

**REPRESENTAÇÕES ACERCA DA MATERNIDADE
EM MÃES COM INDICADORES DE DEPRESSÃO
AO LONGO DE UMA PSICOTERAPIA BREVE PAIS-BEBÊ**

Daniela Delias de Sousa Schwengber

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

Supervisão Clínica:
Dr. Luiz Carlos Prado

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

Porto Alegre, março de 2007

A vida é tecida pouco a pouco, ponto a ponto, como o que fazes com as tuas lãs, linhas e cordões. Ali aprendi que o avesso pode ser também o direito. Descubri a sutileza das cores, desvendi os nós e os segredos e me refiz na beleza de cada trama. Da nossa história extraí o que era preciso. Das tuas lágrimas quis a sensibilidade para entender a dor. Do teu sorriso quis a alegria de poder estar-com: às vezes terapeuta, às vezes menina, às vezes mãe. Do que foi dito hoje teço palavras e do não-dito me faço escuta. Das nossas aventuras e desventuras de mãe e bebê fiz verso, tramei poesia e trilhei os caminhos que descobri observando o vaivém das tuas mãos...

Para a minha mãe, Amélia, e para as mães e bebês que participaram desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Era uma tarde de segunda-feira, como outras tantas em que nos reuníamos com o desejo de aprender um pouco sobre a psicoterapia breve pais-bebê. Assistíamos a um vídeo que mostrava uma menina com menos de dois anos de idade secando as lágrimas da mãe, que naquele momento estava muito deprimida. Foi então que alguém perguntou: “*O que será desta menina?*”. Com a delicadeza de sempre, o nosso supervisor respondeu: “*Talvez uma boa terapeuta*”. De tudo o que aprendi naquelas segundas-feiras, ao longo de mais de quatro anos, essa é a minha melhor lembrança. Agradeço a sensibilidade, competência e dedicação do Supervisor Clínico deste trabalho, Dr. Luiz Carlos Prado, principalmente pelo que descobri nas entrelinhas dos nossos encontros.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini, pela confiança, paciência e estímulo frente à beleza e às dificuldades da realização de um projeto que une pesquisa e intervenção. Nas segundas-feiras das grandes descobertas, o seu olhar crítico, humilde, atento e cuidadoso frente às minhas certezas e dúvidas foi fundamental. Embora a sua orientação tenha sempre caminhado no sentido da minha autonomia, sinto-me autorizada a falar das tantas vezes em que, nos meus primeiros passos como professora e pesquisadora, faço uso do que aprendi a partir do nosso convívio.

Agradeço imensamente às mães, pais e bebês que participaram deste estudo. Na pequena sala de brinquedos onde realizamos as sessões aprendi muito mais do que uma teoria e uma técnica. Aprendi sobre o significado do *estar-com* e da experiência interativa em cada brincadeira, lágrima, sorriso, fala ou silêncio. Coisas que só se aprende com aqueles que se dispõem a compartilhar a riqueza de seus mundos.

Agradeço às queridas colegas, competentes pesquisadoras e psicoterapeutas, Aline Gomes, Cristiane Alfaya, Giana Frizzo e Milena Silva pela amizade, carinho e companheirismo tão necessários para que seguíssemos em frente. Desejo que os nossos caminhos sigam se encontrando, seja pelo nosso interesse pelas intervenções pais-bebê, seja pelo simples prazer de estarmos juntas. Agradeço também à amizade e torcida das colegas Clarissa Menezes e Daniela Levandowsky. Embora não tenhamos compartilhado esse projeto, outros tantos possibilitaram que crescêssemos juntas durante o período de realização do mestrado e do doutorado.

Agradeço à equipe técnica do GIDEP/ NUDIF - *Núcleo de Infância e Família* - da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, particularmente à Carla Silva, Réa Ribeiro, Isabela Machado e Luiz Staudt, pelo apoio na edição e transcrição dos dados. Agradeço

também a Alziro Pereira dos Santos, não só pelo apoio técnico, mas pelo carinho e atenção de sempre.

Agradeço à Clínica Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente ao apoio das psicólogas Marta Brizio e Andréa Ferrari. A esta última agradeço o sorriso largo, o olhar tranqüilo e o desejo de compartilhar, entre tantas coisas, os temas que se referem à maternidade.

Agradeço às professoras que compõem a banca examinadora deste estudo pelas preciosas orientações: Prof^a. Maria Luiza Kahl, Prof^a. Maria Lúcia Tiellet Nunes, Prof^a. Vera Ramires e Prof^a. Rita de Cássia Sobreira Lopes. À querida Rita, em especial, agradeço a confiança e o carinho demonstrados desde a minha chegada na UFRGS.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS pelo exemplo e pelos ensinamentos ao longo de todos esses anos.

Agradeço à equipe e usuários do Centro de Atendimento à Saúde Escolar da Prefeitura Municipal de Pelotas pela compreensão, torcida e apoio. O trabalho com crianças em desenvolvimento foi, sem dúvida, o grande impulso para a realização desta pesquisa.

