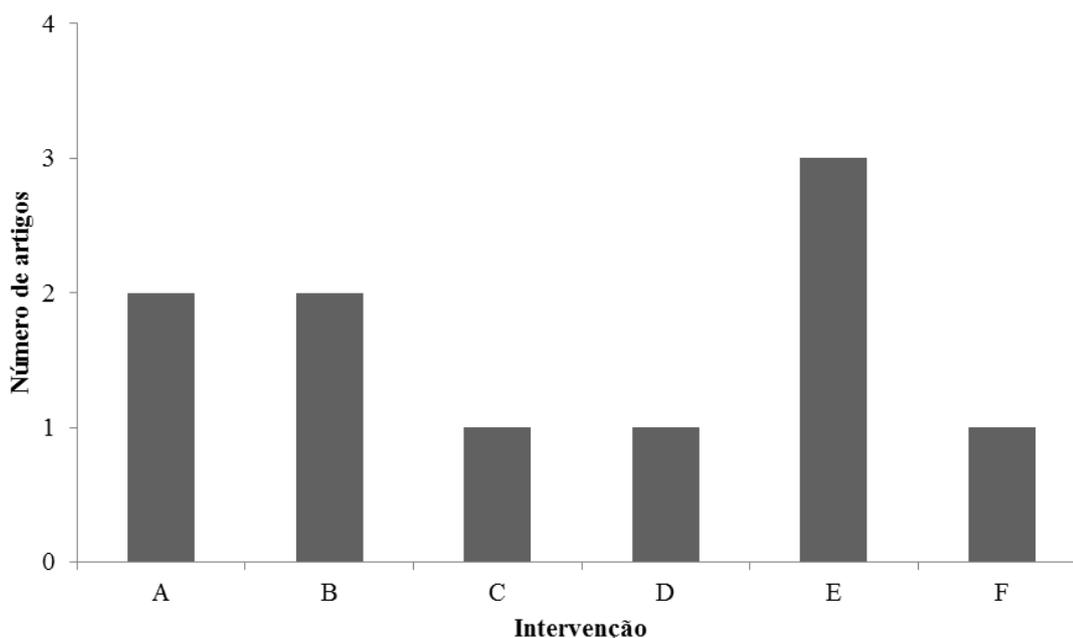


Figura 8. Intervenções. Considerar A: New Beginnings; B: Psicoterapia breve pais bebê; C: Psicoterapia breve pais-bebê modelo adaptado do psicoterapêutico mãe-bebê de Genebra; D: Psicoterapia pais-bebê com o modelo Maldonado-Duran e Chilparent de Lieberman; E: Psicoterapia pais-bebê com enfoque psicanalítico; F: Arte psicoterapia.

Na investigação dos resultados dos estudos houve uma variedade de temáticas possíveis de análise e que, agrupadas, revelaram a ênfase em alguns temas distintos, derivando as subcategorias descritas como: a) ênfase nos resultados da psicoterapia pais-bebê para o bebê; b) ênfase nos resultados da psicoterapia pais-bebê para a mãe e/ou pai, e c) ênfase nos resultados da psicoterapia pais-bebê para a relação/interação mãe-bebê e/ou pai-mãe-bebê.

Em relação à subcategoria “ênfase nos efeitos da psicoterapia pais-bebê para o bebê”, foram encontrados cinco artigos. Seus resultados indicaram que os bebês que participaram das intervenções em psicoterapia pais-bebê apresentaram índices de desenvolvimento (mental, cognitivo e motor) melhores a partir da intervenção (Sleed et

al., 2013b; Berg, 2012; Salomonsson et al., 2015; Salomonsson & Sandell., 2011; Bain, 2014). Nessa mesma direção, outro estudo revelou que os bebês apresentaram melhoras no funcionamento global a partir da intervenção (Salomonsson et al., 2015). Assim, verifica-se a confirmação de uma das premissas básicas da psicoterapia pais-bebê: a contribuição da intervenção precoce como facilitadora do desenvolvimento saudável do bebê.

Na análise da subcategoria “ênfase nos resultados da psicoterapia pais-bebê para a mãe e ou/pai”, foram encontrados 9 artigos (Sleed et al., 2013^a; Armstrong & Howatson, 2015; Frizzo et al., 2011; Silva et al., 2013; Bain, 2014; Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Berg, 2012; Salomonsson & Sandell, 2011). Em quatro artigos há referências aos efeitos significativos da psicoterapia pais-bebê sobre os níveis de depressão pós-parto (Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Berg, 2012; Salomonsson & Sandell, 2011), enquanto em um artigo, o nível de depressão pós-parto diminuiu, mas as poucas sessões da psicoterapia pais-bebê não foram suficientes para a mãe deprimida interiorizar e comprometer-se com o tratamento da psicoterapia pais-bebê, sendo indicado um programa de visitas domiciliares (Bain, 2014). Um estudo referiu que as mães que apresentaram depressão pós-parto foram as que se sentiram menos capazes para ler os sinais e entender os sentimentos de seus filhos (Armstrong & Howatson, 2015). Outro artigo referiu que a psicoterapia pais-bebê pode oferecer para a mãe um espaço acolhedor e empático para suas vivências e sentimentos, inclusive para a sintomatologia depressiva (Frizzo et al., 2011). Em outro trabalho, há referência de que o apoio emocional do pai nas sessões é importante para a mãe com sintomatologia depressiva, até por compartilharem e dividirem as responsabilidades quanto às mudanças em relação à família (Silva et al., 2013). Em um artigo não houve efeitos

significativos da psicoterapia pais-bebê ao longo do tempo sobre a depressão pós-parto (Sleed et al., 2013a).

Com a análise dos dados expostos, verifica-se que a intervenção obteve resultados positivos no tratamento dos sintomas depressivos em mais da metade dos estudos. Isto sugere os benefícios desta intervenção para a sintomatologia depressiva. Nesta mesma subcategoria, foi possível identificar que, além dos efeitos sobre a depressão pós-parto, três artigos revelaram o efeito da psicoterapia pais-bebê na capacidade reflexiva das mães. Em um deles houve melhoras na capacidade reflexiva das mães (Berg, 2012); em outro artigo não houve mudanças significativas nesta capacidade (Bain, 2014); e no terceiro artigo o funcionamento reflexivo das mães não se deteriorou ao longo do tempo, em contrapartida com o grupo controle (Sleed et al. 2013a). O funcionamento reflexivo é um conceito que se refere à capacidade de perceber a si próprio e aos outros como seres psicológicos, bem como levar em consideração os estados mentais, como pensamentos, sentimentos, intenções, desejos e motivações subjacentes aos comportamentos (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Nessa perspectiva, o funcionamento reflexivo da mãe torna-se importante, pois permite que a mãe perceba a si mesma e ao seu filho em relação às suas emoções e aos seus estados mentais.

Ainda nesta subcategoria, três estudos evidenciaram o impacto da psicoterapia pais-bebê no aumento da sensibilidade da mãe em perceber necessidades do bebê (Salomonsson et al., 2015; Bain, 2014; Salomonsson & Sandell, 2011). O termo sensibilidade materna é a habilidade da mãe em perceber, interpretar e responder adequadamente às necessidades e à comunicação do bebê, promovendo uma base segura para o desenvolvimento sócio-emocional da criança (Ainsworth, 1982).

Por fim, um estudo referiu melhora funcional e global das mães (Moayedoddin et al., 2013), um conceito utilizado para avaliar subjetivamente o funcionamento global, ocupacional e psicológico do adulto. Este estudo e o de Bain (2014) também referiram o impacto significativo da psicoterapia pais-bebê sobre a ansiedade materna, e outro trabalho verificou que o nível de estresse e a sensação de adequação da mãe melhoraram a partir da intervenção proposta (Salomonsson & Sandell, 2011).

Diante dos dados expostos, percebeu-se que a intervenção trouxe efeitos positivos para além dos sintomas depressivos. Observaram-se melhoras nos resultados da capacidade reflexiva, sensibilidade, níveis de ansiedade, níveis de stress, funcionamento global e sensação de adequação das mães, a partir da psicoterapia pais-bebê. Algumas mediações significativas foram encontradas, como índices melhores de sensibilidade materna influenciando um efeito positivo para a qualidade da relação/interação mãe-bebê, a partir de intervenção (Salomonsson et al., 2015; Bain, 2014; Salomonsson & Sandell, 2011). Ainda, melhora dos níveis de sensação de adequação, stress das mães (Salomonsson et al., 2015; Salomonsson & Sandell, 2011) e aspecto funcional global materno (Moayedoddin et al., 2013) mediando efeitos positivos sobre a depressão pós-parto e relação/interação mãe-bebê, a partir da intervenção. Ademais, melhora nos níveis de ansiedade mediando melhora da qualidade da relação/interação mãe-bebê (Moayedoddin et al., 2013; Bain, 2014) e dos sintomas de depressão pós-parto (Moayedoddin et al., 2013) a partir da intervenção. Por fim, efeitos positivos para a função reflexiva materna mediando melhora na qualidade do comportamento interativo, a partir de intervenção (Berg, 2012; Slead et al., 2013a).

Em relação à análise dos “resultados da psicoterapia pais-bebê para a relação/interação mãe-bebê e/ou pai-mãe-bebê” obteve-se as seguintes considerações, que seguem comentadas a seguir. Em seis artigos houve evidências de melhora na

qualidade da relação/interação mãe-bebê (Moayedoddin et al., 2013; Salomonsson et al., 2015; Bain, 2014; Armstrong & Howatson, 2015; Salomonsson & Sandell, 2011; Berg, 2012); enquanto um artigo indicou que não houve deterioração na relação/interação, em comparação ao grupo controle; concluindo que a intervenção proposta pode mitigar alguns riscos para a qualidade da relação/interação (Sleed et al., 2013a). Apenas um artigo não encontrou diferenças significativas na relação/interação mãe-bebê entre o grupo intervenção e o grupo controle (Sleed et al., 2013b). Quanto à relação/interação pai-mãe-bebê a partir da psicoterapia pais-bebê, um artigo referiu que o pai não apresentou dificuldades em relação aos cuidados com o bebê, mas sim uma tendência à parentalização dos filhos mais velhos. Da mesma forma, os conflitos da mãe eram muitas vezes deslocados para a relação conjugal e não para a relação mãe-bebê, com uma expectativa excessiva da mãe em relação ao pai (Frizzo, 2011). Para Silva (2013) a participação do pai permitiu tratar as questões relativas à relação mãe-pai-bebê e à paternidade.

Assim, dos dez estudos analisados, houve efeitos positivos da psicoterapia pais-bebê sobre a relação/interação entre pais e filhos em seis. Revendo os estudos que não evidenciaram resultados positivos nesta subcategoria, observou-se que em um deles também não houve melhoras nos níveis de depressão pós-parto e no outro estudo esse aspecto não foi analisado (Sleed et al., 2013a; Sleed et al., 2013b). Estes dados permitem refletir sobre a importância do resultado dos sintomas depressivos no desenvolvimento bem-sucedido da relação mãe-bebê.

Considerações Finais

A presente revisão de literatura identificou e analisou a produção científica sobre a intervenção em psicoterapia pais-bebê, em artigos publicados no período de janeiro de 2010 a julho de 2015, disponíveis na íntegra online, a fim de buscar novos fundamentos para o trabalho dos profissionais e pesquisadores envolvidos com saúde infantil. Os resultados dos dez estudos analisados foram animadores a respeito dos efeitos terapêuticos da psicoterapia pais-bebê, tanto sobre a saúde e desenvolvimento do bebê, quanto dos seus pais e da relação entre eles, consolidando os benefícios desta intervenção. No entanto, foram encontradas poucas publicações sobre psicoterapia pais-bebê, havendo, portanto, necessidade de cautela na mensuração dos resultados e de um maior investimento em pesquisas sobre a temática, especialmente estudos de caráter qualitativo e de análise de processos em psicoterapia pais-bebê. Da mesma forma, a inclusão de artigos não disponíveis online, aumentando o escopo de pesquisas, oferecendo subsídios que possam consubstanciar a utilização das intervenções em psicoterapia pais-bebê.

Importante para os profissionais e pesquisadores de saúde infantil observar que os estudos envolveram mães com sintomatologia depressiva, sendo uma grande prioridade o estudo com essa temática no meio científico, já que há evidências de que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança. No entanto, mesmo frente a essas premissas e às evidências científicas do alto índice de mulheres sofrendo de depressão pós-parto e dos problemas decorrentes, observa-se que, ainda, não há políticas públicas sistemáticas para depressão pós-parto nas rotinas do SUS e redes de tratamento. Assim, observa-se

como imprescindível o estabelecimento de avaliação e tratamento da depressão pós-parto nos programas de pré-natal e pós-parto, pois muitas mulheres não são diagnosticadas e, conseqüentemente, não são tratadas.

Identificou-se, também, que estudos com a presença do pai apareceram em 20% dos artigos, sendo um percentual pequeno, revelando quão poucas são as pesquisas e terapêuticas que têm incluído o pai. No entanto, mesmo com uma parcela pequena de estudos com a participação deste, observaram-se bons resultados decorrentes. Assim, um olhar maior sobre o desenvolvimento de pesquisas e psicoterapias com a inserção deste seria importante em função da corresponsabilidade pelo papel de mudança na família, que não é só da mãe, além de reconhecer o essencial papel que os cônjuges/pais podem desempenhar como fonte de apoio emocional para suas parceiras e para mitigar o impacto da depressão da mãe sobre a criança.

Cabe salientar, que as intervenções propostas nos estudos foram de psicoterapia breve pais-bebê, havendo, portanto, uma perspectiva de tratamento mais focal. Assim, percebe-se que mesmo com uma intervenção de tempo exíguo e com aspectos pontuais a serem abordados, houve bons resultados em relação ao desenvolvimento do bebê e ao relacionamento mãe-bebê e ou mãe-pai-bebê na presença de sintomas depressivos. Isto se configura um aspecto positivo, na medida em que a maioria da população brasileira não dispõe de recursos para um tratamento mais prolongado. No entanto, mesmo frente a esses bons resultados, sugere-se que estudos com outras modalidades de intervenção com mães, pais e bebês sejam também realizadas, a fim de instrumentalizar novas pesquisas nesse campo, agregando amplitude aos estudos de resultados psicoterapêuticos, objetivando uma proposta comparativa com os estudos de psicoterapia breve pais-bebê.

Ainda, observou-se que os estudos priorizaram aspectos intrapsíquicos parentais, ao invés de avaliar a relação, tão essencial para a saúde mental da criança. Sabe-se da importância desses estudos, no entanto, considera-se interessante o acréscimo de investimentos em pesquisas que analisem mais a relação/interação mãe-bebê e/ ou pai-mãe-bebê. Percebeu-se também que poucos instrumentos específicos foram usados para avaliação dos processos de relação/interação pais-bebê, sugerindo que pode haver escassez de ferramentas apropriadas para estas avaliações, sendo necessários investimentos também relacionados ao estudo e concepção destes. Por outro lado, houve uma ampla variedade de instrumentos utilizados nas pesquisas, trazendo importante referência para profissionais que trabalham na clínica.

Os resultados desta pesquisa, mesmo modestos, em função da seleção de poucos artigos, trouxeram dados promissores quanto aos efeitos positivos da psicoterapia pais-bebê para o desenvolvimento do bebê, para o emocional da mãe e do pai e para o relacionamento do bebê e seus pais. No entanto, esses devem ser avaliados com extremo cuidado e reserva, frente ao número pequeno de estudos, ao número pequeno das amostras, ao pouco tempo de intervenção e posterior acompanhamento da continuidade dos resultados apresentados.

Referências

- Ainsworth, M.D.S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In C.M.Parkes & J.Stevenson-Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behavior* (pp. 3-30). New York: Basic Book.
- Akdemir, D., Chadaroglu-Cetin, F., Ozusta, S. & karadaq, F. (2010). Relationship disorders and cognitive functioning in Young children. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52(5), 512-9
- Armstrong, V. G., & Howatson, R. (2015). Parent-infant art psychotherapy: a creative dyadic approach to early intervention. *Infant mental health journal*, 36(2), 213-222.
- Aspoas, B. & Amod, Z. (2014). A South African study on caregiver perceptions of a parent-infant intervention implemented to foster secure attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 580-90.
- Baggett, K.M., Davis, B., Edward, G.F., Sheeber, L.B., Landry, S.H., Carta, J.J., & Leve, C. (2010). Technologies for Expanding the Reach of Evidence-Based Interventions: Preliminary Results for promoting social-emotional development in Early Childhood. *Early Childhood Special Education*, 29(4), 226-238.
- Bain, K. (2014). "New beginnings" in South african shelters for the homeless: piloting of a group psychotherapy intervention for high-risk mother-infant dyads. *Infant mental health journal*, 35(6), 591-603.
- Barlow, J. & Coe, C. (2013). Integrating partner professionals the early explores project: peers early education part nership and the health visiting service. *Child care health and development*, 39(1), 36-43.
- Barlow, J., Sembi, S., Gardner, F., Macdonald, G., Petrou, S., Petrou, S., Parsons, H., Harnett, P., Dawe, S. (2013). An evaluation of the parents under pressure

programme: a study protocol for na RCT into its clinical and cost effectiveness. *Trials*, 14-210.

Barnes,J., Aistrop, D., Allen, E., Barlow, J., Elborne, D., Macdonald, G., Melhiush, E., Petrou, S., Pink, J., Snowdon, C., Spiby, H., Streart, J. & Sturgess, J. (2013). Firt steps: study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of the group. *Trials*, 14: 285/ DOI:10.1186/1745-6215-14-285.

Berg, A. (2012). Infant-parent psychotherapy at primary care level: Establishment of a service. *SAMJ: South African Medical Journal*, 102(6), 582-584.

Birtwell, B., Hammond, L. & Puckering, C. (2015). Me and my Bump: an interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable Women. *Clinical child Psychology and Psychiatry*, 20(2), 218-38.

Bolten, M.I., Fink, N.S. & Stadler, C. (2012). Maternal self-efficacy reduces the impact of prenatal stress on infant´s crying behavioral. *Psycho-neuroendocrinology*, 35(8), 1133-41.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da Teoria do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Broughton, C. (2014). Measuring parent-infant interaction: the parent-infant relational assessment tool (PIRAT). *Journal of child Psychotherapy*, 40(3), 254-270.

Buber, L.S., Blanchard, H., Holditch-Davis, D., Canuso, R., Perreira, K., Schwartz, T.A., Goldman, B.D. & Lewis, V. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing e Health*, 33(1), 60-76.

Castro, E.K., & Levandowski, D.C. (2009). Desenvolvimento normal da criança e do adolescente. In Castro, M.G.K.; Stürmer, A. *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed.

- Clark, R., Tluczek, A., & Brown, R. (2008). A mother–infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal, 29*(5), 514-536.
- Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., & Parker, C. J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal, 23*(4), 361-380.
- Colditz, P., Sanders, M.W.R., Boyd, R., Pritchard, M., Gray, P., Callaghan, M.J.O., Slaughter, V., Whittingham, K., O'Rourke, P., Winter, L., Evans, T., Herd, M., Ahern, J., & Jardine, L. (2015). Prem baby triple P: a randomized controlled trial of enhanced parenting capacity to improve developmental outcomes in preterm infants. *Bio Medical Pediatrics, 15*:15.
- Coriat, E. (1997). *Psicanálise e clínica de bebês*. Porto Alegre: Artes e ofício.
- Cramer, B., Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas Psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Egeland, B., & Erickson, M. (2004). Lessons from STEEPTM: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In: A. Sameroff, S. McDonough, K. Rosenblum (orgs.). *Treating parent-infant relationship problems* (pp.213-242). New York, NY: Guilford Press.
- Elsabebagh, M., Bruno, R., Wan, M.W., Charman, T., (2015). Infant neural sensitivity to dynamic eye gaze relates to quality of parent-infant interaction at 7-months in infant at risk for autism. *Journal autism development disord, 45*(2), 283-91.
- Esposito, G., Valenzi, S., Islam, T., & Bornstein, M.H. (2015). Three physiological responses in fathers and non-fathers to vocalizations of typically developing infants and infants With autism spectrum disorder. *Research in Development Disabilities, 43-44*, 43-50.

- Falceto, O.G., Giugliani, E.R., & Fernandes, C.L.C. (2012). Problematic parent-infant relationships in two-parent families: prevalence and risk factors in a Brazilian neighborhood. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(3).
- Feldman, R., Gordon, I., Schneiderman, I., Weisman, O. & Zagoory-Scharon, O. (2010). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology*, 35(8), 1133-41.
- Feldman, R., Gordon, I., Inlues, M., Gutbir, T. & Ebstein, R.P. (2013). Parent oxytocin and early caregiving jointly shape, childrens oxytocin response and social reciprocity. *Neuropsychopharmacology*, 38(7), 1154-62.
- Feliciano, D.S., & Souza, A.S.L. (2011). Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. *Jornal de Psicanálise*, 44(81), 145-161.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21-6.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51(4), 612-635.
- Freire, A. B., & Grandino, P. J. (1999). Atenção em Rede: O psicólogo e a comunidade. *PSI-Revista de Psicologia Social e Institucional*, 1(1).
- Freuler, A.C., Branek, G.T., Tashjian, C., Watson, L.R., Crais, E.R., & Turner-Brow, L.M. (2014). Parent reflections of experiences of participating in a randomized

controlled Trial of a behavioral intervention for infants at risk of autism spectrum disorders. *Autism*, 18(5), 519-28.

Frizzo, G. B., Prado, L. C., Linares, J. L., & Piccinini, C. A. (2011). Aspectos relacionais da depressão: o conceito de "honorable fachada" em dois casos clínicos. *Psicologia Clínica*, 23(1), 133-155.

Fumiyuki, C. & Teti, D.M. (2013). Infants at Double Jeopardy; socioeconomic medical and attachment with na early intervention program. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 420-434.

Green, J., Van, M.W., Guiraud, J., Hols Grave, S., McNally, J., Glonims, V., Elsabbagh, M., Charman, T., Pickles, A., Johnson, M., & Basis Team (2013). *Intervention for Infants at risk of Developing autism: a case series*, 43(11), 502-14.

Hans, S.L., Thullen, M., Henson, L.G., Lee, H., Edwards, R.C. & Bernstein, V.J. (2013). Promoting positive mother-infant relationships: a randomized Trial of community doula support for Young mothers. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 446-457.

Heinicke, C. M., Fineman, N. R., Ruth, G., Recchia, S. L., Guthrie, D., & Rodning, C. (1999). Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 349-374.

Hillen, T., Gafson, L., Drage, L. & Conlan, L.M. (2012). Assessing the prevalence of mental health disorders and mental health needs among preschool children in care in England. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 411-420.

Hostyn, J., Petry, K., Lambrechts, G. & Maes, B. (2011). Evaluating the quality of the interaction between persons with profound intellectual and multiple disabilities and direct support staff: a preliminary application of three observation scales from

parent-infant research. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 24(5), 407-420.

Jorge, J., De Witt, P.A. & Franzsen, D. (2013). The effect of a two-week sensory diet on fussy infants with regulatory sensory processing disorder. *South African Journal of Occupational Therapy*, 43(3).

Katz, K.S., Jarrett, M.H., El-Mohandes, A.A., Schneider, S., McNeely-Johnson, D. & Kiely, M. (2011). Effectiveness of a combined home visiting and group intervention for low income African American Mothers: The pride in parenting program. *Matern Child Health Journal*, 1:575-84.

Keren, M. (2011). An infant who was Born with a life-threatening skin disease: various aspects of triadic psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 32(6), 617-626.

Kyn, N.M., Ravn, I.h., Lindemann, R., Smeby, N.A., Torgersaen, A.M., & Gundersen, T. (2013). Parent of preterm-born children; sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme a qualitative study. *Bio Med Central Nursing*, 12(1):28.

Knoche, L. L., Edwards, C. P., Sheridan, S. M., Kupzyk, K. A., Marvin, C. A., Cline, K. D., & Clarke, B. L. (2012). Getting ready: Results of a randomized trial of a relationship-focused intervention on the parent–infant relationship in rural early head start. *Infant mental health journal*, 33(5), 439-458.

Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: links with maternal depression, infant behavior and adult attachment. *Early Human Development*, 89(4), 249-56.

Koldewijn, K., Van Wassenaer, A., Wolf, M.J., Meijssen, D., Houtzager, B., Beelen, A., Kok, J., & Mollet, F. (2010). A Neurobehavioral Intervention and Assessment

Program in very Low Birth Weight infants: outcome at 24 months. *The Journal of pediatrics*, 156(3), 359-365.

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

Lee, K. A., & Gay, C. L. (2011). Can modifications to the bedroom environment improve the sleep of new parents? Two randomized controlled trials. *Research in nursing & health*, 34(1), 7-19.

Lisi, D., Campbell, L., Pillai Riddell, R., Garfield, H. & Greenberg, S. (2013). Naturalistic parental pain management during immunizations during the first year of life observational norms from the ouchcohort. *International Association for the study of pain*, 154(8), 1245-53.

Lynn & Kane (2013). The development of a scale for tuned-in parenting. *Australian Journal of Psychology*, 65(4), 198-205.

Lukowski, A.F., Liux, Peirano, P., Odio, M., & Bauer, P.J. (2015). Disposable Diaper Use Promotes Consolidated Nighttime Sleep and Positive Mother-Infant Interactions in Chinese 6-Monther-Olds. *Journal of Family Psychology*, 29(3), 371-81.

Malloch, S., Schoemark, H., Crncec, R., Newnham, C., Campbell, P., Prior, M., Coward, S. & Burnham, D. (2012). Music therapy with hospitalized infants-the art and science of communicative musicality. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 386-399.

McManus, B.M. & Nugent, J.K. (2014). A Neuro-behavioral Intervention Incorporated into a State Early Intervention Program is Associated With Higher Perceived quality of care among parents of high-risk new borns. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(30), 381-9.

- Meisels, S.J. e Shonkoff, J.P. (2000). Early childhood intervention: a continuing evolution. In: Meisels, S.J. e Shonkoff, J.P. Handbook of early childhood intervention. 2ª edição, *Cambridge e University Press*, United kingdom, pp.3-17.
- Milgrom, J., Holt, C., Holt, C.J., Ross, J., Ericksen, J. & Gemmill, A.W. (2015). Feasibility study and pilot randomized trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up. *Arch Womens Ment Health*, 18(5), 717-30.
- Milgrom, J., Newnham, C., Martin, P.R., Anderson, P.J., Doyle, L.W., Hunt, R.W., Achenbach, T.M., Ferretti, C., Holt, C.J., Inder, T.E., & Gemmill, A.W. (2013). Early communication in preterm infants following intervention in the NICU. *Early Human Development*, 89(9), 755-62.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A.W. (2011). Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of affective disorders*, 130(3), 385-94.
- Moayedoddin, A., Moser, D., & Nanzer, N. (2013). The impact of brief psychotherapy centred on parenthood on the anxio-depressive symptoms of mothers during the perinatal period. *Swiss Med Wkly*, 143, w13769.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269
- Mörelis, E., Broström, E.B., Westrup, B., Sarman, I. & Ortenstrand, A. (2012). The Stockholm Neonatal Family-Centered Care Study: effects on salivary cortisol in infants and their mothers. *Early Human Development*, 88(7), 575-81.
- Motz, M., Espinet, S.D., Jaihy, J., Zimmerman, P., Pepler, D., & Chamberlin, J. (2013). Use of the Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood; Revised edition (DC:0-3r). With Canadian Infants and

young children Prenatally exposed to substances. *Infant Mental Health Journal*, 34(2).

Munõz, M., Poo, A.M., Baeza, B. & Bustos, L.M. (2015). Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalência y variables asociadas. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(1), 25-31.

Nanzer, N., Sancho Rossignol, A., Righetti-Veltema, M., Knauer, D., Manzano, J., & Palacio Espasa, F. (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Archives of Womens Mental Health*, 15(4), 259-68.

Niederhauser, V., Johnson, M. & Tavakoli, A.S. (2015). Vaccines: 4 Kids assessing the impact of text message reminders on immunization rates in infants. *Vaccines*, 33(26), 2984-9.

Nylen, K. J., Moran, T. E., Franklin, C. L., & O'hara, M. W. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant mental health journal*, 27(4), 327-343.

Ostfeld-Etzion, S., Golan, O., Hirschler-Guttenberg, Y., Zagoory-Sharon, O. & Feldman, R. (2015). Neuroendocrine and behavioral response to social rupture and repair inm preschoolers with autism spectrum disorders interacting with mother and father. *Molecular Autism*, 6-11.

Oxford, M.L., Fleming, C.B., Nelson, E.M., Kelly, J.F. & Spieker, S.J. (2013). Randomized Trial of promoting first relationships: effects on maltreated toddlers separation distress and sleep regulation after reunification. *Children and youth services review*. 35-12.

Parfitt, Y., Pike, A., & Ayers, S. (2014). Infant Development Outcomes: A family systems perspective infant and child development, 23: 353-373. Doi: 10.1002/icd.1830.

- Paris, R., Spielman, E., & Bolton, R. E. (2009). Mother–infant psychotherapy: Examining the therapeutic process of change. *Infant Mental Health Journal, 30*(3), 301-319.
- Pinto, E.B. (2000). Psicoterapia breve mãe-bebê. In: C. M. Rohenkohl. *A clínica com o bebê* (pp. 125-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Postert, C., Averbek-Holocher, M., Achtergarde, S., Müller, J.M., & Furniss, T. (2012). Regulatory disorders in early childhood: correlates in child behavior, parent-child relationship, and parental mental health. *Infant Mental Health, 33*(2), 173-186.
- Prado, L. C., Gomes, A. G., Silva, M. D. R., Frizzo, G. B., Alfaya, C. D. S., Schwengber, D. D. S., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31*(3 supl), 1-13.
- Puckering, C., Allely, C.S., Doolin, O., Purves, D., Mcconnachie, A., Johnson, P.C.D., Marwick, H., Heron, J., Golding, J., Gilberg, C., & Wilson, P. (2014). Association Between parent-infant interactions in infancy and disruptive behaviour disorders at age seven a nested, case-control ALSPAC study. *Bio Med Cental Pediatrics, 14*, 233.
- Reilly, N., Harris, S., Loxton, D., Chojenta, C., Forder, P., Milgrom, J., & Austin, M.P. (2013). Referral for management of emotional health issues during the perinatal period: does mental health assessment make a difference? *Birth Issues in perinatal care, 40*(4), 97-306.
- Robles, R.P., Ballabriga, C.J., Diéguez, E.D., & Silva, D.C. (2012). Validating regulatory sensory processing disorders using the sensory profile and child behavior checklist (CBCL 1 ½-5). *Journal of Child and Family Study, 21*(6), 906-916.

- Salomonsson, B., & Sandell, R. (2011). A randomized controlled trial of mother–infant psychoanalytic treatment: II. predictive and moderating influences of qualitative patient factors. *Infant Mental Health Journal*, *32*(3), 377-404.
- Salomonsson, M. W., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015). A long-term follow-up of a randomized controlled trial of mother–infant psychoanalytic treatment: outcomes on the children. *Infant mental health journal*, *36*(1), 12-29.
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R., & Wolke, D. (2011). Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study. *Child care, health and development*, *37*(4), 493-502.
- Schmid, G., & Wolke, D. (2014). Preschool regulatory problems and attention-deficit hyperactivity and cognitive deficits de school age in children born at risk: different phenotypes of dysregulation. *Early Human Development*, *90*(80), 399-405
- Shaw, R.J., Sweester, C.J., St John, N., Lilo, E., Corcoran, J.B., Jo B., Howell, S.H., Benitz, W.E., Feinstein, N., Melny, k. B., & Horwitz, S.M. (2013). Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants: manual development and evaluation. *Menth Health Nurs*, *34*(8), 578-86.
- Silva, M. R., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2013). Psicoterapia Pais-Bebe e Depressão Pós-parto Materna: Participação do Pai. *Paidéia*, *23*(55), 207-215.
- Slade, A., Sadler, L., Dios-Kenn, C. D., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005). Baby: A Reflective Parenting Program. *Psychoanalytic Study of the child*, *60*, 74-100.
- Sleed, M., Baradon, T., & Fonagy, P. (2013a). New Beginnings for mothers and babies in prison: A cluster randomized controlled trial. *Attachment & human development*, *15*(4), 349-367.

- Sleed, M., James, J., Baradon, T., Newbery, J., & Fonagy, P. (2013b). A psychotherapeutic baby clinic in a hostel for homeless families: Practice and evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(1), 1-18.
- Sousa, D. D., Prado, L.C., & Piccinini, C.A. (2011). Representações acerca da Maternidade no context da DPP. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 24(2).
- Spencer-Smith, M.M., Spittle, A.J., Doyle, L.W., Lee, K.J., Lorefice, L., Suetin, A., Pascoe, L. & Anderson, P.J. (2012). Long-Term benefits of home-based preventive care for preterm infants: a randomized trial. *Pediatrics*, 30(6), 1094-101.
- Spieker, S.J., Oxford, M.L., Kelly, J.F., Nelson, E.M. & Fleming, C.B. (2012). Promoting first relationships: randomized trial of a relationships-based intervention for toddlers in child welfare. *Child Maltreatment*, 17(4), 271-86.
- Spittle, A. J., Anderson, P.J., Lee, K.J., Ferretti, C., Eeles, A., Orton, J., Boyd, R.N., Inder, T. & Dougle, L.W. (2010). Preventive care at home for very preterm infants improves infant and caregiver outcomes at 2 years. *Pediatrics*, 126(1), 171-8.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Svanberg, P. Q., Mennet, L., & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: a primary prevention practive model. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 15(3), 363-78.
- Thomson, R. M., Allely, C.S., Purves, D., Puckering, C., Mcconnachie, A., Johnson, P.C.D. & Golding, J. (2014). Predictores of positive and negative parenting behaviours evidence from the ALSPAC cohort. *Biomed Central Pediatric*, 14-247.

- Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A., Winkel, F.W., Eliens, M., Vinger Holts, A.J., & Van Bakel, H.J. (2012). The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: a multicenter randomized controlled trial. *Bio Medic Central Pediatrics*, 12:76.
- Trad, P.V. (1997). *Psicoterapia Breve pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Travassos, C., Castro, M.S.M. (2008). Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, J.C., Noronha, J.C., Carvalho, A.I. (org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.215-241). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Underdown, A., Norwood, R., & Barlow, J. (2013). A realist evaluation of the process and outcomes of infant massage programs. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 483-495.
- Van Bakel, H.J., Maas, A.J., Vreeswijk, C.M. & Vingerhoets, A.J. (2013). Pictorial representation of attachment: measuring the parent fetus relationship in expectant mothers and fathers. *Bio Med Pregnancy e Chilbirth*, 13:138.
- Viaux-Savelon, S., Rabain, D., Aidame, E., Bonnet, P., Montes de Oca, M., Cannon-Senechal, L., David, M., Coultoux, F., wendland, J., Gerardin, P., Mazet, P., Guedeney, A., keren, M. & Cohen, D. (2010). Phenomonology, psychopathology and short-term therapeutic outcome of 102 infants a ged to 12 months consecutively referred to a community-based to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 24-253;
- Yalom, J.D. & Leszez, M. (2005). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

- Watson, G. (2011). Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents Who have a very preterm infant. *Journal of Clinical Nursing, 20* (9-10), 462-71.
- Wheeler, R., Ludtke, M., Helmer, J. & Oleksiak, C. (2013). Implementation of the Piccolo in Infant Mental Health Practice: A case Study. *Infant Mental Health Journal, 34*(4).
- Whitesell, C.J., Teti, D.M., Crosby, B. & Kim, B.R. (2015). Household Chaos, sociodemographic risk, coparenting and parent-infant relation during infant's first year. *Journal of Family Psychology, 29*(2), 211-20.

Seção II – Artigo Empírico

Psicoterapia breve pais-bebê e interação mãe bebê: um estudo no contexto da depressão pós-parto

Resumo

Este artigo buscou analisar a interação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto, compreendendo os efeitos da Psicoterapia Breve Pais-bebê nessa interação. A partir de um enfoque psicanalítico, a presente pesquisa teve um caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa e delineamento de estudo de caso único. Participaram desse estudo uma família, composta pelo bebê, pelo pai e pela mãe com o diagnóstico de Depressão pós-parto, com base no Inventário Beck de Depressão e em uma entrevista diagnóstica. Foram analisadas a filmagem da Observação da Interação Familiar antes da psicoterapia breve pais-bebê, as doze sessões de psicoterapia breve pais-bebê, e a filmagem da Observação da Interação Familiar logo após a finalização do tratamento, e seis meses após o final desta psicoterapia, durante as quais foram identificadas quatro categorias de comportamentos interativos maternos (sensibilidade, estruturação, não-hostilidade e não-intrusividade) e duas de comportamentos interativos do bebê (responsividade e envolvimento), baseadas no *Interaction Assessment Procedure*. Verificou-se que a sensibilidade foi a categoria do comportamento interativo materno que apresentou alguma modificação, de inconsistente para boa, nas sessões finais e nas duas sessões de avaliação após o tratamento. Cogita-se que isto pode ser resultado do tratamento, mas não há dados suficientes para fazer esta afirmação com segurança. A responsividade e o envolvimento foram as categorias do comportamento interativo do bebê que apresentaram melhores efeitos nas duas sessões

após o tratamento. Assim, sugere-se que estes resultados decorrem de possíveis benefícios da psicoterapia para o bebê ou da contribuição do próprio desenvolvimento e amadurecimento do bebê. Observou-se que a relação/interação mãe/bebê sofreu forte influência das conflituosas conjugais e, portanto, considera-se essencialmente importante o tratamento dos conflitos conjugais, quando presentes. Da mesma forma, a abordagem terapêutica da depressão pós-parto e dos sintomas do bebê, considerando a necessidade de ações direcionadas à saúde psíquica da dupla mãe-bebê, em função da relevância para o desenvolvimento saudável do bebê e interação mãe-bebê. Espera-se que este estudo contribua para a compreensão e o desenvolvimento científico na área estudada, fomentando futuras pesquisas e subsidiando a construção de estratégias promotoras de saúde junto a mães e bebês.

Palavras-chaves: Psicoterapia breve pais-bebê; interação mãe-bebê; depressão pós-parto.

Brief Parent-Infant Psychotherapy and Mother-Infant Interaction: a Study in the context of Postpartum Depression

Abstract

This article sought to analyze the mother-infant interaction in the context of postpartum depression, understanding the effects of a Brief Parent-infant Psychotherapy on this interaction. From a psychoanalytic approach, the present study had a descriptive exploratory character with a qualitative approach and a single case study design. Participated in this study a family of the infant, the father and mother with Postpartum depression (PPD) diagnosis, based on the Beck Depression Inventory and on a diagnostic interview. We analyzed the footage observation of Family Interaction before to brief parent-infant psychotherapy, the twelve sessions of short-term parent-infant

psychotherapy, and family interaction observation footage soon after the completion of treatment, and six months after the end of this psychotherapy, during which were identified four categories of maternal interactive behaviors (sensitivity, structuring, non-hostility and non-intrusiveness) and two of interactive baby behavior (responsiveness and involvement), based on Interaction Assessment Procedure (IAP). It was verified that the sensitivity was the category of the maternal interactive behavior that presented some modification, from inconsistent to good, in the final sessions and in the two evaluation sessions after the treatment. It is thought that this may be the result of treatment, but there is insufficient data to make this claim safely. Responsiveness and involvement were the categories of interactive behavior of the infant that had better effects in the two sessions after treatment. Thus, it is suggested that these results stem from the possible benefits of psychotherapy for the infant or the contribution of the infant's own development and maturation. It was observed that the mother / infant relationship / interaction was strongly influenced by conjugal conflicts and, therefore, the treatment of conjugal conflicts, when present, is considered essential. Likewise, the therapeutic approach to postpartum depression and the infant's symptoms, considering the need for actions directed at the psychic health of the mother-infant double, due to the relevance to the healthy development of the infant and mother-infant interaction. It is hoped that this study contributes to the understanding and scientific development in this study area, fostering future research and subsidizing the construction of health-promoting strategies with mothers and infant.

Keywords: Brief parent-infant psychotherapy; mother-infant interaction; postpartum depression.

Introdução

A depressão pós-parto (DPP), entendida como um dos transtornos emocionais do puerpério, junto com a melancolia da maternidade (*baby blues*) e a psicose puerperal, destaca-se devido à sua prevalência significativa (Stocky & Lynch, 2000; Brockington, 2004). Sua incidência tem sido debatida e inúmeros estudos longitudinais e

epidemiológicos indicam uma grande heterogeneidade de resultados. Segundo Dennis, Janssen e Singer (2004), os percentuais oscilam dependendo do tamanho da amostra, tempo de avaliação e critérios de diagnóstico. Reporta-se uma prevalência de depressão pós-parto que varia de 10 a 20% (Cantilino, 2009; Moraes et al., 2006; Henshaw, 2003). No Brasil, assim como em outros países, a maioria das pesquisas desenvolvidas sobre o assunto também apresenta grande heterogeneidade, com índices que oscilam entre 7% e 39,4% (Beck, 2001; Cantilino, 2009; Figueira, Diniz, & Silva Filho, 2011; Fonseca, Silva, & Otta, 2010; Frizzo, Brys, Lopes, & Picinini, 2010; Howell, Mora, & Leventhal, 2006; Lobato, Moraes, & Reichenheim, 2011; Melo et al., 2012; Nonacs & Cohen, 2005; Ruschi et al., 2007; Tannous, Gigante, Fuchs, & Busnello, 2008).