Agradeço aos Irmãos Lassalistas, coordenadores, colegas, alunos e amigos do Unilasalle - Centro Universitário La Salle pelo convívio, pelas oportunidades e por me possibilitarem a descoberta da paixão de estar em uma sala de aula. Aos novos companheiros de trabalho da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) agradeço o apoio na reta final da realização deste estudo.

Agradeço à minha família (Zé, mãe, pai, Aline, Ana, vó, vô, Rub e Camilo), à família Schwengber e aos meus amigos (não poderia citar todos...) pelo amor irrestrito, pela compreensão e pela força. Agradeço principalmente por estarem presentes no meu coração e no meu dia-a-dia, mesmo quando tantos quilômetros nos separavam. Ao meu sobrinho Gabriel, um pequeno-grande amor, agradeço a benção que representa o seu nascimento e desenvolvimento para a nossa família.

Por fim, parafraseando Zeca Baleiro, agradeço especialmente a inspiração encontrada naqueles que, em meio a tempestades e pára-raios, extraem da vida a poesia. Sigamos assim, tateando estrelas distraídas!

Não quero ser estanque como quem constrói estradas e não anda. Quero, no escuro, como um cego, tatear estrelas distraídas. Amoras silvestres no passeio público, amores secretos debaixo dos guarda-chuvas, tempestades que não param... Pára-raios, quem não tem? Mesmo que não venha o trem, não posso parar. Vejo o mundo passar como passa uma escola de samba que atravessa. Pergunto: onde estão teus tamborins? Sentado na porta de minha casa, a mesma e única casa, a casa onde eu sempre morei.

Zeca Baleiro

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUÇÃO	10
Apresentação	10
1.1.Depressão materna	12
1.1.1.Características e fatores de risco associados à ocorrência da depressão materna.....	12
1.1.2.Repercussões da depressão materna para o desenvolvimento infantil.....	16
1.1.3.O impacto da depressão materna para a interação mãe-bebê.....	19
1.2.Representações sobre a maternidade	26
1.2.1.Considerações teóricas sobre o conceito de representação.....	26
1.2.2.Representações maternas e interação mãe-bebê.....	30
1.2.3.As representações sobre a maternidade em situação de depressão da mãe.....	35
1.3.Psicoterapia breve pais-bebê	37
1.3.1.Caracterização e aspectos históricos.....	37
1.3.2.Importância das relações iniciais.....	39
1.3.3.Diferentes abordagens nas psicoterapias breves pais-bebê.....	41
1.3.4.Integrando abordagens psicoterápicas pais-bebê.....	45
1.3.5.Psicoterapia pais-bebê no contexto da depressão materna: estudos empíricos.....	49
Justificativa e objetivos do estudo	53
CAPÍTULO II	54
MÉTODO	54
2.1.Participantes.....	54
2.2.Delineamento e Procedimentos.....	54
2.3.Considerações Éticas.....	56
2.4.Instrumentos e Materiais.....	56

CAPÍTULO III	61
RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
3.1.Família 1: Paula, Valdir e Giovana.....	64
3.1.1.As representações de Paula antes da psicoterapia.....	66
3.1.2.As representações de Paula nas sessões de psicoterapia.....	73
3.1.3.As representações de Paula após a psicoterapia.....	107
3.1.4.A constelação da maternidade em Paula ao longo do processo psicoterápico.....	112
3.2.Família 2: Andréa, Luciano e Laura.....	124
3.2.1.As representações de Andréa antes da psicoterapia.....	128
3.2.2.As representações de Andréa nas sessões de psicoterapia.....	137
3.2.3.As representações de Andréa após a psicoterapia	171
3.2.4.A constelação da maternidade em Andréa ao longo do processo psicoterápico.....	175
CAPÍTULO IV	192
DISCUSSÃO GERAL	192
REFERÊNCIAS	205
ANEXOS	216
Anexo A.Termo de consentimento livre e esclarecido.....	216
Anexo B.Pareceres dos comitês de ética.....	217
Anexo C.Ficha de contato inicial.....	220
Anexo D.Inventário Beck de Depressão.....	221
Anexo E.Entrevista diagnóstica.....	224
Anexo F.Entrevista sobre a gestação e o parto.....	225
Anexo G.Entrevista sobre a experiência da maternidade.....	226
Anexo H.Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê.....	228