A literatura também diverge quanto ao critério do tempo em que inicia. Autores defendem que sua expressão se dá até três meses após o parto (Cox, 2004; Maldonado, 1997), com cerca de 70% das mães desenvolvendo sintomatologia depressiva neste período (O'Hara, 1997); outros até 12 meses após o parto (Abrão, Barros, Marin, Delascio, 2002); outros identificam sua manifestação até vinte e quatro meses (Cramer & Palácio-Espasa, 1993); e outros relacionam a DPP ao nascimento de um bebê, independentemente do período de início ou o tempo de permanência da depressão (Campbell & Cohn, 1997; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003). Já o DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014) preconiza que a depressão agora designada como depressão periparto, em substituição ao termo pós-parto, pode iniciar ainda na gravidez ou em até quatro semanas após o parto, e suas características e sintomas estão atrelados à ocorrência de um Episódio Depressivo. Essas mudanças no DSM-V procuram atender ao fato de que grande parte das puérperas com sintomatologia depressiva depois do parto já manifestavam a perturbação durante a gravidez ou anteriormente (Gorman et al., 2004), apresentando sinais de depressão, por

vezes mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade própria dessa fase (Nascimento, 2012).

Levando em consideração esses dados, observa-se que a gestação e o puerpério apresentam uma prevalência significativa de depressão pós-parto, com diferenças quanto aos índices desta prevalência, ao critério do tempo em que inicia e aos critérios de diagnóstico. Cabe salientar, que nesta etapa de vida, a mulher encontra-se mais vulnerável à ocorrência de crises emocionais, em função do momento especial em que se encontra, caracterizado por sensibilidade aumentada, juntamente com profundas mudanças físicas e psicológicas (Maldonado, 2002), incluindo uma adaptação as modificações que passam pela transformação do corpo, expectativas acerca dos novos papéis em torno do bebê e reestruturação das relações conjugais, familiares e sociais (Soifer, 1992). Enfim, muitas transformações, que por vezes, podem adoecer emocionalmente a mulher, desencadeando o quadro de depressão pós-parto.

Somado a isso, outros fatores podem predispor ao desenvolvimento da DPP, como episódio depressivo anterior (Cantilino, 2009; Correia, 2006), episódio depressivo ou ansioso na gestação (Austin, Tully, & Parker, 2007), eventos de vida estressantes, pouco suporte social e financeiro e relacionamento conjugal conflituoso (Correia, 2006); história familiar de transtorno psiquiátrico e episódio de baby blues (Austin et al., 2007; Bloch, Rotenberg, Koren, & Klein, 2005; Baptista, Baptista, & Torres, 2006; Muñoz et al., 1993), características de personalidade (Josefsson, Larsson, Sydsjo, & Nylander, 2007), padrões de cognição negativos (Church, Brechman-Toussaint, & Hine, 2005) e baixa auto-estima (Evans, Heron, Lewis, Araya, & Wolke, 2005). Também estão associadas complicações obstétricas, parto prematuro, fatores culturais, história de abuso sexual ou de relação conflituosa com a mãe e gravidez não desejada (Pope, Watts, Evans, Mc Donald, & Henderson, 2000; Moraes et al., 2006); primeira gravidez,

vivência de perdas e nascimento de bebês com anormalidades (Camacho et al., 2006); descontentamento com a gravidez, auto-exigência em relação à maternidade, negativismo, ser menor de idade, baixo apoio emocional, histórico de abortos anteriores, baixo nível educacional e socioeconômico (Baptista et al., 2006; Muñoz et al., 1993); e ausência de aleitamento materno (Coutinho & C. M. Coutinho, 1999).

Desencadeada a depressão pós-parto um conjunto de sintomas pode surgir, como: irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (Klaus, Kennell & Klaus, 2000; Schertmann & Alfaya, 2000). Já o DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014) cita sintomatologias de humor deprimido constante, redução significativa no interesse ou prazer em realizar atividades, mudança significativa no peso, apetite, sono e aspecto psicomotor, diminuição da capacidade de pensamento e concentração, sentimento de inutilidade ou culpa e recorrência de pensamentos de morte, com grau que vai de moderado a severo (APA, 2014).

Essas questões preocupam na medida em que as condições físicas e psicológicas da mãe no período pré e pós-parto constituem um fator crítico, pois as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nessa mesma época e depende intimamente do aparato psíquico da figura materna para com seu bebê (Fonseca et al., 2010). Assim, os sintomas da DPP, de tristeza prolongada e sentimento de desesperança, associada a práticas parentais menos engajadas, menos estimuladoras, menos proativas, podem trazer uma variedade de problemas para o desenvolvimento do bebê e para a interação mãe-bebê (Campbell, 2002).

Segundo Stanley, Murray & Stein (2004) as mães deprimidas tendem a ser menos afetivamente sintonizadas e menos contingentes às necessidades de seus filhos

do que as mães não-deprimidas. Gastam menos tempo olhando, tocando, falando e sorrindo para seus bebês (Righetti, Conne-Perreard, Bouquest, & Manzano, 2002) e, ainda, exibem menos comportamentos facilitadores, tais como introdução e capacidade de manter a atenção em um brinquedo (Schwengber & Piccinini, 2004). Ademais, para Pickens & Field (1993) um bebê de mãe deprimida tende a exibir mais afeto negativo e menos expressões de interesse, além de vocalizar menos (Righetti et al., 2002) e apresentar uma aparência depressiva com poucos meses de vida (Cohn et al., 1990).

Em função disso, nos últimos anos vem ocorrendo um renovado interesse no estudo da DPP, devido a evidências, cada vez mais sólidas, das implicações que a depressão pós-parto pode ter para o bebê (Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Cumming & Davies, 1994; Dodge, 1990; Field, 1998) e para a interação mãe-bebê (Frizzo & Piccinini, 2005; Nylén, Moran, Franklin & O'Hara, 2006). Klaus et al. (2000) mostram uma associação entre depressão pós-parto e problemas posteriores do desenvolvimento da criança, incluindo transtorno de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e sintomas de depressão. Ainda, desenvolvimento de psicopatologias nos filhos, desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como alterações da própria atividade cerebral da criança (Brum & Schermann, 2006).

Mendes, Loureiro e Crippa (2008) analisaram estudos empíricos sobre depressão materna no período de 2002 a 2007, identificando um total de trinta artigos empíricos, dezessete longitudinais e treze transversais. Nos oito estudos transversais que avaliaram problemas de comportamento nas crianças, sete deles encontraram associação entre a depressão pós-parto e as variáveis comportamentais, a psicopatologia infantil e os aspectos cognitivos, tanto no período pré-escolar quanto no escolar. Além disso, indicaram que a depressão materna era um aspecto negativo à saúde mental infantil, independentemente do momento de vida em que a criança foi exposta a essa situação.

Outro estudo realizado no Instituto de Saúde, Núcleo de Prática da Saúde, em São Paulo, avaliou o percentual de puérperas com DPP e o efeitos desta patologia para o desenvolvimento infantil. O objetivo foi investigar características do desenvolvimento infantil aos quatro, oito e doze meses de idade em função de depressão pós-parto. A porcentagem de mães com depressão pós-parto, medida pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, aos quatro meses após o parto foi de 30,3%; aos oito meses, 26,4%; e aos doze meses, 25%. Utilizaram-se testes de Qui-Quadrado para comparar filhos de mães com e sem depressão pós-parto em relação a marcos do desenvolvimento. Constatou-se pior desempenho de bebês de mães deprimidas em dois indicadores interacionais aos quatro meses, dois indicadores motores aos oito meses e um indicador motor amplo aos doze meses. Filhos de mães com DPP, contudo, mostraram melhores resultados em um indicador de motricidade fina e em dois de linguagem aos doze meses. Conclui-se pela necessidade de considerar fatores externos e internos da mãe e do bebê no estudo dos efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil (Morais, Lucci, & Otta, 2013).

Assim, podemos pensar que as crianças só podem criar significados em colaboração com outros, e, quando a criança realiza a comunicação com sucesso, cria estados diádicos de consciência e o desenvolvimento normal ocorre (Tronick & Weinberg, 1997). São trocas que se dão através do contato do olhar, sorrisos, identificação de faces, vozes e cheiros, conforto que descobrem no colo e no toque, principalmente materno, e imitação de expressões faciais (Bussab, 2000). Já as mães buscam trocas interativas através do contato do olhar, utilização do “manhês” (falar num tom contingente às sinalizações infantis), emprego de elementos metacomunicativos durante a interação (entendimentos, brincadeiras, modulação e estimulação), e responsividade, isto é, ser calorosa e se deixar guiar pelas solicitações

infantis (Bussab, 2000). Ou seja, o que ocorre é similar a uma dança, os passos vão sendo ensaiados no convívio cotidiano, e, num bom desenvolvimento, essa dança pode ser gratificante para todos e possibilitar ao bebê boas condições de crescimento dentro da família (Prado, 1996).

Dessa forma, interação mãe-bebê pode ser definida como as trocas de comportamentos visíveis entre o adulto e a criança (Tronick & Cohn, 1989) construída aos poucos, após as primeiras semanas de tentativa de adaptação e através da consolidação dos padrões de comunicação na díade mãe-filho, quando a mãe consegue decifrar melhor o código da criança e, conseqüentemente, satisfazer, com mais eficácia, as suas necessidades para que supere as dificuldades iniciais de adaptação ao mundo externo (Maldonado, 2000).

Embora muitas pesquisas considerem mães com DPP como um grupo homogêneo, há pelo menos dois estilos interativos deprimidos, relativos à *intrusividade* e ao *retraimento*, descobertos por Edward Tronick e Jeffrey Cohn e pelo grupo de pesquisa da Tiffany Field (Jones et al., 1997; Field, Hernandez-Reif, & Diego, 2006). Estes estudos mostraram que a DPP possui diferentes formas de se expressar, acarretando conseqüências tanto para o estilo interativo materno quanto para o estilo interativo infantil.

Field (2000) propôs que mães deprimidas que possuem um estilo de interação intrusivo fornecem uma estimulação pouco adequada, interferindo muito nas atividades de seus bebês e os tratando com raiva e irritabilidade durante 40% do tempo de observação (Field et al., 2006). Seus bebês olham e interagem menos com suas mães e choram menos. No entanto, os bebês dessas mães apresentam um bom desenvolvimento cognitivo, provavelmente em função da estimulação verbal da mãe com o bebê (Tronick & Weinberg, 1997).

O mesmo não ocorreria com as mães deprimidas que possuem um estilo de interação retraído, que caracterizou grande parte dos participantes dos estudos de Field (1992; 1995; 1997). Estas mães exibem afeto raso, toque e vocalização raros, comportamento não responsivo, não direcionamento do olhar para seus bebês e pouco suporte para as atividades destes. Tudo isso durante pelo menos 50% do tempo de interação (Diego, Field, Jones, & Hernandez-Reif, 2006). Seus bebês protestam mais, tem níveis mais altos de estresse e choram mais (Tronick & Weinberg, 1997).

Embora alguns autores subdividam as mães deprimidas em somente dois estilos comportamentais de interação (intrusivas e retraídas), Jones et al. (1997) acrescentaram o estilo *boa interação*. Seriam mães que, embora apresentassem indicadores de DPP, apresentariam comportamento semelhante àqueles apresentados por mães não deprimidas: quantidade moderada de sorrisos, toque sensível e comportamento contingente e responsivo. Seus bebês se comportariam de maneira semelhante aos bebês de mães controle, com exceção de que apresentariam mais sintomas depressivos quando comparados a bebês controle (Field et al., 2006).

A DPP parece capaz de perturbar os arranjos interativos, tornando-os menos consistentes. Porém, apesar dessa possível limitação, por vezes, mães com DPP podem interagir adequadamente com seus bebês. Assim, a DPP, por não se tratar de um fenômeno capaz de incidir linearmente sobre a interação mãe-bebê e sobre o desenvolvimento infantil posterior, deve ser investigada em associação com outros fatores psicossociais de risco, tais como: conflitos conjugais, dificuldades financeiras, luto durante a gestação ou no pós-natal, pouco apoio familiar (Felipe, 2009).

Em um estudo realizado Frizzo e Piccinini (2007) demonstraram que nem sempre o estado emocional materno se traduz em interações disfuncionais entre a mãe e o bebê, o que pode indicar uma capacidade resiliente da mãe ou do filho. Outros

trabalhos apontam que a depressão pode ser neutralizada pelo apoio familiar e não necessariamente se refletir nas interações mãe-bebê (Carlesso, Souza, & Moraes, 2014).

Como referido, não há apenas um gradiente da mãe para o filho, mas também uma gradiente indo do filho para a mãe na interação mãe-bebê. Essa interação pressupõe uma influência mútua, na qual cada membro, afeta e é afetado pelo outro. Ambas as contribuições, maternas e infantis, dificilmente podem ser dissociadas ao se estudar a díade em interação (Brazelton & Cramer, 1992; Piccinini et al., 2001). A interação mãe-bebê desenvolve-se tanto como resultado da capacidade parental de proporcionar a satisfação das necessidades da criança, como também da própria busca da criança por uma proximidade física com a mãe, que acontece nos primeiros anos de vida, constituindo relações de apego (Bowlby, 1984/2009).

Por sua vez, o papel das características individuais do bebê na emergência e manutenção da depressão pós-parto tem sido realçado em diversos estudos. Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper (1996) ao avaliarem o comportamento neonatal de bebês de mães primíparas, encontraram que o funcionamento motor e a irritabilidade no bebê entre o décimo e o décimo quinto dia após o nascimento estavam associadas ao aparecimento da depressão pós-parto dois meses depois do parto.

Goldbort (2006) aponta a contribuição do temperamento do bebê ou de doenças deste na precipitação da depressão pós-parto, mostrando que diante de um bebê mais difícil, as mães percebem a si mesmas como desempenhando uma maternagem mais pobre. Murray e colegas (1996) revelaram que a irritabilidade neonatal e o pobre funcionamento motor do bebê foram significativamente preditivos de depressão pós-parto em mães que já eram vulneráveis à depressão. Estes estudos, ao colocarem em destaque a contribuição da criança, desafiam a visão tradicional do efeito direto da depressão materna no seu desenvolvimento, sugerindo um modelo bidirecional

(Hammen, Shih, & Brennan, 2004). A extensão do impacto da depressão pós-parto para o bebê vai depender de vários fatores como a idade da criança, o temperamento infantil, a cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, apático ou intrusivo (Santos & Seralha, 2015).

Assim, as intervenções para mulheres com DPP devem ser desenvolvidas para atender às necessidades da díade, favorecendo relações mãe-bebê mais satisfatórias (Cramer & Palacio-Espasa, 1993) com a proposta de oferecer apoio, amplificar o comportamento afetivo positivo, modular respostas negativas, refletir sentimentos e fornecer suporte emocional para a mãe e seu bebê. Ainda, delimitar o enunciado do sintoma principal da criança, a natureza do conflito central e seu equivalente na história da mãe, a observação das interações sintomáticas e a projeção principal (Guedeney & Lebovici, 1999; Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado, 1996).

Contudo, quando o pai está presente, o tratamento deve se dirigir à tríade, promovendo uma remodelagem das formas de relacionamento familiar, onde o foco também pode estar relacionado a algum aspecto da relação do casal ou da família mais ampla, e não só das dificuldades da díade mãe-bebê. A base teórica que respalda esta forma de abordagem possui várias semelhanças com a terapia familiar, além de conceitos de Stern (1997) e da abordagem psicodinâmica de Cramer e Palacio-Espasa (1993) (Prado, 2009). Esta é a proposta de intervenção que faz parte das pesquisas realizadas pelo NUDIF (Núcleo de Infância e Família) da UFRGS, a qual o estudo de caso desse trabalho faz parte.

Consubstanciando o exposto acima, há argumentos que referem o papel importante da presença do pai na psicoterapia. Este parece exercer um papel moderador quanto aos eventuais efeitos da DPP para a família, talvez amenizando tais efeitos no contexto triádico, visto que parece haver uma alteração do padrão familiar nas famílias

com DPP (Frizzo et al., 2010). Ademais, parece haver uma interação complexa entre relacionamento conjugal e interação pai-mãe-bebê, pois quando há satisfação conjugal, o cônjuge não deprimido conseguiria compensar as possíveis falhas na parentagem do cônjuge doente (Hops e cols, 1987). Por fim, cabe ainda apontar, que de acordo com Bowlby (1989), não só a mãe, mas também o pai é importante para fornecer uma base segura a partir da qual a criança possa explorar o mundo de forma que se sinta amparada tanto fisicamente como emocionalmente.

Em um estudo (Moayedoddin, Moser, & Nanzer, 2013) com 34 mães com sintomas depressivos e ansiosos, que participaram em média de sete sessões de psicoterapia breve pais-bebê, foi avaliado os efeitos dessa intervenção para a evolução da relação mãe-bebê e para os sintomas depressivos e ansiosos maternos. No total, 28 das 34 mães completaram a terapia (83%), e (23%) participaram da avaliação pós-terapia. Os resultados mostraram que as mães que completaram o tratamento em psicoterapia apresentaram melhora significativa no pós-tratamento para a depressão, ansiedade, impressão clínica, e funcionamento global. A qualidade da adaptação no relacionamento mãe-bebê também mostrou uma tendência de melhora. Assim, esses resultados preliminares sugerem que a Psicoterapia breve pais-bebê para esta amostra de mães é viável e acompanhada por alta taxa de melhora clínica e funcional.

Em outro estudo, duas famílias em que as mães apresentavam depressão, com base no Inventário Beck de depressão e em uma entrevista diagnóstica, participaram de sessões de psicoterapia pais-bebê, obtendo resultados positivos. Ainda que realizada em poucas sessões, mostrou-se como uma alternativa para o alívio tanto para os sintomas do bebê, como para os pais e ou para as relações entre os membros da família (Brum, 2010).

Assim, considera-se que a psicoterapia breve pais-bebê pode ser especialmente benéfica nos casos de DPP, avaliando-se a Psicoterapia breve pais-bebê como uma intervenção precoce, com efeito, ao mesmo tempo, preventivo e curativo dos distúrbios do vínculo. A partir disso, este estudo de caso único buscou analisar a interação mãe-bebê, no contexto da depressão pós-parto, compreendendo os efeitos da Psicoterapia Breve Pais-bebê nessa interação, com o objetivo de responder como a interação mãe-bebê se modifica ao longo do processo psicoterápico conjunto e se é possível identificar mudanças nessa interação ao longo do processo psicoterápico.

Método

Delimitação

Este estudo deriva de um projeto maior, filiado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulado “O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê – PSICDEMA” (Piccinini et al., 2003), que acompanhou 19 famílias com mães com depressão pós-parto. Este projeto maior investigou vários fatores relacionados à depressão pós-parto nos primeiros meses após o nascimento do bebê, tais como: o impacto da DPP para a qualidade do relacionamento conjugal, a relação existente entre a DPP e a interação mãe-bebê e pai-bebê, e o impacto da psicoterapia breve pais-bebê para o desenvolvimento do bebê, para a experiência da maternidade e para a interação pai/mãe/bebê.

Os dados das sessões da família analisada foram oferecidos para esta pesquisa, em função do tema deste estudo ser pertinente com os objetivos do projeto em que a família fez parte: psicoterapia pais-bebê, depressão pós-parto e interação mãe-bebê.

Também, o compartilhamento de dados se deu pela afinidade acadêmica entre os pesquisadores das duas Universidades a respeito do tema. Essa parceria com a UFRGS foi autorizada pela coordenação do PPG em Psicologia Clínica da UNISINOS e pelos pesquisadores da UFRGS que detém o banco de dados da família atendida em Psicoterapia Breve Pais-Bebê.

Neste estudo derivado aqui apresentado, foi utilizado um delineamento qualitativo, de caráter exploratório descritivo, a partir de um Estudo de Caso Único. Para Yin (2005), o Estudo de Caso aplica-se quando o pesquisador tem o interesse em observar a ocorrência do fenômeno no campo das ciências humanas, permitindo ao investigador um aprofundamento em relação ao fenômeno estudado. Por fim, o delineamento qualitativo serve para que seja possível analisar em profundidade a partir do foco do estudo, as percepções e experiências dos indivíduos participantes da pesquisa (Creswell, 2010).

Participantes

Participou deste estudo uma família, composta pela mãe, pai e o bebê. A mãe, 32 anos, apresentou indicador de depressão grave com base no Inventário Beck de Depressão (BDI) (Beck & Steer, 1993) e na Entrevista Diagnóstica. O pai, 44 anos, não apresentou indicador de depressão pelo BDI (Beck & Steer, 1993) e nem pela entrevista diagnóstica. O bebê, Bernardo, era saudável e tinha oito meses quando do início da psicoterapia pais-bebê. Foi avaliado pela Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (Bayley, 1993), antes e após a psicoterapia, apresentando desenvolvimento adequado para a sua faixa etária. A mãe teve uma gestação sem maiores intercorrências, sendo este o primeiro filho do casal. Esta mãe tinha uma filha de outro relacionamento, com treze anos de idade, que morava com ela, o marido e o irmão. Em termos profissionais,

Maria¹, era Assessora Comercial, mas no momento não estava trabalhando, e o pai, Luis, era Engenheiro Mecânico.

A terapeuta que conduziu as sessões de psicoterapia pais-bebê era psicóloga e integrante do Núcleo de Infância e Família (NUDIF) e do projeto PSICDEMA (Piccinini et al., 2003) da UFRGS. Esse núcleo, em um dado momento, realizou treinamento na teoria e técnica da Psicoterapia Pais-Bebê com o Dr. Luis Carlos Prado, utilizando principalmente a abordagem psicodinâmica de Cramer e Palacio- Espasa, juntamente com os conceitos de Stern e da abordagem familiar-sistêmica. Este treinamento consistiu de trinta encontros semanais, com duração de uma hora e meia cada, ao longo de oito meses, entre o grupo de pesquisadores do NUDIF e do projeto PSICDEMA e o Dr. Luis Carlos Prado, com fins de orientação e supervisão dos casos clínicos atendidos e pesquisados.

Procedimentos e Instrumentos

O procedimento de coleta de dados seguiu as etapas descritas no projeto maior, cujos detalhes encontram-se em Piccinini et al. (2003). Foram utilizados inúmeros instrumentos e realizados diferentes procedimentos de coleta de dados. Destacam-se a seguir apenas os procedimentos e os instrumentos cujos dados serão analisados neste estudo derivado.

Inicialmente, a mãe respondeu ao *Inventário Beck de Depressão* (Beck & Steer, 1993) e à *Entrevista Diagnóstica* (GIDEP & NUDIF, 2003) para confirmar ou não o diagnóstico de depressão, e à *Entrevista de dados demográficos* (GIDEP & NUDIF, 2003), que serviu para obter dados sociodemográficos sobre a mãe, o bebê e a família (feitos pela futura terapeuta do caso). Igualmente, o pai respondeu ao *Inventário Beck*

¹ Todos os nomes referentes aos participantes, e utilizados neste trabalho, são fictícios.

de depressão (Beck & Steer, 1993) e à *Entrevista Diagnóstica* (GIDEP & NUDIF, 2003), para confirmar ou não o diagnóstico de depressão (feitos por outra psicóloga da equipe). Depois, foi feita a devolução para cada um separadamente, pelas respectivas psicólogas. O BDI é uma escala sintomática de autorrelato, composta por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes depressivas, cuja intensidade varia de 0 a 3. Seus itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias 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 sintomática e diminuição da libido. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total 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). Para os quadros de pós-parto os pontos de corte sugeridos são: pontuação igual ou superior a 15 para presença de depressão, e pontuação igual ou inferior a 9 para ausência de depressão (Muñoz et al., 1993). Já a *Entrevista Diagnóstica* é baseada em Dunnewold (1997) e nos critérios do DSM-IV (APA, 2002), e tem como objetivo investigar os sintomas atuais do pós-parto, a história imediata da mãe e do pai na gestação, a qualidade de seus relacionamentos com o bebê, com sua família e companheiro (a), e o histórico médico prévio. O bebê foi avaliado pela Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (Bayley, 1993), antes e após a psicoterapia, apresentando desenvolvimento adequado para a sua faixa etária.

Além desses instrumentos, e antes de iniciar o processo psicoterápico a família foi filmada em uma sessão de *Observação da Interação Familiar*. Esse procedimento teve como objetivo registrar as interações familiares entre o bebê e seus pais.

A intervenção proposta foi realizada em 12 sessões de psicoterapia breve pais-bebê, segundo modelo baseado em Cramer e Palácio-Espasa (1993), Stern (1997) e Prado (1996). Esta intervenção consiste na formulação inicial de um foco, o qual é definido pela identificação de modalidades interativas patológicas que correspondem aos distúrbios do apego, à formação de sintomas no bebê e à desestruturação das relações precoces entre pais e bebê. Segundo Prado (1996), a forma de conceber a psicoterapia pais-bebê pode sofrer variações conforme o enfoque de cada terapeuta. No entanto, na prática, encontram-se muitas semelhanças entre os modos de intervir daqueles terapeutas orientados psicanaliticamente e dos que têm sua fundamentação em terapia familiar, incluindo alguns aportes psicodinâmicos. Prado (1996) consubstancia seu trabalho com uma fundamentação familiar, centrando-se nas interações presentes na família e, sempre que possível, trabalhando as interações passadas diretamente. É de acordo com a maioria dos autores psicanalíticos quanto ao benefício da existência de transferência positiva como fator relevante. Destaca a concepção, comum à maioria das terapias focais e também às terapias familiares, de que cada encontro terapêutico deve ter um fechamento, como se fosse único, e, ainda, o uso da capacidade da própria família para o alcance dos objetivos terapêuticos, ajudando-a a construir um contexto adequado para o bom desenvolvimento de seu bebê. Esta é a mais relevante missão desta forma de terapia.

Ao final da psicoterapia, e seis meses após o final da psicoterapia, foi aplicado novamente o *Inventário Beck de Depressão* (Beck & Steer, 1993), *Entrevista Diagnóstica* (GIDEP & NUDIF, 2003a) e realizada nova filmagem da *Observação da Interação Familiar*, com o objetivo de mensurar os resultados da intervenção em psicoterapia pais-bebê.

Todos os procedimentos de coleta de dados foram gravados em áudio e vídeo, no laboratório de observação de processos interativos, no Instituto de Psicologia da UFRGS. Todo esse material foi transcrito na íntegra.

O projeto maior do qual o presente estudo faz parte foi aprovado por diversos Comitês de Ética (Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Proc. nº 03-068, 14.02.2003; Hospital Materno Infantil Presidente Vargas/Proc. nº05-03, 02.04.2003; UFRGS/Proc. nº 2003396, 15.05.2003), tendo sido considerado adequado e metodologicamente de acordo com a resolução 196/96 de Conselho Nacional de Saúde, em vigor na época.

Análise dos dados

Todo o material foi analisado e interpretado a partir do referencial teórico psicanalítico, que versa a respeito da relação/interação mãe-bebê, especialmente nas contribuições dos teóricos sobre vínculos afetivos, teoria do apego e psicoterapia pais-bebê. Primeiramente os vídeos foram vistos livremente para entender o caso e construir uma descrição dele. Os vídeos assistidos foram os referentes às doze sessões da psicoterapia pais-bebê, o vídeo avaliando a interação mãe-bebê antes da psicoterapia, o vídeo avaliando a interação mãe-bebê ao final da psicoterapia, e o vídeo avaliando a interação mãe-bebê seis meses após o final da psicoterapia. Depois disso, foi lido o material já transcrito das sessões de psicoterapia.

Posteriormente, foi feita a descrição dos temas principais das sessões, com o objetivo de analisar seu conteúdo recorrente e auxiliar na compreensão dos comportamentos interativos mãe-bebê ao longo das sessões. Por fim, dois juízes independentes fizeram a avaliação da interação mãe-bebê documentados em vídeo, segundo as categorias de análise do IAP (*Interaction Assessment Procedure*), de Wiese e Leenders (2006). Quando houve discordância, se recorreu a um terceiro avaliador,

adotando o procedimento de consenso entre juízes. As categorias de análise do IAP (*Interactional Assessment Procedure*) consideram a interação diádica e analisam seis dimensões, das quais quatro são referentes ao comportamento do adulto (sensibilidade, estruturação, não-intrusividade, não-hostilidade), e duas dimensões relativas ao comportamento da criança (responsividade e envolvimento) (Pinto, 2007). É analisado qualitativamente e propõe um julgamento clínico e global, no qual o pesquisador usa pistas contextuais para inferir o comportamento apropriado em ambos os participantes da interação.

A *sensibilidade* é a habilidade da mãe em perceber e interpretar apuradamente os sinais e comunicações implícitas no comportamento da criança, respondendo a eles prontamente de maneira eficaz. Pode ser classificada como excelente, boa, inconsistente, fraca ou inexistente. Excelente indica uma qualidade especial que pode ser observada na interação e que se evidencia no comportamento emocional positivo do adulto, com expressão de voz e tom que indicam prazer, comportamento flexível e adaptável de acordo com a demanda específica, e leitura acurada dos sinais da criança. Como boa sensibilidade entende-se que o comportamento do adulto é semelhante ao altamente sensível, mas sem uma qualidade excelente nas trocas interativas, indicando mãe/pai suficientemente boa/bom. Na categoria inconsistente, apesar de haver amostras de sensibilidade parental, o observador julga difícil afirmar que o comportamento do adulto seja saudável, seja por inconsistências, ambivalências ou flutuações. Já o resultado fraco corresponde a um estilo ativo/rude ou seu oposto, passivo/deprimido e afetivamente/pouco expressivo (plano), onde, no entanto, se pode observar ainda alguns aspectos positivos. Por último, no inexistente, o adulto mostra um nível abaixo de interação positiva com a criança, e muitas vezes, apresenta uma afetividade negativa.

A *estruturação* é a capacidade materna de fornecer estrutura de interação na qual a exploração na criança coexiste com sua autonomia. Pode ser classificada como excelente, inconsistente e inadequado. É avaliada como excelente quando indica que a mãe e ou pai demonstra que se sente bem na situação, fornece excelente apoio e a estruturação para a criança e é bem sucedida. Inconsistente é considerado quando há inconsistências na forma como o adulto estrutura ou estabelece limites para a criança. Inadequado sugere que a mãe ou o pai não coloca limites e não provê estrutura para a criança, por exemplo, sendo passivo ou indulgente.

A *não intrusividade* é a mãe estar disponível para a criança sem interferir demasiadamente. Pode ser classificada como não intrusivo, parcialmente intrusivo e intrusivo. A interação avaliada como não-intrusiva demonstra que o adulto tem a qualidade de estar efetivamente presente na interação sem que dela se apodere; deixa a criança liderar e oferece as bases da brincadeira de acordo com a liderança da criança, favorecendo o espaço para uma interação suave. Parcialmente intrusivo é considerado quando o adulto frequentemente estabelece os passos da interação, faz perguntas, dirige o curso da brincadeira, faz sugestões, propõe mudanças para temas opostos àqueles escolhidos pela criança; é um comportamento que se parece mais como diretivo e superprotetor do que propriamente intrusivo. O comportamento intrusivo indica pais superestimuladores, que não oferecem espaço suficiente para a criança explorar e conduzir.

A *não hostilidade* é o comportamento materno disponível afetivo, paciente e não agressivo. Pode ser classificada não-hostil, encoberta e hostil. A interação considerada como não-hostil demonstra que o adulto não apresenta qualquer indício de hostilidade (óbvia ou encoberta) para com a criança, com emoções positivas na interação. Uma avaliação de hostilidade encoberta significa que o adulto mostra alguns sinais de

hostilidade, como impaciência, desconforto, aborrecimento, provocação, elevação da voz, atitude de sofrimento que podem estar acobertados. Já a interação hostil indica que o adulto é claramente rude com a criança, seja na expressão facial, vocal ou comportamento abusivo, ou mesmo sarcasmo ou frieza.

No comportamento da criança avalia-se a responsividade e o envolvimento. A *responsividade* diz respeito à predisposição da criança para a troca interativa com o adulto. Considera a resposta da criança a uma tentativa de interação em termos da existência de resposta e de sua qualidade afetiva. Sua classificação pode variar de excelente a inconsistente. Já o *envolvimento* da criança na interação diz respeito ao grau no qual ela segue e se envolve na brincadeira como o adulto, podendo variar entre excelente e inconsistente.

A partir do levantamento dos resultados, a discussão proposta analisou a interação mãe-bebê segundo as categorias do IAP (Wiese & Leenders, 2006) ao longo de todo o processo psicoterápico, bem como antes e depois do tratamento. A partir desta análise, procurou-se complementar o entendimento das mudanças ocorridas através da síntese dos temas principais abordados nas sessões.

Resultados e discussão

Breve contextualização do caso

O casal procurou pelo atendimento psicológico, por apresentar dificuldades em manejar algumas situações familiares, tais como: bebê agitado e irritável, filha adolescente rebelde, dificuldades de entendimento conjugal e mãe sentindo-se bastante cansada. A idéia de buscar ajuda partiu da mãe. O casal está junto há aproximadamente

10 anos, com idas e vindas e com discordâncias freqüentes. Maria engravidou quando voltavam de um afastamento.

Foi uma gravidez não planejada, mas resolveram assumir a gestação, pois Maria já havia feito dois abortos. No entanto, Luis achou que ela tinha engravidado de propósito para “prendê-lo”. Ele é doze anos mais velho que Maria e nunca pensou em ter filhos, mas está gostando da paternidade. É originário de uma família com mais condições econômicas do que a família da companheira e diz que sempre foi “*paparicado*” e “*rebelde*” (*sic*).

Maria foi mãe, pela primeira vez, muito jovem e sempre teve que “*se virar*” (*sic*) sozinha. Com a chegada do Bernardo, sintomas de irritabilidade, culpabilidade, inutilidade e vontade de morrer aumentaram. Sentia-se cansada, principalmente nos cuidados com o filho. Quando estava muito nervosa, o pai cuidava da criança. Foi diagnosticada com depressão grave e teve indicação do uso de Fluoxetina para tratamento. Tinha medo de não ser boa mãe e de “*errar*” (*sic*) com o filho, como achava que tinha errado com a filha mais velha, em função do comportamento difícil e agressivo que a menina vinha apresentando. Maria considerava Luis muito crítico com ela. Depois do nascimento do filho, o relacionamento piorou, passaram a discordar mais e a vida conjugal ficou em segundo plano. Assumiram plenamente a função de pais e neste sentido havia uma parceria.

Análise dos comportamentos interativos maternos

Sensibilidade

A *sensibilidade* é a habilidade da mãe em perceber e interpretar apuradamente os sinais e comunicações implícitas no comportamento da criança, respondendo a eles prontamente de maneira eficaz. Pode ser classificada como excelente, boa, inconsistente, fraca e inexistente. De acordo com a análise dessa categoria de comportamentos interativos maternos, a sensibilidade na entrevista em que avaliou a interação antes da psicoterapia, foi classificada como inconsistente, pois se observou que em alguns momentos, Maria demonstrava uma fala afetuosa com Bernardo, mas em outros momentos antecipava-se, sem procurar primeiro entender o que o bebê comunicava. Na primeira, terceira, quinta, sexta, sétima, oitava e décima segunda sessão de psicoterapia, a sensibilidade também foi inconsistente. Maria parecia tão centrada nas discussões e conflitos conjugais que às vezes não se apercebia do que Bernardo estava demonstrando, sua reação parecia automática para com o bebê. Na segunda e quarta sessões de psicoterapia, a sensibilidade foi fraca, evidenciando que a mãe se mostrou afetivamente irritável, com alguns momentos de olhares e demonstração de afeto com o filho. Na nona, décima, e décima segunda sessão, a sensibilidade foi boa, pois a mãe se mostrou altamente sensível, mas sem uma qualidade excelente nas trocas interativas. Por exemplo, na décima sessão, em determinados momentos, a mãe se comunicava e confortava o filho para que este se sentisse melhor. Na décima segunda sessão, houve manifestação de interação entre mãe e bebê, com respostas mais atentas e flexíveis às comunicações de Bernardo, percebendo-o feliz com o retorno da mãe. Na entrevista para avaliar a interação ao final da psicoterapia e na entrevista para avaliar a

interação seis meses após o término da psicoterapia, a sensibilidade foi boa. A mãe ao se expressar apresentava um tom de voz amável e havia prazer nas trocas afetivas.

Assim, em 15 momentos avaliados, em oito a sensibilidade foi inconsistente, em dois foi fraca e em cinco, boa. Portanto, na maioria das sessões avaliadas, a forma de sensibilidade predominante foi à inconsistente. Percebe-se a inconsistência, na maioria das sessões, pois Maria mostrava um grau de interesse na interação com o filho, mas esta flutuava em função dos sentimentos despertados com as discussões de ordem conjugal, que permearam a totalidade das sessões. Assim, sugere-se que o relacionamento entre o casal tenha interferido no nível de sensibilidade materna. No entanto, na nona, décima e décima segunda sessão e nas duas sessões após o tratamento, a sensibilidade caracterizou-se como boa. A partir disso cogita-se que este resultado possa ter decorrido do tratamento, porém, não há dados suficientes para fazer esta afirmação.

Estruturação

A *estruturação* é a capacidade materna de fornecer estrutura de interação na qual a exploração da criança coexiste com sua autonomia. Pode ser classificada como excelente, inconsistente e inadequada. De acordo com a análise dessa categoria de comportamentos interativos maternos, a estruturação permaneceu inconsistente até o final das sessões de psicoterapia, inclusive nas sessões que avaliaram a interação mãe-bebê antes da psicoterapia, ao final e seis meses depois. Nas sessões, a mãe buscava organizar a situação e o comportamento da criança, atendendo às necessidades básicas, como vestuário e higiene, bem como direcionar o bebê até os brinquedos, porém, às vezes, realizava isso aparentemente de forma automatizada, sem estimular muito o filho para a brincadeira, talvez por estar com a atenção voltada para a conversa sobre as

questões do casal e pelos sentimentos de irritação durante alguns momentos das sessões. Observou-se ainda na dinâmica do casal, que o pai assume o papel daquele que tenta estabelecer mais os limites, e Maria é mais indulgente na condução de fronteiras.

Não Intrusividade

A não intrusividade diz respeito à habilidade para interagir com a criança em seu espaço, tempo, ritmo e nível de envolvimento. Pode ser classificada como não-intrusivo, parcialmente intrusivo e intrusivo. De acordo com a análise dessa categoria de comportamentos interativos maternos, observou-se que variou entre não intrusiva e parcialmente intrusiva. Na maioria das sessões analisadas, o comportamento interativo materno foi não-intrusivo, apenas na quarta sessão do tratamento pareceu parcialmente intrusivo, quando a mãe dirige o rumo da brincadeira que Bernardo estava fazendo, representando não considerar a vontade do bebê. Foi uma sessão mais tensa, aonde os pais discutiram bastante. Assim, parece haver uma mudança do comportamento da mãe quanto à intrusividade, em uma situação de discussão conjugal e tensão. Percebe-se uma constância no comportamento materno quanto a não intrusividade, o que pode ser entendido com o comportamento desta mãe que não interfere nas brincadeiras de Bernardo, deixando-o à vontade na sala.

Não Hostilidade

A não hostilidade é a habilidade para interagir com a criança revelando emoções positivas na interação. Pode ser classificada como não-hostil, encoberta e hostil. De acordo com a análise dessa categoria de comportamentos interativos maternos, observou-se que entre os 15 vídeos avaliados, os comportamentos maternos foram não hostis em 11, e em quatro, a mãe evidenciou hostilidade encoberta. Na primeira

entrevista que avaliou a interação mãe-bebê antes da psicoterapia, a hostilidade foi encoberta. Na primeira, terceira, quinta, sétima, oitava, nona, décima, décima primeira e décima segunda sessão de psicoterapia, a avaliação foi por não hostilidade. Nestas sessões, a mãe apresentou-se confortável com o bebê, atendendo-o quando solicitada, paciente e sem demonstrar aborrecimento com ele. Na segunda, quarta e sexta sessão, a mãe apresentou hostilidade encoberta. Nestas sessões, a mãe demorou mais para atender a solicitações que o bebê fazia, fazendo-o esperar mais do que o necessário, percebendo-se certo desconforto no Bernardo. Na filmagem que avaliou a interação mãe-bebê ao final da psicoterapia, os comportamentos maternos foram classificados como não hostis. E na avaliação da interação mãe-bebê seis meses após o final da psicoterapia, classificou-se como não hostil. Portanto, observa-se que na maioria dos registros a não hostilidade esteve presente.

Análise dos comportamentos interativos do bebê

Responsividade

Responsividade diz respeito à predisposição da criança para a troca interativa com o adulto. Pode ser classificada como excelente, moderada, fraca e inexistente. De acordo com a análise dessa categoria de comportamentos interativos do bebê, observou-se que nos vídeos avaliados, a responsividade do bebê variou entre excelente, moderada e fraca. Em 12 momentos, o comportamento interativo do bebê foi avaliado como moderado, em dois foi avaliado como excelente, e em um, como fraco. Na entrevista que avaliou a interação mãe-bebê antes da psicoterapia, a responsividade foi avaliada como moderada. Nas doze sessões de psicoterapia, apenas a quarta sessão foi avaliada como fraca. Nesta quarta sessão, observou-se também que a mãe apresentou

comportamento parcialmente intrusivo, como descrito a cima. A mãe interferiu mais nas brincadeiras de Bernardo, ao qual se observou que este diminuiu o seu nível de responsividade a partir disso. Foi uma sessão mais tensa, pois Bernardo chorou bastante e os pais discutiram consideravelmente. No restante das sessões, todas foram avaliadas como moderadas, pois se observou que Bernardo respondia a tentativa de interação com os pais, mas às vezes, respondia de uma forma irritável. Na filmagem que avaliou a interação ao final da psicoterapia, a responsividade do bebê foi excelente. Na avaliação da interação seis meses após a psicoterapia, também foi avaliada como excelente. Houve, portanto, uma avaliação de responsividade moderada na maioria das sessões do processo psicoterapêutico, uma avaliação excelente após o final da psicoterapia e seis meses após a psicoterapia e uma fraca na quarta sessão, a qual se caracterizou como uma sessão bastante tensa, em função das discussões de casal. A avaliação excelente ao final da psicoterapia e seis meses depois, faz pensar em possíveis benefícios da psicoterapia para o bebê. Ou, pode-se pensar também na contribuição do próprio desenvolvimento e amadurecimento do bebê nestes resultados. São apenas hipóteses, pois, em apenas duas sessões, não há como afirmar com certeza absoluta que o comportamento de responsividade do bebê mantendo-se excelente, mesmo seis meses após o término da psicoterapia, seja resultado específico da psicoterapia pais-bebê e que não esteja relacionado a outros fatores como desenvolvimento do bebê.

Envolvimento

O envolvimento diz respeito ao nível de participação do bebê na interação com a mãe. Pode ser classificada como excelente, moderada, fraca e inexistente. De acordo com a análise dessa categoria de comportamentos interativos do bebê, observou-se que nos 15 momentos em que se avaliou a interação, em dois, o envolvimento do bebê foi

considerado excelente, em onze, moderado, e em dois, fraco. Antes da psicoterapia, o envolvimento foi avaliado como moderado. Nas doze sessões de psicoterapia, apenas na primeira e na quarta sessão, o envolvimento foi avaliado como fraco, o restante como moderado. Avaliado como moderado, pois o envolvimento dele nas brincadeiras com os pais era bom, mas muitas vezes, não durava muito tempo. Avaliado como fraco, na primeira e quarta sessões, pois Bernardo não se envolveu muito em brincadeiras junto à mãe, brincou bastante sozinho. Na quarta sessão, o bebê também se envolveu pouco com a mãe. Nesta mesma sessão, como analisado em outras categorias a cima, houve também uma responsividade fraca e uma intrusividade parcial. Foi uma sessão bastante tensa, em que o casal discutiu bastante e Bernardo chorou mais e agitou-se. A mãe aproximou-se dele de uma forma parcialmente intrusiva, e Bernardo retraiu-se mais, mostrando-se menos responsivo e menos envolvido com a mãe. Nos dois momentos de avaliação da interação ao final da psicoterapia, a classificação foi excelente quanto ao envolvimento, pois Bernardo envolve-se mais na brincadeira com os pais. A partir do resultado excelente para o envolvimento do bebê, após o final da psicoterapia e seis meses após o final da psicoterapia, pode-se pensar em possíveis benefícios da psicoterapia quanto ao envolvimento do bebê. Ou, pode-se pensar também na contribuição do próprio desenvolvimento e amadurecimento do bebê nestes resultados. São apenas hipóteses, pois, na avaliação de duas sessões, não há como afirmar com certeza absoluta que o comportamento de envolvimento do bebê mantendo-se excelente, mesmo seis meses após o término da psicoterapia, seja resultado específico da psicoterapia pais-bebê e que não esteja relacionado a outros fatores como desenvolvimento e amadurecimento do bebê.

Assim, a partir da análise das categorias de comportamento interativos maternos e infantis do IAP, no decorrer das sessões em psicoterapia pais-bebê, podem-se fazer

algumas reflexões. Observaram-se durante as sessões, momentos em que o bebê buscava se envolver com a mãe e esta com o bebê. A existência desse vínculo fica explícita nos momentos da sessão em que o bebê procurava explorar o ambiente (brinquedos) e as outras pessoas (pai e a terapeuta), mas retornava à mãe, seja buscando seu colo, chamando atenção com um brinquedo ou procurando-a com o olhar, e a mãe, por sua vez, devolvia atenção. Da mesma forma, por vezes, a mãe procurava antecipar aos desejos e necessidades do filho e atender cuidados com alimentação e higiene. No entanto, percebe-se que aspectos referentes ao relacionamento conjugal e a sintomatologia depressiva materna permearam todas as sessões e provocaram algumas flutuações desse vínculo mãe-bebê, tornando a vinculação inconsistente. Flutuações no vínculo, tais como: o bebê ficava mais choroso e buscava alternativamente pela mãe e o pai e, a mãe mostrava-se menos atenta às necessidades do bebê e com atitudes mais mecanizadas.

Nesse sentido, verifica-se que a mãe apresentava um grau de sensibilidade na interação com seu bebê, mas esta flutuava em função dos sentimentos despertados com as discussões conjugais. Segundo Marcela Braz, Maria Auxiliadora Dessen e Liana Silva (2005) as relações conjugais consideradas boas estão associadas à sensibilidade parental, assim como relações conjugais consideradas ruins estão associadas à baixa sensibilidade parental. Para Pauli-Pott et al. (2000) um relacionamento favorável entre parceiros e o suporte mútuo estariam diretamente combinados a um aumento do bem-estar ou a uma maior satisfação, o que, por sua vez, influenciaria positivamente a um comportamento materno mais sensível às necessidades do bebê. Da mesma forma, inversamente, os conflitos conjugais, distanciariam o casal, interferindo no emocional materno e na sensibilidade materna para com seu bebê.

Dessarte, os conflitos conjugais deste casal, e possivelmente os sintomas depressivos pós-parto de Maria, podem ajudar a entender as dificuldades de a mãe demonstrar-se mais consistentemente sensível ao bebê e deste em alguns momentos, procurar o colo do pai, ao invés do da mãe. Esta atitude de Bernardo, buscando o colo do pai, encontra respaldo nas considerações de Teixeira (2007), que refere que o pai pode exercer um papel protetor para o desenvolvimento infantil em situações de depressão pós-parto, amenizando ou compensando parcialmente uma interação mãe-bebê inconsistente.

Do mesmo modo que o pai mostrava-se cuidadoso e apoiando Bernardo, a mãe não percebia Luis desta forma em relação a ela. Esta se queixava, muitas vezes, da falta de apoio de seu marido. *“No início do namoro ele fazia muito carinho, depois...”* *“Com o Bernardo ele é muito carinhoso, muito atencioso, como pai realmente, agora ele anda meio deitado, não muda uma fralda, não dá mama, não dá!”*. *“ Quando a gente fala em separação, que a gente fala muito nisso, o tempo todo, o Luis diz que não vai deixar as crianças comigo, vai ter que ver se o Bernardo vai ficar comigo ou não em função da Letícia ser (inaudível)... ele querer dizer que eu não sou suficientemente boa mãe com a Letícia dentro de casa, que é minha filha”*. Assim, verifica-se que Maria sentia falta de apoio, por parte de Luis. Este aspecto, avaliado a luz das considerações de Fonseca et al. (2010) pode ter contribuído na inconsistência da estruturação da interação mãe-bebê no decorrer das sessões. Segundo Fonseca et al. (2010) a estruturação materna correlaciona-se de uma forma positiva e significativa com apoio social percebido pela mãe durante a gestação e o puerpério. Quanto mais a mãe se sente amparada afetiva e materialmente, mais ela é capaz de organizar a atividade da criança e prover regras e estímulos de acordo com as necessidades do bebê. Este apoio social funciona também como fator protetor para sintomas depressivos. Tais resultados

apontam para a importância de considerar a gestação e o puerpério como momento especial na vida da mulher e do quanto o apoio é importante, pois pode refletir no emocional materno e na estruturação da interação mãe-bebê.

Prosseguindo na análise dos dados, observa-se que a interação mãe-bebê apresentou-se como não-intrusiva na maioria das sessões, demonstrando que Maria favoreceu o espaço para uma interação suave. Apenas, na quarta sessão, verificou-se uma interação parcialmente intrusiva, quando a mãe dirigiu o rumo da brincadeira que Bernardo estava fazendo, representando não considerar a vontade dele. Cabe salientar, que esta sessão foi bastante tensa, com uma discussão conjugal mais acirrada. Assim, sugere-se que a conflitiva conjugal pode mediar aspectos intrusivos maternos.

De natureza igual, a não-hostilidade foi constante na maioria das sessões. Apenas na segunda e quarta sessão foi parcialmente encoberta. Nestas sessões, a mãe demorou mais para atender as solicitações de Bernardo, fazendo-o esperar mais do que o necessário, percebendo-se certo desconforto no bebê. Cabe salientar, que nas mesmas sessões em que a não-hostilidade foi encoberta, a sensibilidade apresentou-se como fraca, podendo haver certa correlação entre as duas categorias.

Sob o ponto de vista da análise dos comportamentos interativos do bebê nas sessões, seguem-se alguns apontamentos. A responsividade foi avaliada como moderada na maioria das sessões. Apenas em uma sessão, aonde as discussões conjugais foram bastante intensas, ela foi considerada fraca. Nesta mesma sessão, o comportamento materno foi também parcialmente intrusivo apenas nessa sessão. Assim, sugere-se uma possível mediação entre essas duas categorias. Outro aspecto a destacar, foram avaliações de responsividade excelente na sessão após o final da psicoterapia e seis meses após o final da psicoterapia. A partir disso, ventila-se que esse resultado possa ser

decorrente do processo psicoterapêutico ou do próprio amadurecimento e desenvolvimento do bebê.

Quanto ao envolvimento do bebê com sua mãe, observou-se que foi avaliado como moderado na maioria absoluta das sessões. Apenas na primeira e quarta sessão foi avaliada um envolvimento fraco do bebê na interação com sua mãe. Na quarta sessão, a qual se caracterizou como um encontro de discussão mais acirrada dos pais verificou-se uma forma parcialmente intrusiva por parte da mãe, e conseqüentemente, Bernardo retraiu-se mais, mostrando-se menos responsivo e envolvido com Maria. Assim, a partir dessas considerações, sugere-se que haja uma mediação entre responsividade e comportamento interativo parcialmente intrusivo materno. Ainda, verificou-se que na sessão após o final da psicoterapia e seis meses após a psicoterapia a responsividade foi considerada excelente. Sugere-se que este resultado decorra dos resultados da psicoterapia ou como parte do próprio desenvolvimento ou amadurecimento do bebê.

Concluindo a análise da interação mãe-bebê, através do IAP, no contexto da depressão pós-parto, a partir da psicoterapia pais-bebê, verificaram-se melhoras na sensibilidade materna, responsividade e envolvimento do bebê nas últimas sessões analisadas. Estes resultados podem significar um retorno positivo da psicoterapia. No entanto, não há como afirmar com segurança, pois apenas com os dados do IAP e da observação das sessões em vídeo, não há como ter certeza. Outro aspecto a considerar é que a responsividade e envolvimento do bebê podem ter melhorado por questões de maturidade e desenvolvimento do bebê e não em decorrência da intervenção ou não só da intervenção. Ademais, verificou-se que a interação mãe-bebê é um fenômeno complexo para o qual devam ser consideradas variáveis contextuais, dentre elas, o relacionamento conjugal e depressão pós-parto. Nesse sentido, observou-se que em muitos momentos, os conflitos conjugais e os sintomas depressivos refletiram na

interação mãe-bebê, quando esta mãe mostrou-se mais irritada e o bebê respondia mais choroso, agitado e aflito. Portanto, um entendimento maior entre o casal poderia ter contribuído para auxiliar a mãe em suas fragilidades e no fortalecimento de seus recursos emocionais para lidar com o bebê. Assim, recomendam-se novas pesquisas que possam abordar a mediação do relacionamento conjugal com interação mãe-bebê, em contextos de depressão, no decorrer do tratamento em psicoterapia pais-bebê.

Síntese da análise da interação ao longo do processo psicoterápico

Nesta síntese da análise da interação ao longo do processo psicoterápico, pretende-se inicialmente destacar os principais temas abordados no decorrer de cada sessão e ao final apresentar uma reflexão a respeito. Assim, na sessão anterior ao início do processo psicoterápico, quando houve a observação da interação familiar, observou-se que os pais conversaram com o bebê e este interagiu com eles. Em alguns momentos, a mãe se antecipou em interpretar o que Bernardo desejava. Em um determinado momento da sessão, Bernardo ficou um pouco choroso e o pai o pegou no colo. Logo, o pai tenta colocá-lo em um banquinho, mas recusou sentar e chora. Volta para o colo do pai e pára de chorar.

Ao analisar a primeira sessão psicoterapêutica observou-se que os principais temas foram a insegurança quanto ao papel de mãe, cansaço e esgotamento materno, abortos anteriores e o relacionamento do casal. Bernardo dorme no início da sessão. Psicoterapeuta conversa sobre o resultado da avaliação e faz as combinações a respeito do tratamento. Refere que a avaliação sugeriu trabalhar o manejo dos pais em relação ao Bernardo, que se apresenta mais agitado. Da mesma forma, pensar a respeito dos conflitos conjugais que igualmente apareceram. No entanto, a prioridade é trabalhar a

relação dos pais com o Bernardo. Percebeu-se um casal muito engajado em fazer o possível para o bem do filho. Gabriel brincou bastante na sessão. Não mostrou-se desconfortável. Maria referiu medo de não ser uma boa mãe para Bernardo, de errar como achava que tinha errado com a filha Letícia. *“Será que tô fazendo alguma coisa de errado, já te dá uma insegurança né, eu já errei com um e não quero errar com outro. O que eu puder fazer eu vou fazer”*. Sentia-se cansada. Luis diz: *“a Maria está muito estranha, ela tá muito esgotada, este esgotamento é de uma gravidez né (inaudível) levou bem (inaudível) assumiu, fez tudo o que tinha que fazer, ao mesmo tempo, tinha uma adolescente em casa né, é uma dificuldade que a gente está passando, foi também o nosso relacionamento, as nossas diferenças na própria condução da adolescente (inaudível) a diferença como um todo né e as coisas dela estão aflorando também”*. Maria refere que desejava um filho mais tranquilo, pois considera Bernardo agitado e tem medo que ele dê trabalho como a filha adolescente está dando. *“Como eu e o Luis somos duas pessoas paradas e quietas, foi um inferno até hoje o jeito da Letícia. Se o Bernardo for igual? A Letícia apresentou isso tarde, entendeu, era uma criança calma. O André ia à loucura com esse jeito da Letícia, em pânico. E ter que passar isso de novo eu não agüento!”*. Maria fala sobre os abortos: *“Eu sempre quis um filho, achava importante, nós já tava junto há o que 3 anos? Eu achei que era importante, eu queria ter um filho. Fiz dois abortos. Um a gente namorava, um a gente já morava junto. E a gente decidiu que não ia mais fazer. Quando engravidei do Bernardo a gente estava voltando de uma separação de dois meses”*. Reconheceram as dificuldades deles como casal e dificuldades pessoais de cada um. Luis diz: *“ela ameaçou que ia terminar comigo se eu não botasse um anel de noivado. Eu não vou botar. Aí passou dois dias, fui lá comprei e botei né. A oportunidade que eu tive de me mandar, não me mandei, então (risos), pra casar ela não conseguiu me convencer*

porque ela também não quis. O Bernardo veio depois de um problema que a gente tava recém questionando, tinha voltado, a gente tinha muitos conflitos, mas a gente nunca conseguiu se separar tinha uma coisa que nos ligava muito. Eu não queria filhos e tô curtindo, tô (inaudível) claro, às vezes cansa, às vezes dá medo, mais ou menos assim da minha parte''. Maria diz:'' Acho que o problema de casal já vem de um tempo né, eu acho que agora ele tá bastante. Acredito que esse problema vem atingindo o Bernardo e o que a gente puder fazer para mudar o relacionamento é importante''.

Na segunda sessão, os principais temas observados foram: a creche do Bernardo e questionamentos sobre o futuro emocional do filho. Maria e Luis mostraram-se indignados com a creche do filho, pois segundo eles, o parecer não condiz com o que observam do Bernardo. O parecer da escolinha refere que Bernardo chora do nada, não engatinha, se arrasta, pára na frente do espelho e fica se batendo e não interage com outras crianças. Está brincando e cansa. Demasiado agitado e com possíveis problemas físico/motores e emocionais. Maria diz: *''Tudo bem que ele dorme pouco realmente (inaudível) ele é uma criança mais ativa, hiperativo, mais agitado, mais nervoso, tudo bem. Agora quando ela disse que ele não engatinha (inaudível) isso eu achei assim (inaudível) eu não consegui imaginar ele não engatinhando''*. Luis complementa: *'' É eu acho que houve uma mudança na creche, entrou uma nova direção, aí tem essa direção que mudou, mudou tudo (inaudível)os professores mantiveram, eu não sei como está o astral dos professores, como é que ficou a coisa...eu sei que...teve um tempo, o Bernardo estava se adaptando''*. O tema da creche tomou quase todo o tempo da sessão. Mais perto do final, a preocupação com o futuro emocional do filho veio à tona. A mãe tem muito receio que o filho sofra ou tenha um comportamento difícil, como a filha adolescente, então fica sempre alerta em qualquer agitação ou choro do bebê como se isso significasse problemas futuros, aumentando seu nível de angústia. A

psicoterapeuta pontua para os pais, procurando tranquilizá-los: *“Cada criança tem um temperamento. A questão é como vamos construir esse relacionamento. Por que ter medo dele ser ativo? O que isso representa? Quanto maior a angústia de vocês maior a dele também”* Maria diz: *“A gente consegue lidar com um filho assim no ambiente doméstico, mas e na rua, no mundo, nem todo mundo tem a preparação para lidar com uma criança assim (agitada e irritável). O Bernardo grita quando não atendido ou contrariado. Ele é agitado, ele é de muita atividade, tem que tá sempre fazendo alguma coisa com ele”*. *“O sono dele é agitado”*. Luis diz: *“Tu deu a entender que está preocupada com o Bernardo, que ele vai ficar não sei o que..(inaudível).que vai tirar a tua paz, teu sossego, que não vai ser uma criança tranqüila...”* Bernardo brinca bastante e ao final demonstra mais irritação ao mesmo tempo em que os pais também.

Na terceira sessão os principais temas abordados foram: creche do filho, dúvidas de como tomar decisões e de como chegar a um acordo a respeito da educação dos filhos e, por fim, discussão sobre uma possível separação do casal. Luis a respeito da creche diz: *“Vamos fazer um acompanhamento né, vamos ver, sei lá, fiquei uma hora conversando com a professora”*. Maria diz: *“Tenho medo que tenha alguma coisa errada com ele desde pequeno e que futuramente dê problema, pois como que a creche fez uma avaliação de que ele se arrasta e tal”*. Luis: *“Maria eles erraram o diagnóstico e senão erraram nós vamos aceitar e lidar com nosso filho do jeito que ele for”*. Pais olham para Bernardo com carinho, enquanto ele bate palminhas. Na metade da sessão, passam a discutir sobre a educação dos filhos. Maria diz: *“É isso que eu tenho uma grande dificuldade pra entender e eu acho isso um saco, eu não aguento mais isso. Se eu concordo com ele perante a Letícia, eu acho que isso é um casal. Mas, eu não tenho que concordar com ele em tudo, que diz aonde ela vai é perigoso, eu não sou obrigada a concordar que lá é perigoso”*. Luis rebate: *“Tu não acha importante*

ter consciência do que eu to dizendo?''. Mais ao final da sessão, o casal passa a discordar mais e cogitam separação conjugal. Bernardo se agita mais. Psicoterapeuta reforça a importância de trabalhar as coisas deles, pois a criança sente muito. A mãe diz, nesta sessão, ter a sensação de não ser amada, e refere que o pai está sempre a julgando e controlando-a, pois nada do que faz está bom. Maria diz: *''Agora tem outra coisa que eu queria falar também aqui, que isso tem incomodado profundamente, quando a gente fala em separação, que a gente fala muito nisso, o tempo todo, o Luis diz que não vai deixar as crianças comigo, vai ter que ver se ele vai ficar comigo ou não em função da Letícia ser (inaudível), isso aí tá me fazendo um mal terrível, pois ele querer dizer que eu não sou suficientemente boa mãe com a Letícia dentro de casa, que é minha filha''*. Luis diz: *''A gente tem discordância de base''*. No momento que os ânimos ficam mais acirrados, em função da discussão sobre uma possível separação do casal, Bernardo grita.

Os conflitos conjugais seguem aparecendo na quarta sessão. Não conseguem conversar sem um clima de tensão entre eles. Outros temas que surgiram foram: manutenção de Bernardo na creche, relacionamento de Bernardo com a irmã, criação e comportamento de Letícia e, a possível repetição com Bernardo e relacionamento de Luis e Letícia. Ao falar sobre a manutenção de Bernardo na creche, Maria diz: *''Como no momento, não tenho outra opção e a necessidade me faz com que ele fique lá, não adianta nada eu saber o que ela tá achando dele''*. Em relação ao relacionamento de Bernardo e a irmã, Maria diz: *''É boa, ela gosta bastante do mano. É bem carinhosa com ele*. Luis diz: *''Ela brinca com ele, mas compartilhar, ficar mais, um tempo atrás, hoje ela tá numa fase mais (inaudível)''*. Maria tem medo que Bernardo seja *''rebelde''* e difícil como a irmã. Diz: *''O medo do Bernardo se transformar que nem a Letícia. Eu fico pensando, se ele com nove meses é assim, a Letícia que foi uma criança calma, se*

transformou nisso agora, imagina o que eu não vou passar com o Bernardo”. Luis: *“Eu já não tenho tanto essa preocupação, porque assim comigo, se ele conviver comigo, ele vai aprender a respeitar pai e mãe, nem que seja na marra*”. Por fim, surge o tema a respeito do relacionamento de Letícia e Luis. Este refere: *“ Eu perdi a cabeça e dei uns tapas nela e aí ela disse eu vou te entregar pro conselho tutelar, eu disse, tu não vai me entregar, eu vou te levar no conselho tutelar. Não, dei uns tapas no corpo assim, nada de machucar. Ela revida. Ela vem pra cima de ti, tanto que na última vez, ela se agarrou nos cabelos da mãe e queria dar na mãe, ela acha que dá na mãe. Então são coisas que a gente tá trabalhando, eu não posso deixar né*”. Maria diz: *“Tu também ameaçavas ela, uma hora eu vou te pegar, tu vai ver! Tu maior do que ela, ameaçando ela*”. Nesta sessão Bernardo brinca bastante e explora a sala. Em alguns momentos mostra-se mais agitado e chorão.

Na quinta sessão, os principais temas abordados foram: a creche de Bernardo, ex-trabalho de Maria e o relacionamento conjugal. A respeito da creche, estão mais tranquilos, pois tem uma nova professora, da qual Bernardo gosta muito. Fala do seu último trabalho e do stress que era. Depois, falam a respeito do relacionamento entre eles. Em um momento, Luis fala positivamente deles, que estão procurando se entender melhor. No entanto, no decorrer da sessão isso não se estabelece por muito tempo e as divergências recomeçam. Luis acusa Maria de estar desatenta e doente. Maria desejava que Luis a apoiasse e escutasse mais, e o tema da DPP aparece. Além disso, ele é muito controlador. Maria diz *“ Eu tava sentada lá na frente do hospital, tava fumando um cigarro, esperando o horário da Letícia entrar na consulta, daí chegou uma senhora que viu que tinha caído o dinheiro da minha carteira e me avisou. Daí eu, bah, imagina se o Luis vê uma coisas dessas, bah, nem pensa, porque realmente, o Luis eu ia ouvir uma semana, como é que, imagina se eu tivesse perdido o dinheiro mesmo*”. Luis diz:

''Eu sou um monstro. Eu ia falar, não ia xingar''. Em um determinado momento desta quinta sessão, depois de discussões, pai fala em fazer algo como casal, para melhorar o relacionamento. Bernardo, no decorrer da sessão, em alguns momentos irrita-se ao pedir atenção por um colinho ou querer um brinquedo.

Na sexta sessão, os principais temas abordados foram: desentendimentos sobre os limites dados a Bernardo e decisões sobre a creche. Ainda, dificuldades de relacionamento do casal e discussão sobre separação. Maria diz: *'' Não eu não to debochando do que ele falou. Eu gostaria que ele dissesse: ah, ahm, tu acha então que não tem que buscar (na creche)?É acho melhor. Então tá tudo bem. Então deixa assim''*. Luis responde: *'' É realmente, ela tem razão, nesse momento em que ela disse (inaudível) que era oito ou oitenta, que ela disse, deixa que eu levo, eu fui um pouquinho ignorante aí né (inaudível) eu ignorantemente falei (inaudível) então eu busco. Com a Letícia eu sou duro, com o Bernardo eu sou mole. Como eu disse (inaudível) ela tem treze anos e ele tem nove meses''*. Maria responde: *'' Ah, mas quando, antes ela era pequena também''*. Luis: *''Eu não peguei ela nessa idade. Tu tá me cobrando que eu sou grosso, que eu não converso, tu também não conversa comigo, fui tentar ver um problema da criança que eu fiquei muito preocupado ontem''*. Luis diz: *''Não, tu não gritou comigo, mas quem perdeu a cabeça foi tu.''* Maria responde: *''Quem perdeu foi tu a cabeça''*. Luis: *'' Se a Maria achar que é melhor pra ela ficar afastada de mim e a gente fazer um acordo de cada um (inaudível), pra mim não tem problema, desde que seja bom pro Bernardo, bom pra Letícia, eu sou um problema, porque eu quero dar limites''*.

Na sétima sessão, os temas mais abordados foram: conflito conjugal e reflexões a respeito e o relacionamento com Bernardo. Luis diz: *'' Ah, se criou uma distância né?''* Maria diz: *''É, se criou uma distância''*. Luis diz: *''Até ontem, eu não sei o que*

(inaudível) Maria veio e me deu um abraço, assim né?. Às vezes eu vou também, faço um carinho nela, mas é uma coisa, assim muito (inaudível)” Maria diz: *“Não consegue (inaudível) passar disso. Se criou uma distância muito grande”*. Luis: *“ O que tem de positivo que faz a gente se unir, sei lá, se tem um ponto em comum, ou (inaudível) tu gosta de estar do meu lado. É um ponto em comum. Com o Bernardo, por ser bebê, a gente acaba exercendo mais a afetividade, assim... Ah, contigo eu sempre abraçava, fazia carinho, mas não (inaudível)”*. Maria: *“ No início do namoro ele fazia muito carinho. No início do namoro ele era muito carinhoso, depois... E com o Bernardo ele é muito carinhoso, muito atencioso, como pai, realmente, agora ele anda muito deitado, não muda uma fralda, não dá mama, não dá!”*. Luis diz ainda: *“ O que tem de positivo que faz a gente se unir, sei lá... se tem um ponto em comum, ou (inaudível) tu gosta de tá do meu lado. É um ponto em comum”*. Maria diz: *“Pode não ser um ponto em comum. A gente não tem nada em comum”*. Luis: *“A gente não tem nada? Tu não concorda com nada do meu pensamento?”* Maria diz: *“ Em pequenas coisas a gente concorda”*. Apesar dos conflitos conjugais, o casal consegue ver o filho Bernardo não como um problema na vida deles, mas algo que agrega. Luis diz: *“ O Bernardo está interagindo melhor, até porque na escola não estão falando mais mal dele. Isso nos tranquiliza”*. Maria diz: *“isso é verdade”*. Apareceu o medo de não serem bons pais e cometerem erros na educação do filho. Depois, surge um enfoque mais positivo do relacionamento com o filho.

Na oitava sessão, os principais temas abordados foram: comportamento de Bernardo, relacionamento conjugal, divergências e cobranças. Bernardo começa a desafiar os pais através de birras, brabeza e agressões. Falam de como estabelecer limites na educação de Bernardo. Maria diz: *“Bernardo começa a apresentar birra. Hoje ele estava brincando com o isqueiro, daí eu tirei dele. Ele veio para cima de mim,*

me bate, bate e quer morder, fica irritado, brabo. Ele fica brabo quando quer uma coisa. E isso me desespera! Fico muito preocupada com a birra dele. Ahhhhhhhh....eu quero desde cedo não cometer algum erro que eu cometi com a Letícia, em não ter visto aonde que eu não tava impondo limites. E o Bernardo me exige muito cedo isso, eu noto que ele tem temperamento desde cedo...” Luis diz:” Eu acho que Maria está muito preocupada porque ta muito envolvida nessa...autoridade que com a Letícia não tá”.

Divergências conjugais e aos poucos vão aparecendo um melhor entendimento entre o casal nesta sessão, com uma melhor comunicação. Luis diz: *“A gente não tem divergido muito, ou temos nos aproveitado para divergir aqui. Mas às vezes eu cobro as coisas e ela não gosta”.* Maria diz: *“ A gente tem evitado discussão, tentado escutar um pouco mais um do outro. Mas não gosto do jeito que ele fala comigo, cobrando, e não é assim que quero que ele fale comigo”.*

Na nona sessão teve, praticamente, apenas uma temática. A sessão inteira, praticamente, se manteve em cima do relacionamento do casal. Em um momento da sessão, falam um pouco sobre a melhora da adaptação de Bernardo na creche. Luis diz: *“Eu tô tentando, assim, até minimizar da minha parte, a Maria também, acho que também tá tentando. Não sei o que tu tens para dizer, Maria tu concorda?”.* Maria diz: *“Não, eu tenho que concordar, vamos concordar, é o teu ponto de vista. Ah, acho que é, acho que o Luis tá tentando, a gente não tá discutindo”.* Luis diz: *“ É o que eu digo, volta para mim, o problema sou eu. Eu não, a relação com a Letícia”.* Maria: *“ E depois que a Letícia crescer vai ser o Bernardo o problema. Aí eu tento conversar e é isso que eu escuto, então eu não falo, porque é isso que eu escuto”.* Bernardo está melhor na creche. Luis diz: *“E a coisa da creche está mais tranqüilo isso”.* Ou seja, aparece praticamente uma temática: o relacionamento do casal, a intolerância mútua e

as desavenças entre eles, ocasionados por assuntos relacionados com a filha mais velha e que refletem na condução e criação de Bernardo.

Na décima sessão têm-se como temática principal as questões conjugais. Nesta sessão, novamente, o casal discute sua relação e as desavenças que ocorrem na mesma. Contudo, com o auxílio da terapeuta, fazem uma tentativa de entenderem o que se passa, de que forma se formam os conflitos e o que poderia ser feito para melhorar o relacionamento e a comunicação do casal. Luis diz: *“Até a gente tem evitado discutir, em função do Bernardo, já que muitas vezes, da Letícia a gente não consegue evitar”* Maria diz: *“Nós temos que tentar resolver os nossos problemas, para que isso não interfira no nosso relacionamento com o Bernardo”*. Luis diz: *“Entendi”*. Bernardo busca os pais seguidamente e chega a bater no pai e na mãe. Estava mais agitado. Frente a esse comportamento do bebê, o pai corrigindo-o, mas a mãe não. Pai fala mais e mãe de cabeça baixa, escutando. Indicação de terapia de casal, ao final desta terapia. Falam de suas famílias de origem. Luis refere: *“Fui bastante paparicado, né! Eu era bastante mimado. Eu tive um comportamento que eu acho que a Letícia tem, que às vezes parece que ela foi, também bastante mimada. Eu fui um pouco rebelde, assim, mas um rebelde diferente, com respeito, educação, eu nunca destratei a mãe nem o pai. Eu tenho esses valores muito fortes, assim né”*. Maria fala de sua infância e da falta que sentia do pai. Diz: *“Eu me lembro que eu sentia muita falta do meu pai...sentia saudades dele, queria tá com ele...com sete anos eu fui para São Paulo, ele já morava em São Paulo, então quer dizer, a lembrança que eu tenho do meu pai sempre foi separado de minha mãe. Hoje eu não vejo porque, né, eu acho tão normal, mas na época isso meio que me incomodava, de meu pai não ser casado com a minha mãe, com meu pai. Então isso sempre me incomodou um pouco. Na adolescência, dos doze, treze anos, assim, eu apresentei uma rebeldia, mas era mais assim, nunca fui de querer sair de noite porque*

eu era muito tímida. Então eu não gostava de sair e as pessoas não me chamavam atenção”. Na metade da sessão, a mãe fala muito dela: tímida, magra, Olívia palito. Mãe fala mais e com mais tranquilidade e percebe-se o bebê mais tranquilo. Orientação da terapeuta quanto ao manejo com o Bernardo frente a um comportamento de birra.

Na décima primeira sessão houve novamente queixas a respeito da relação conjugal, com pouca compreensão e entendimentos entre o casal. Bernardo balbucia e chora mais nessa sessão. Anda entre os pais, parece tentar fazer um elo entre os dois. Maria diz: *“Os problemas que tenho que administrar, os problemas com o Luis, como Bernardo, então junta tudo né? Tem uma hora que, realmente, enche o saco”*. Luis rebate: *“ O problema é assim, tu vai falar uma coisa para Maria, ela acha que eu to brigando com ela, começa o problema aí. A minha opinião mesmo errada, eu tenho o direito de acertar, de errar nas minhas opiniões”*. Terapeuta chega a dizer em um momento da sessão: *“Eu acho que, assim oh, no momento que vocês tão discutindo desse jeito, o Bernardo chorando desse jeito, a prioridade número um é acalmar o Bernardo”*.

Na décima segunda e última sessão, do início ao fim, foram discutidas novamente as dificuldades de relacionamento do casal e se levantou a necessidade do casal resolver suas diferenças e questões para o bem estar de todos e para um bom futuro do bebê. O casal foi encaminhado para continuação de terapia. O casal fala e olham para o terapeuta, não há diálogo e olhar entre eles. Bernardo mostra a bola para a mãe. Mesmo os pais discutindo, o bebê está sem chorar nesta sessão. Luis diz: *“ A gente tem algumas diferenças muito fortes, não sei se vão se (inaudível) ao longo do tempo vão se resolver ou vão se somar, não sei. Não sei o que vai da. E não tem culpado. A gente tenta se comunicar, mas a gente não consegue. Então em nenhum momento a gente consegue uma comunicação. Mas a gente tem que tirar o lado*

emocional em alguns momentos para conversar. Entendeu? Senão fica uma conversa de mão única então”. Maria diz: *“ É uma coisa que nem eu fiz com a minha mãe, falando do curso de decoração, a minha mãe quis dar umas idéias, assim dela. Digo: Ai mãe, tudo muito bom, muito bom...”* Eu não concordei com nada dela, mas fingi que concordei. *Tu quer que eu faça isso contigo? Eu não vou mais dizer nada! Eu vou ficar quieta!*” Luis: *“ O problema é que tu me acusa, nesses nove anos, que eu fui o teu usurpador que te suprimiu. Não eu tô exagerando, tu te abafou por minha causa. Daí eu te pedi até hoje uma lista de usurpações que eu te fiz”*. Nas sessões finais do tratamento, Bernardo se mostrou mais agitado, o pai mais falante e a mãe mais calada. Quando a mãe fala mais e com mais tranquilidade, percebe-se o bebê mais calmo.

Na sessão logo após a intervenção, com a observação da família, percebeu-se Bernardo tranqüilo na sessão. Brincou, interagiu com os pais. Estes brincaram, conjuntamente com ele, jogando bola. Casal não discutiu, conversaram e trocaram sorrisos frente às brincadeiras do filho.

Na sessão seis meses após a psicoterapia, com a observação da família, percebeu-se que Bernardo estava mais tranqüilo. Brincou bastante e interagiu com o pai e mãe, sugerindo vinculação com seus pais. Não chorou em nenhum momento e nem mostrou-se irritado. Pais conversavam com ele e ele com os pais. Estes indicaram parceria nos cuidados com o filho. Em um momento, em que Bernardo percebe um palhaço na sala, e chama a atenção dos pais para isso, o casal na sala se olha e troca sorrisos, percebendo a atitude do filho. Casal não discute.

Assim, levando em consideração a síntese da análise da interação ao longo do processo psicoterápico, verifica-se que os principais temas abordados foram as dificuldades conjugais, o estado emocional materno, as questões referentes às crianças, os sintomas apresentados por Bernardo e questões referentes à creche. O tema

dificuldades conjugais, esteve presente em todas as sessões, representando interferir na interação mãe-bebê e no contexto familiar como um todo. Ilustra-se com trechos da fala de Luis e Maria na sétima sessão: Maria diz: *“Se criou uma distância”*. Luis diz: *“Até ontem, eu não sei o que (inaudível) Maria veio e me deu um abraço, assim né? Às vezes eu vou também, faço um carinho nela, mas é uma coisa, assim muito (inaudível)”* Maria diz: *“Não consegue (inaudível) passar disso. Se criou uma distância muito grande”*. Ilustra-se também com um trecho da terceira sessão, quando Maria diz: *“... a gente fala em separação, que a gente fala muito nisso”*. Na décima sessão, Luis: *“Até a gente tem evitado discutir, em função do Bernardo, já que muitas vezes, da Letícia a gente não consegue evitar”* Maria diz: *“Nós temos que tentar resolver os nossos problemas, para que isso não interfira no nosso relacionamento com o Bernardo”*. No decorrer da psicoterapia, observa-se que Bernardo balbucia e choraminga mais quando os pais discutem. Para Burke (2003) e Mayor (2005) a qualidade do relacionamento conjugal é um fator fortemente associado a interferências na interação mãe-bebê.

No caso dessa família, observa-se que as divergências conjugais apareceram antes mesmo do nascimento do filho e se intensificaram com a vinda do bebê. Uma relação tumultuada, com idas e vindas, com dúvidas sobre um maior compromisso na relação do casal, com dois abortos, com hesitação quanto à vontade de serem pais e discordâncias quanto à educação de Letícia. Ilustra-se com um trecho da primeira sessão: Luis diz: *“Ela ameaçou que ia terminar comigo se eu não botasse um anel de noivado. Eu não vou botar. Aí passou dois dias, fui lá comprei e botei né. A oportunidade que eu tive de me mandar, não me mandei, então (risos), pra casar ela não conseguiu me convencer porque ela também não quis. O Bernardo veio depois de um problema que a gente tava recém questionando, tinha voltado, a gente tinha muitos conflitos, mas a gente nunca conseguiu se separar tinha uma coisa que nos liga muito.*

Eu não queria filhos e to curtindo, to (inaudível) claro, às vezes cansa, às vezes dá medo, mais ou menos assim da minha parte''. Maria diz: '' Acho que o problema de casal já vem de um tempo né, eu acho que agora ele ta bastante. Acredito que esse problema vem atingindo o Bernardo e o que a gente puder fazer para mudar o relacionamento é importante. Eu sempre quis um filho, achava importante, nós já tava junto há 3 anos? Fiz dois abortos. Um, a gente namorava, um a gente já morava junto. E a gente decidiu que não ia fazer mais. Quando engravidei a gente estava voltando de uma separação de dois meses''.

Segundo Carlesso e Souza (2011) caso o cenário da gestação seja um contexto social difícil e conflituoso, as chances aumentam da gravidez se configurar como um evento estressante, capaz de provocar impactos negativos na mãe, na identificação com o bebê, no vínculo com este e até mesmo desencadear depressão. Da mesma forma, a história e a qualidade do relacionamento conjugal estabelecido ainda antes do nascimento do primeiro filho pode ser um importante fator de ajustamento nesse período (Menezes & Lopes, 2007). No entanto, por si só, a parentalidade afeta a relação conjugal (Bernazzani & Bifulco, 2003), sendo um desafio para o casal manter a satisfação, o prazer e a harmonia, pois essa fase interfere na intimidade conjugal e a formação de uma relação triangular desestabiliza o casal (Belsky, 2010; Carter & McGoldrick, 1995; Groisman, 2006). Nesse sentido, Cramer & Palacio-Espasa (1993) referem que com frequência, durante a transição para a parentalidade, algumas pessoas não conseguem preservar seus interesses pessoais e, principalmente, suas relações de casal. Assim, sugere-se que o nascimento de um bebê em um contexto conflituoso pode tornar-se um evento potencialmente estressante, já que por si só a parentalidade é considerada um evento de transição, possível desencadeadora de stress.

Nesse contexto, a depressão pós-parto pode surgir e trazer complicações para o ajustamento do casal às novas demandas. As mães deprimidas tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças e expressam mais insatisfação associada a seus filhos do que mães não deprimidas (Field et al., 1985). Ainda, apresentam maiores dificuldades para a parentalização e satisfação conjugal (Mayor, 2005) e apresentam possibilidade de falha numa das tarefas primordiais da maternidade que é facilitar o desenvolvimento das operações psíquicas de suposição de sujeito, estabelecimento de demanda, alternância presença e ausência e alterização, afetando a relação mãe-bebê (Jerusalinsky, 2002). Na 11ª sessão, Maria diz: *“Os problemas que eu tenho que administrar: os problemas com o Luis, com o Bernardo, então junta tudo né? Tem uma hora que realmente enche o saco”*. Na segunda sessão, Maria diz: *‘Luis: ‘A gente consegue lidar com um filho assim no ambiente doméstico, mas e na rua, no mundo, nem todo mundo tem a preparação para lidar com uma criança assim (agitada e irritável)’*. Luis: *‘Maria está preocupada com o Bernardo que ele vai ficar não sei o que...vai tirar tua paz, teu sossego, que não vai ser uma criança tranquila, a gente até gostaria que fosse o gênio do Bernardo e não da Letícia. Então tu fica cheia de, tomara que não tenha o gênio da Letícia’*’.

Nessa conjuntura, o bebê pode começar a apresentar sintomas. Nesse sentido, observaram-se nas sessões, que o comportamento de Bernardo se alterava quando havia discussões conjugais mais intensas, tornando-se mais irritável e agitado. Da mesma forma na creche, apresentou certa dificuldade de adaptação. Na segunda sessão Maria diz: *’ Fiquei preocupada porque ele não tava se adaptando, não tava bem. Daí ontem a gente foi buscar ele e daí a dona da creche e a tia dele nos chamaram na sala delas e falaram que o Bernardo apresenta dificuldades, ele não pára na frente do espelho e fica se batendo... que ele fica parado e do nada começa a chorar, não interage com outras*

crianças, não engatinha. Tudo bem que ele dorme pouco realmente (inaudível) ele é uma criança mais ativa, hiperativo, mais agitado, mais nervoso, tudo bem. Agora quando ela disse que ele não engatinha (inaudível) isso eu achei assim (inaudível) eu não consegui imaginar ele não engatinhando''. Luis complementa: '' É eu acho que houve uma mudança na creche, entrou uma nova direção, aí tem essa direção que mudou, mudou tudo (inaudível) os professores mantiveram, eu não sei como está o astral dos professores, como é que ficou a coisa...eu sei que...teve um tempo, o Bernardo estava se adaptando''. Na análise dessa psicoterapia, na sessão 8 aparece o seguinte diálogo: Maria diz: ''Bernardo começa a apresentar birra. Hoje ele estava brincando com o isqueiro, daí eu tirei dele. Ele veio para cima de mim, me bate, bate e quer morder, fica irritado, brabo. Ele fica brabo quando quer uma coisa. E isso me desespera! Fico muito preocupada com a birra dele. Ahhhhhhhh....eu quero desde cedo não cometer algum erro que eu cometi com a Letícia, em não ter visto aonde que eu não tava impondo limites. E o Bernardo me exige muito cedo isso, eu noto que ele tem temperamento desde cedo...'' Luis diz:'' Eu acho que Maria está muito preocupada porque ta muito envolvida nessa...autoridade que com a Letícia não tá''.

Assim, sugere-se haver uma resposta do bebê a isso, demonstrando seu sofrimento através de sintomas de irritação e agitação. Segundo Field (2002) a criança que tem a mãe deprimida pode desenvolver um estilo deprimido de interação, com baixo padrão de atividade e apatia, como também pode apresentar um comportamento hiperativo, ou seja, com irritação e grande níveis de atividade, ambos na tentativa de se defender da estimulação inadequada de mãe. Ou seja, pode-se refletir que as dificuldades conjugais, a depressão materna, em alguma medida, acarretam implicações para o bebê. Schwengber et al. (2003) afirma que bebês de mães com indicadores de depressão apresentaram mais afeto negativo, como: rejeitar brinquedos, chorar,

vocalizar negativamente e afastar-se ou resistir ao contato do que os bebês de mães sem indicadores de depressão. Em função de sua dependência, os bebês são muito vulneráveis ao impacto da depressão materna, contribuindo para a manutenção do sintoma dos filhos.

Por isso, o apoio do pai torna-se importante. No caso em que o pai está presente seu papel passa a ter grande relevância para a família, uma vez que a sua participação como mediador da interação mãe-bebê pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança (Brazelton e Cramer, 1992). Para Mayor (2005) o apoio do pai, pode auxiliar a mãe a desenvolver maior sensibilidade, receptividade e envolvimento com o bebê, possibilitando que a mãe perceba a si mesma como mais efetiva. No caso dessa família, observou-se que o papel do pai era efetivo e funcional, verificando-se uma parceria em relação aos cuidados com o bebê. No entanto, o apoio mútuo entre o casal não era constante, afetando a interação mãe-bebê e a dinâmica familiar. Maria percebia Luis como um bom pai, mas muito crítico com ela. Já Luis percebia Maria muito stressada e sensível às opiniões. Ilustra-se com um trecho da oitava sessão, quando Maria diz: *“ A gente tem evitado discussão, tentando escutar um pouco mais um do outro. Mas não gosto do jeito que ele fala comigo, cobrando, e não é assim que quero que ele fale comigo”*. Na sessão anterior ao início da terapia, Luis diz: *“Até no dia dos pais ela comentou que eu sou um bom pai, tô sempre à disposição, eu sei que to com um pouco de preguiça de trocar fralda e coisa e tal, até hoje to tentando...a gente tem uma parceria em relação ao bebê, um cumplicidade, mas temos momentos de muitas divergências, pensamos diferentes e ela está muito stressada”*.

Destaca-se que o casal apresentava diferenças na leitura do comportamento de Bernardo e Letícia, sendo outro tema presente na análise das sessões psicoterápicas. Na sexta sessão Luis diz: *“Então com a Letícia eu sou duro, com o Bernardo sou mole. Ela*

tem 13 anos e ele tem nove meses”. Maria: *“Ah, mas quando, antes ela era pequena também”*. Luis: *“ Tu tá me cobrando que eu sou grosso, que eu não converso, tu também não conversa comigo”*. Na 1ª sessão Maria diz: *“ Como eu e o Luis somos duas pessoas paradas e quietas foi um inferno até hoje o jeito da Letícia. Se o Bernardo for igual? A Letícia apresentou tarde isso, entendeu, era uma criança calma. O Luis ia à loucura com esse jeito da Letícia, em pânico. E ter que passar tudo de novo, eu não agüento!!!”* Na primeira sessão, Luis diz: *“ tem uma adolescente né. É uma dificuldade que a gente está passando, foi também o nosso relacionamento, as nossas diferenças na própria condução de uma adolescente....”* Luis desejava impor mais limites às crianças, e Maria desejava que ele fosse mais compreensivo e mais leve na forma de ver as situações familiares. Em muitos momentos, os pais demonstravam contradições na maneira de agir, perturbações que ocasionam brigas entre o casal e o distanciamento da vida conjugal. Neste sentido, chamou atenção à forma como o casal resolvia e lidava com seus problemas pessoais e familiares. Parecia tudo muito intenso, problemático e conflituoso. A birra do filho ou divergência de opiniões entre o casal gerava um estresse conjugal de grandes proporções, o suficiente para esta mãe se despotencializar como cuidadora de seu bebê, considerando-se uma mãe ruim. Já o pai apresentava um aumento do controle mais rígido e crítico. Assim, questiona-se o quanto esses pais estavam conseguindo lidar com os desafios de uma vida conjugal e da parentalidade, visto que a satisfação conjugal não está na ausência de conflitos, mas sim na forma como o casal irá lidar com os mesmos (Mosmann & Falcke, 2011).

Assim, a partir da análise dos principais temas abordados nas sessões, cabe apontar que esta mãe esteve exposta a diversos fatores de risco ao desenvolvimento da depressão materna, sendo: conflitos conjugais, pouco apoio, gravidez não planejada, abortos anteriores, dificuldades no manejo com a filha mais velha, perda do trabalho.

Dentre estes fatores, o foco principal acabou sendo os conflitos conjugais. Percebeu-se na análise dos vídeos que o tema relação mãe-bebê ou mãe-pai-bebê acabou tomando um segundo plano nas sessões, pois os pais voltavam ao tema que mais parecia lhes afligir que era a conflitiva conjugal. Ademais, havia muitos momentos que o próprio bebê mostrava com sua irritação e agitação o quanto aquelas discussões e o clima tenso entre os pais era ruim. A tentativa de criar conexões entre experiência materna e comportamento infantil, através das ações e sinais do bebê no aqui e agora da sessão foram tentadas, mas ficou difícil frente à sempre retomada temática conjugal.

Prosseguindo na análise dos dados, sugere-se que houve melhora no funcionamento reflexivo da mãe e também do pai em reconhecer e entender a experiência interna de Bernardo e do quanto à procura pela resolutividade dos conflitos conjugais tornava-se importante para a relação/interação mãe-bebê e para o contexto familiar como um todo. A partir disso, observa-se que houve mudança, mesmo que sutil, quanto ao compreender a necessidade de ajuste conjugal. Ainda, verificou-se a utilidade que a aliança terapêutica e a abertura da terapeuta tiveram para que o casal se sentisse a vontade para efetivamente participar do tratamento.

Observou-se que a sintomatologia depressiva teve efeitos penetrantes na autoconfiança da mãe. Percebeu-se Maria muito confusa sobre as necessidades dos seus filhos e da sua capacidade em compreender as respectivas individualidades. Em vários momentos, representava considerar os dois filhos como iguais, não estabelecendo atenção às diferenças. Segundo Winnicott (2012/1945) a relação mãe-bebê é construída na convivência e interação e a cada momento a mãe irá perceber diferenças de temperamento entre os filhos e, conforme sua atitude, cada um deles irá desenvolver suas próprias características. Assim, parece importante considerar que a mãe possa se

relacionar com os filhos, considerando cada um deles como um ser único, individualizado, e não como um bloco de filhos.

Portanto, frente aos dados expostos, verificou-se que a relação/interação mãe-bebê sofreu forte influência das conflitivas conjugais e, portanto, considera-se essencialmente importante o tratamento dos conflitos conjugais, quando presentes. Da mesma forma, a abordagem terapêutica da depressão pós-parto e dos sintomas do bebê, considerando a necessidade de ações direcionadas à saúde psíquica da dupla mãe-bebê, em função da relevância para o desenvolvimento saudável do bebê e interação mãe-bebê.

Considerações Finais

O presente estudo revelou o quão complexo foi analisar a interação mãe-bebê, no contexto de depressão pós-parto, compreendendo os efeitos da psicoterapia pais-bebê nessa interação, em uma conjectura de conflitos conjugais. Nesse sentido, observou-se que o tratamento da interação mãe-bebê acabou tomando um segundo plano, pois os pais voltavam seguidamente ao tema que mais parecia lhes afligir que era a conflitiva conjugal. Assim, propostas que abarquem este aspecto podem trazer novas contribuições, além de permitir planejar estratégias de intervenção para famílias que apresentam conflitos conjugais.

Ademais, os sintomas depressivos maternos apareceram bem marcantes nas sessões: cansaço materno, questionamento da mãe quanto a sua capacidade de maternagem, constante irritação da mãe com o marido, dificuldade de estabelecer limites com as crianças. Aspectos que acabaram interferindo no comportamento do bebê nesta interação, pois se percebia certa agitação e irritação frente às discussões dos pais e

atitudes maternas. Assim, em uma intervenção em psicoterapia pais-bebê, considerada uma abordagem terapêutica de vínculo, torna-se importante avaliar a trama vincular, que no caso desta família, representou ser de cunho depressivo, sugerindo cuidados e tratamentos específicos. Até porque quanto mais cedo os sinais e sintomas depressivos forem detectados e um diagnóstico for feito, menor o impacto negativo para a interação. Portanto, pode-se dizer que a interação mãe-bebê sofreu especialmente interferência das variáveis conjugais e depressivas maternas. Assim, aspectos que, necessariamente, devem ser considerados nas avaliações e tratamento em psicoterapia pais-bebê.

Pode-se dizer que o presente estudo contribuiu para uma melhor compreensão sobre os efeitos da psicoterapia pais-bebê, na interação mãe-bebê, no contexto da depressão pós-parto, diante uma conjectura de conflitos conjugais. Ademais, considerando a relevância da identificação precoce de sinais de prejuízos na interação mãe-bebê e sintomas no bebê, esta pesquisa atenta para a necessidade de um olhar diferenciado à saúde psíquica da dupla mãe-bebê.

Em relação às limitações desta pesquisa, cita-se o fato do uso apenas do IAP e da análise dos vídeos na avaliação da interação mãe-bebê, em contextos de depressão pós-parto, a partir da psicoterapia pais-bebê. Entende-se que o uso de mais um instrumento de testagem poderia aprimorar mais fortemente os resultados apresentados.

Portanto, espera-se que este trabalho tenha fomentado o desenvolvimento científico na área, contribuindo para a ampliação das reflexões acerca da interação mãe-bebê no contexto de depressão pós-parto, a partir da intervenção em psicoterapia pais-bebê, trazendo subsídios à construção de estratégias de prevenção e de promoção de saúde mental. Entretanto, sabe-se que ela não esgotou as possibilidades de estudos sobre o assunto, sendo de fundamental importância a continuidade em pesquisas futuras. Assim, sugere-se a realização de estudos em interação mãe-bebê, a partir de

intervenções em psicoterapia pais-bebê, em contextos de depressão pós-parto, com caráter longitudinal, que possibilitem o acompanhamento dessas famílias e, também, a efetuação de pesquisas que tratem da abordagem das conflitivas conjugais em psicoterapia pais-bebê.

Referências

- Abrão, A.C.F.V., Barros, S.M.O., Marin, F.H., & Delascio, G. (2002). *Puerpério*. São Paulo: Rocca.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR* (4th. ed.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2000).
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - DSM-V* (5th. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Austin, M. P., Tully, L., & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 101(1), 169-174.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development II* (2nd ed.). San Antonio: The American Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company. B
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. San Antonio: Psychological Corporation.

- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Belsky, J. (2010). *Desenvolvimento humano: experienciando o ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Berg, A. (2012). Infant-parent psychotherapy at primary care level: Establishment of a service. *SAMJ: South African Medical Journal*, 102(6), 582-584.
- Bernazzani, O., & Bifulco, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1249-1260.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affect Disord*, 88(1), 9-18.
- Bowlby, J. (1984a). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da Teoria do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (2009). *Apego e perda: apego*. (3rd. ed.). São Paulo: Martins e Fontes.
- Braz, M.P., Dessen, M.A. & Silva, N.L.P. (2005). Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 151-161. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000200002>.
- Brazelton, T.B., & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brockington, I. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*, 3(2), 89-95.
- Brum, E., & Schermann, L. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico*, 37(2), 151-158.

- Brum, E. H. M. *Psicoterapia pais-bebê no contexto da depressão pós-parto: investigando o processo psicoterápico*. 2010. 293 f. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2010.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-255.
- Bussab, V.S. R (2000). Fatores hereditários e ambientais no desenvolvimento: a adoção de uma perspectiva interacionista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(20), 233-243.
- Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S., Cantilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E., & Rennó Jr.,R. (2006). Transtornos Psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102.
- Campbell, S. & Cohn, J. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression implications for infant development. In L. Murray, & P. Cooper, (eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 165-197). New York: Guilford.
- Campbell, S.B. (2002). *Behavior problems inpreschool children: clinical and developmental issues*. 2nd Ed. New York: Guilford Press.
- Cantilino, A. (2009). *Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidades com transtornos ansiosos*. Tese de Doutorado. Recife, Universidade Federal de Pernambuco.
- Carlesso, J. P. P., & Souza, A. P. R. D. (2011). Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 13(6), 1119-1126.
- Carlesso, J. P. P., Souza, A. P. R. D., & Moraes, A. B. D. (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510.

- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Church, N. F., Brechman- Toussaint, M. L., & Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology?. *Journal of affective disorders*, 87(1), 65-72.
- Cohn, J. F. et al (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26(1), 15-23.
- Correia, A.L.V. (2006). *Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa-Paraíba*. Dissertação de Mestrado. Recife, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
- Coutinho, T., & Coutinho, C. M. (1999). Depressão pós-parto. *Femina*, 27(7), 571-577.
- Cox, J. (2004). Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry*, 3(2), 96-97
- Cramer, B., Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas Psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Creswell, I.W. (2010). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3rd. ed.). Porto Alegre: Bookmann.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-112.
- Dennis, C. L., Janssen, P. A., & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338-346.
- Diego, M. A., Field, T., Jones, N. A., & Hernandez-Reif, M. (2006). Withdrawn and intrusive maternal interaction style and infant frontal EEG asymmetry shifts in

- infants of depressed and non-depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 29(2), 220-229.
- Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26(1), 3-6.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, USA: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Evans, J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R., & Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 302-307.
- Felipe, R. P. (2009). *Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interaction. *Development Psychology*, 21 (6), 1152-1156.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and psychopathology*, 4(01), 49-66.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant behavior and development*, 18(1), 1-13.
- Field, T. (1997). Depressed mothers and their infants. In L. Murray & P.J. Cooper (Orgs). *Postpartum depression and child development* (pp.221-236). New York: The Guilford Press.
- Field T. (1998). Early interventions for infants of depressed mothers. *Pediatrics*, 102 (5), 1305-10

- Field, T. (2000). *Infant of depressed mothers: stress, coping and depression*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Field, T. (2002). Prenatal effects of maternal depression. In: S.H. Goodman & I.H.Gotlib. *Children of depressed parents* (pp. 59-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., & Diego, M. (2006). Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*, 26(1), 15-30.
- Figueira, P. G., Diniz, L. M. & Silva Filho, H. C. (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33 (2), 71-75
- Fonseca, V. R. J. R., Silva, G. A., & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 738-746.
- Frizzo, G.B., & Piccinini, C.A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudos*, 10: 47-55.
- Frizzo, G.B., Brys, I., Lopes, R.S., & Piccinini, C.A. (2010). Conjugalidade e Parentalidade ao final do primeiro ano de vida do bebê. *Aletheia*, 31, 66-81.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 351-360.
- Goldbort, J. (2006). Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(2), 121-126.
- Gorman, L. L., O'Hara, M. W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M. H., Klier, C. M., Rosi, S., Seneviratne, G., & Sutter-Dallay, A. L. (2004). Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM–IV Disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *The British Journal of Psychiatry*, 184(46), s17-s23.

- Groisman, M. (2006). *Família é Deus: descubra como a família define quem você é*. Rio de Janeiro: Núcleo Pesquisas.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia (GIDEP), Núcleo de Infância e Família (NUDIF) (2003). *Entrevista Diagnóstica*. Porto Alegre, Instituto de Psicologia da UFRGS. Instrumento não publicado.
- Guedeney, A., & Lebovici, S. (1999). *As consultas psicoterápicas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hammen, C., Shih, J. H., & Brennan, P. A. (2004). Intergenerational transmission of depression: test of an interpersonal stress model in a community sample. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 511.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), s33-s42.
- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L. & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of consulting and clinical. Psychology*, 55, 341-346.
- Howell, E.A., Mora, P.M., & Leventhal, H. (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Maternal and child health Journal*, 10(2), 149-157.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem*. Salvador, B.A: Editora Ágalma.
- Josefsson, A., Larsson, C., Sydsjo, G., & Nylander, P.O. (2007). Temperament and character in Women with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 10(1), 3-7.
- 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.

- Lobato, G., Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*, 11(4), 369-379.
- Maldonado, T. (2002). *Psicologia da gravidez-Parto e puerpério*, 16ª ed. São Paulo: Saraiva.
- Mayor, I.S., & Piccinini, C.A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*, v.36, n.2, pp. 135-148, maio/ago.2005.
- Melo, E. F., Cecatti, J. G., Pacagnella, R. C., Leite, D. F., Vulcani, D. E., & Makuch, M. Y. (2012). The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of affective disorders*, 136(3), 1204-1208.
- Mendes, A. V., Loureiro, S.R., & Crippa, J. A. (2008). Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 178-186.
- Menezes, C. C., & Lopes, R. D. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93.
- Moayedoddin, A., Moser, D., & Nanzer, N. (2013). The impact of brief psychotherapy centred on parenthood on the anxio-depressive symptoms of mothers during the perinatal period. *SwissMedWkly*, 143, w13769.
- Moraes, I. G. da S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70.
- Morais, M.L.S., Lucci, T.K., & Otta, E. (2013). Depressão Pós-parto e desenvolvimento do bebê no primeiro ano de vida. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 7-17.
- Mosmann, C., & Falcke, D. (2011). Conflitos conjugais: motivos e frequência. *Revista da SPAGESP*, 12(2), 5-16.

- Muñoz, R.A., Vera, C., Monardes, J., Rojas, M., Olea, E., & Neves, E. (1993). El inventario de depresión de Beck em los cuadros depresivos Del embarazo y del postparto. *Revista de psiquiatría*, 10(2), 4-13.
- Murray, L., Cooper, P., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled Trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. Impacto n the mother child relationship and child outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (5), 420-427.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996).The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512-2526.
- Nascimento, M. J. (2012). Preparar o nascimento. *Análise psicológica*, 21(1), 47-51.
- Nonacs, R., & Cohen, L.S. (2005). Postpartum psychiatric syndromes. In B. J. Sandock & V. Sandock (Eds.), *Kaplan e Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1276-1283) (8th Ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams e Wilkins.
- Nylen, K.J., Moran, T. E., Franklin, C.L., & O'Hara, M.W. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Journal Infant Mental Health*, 27(4), 327-343.
- O'Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray, J. P. Cooper, Peter J. (Eds), *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York, NY, US: Guilford 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 e Development*, 23.

- Piccinini, C., Moura, M.L.S., Ribas, A.F.P., Bosa, C.A., Oliveira, E.A., Batista-Pinto, E., Schermann, L., Chahon, V.L. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 14(3), 469-485.
- Piccinini, C., Sobreira-Lopes, R., Prado, L., Alfaya, C., Schwengber, D., Frizzo, G., Mayor, I., & Silva, M. (2003). O Impacto da Psicoterapia Breve Pais-Bebê para depressão materna a para a interação pais-bebê: Estudo Longitudinal do Nascimento ao segundo ano de vida-PSICDEMA (projeto de pesquisa). Porto Alegre, Instituto de Psicologia da UFRGS.
- Pickens, J., & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental psychology*, 29(6), 986 -998.
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista chilena de pediatría*, 78 (supl. 1), 96-102.
- Pope, S., Watts, J., Evans, S., Mc Donald, S., Henderson, J. (2000). *Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999*. Canberra: National Health and Medical Research Council (NHMRC).
- Prado, L.C. (Org.) (1996). *Famílias e terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Prado, L.C., Gomes, A.G., Frizzo, G.B., Santos, C.A., Schwenberger, P.D.S., Lopes, R.S., & Piccinini, C.A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do R/S*, 31(3, suppl.), 1-13.
- Righetti, M., Conne-Perreard, E., Bouquest, A. & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorder*, 70(3), 291-306.

- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. D. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-80.
- Santos, L., & Seralha, C.A. (2015). Repercussão da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil.. *Barbarói*, 43, 5-26.
- Schwengber, D. D. D. S., Alfaya, C., Lopes, R. D. C. S., & Piccinini, C. A. (2003). A orientação interacional como alternativa de intervenção precoce pais-bebê no contexto da depressão materna: algumas reflexões iniciais. *Psico*, 34(2), 297-316.
- Schwengber, D.; Piccinini, C.A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 20(3), 233-240.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6 ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Stanley, C., Murray, L., & Stein, A. (2004). The effect of postnatal depression on mother–infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and performance on an instrumental learning task. *Development and psychopathology*, 16(01), 1-18.
- Stern, D.N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stocky, A., & Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14(1), 73-87.
- Tannous, L., Gigante, L.P., Fuchs, S.C., & Busnello, E.D. (2008). Posnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *Biomed central Psychiatry*, 8, 1-8.

- Teixeira, G.F. (2007). Depressão materna e sua repercussão na relação inicial mãe/bebê. *Contemporânea-Psicanálise e Transdisciplinariedade*, Porto Alegre, n.02
- Tronick, E.Z. & Cohn, J.F. (1989). Infant-mother face - to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 68, 85-92.
- Tronick, E.Z., Weinberg, M.K. (1997). Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In: L. Murray, P. Cooper (Eds), *Postpartum Depression and child Development* (pp. 54-81). New York: Guilford Press.
- Wiese, E.B.P. & Leenders, F. (2006). *Interaction Assessment Procedure – IAP: a qualitative approach to parent/infant interaction*. Abstracts. 10th World Association for Infant Mental Health Congress. Paris.
- Winnicott, D. W. (2012). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, RJ: LTC. (Original publicado em 1945)
- Yin, R.K (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (3rd.ed). Porto Alegre: Bookman.

Considerações Finais da Dissertação

A proposta do presente estudo foi buscar abordar a temática da psicoterapia pais-bebê, procurando identificar como essa intervenção vem sendo utilizada e compreendendo os seus efeitos sobre a interação mãe-bebê, especialmente no contexto da depressão pós-parto. Com a realização da revisão sistemática apresentada na seção I, cujo intuito foi identificar e analisar a produção científica sobre psicoterapia pais-bebê, durante o período de janeiro de 2010 a julho de 2015, foi possível perceber resultados animadores a respeito dos efeitos terapêuticos da psicoterapia, tanto sobre a saúde e desenvolvimento do bebê, quanto dos seus pais e da relação entre eles, consolidando os benefícios dessa intervenção. No entanto, foram encontradas poucas publicações sobre psicoterapia pais-bebê, havendo, portanto, necessidade de cautela na mensuração dos resultados e de um maior investimento em pesquisas sobre a temática, especialmente estudos de caráter qualitativo e de análise de processos em psicoterapia pais-bebê. Assim, na 2ª sessão dessa dissertação, foi possível constatar através de estudo de caso único, que a interação mãe-bebê é um fenômeno complexo, para o qual devem ser consideradas variáveis contextuais, dentre elas, o relacionamento conjugal e depressão materna, no tratamento em psicoterapia pais-bebê.

Até o momento, há um número considerável de estudos encontrados a respeito de interação mãe-bebê e depressão pós-parto, mas não muitos estudos que envolvam essas temáticas, a partir de uma intervenção psicoterápica conjunta pais-bebê, mesmo frente à premissa dos benefícios de uma intervenção precoce em contextos de depressão materna e problemas na interação mãe-bebê. Assim, pesquisas que integram a citada intervenção, juntamente a temas importantes como DPP e interação mãe-bebê, mesmo frente a toda complexidade que isso possa significar, tornam-se relevantes e objetivam

agregar informações, auxiliando pesquisadores e profissionais em suas atividades clínicas.

Neste estudo evidenciou-se a importância e necessidade de tratar e compreender as interações, no contexto da depressão pós-parto, não apenas para a mãe e seu bebê, mas também para as relações mais próximas, principalmente o relacionamento conjugal. Até mesmo porque, bebês que vivem neste contexto precisam de um olhar atento às suas dificuldades e sentimentos, frente à premissa de um tratamento de intervenção psicoterapêutica preventivo, podendo contar com profissionais que busquem o entendimento desta complexa rede de relações. Assim, muitas questões precisam ser investigadas, principalmente na ampliação desses estudos, buscando estimular novas pesquisas e, principalmente, o desenvolvimento e aperfeiçoamento das estratégias precoces de intervenção, com proposta de estudos longitudinais, que acompanhem em longo prazo os resultados obtidos.

Desta maneira, este estudo ganha relevância ao aprofundar a compreensão da relação mãe-bebê, em um contexto de depressão pós-parto, sendo entendida como uma forma de prevenção, visto que se ocupa da detecção e da intervenção precoce, em um momento em que as estruturas psíquicas estão em formação e o futuro do bebê está sendo esboçado. Ainda, traz a responsabilidade de dividir os resultados encontrados com a comunidade científica, bem como aqueles que se interessam pelo tema. Por fim, essa compreensão pode ser considerada um território de intervenção, originando um novo olhar, tanto teórico como técnico, para a criança em seus primeiros anos de vida.

Apêndice A – Tabela de resumo dos artigos analisados na revisão sistemática

| Base de Dados | Autores | Ano | Título | País | Participantes | Delimitamento | Instrumentos | Objetivos | Intervenção usada | Resultados |
|---|---|------|---|---------------|----------------|--|--|--|--|--|
| Attachment e Human Development | Sleed, Baradon & Fonagy | 2013 | New Beginnings for mothers and babies in prison: a cluster randomized controlled trial | Reino Unido | Diade mãe-bebê | Quantitativo Mista randomizada controlada | Entrevistas com as mães Questionários da Escala de interação mãe-bebê durante as sessões PDI Escala CES-D MORS | Analisar o funcionamento reflexivo, a qualidade da interação mãe-bebê, depressão materna e representações maternas de mães que estão em prisões após a intervenção em psicoterapia pais-bebê em comparação com um grupo controle | Psicoterapia pais-bebê "New Beginnings" | O funcionamento reflexivo e interacional das mães com seus bebês deteriorou-se ao longo do tempo no grupo controle, ao passo que com as mães do grupo intervenção não. Não houve efeitos significativos do grupo sobre os níveis de depressão materna ou auto-relatos de representações maternas ao longo do tempo. Uma intervenção pode mitigar alguns riscos a qualidade da relação. |
| Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice | Sleed, James, Baradon, Newbery & Fonagy | 2013 | A psychotherapeutic baby clinic in a hostel for homeless: families practice and evaluation | Reino Unido | Diade mãe-bebê | Quantitativo Pre-teste e Pós-teste com grupo controle | Dados demográficos Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil-BSID Filmagem da interação mãe-bebê durante as sessões | Avaliar se um modelo de clínica do bebê em um albergue para famílias sem-teto, criado para abordar as necessidades de desenvolvimento das crianças e para as interações mãe-bebê, que vivem temporariamente em alojamento, tem resulta dos mais positivos do que em albergues onde não foi fornecida a intervenção | Psicoterapia pais-bebê com enfoque psicanalítico | Os índices de desenvolvimento mental motor e cognitivo foi melhorado. Não foram encontradas diferenças significativas na qualidade da interação pais-bebê |
| Infant Mental Health Journal | Bain | 2014 | 'New Beginnings' in south african shelters for the homeless: piloting of a group psychotherapy intervention for high-risk mother-infant dyads | África do Sul | Diade mãe-bebê | Quantitativo Pre-teste e Pós-teste com grupo controle | EPDS PDI EAS Filmagem da interação mãe-bebê nas sessões Kessler-10 Escala Griffiths de desenvolvimento mental Reflective Func- | Explorar o uso de psicoterapia de um grupo pais-bebê em um cenário de alto risco materno-infantil, um abrigo para mulheres sem-teto, se houve melhoras na relação/ interação | Psicoterapia pais-bebê "New Beginnings" | Mudanças significativas nas capacidades reflexivas das mães não foram encontradas nas condições de tratamento e sim nas habilidades de estruturar as interações com seus filhos |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|------|---|-------------|------------------|--|---|--|---|--|--|
| Infant Mental Health Journal | Armsstrong & Howatson | 2015 | Parent-Infant art psychotherapy: a creative dyadic approach to early intervention | Reino Unido | Diade mãe-bebê | Mista Pré-teste e Pós-teste com grupo controle | Questionário auto-avaliação sobre benefício da arte-terapia | tion Scale | mãe-bebê, se a mãe consegue autotizar com mais precisão às necessidades do seu bebê | Atrepsicoterapia | O grupo fez diferença positiva na vida das mães e bebês. |
| Swiss Medical Weekly | Moayedodin & Moser & Nanzler | 2013 | The impact of brief psychotherapy centred on parenthood on the anxiety-depressive symptoms of mothers during the perinatal period | Suça | Diade mãe-bebê | Quantitativo Pré-teste e Pós-teste com grupo controle | EPDS IDATE CGI GAF PIR-GAS Entrevista clínica para depressão | Descrever as características psicológicas das mães durante o período perinatal e avaliar o efeito da Psicoterapia breve pais-bebê em sintomas depressivos, ansiosos e a relação mãe-bebê | Psicoterapia pais-bebê/ modelo psicoterapêutico de mãe-bebê de Genebra | Houve melhoras na depressão, ansiedade, interação mãe-bebê e funcionamento global para as mães | |
| Infant Mental Health Journal | Salomonsson M.W., Sorjonen & Salomonsson, B. | 2015 | A long-term follow-up of a randomized controlled trial mother-infant psychoanalytic treatment outcomes on the children | Suécia | Diade mãe-bebê | Quantitativa Randomizado controlado | Filmagem da interação mãe-bebê nas sessões EPDS EAS SPSQ List-90 ASQ:SE PIR-GAS SSAP Mac Arthur narrativas Machover Test BSID SDQ-M SDQ-T | Avaliar efeitos de uma psicoterapia pais-bebê para a mãe e criança, comparativamente com o grupo controle que não recebeu a psicoterapia | Psicoterapia pais-bebê/ com modelo psicanalítico | A psicoterapia pais-bebê parece ajudar as crianças a funcionar melhor após a intervenção, para a depressão da mãe, para Sensibilidade e relação/interação mãe-bebê | |
| Paidéia | Silva, Prado & Piccini | 2013 | Parent-Infant Psychotherapy and postpartum depression: the father's participation | Brasil | Triade pais-bebê | Qualitativa Estudo de caso unico | Questionário Beck de Depressão Entrevista Diagnóstica de depressão Filmagem e áudio das sessões BDI | Investigar a participação do pai na psicoterapia breve pais-bebê no contexto de depressão materna pós-parto | Psicoterapia breve pais-bebê | Os resultados indicam que a presença do pai na sessão permite que sejam trabalhados com ele aspectos relativos a paternidade, além de diminuir a sensação da mãe ser a única | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|------------------|--|---|--|---|
| | | | <p>treatment II Predictive and moderating influences of qualitative patient factors</p> | | | <p>follow-up</p> | <p>interação mãe-bebê durante sessão e entrevista de maternidade EAS (sensibilidade de maternidade) EAS (sensibilidade de estruturação) EAS (sensibilidade de maternidade não intrusão) EAS (sensibilidade de infantil receptividade) EAS (sensibilidade de infantil envolvimento) DC: 0-3R EPDS ASQ-SE PIR-GAS Symptom Checklist-90 SPSQ RPCL</p> | <p>a depressão materna, relação/interação mãe-bebê, sensibilidade de maternidade e stress</p> | | <p>depressão materna No stress não houve melhora.</p> |
|--|--|--|---|--|--|------------------|--|---|--|---|

Apêndice B – Resultados do IAP

| Resultados IAP | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade Boa | Sensibilidade inconsistente |
| Estrutura inconsistente | Estrutura Excelente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não intrusiva | Não Intrusiva |
| Hostilidade Encoberta | Não-hostil | Não-hostil |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Fraco | Envolvimento Excelente | Envolvimento Fraco |
| 2ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Fraca | Sensibilidade Fraca | Sensibilidade fraca |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inadequada | Estrutura inconsistente |
| Não intrusiva | Não intrusiva | Não intrusiva |
| Hostilidade Encoberta | Hostilidade Encoberta | Hostilidade Encoberta |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| 3ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Inconsistente | Sensibilidade Fraca | Sensibilidade Inconsistente |
| Estrutura inconsistente | Estrutura Inadequada | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não intrusiva | Não Intrusiva |
| Não Hostil | Hostilidade Encoberta | Não Hostil |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| 4ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Fraca | Sensibilidade Fraca | Sensibilidade Fraca |
| Estrutura inconsistente | Estrutura Inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Parcialmente intrusiva | Parcialmente intrusiva | Parcialmente intrusiva |
| Hostilidade Encoberta | Hostilidade Encoberta | Hostilidade Encoberta |
| Responsividade Fraco | Responsividade Moderada | Responsividade Fraco |
| Envolvimento Fraco | Envolvimento Fraco | Envolvimento Fraco |
| 5ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade inconsistente |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não Intrusiva | Não Intrusiva |
| Não Hostil | Não Hostil | Não Hostil |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| 6ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade inconsistente |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não Intrusiva | Não Intrusiva |
| Hostilidade Encoberta | Hostilidade Encoberta | Hostilidade Encoberta |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| 7ª Sessão | | |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Boa | Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade inconsistente |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não intrusiva | Não intrusiva |
| Não Hostil | Não Hostil | Não Hostil |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| 8ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Boa | Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade inconsistente |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não intrusiva | Não Intrusiva |
| Hostilidade Encoberta | Não Hostil | Não Hostil |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| 9ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Boa | Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade Boa |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não intrusiva | Não Intrusiva |
| Não hostil | Não hostil | Não Hostil |
| Responsividade Excelente | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| 10ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Boa | Sensibilidade Boa | Sensibilidade Boa |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não Intrusiva | Não Intrusiva |
| Hostilidade Encoberta | Não Hostil | Não hostil |
| Responsividade Excelente | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderada | Envolvimento Moderada | Envolvimento Moderado |
| 11ª Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Boa | Sensibilidade Boa | Sensibilidade Boa |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não intrusiva | Não intrusiva | Não intrusiva |
| Não Hostil | Não Hostil | Não Hostil |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| 12 Sessão | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade inconsistente | Sensibilidade inconsistente |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não intrusiva | Não intrusiva |
| Não Hostil | Não hostil | Não hostil |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| | | |
| INTERAÇÃO ANTES DA PSICOTERAPIA | | |
| 1º Juiz | 2º Juiz | CONSENSO |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Sensibilidade Inconsistente | Sensibilidade Inconsistente | Sensibilidade Inconsistente |
| Estrutura Inconsistente | Estrutura Inconsistente | Estrutura Inconsistente |
| Não intrusiva | Não intrusiva | Não intrusiva |
| Hostilidade Encoberta | Hostilidade Encoberta | Hostilidade Encoberta |
| Responsividade Moderada | Responsividade Moderada | Responsividade Moderada |
| Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado | Envolvimento Moderado |
| | | |
| INTERAÇÃO AO FINAL DA PSICOTERAPIA | | |
| 1º juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Boa | Sensibilidade Boa | Sensibilidade Boa |
| Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não Intrusiva | Não Intrusiva |
| Não Hostil | Não Hostil | Não Hostil |
| Responsividade Excelente | Responsividade Excelente | Responsividade Excelente |
| Envolvimento Excelente | Envolvimento Excelente | Envolvimento Excelente |
| | | |
| INTERAÇÃO 6 MESES APÓS FINAL DA PSICOTERAPIA | | |
| 1º juiz | 2º Juiz | CONSENSO |
| Sensibilidade Boa | Sensibilidade Boa | Sensibilidade Boa |
| Estrutura excelente | Estrutura inconsistente | Estrutura inconsistente |
| Não Intrusiva | Não Intrusiva | Não Intrusiva |
| Não Hostil | Não Hostil | Não Hostil |
| Responsividade Excelente | Responsividade Excelente | Responsividade Excelente |
| Envolvimento Excelente | Envolvimento Excelente | Envolvimento Excelente |

Anexo A – Orientações para análise dos vídeos

Orientações para análise dos vídeos

Para a análise da filmagem de interação livre entre a mãe e o bebê, serão utilizados os aspectos propostos pelo protocolo do Interaction Assessment Procedure (IAP). Esse instrumento foi construído por Elizabeth Batista Pinto (2007), com a colaboração das psicólogas Francine Leenders, Marianne Went, Nicole Schreus e Judith Vroomen, com o intuito de avaliar a interação mãe-bebê por meio de uma sessão de filmagem estruturada, propondo uma análise qualitativa mais global. O vídeo é observado conforme os comportamentos do adulto (que no caso dessa pesquisa é a mãe), o comportamento da criança e a interação da díade, conforme o protocolo de observação (Anexo G).

Na mãe, os aspectos propostos para análise são:

- a) *sensibilidade*, que é um comportamento emocional externalizado na expressão facial e na voz durante a interação;
- b) *estruturação*, que se refere à habilidade de estruturar a situação e o comportamento da criança, objetivando uma interação bem-sucedida;
- c) *não-intrusividade*, que diz respeito à habilidade para interagir com a criança em seu espaço, tempo, ritmo e nível de envolvimento; e
- d) *não-hostilidade*, que é a habilidade para interagir com a criança revelando emoções positivas na interação.

Na criança, os aspectos observados são:

- a) *responsividade*, que diz respeito ao seu nível de satisfação na interação com a mãe; e
- b) *envolvimento*, que diz respeito ao seu nível de participação na interação com a mãe.

Cada aspecto proposto nessa análise inclui uma escala contínua, numa graduação que vai de um (o que significa inexistente) para o ponto mais alto (o que equivale a excelente). Serão utilizados dois juízes na análise dos vídeos, os quais, num primeiro momento, analisarão e classificarão individualmente, para posteriormente, fazer o cruzamento dos dados.

Anexo B – Protocolo do IAP

Protocolo do Interaction Assessment Procedure – IAP

Nome do examinador: _____

Data do IAP: _____

Nome da criança: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Interação com: Mãe () Pai () Outro adulto () _____

Observações sobre o processo de registro em vídeos:

Avaliação: Comportamento do adulto:

1. *Sensibilidade*

| | | | | |
|-------------|-------|---------------|-----|-----------|
| 1 | 3 | 5 | 7 | 9 |
| Inexistente | Fraca | Inconsistente | Boa | Excelente |

2. *Estrutura*

| | | |
|------------|---------------|-----------|
| 1 | 3 | 5 |
| Inadequada | Inconsistente | Excelente |

3. *Não-intrusividade*

| | | |
|-----------|------------------------|---------------|
| 1 | 3 | 5 |
| Intrusivo | Parcialmente intrusivo | Não intrusivo |

4. *Não-hostilidade*

| | | |
|--------|-----------|------------|
| 1 | 3 | 5 |
| Hostil | Encoberta | Não hostil |

Avaliação do comportamento da criança:

1. *Responsividade*

| | | | |
|-------------|-------|----------|-----------|
| 1 | 3 | 5 | 7 |
| Inexistente | Fraca | Moderada | Excelente |

2. *Envolvimento*

| | | | |
|-------------|-------|----------|-----------|
| 1 | 3 | 5 | 7 |
| Inexistente | Fraca | Moderada | Excelente |