RESUMO

O presente estudo investigou eventuais modificações nas representações acerca da maternidade em mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê. Participaram do estudo duas famílias com mães com indicadores de depressão, de acordo com o Inventário Beck de Depressão e uma entrevista diagnóstica. Foi utilizado um delineamento de estudo de casos coletivo, sendo que as representações maternas foram examinadas em três momentos: antes, durante e após a psicoterapia. As entrevistas e as sessões de psicoterapia foram analisadas a partir dos quatro eixos interpretativos que constituem a constelação da maternidade proposta por Stern (1997): vida-crescimento; relacionar-se primário; matriz de apoio; e reorganização da identidade. Os resultados revelaram que em ambos os casos as mudanças nas representações das mães acerca do relacionamento com suas próprias mães desempenharam um papel central na reelaboração de esquemas a respeito de si mesma, do bebê e do relacionamento conjugal. Verificou-se também que as representações de cada mãe estiveram atreladas às suas histórias de vida, sugerindo uma estreita associação entre seus conflitos pregressos e a interação atual com o marido e com o bebê. Apesar das particularidades verificadas em cada caso, não foram encontrados indicadores de depressão em nenhuma das mães ao final da psicoterapia. Discutem-se os alcances e limitações da psicoterapia breve pais-bebê como intervenção no contexto da depressão materna, apontando-se para a efetividade da utilização dos temas da constelação da maternidade como eixos interpretativos na avaliação de processo psicoterápico envolvendo pais e bebê.

Palavras-chave: Representações maternas; depressão materna; psicoterapia breve pais-bebê.

ABSTRACT

Representations concerning the motherhood in mothers with depression indicators along a brief parent-baby psychotherapy

The present study investigated eventual changes in the representations concerning the motherhood in mothers with depression indicators along a brief parent-baby psychotherapy. This study sample was composed by two families whose mothers had presented depression indicators according to Beck Depression Inventory and a diagnostic interview. A collective case study design was used. The maternal representations were examined in three moments: before, during and after the psychotherapy. The interviews and the psychotherapy sessions were analyzed according the four interpretative axes of the motherhood constellation proposed by Stern (1997): life-growth; the primary relatedness; supporting matrix; and identity reorganization. The results revealed that in both cases the changes in the mothers representations concerning the relationship with their own mothers played a central part in the reorganization of squem regarding herself, the baby and the marital relationship. It was verified that each mothers representations were harnessed to their life histories, suggesting a narrow association between their past conflicts and the current interaction with the husband and with the baby. In spite of the particularities verified in each case, they were not found depression indicators in none of the mothers at the end of the psychotherapy. The limitations of the brief parent-baby psychotherapy reached in the context of maternal depression are discussed, being pointed for the effectiveness of the use of the themes of the motherhood constellation as interpretative axes in the evaluation of psychotherapeutic process involving parents and baby.

Key words: Maternal representations; maternal depression; brief parent/baby psychotherapy.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

O processo de *tornar-se mãe* pode significar a realização de um profundo realinhamento psíquico, tendo em vista a necessidade de adaptações frente à assunção de novos papéis. Com a chegada de um filho, a mulher, por ser na maioria das vezes a principal cuidadora do bebê, vê-se diante de uma reorganização de seu mundo representacional. Essa reorganização pode implicar na reelaboração de vários esquemas a respeito de si mesma, sobre o bebê, sobre o companheiro e também sobre a sua família de origem (Stern, 1997). É possível pensar que, em algumas situações, o balanço dos ganhos e perdas com a maternidade resulta em importantes conflitos, os quais podem ser materializados na ocorrência de sintomas de depressão. Sendo assim, o nascimento de um bebê, principalmente em se tratando do primeiro filho, tem sido considerado por diversos autores como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais entre as novas mães, como as depressões, as psicoses pós-parto e as manifestações psicossomáticas (Klaus, Kennell & Klaus, 2000; Maldonado, 1990; Soifer, 1980; Szejer & Stewart, 1997).

O impacto da depressão materna para as interações iniciais entre a mãe e o bebê tem recebido crescente atenção dos pesquisadores do desenvolvimento infantil nas últimas décadas. A maior parte dos estudos desenvolvidos tem investigado principalmente as implicações da depressão da mãe para a qualidade da interação com o bebê e, conseqüentemente, para o desenvolvimento posterior da criança (Schwengber & Piccinini, 2003). Outros, no entanto, têm buscado ampliar a compreensão a respeito dos fatores associados à depressão materna, estendendo suas investigações à exploração das representações acerca da maternidade de mulheres que apresentam sintomas de depressão no primeiro ano após o nascimento do bebê (Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000; Reading & Reynolds, 2001; Schwengber & Piccinini, 2005).

De um modo geral, os resultados dessas pesquisas indicam 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 (Cummings & Davies, 1994; Dodge, 1990). Além disso, os estudos revisados sugerem uma associação entre a depressão materna e representações mais

negativas acerca da maternidade, principalmente no que se refere a dificuldades em lidar com o bebê, à insatisfação com o próprio desempenho como mãe, bem como com o apoio social recebido (Schwengber & Piccinini, 2005).

Essas evidências remetem à importância do diagnóstico precoce da depressão materna. Uma vez diagnosticado o quadro depressivo da mãe, viabiliza-se a realização de intervenções, sendo um dos principais objetivos o apoio à mãe e à família nesse momento importante de transição. Os primeiros meses após o parto têm sido considerados um período bastante apropriado para a realização de intervenções com esse objetivo, tendo em vista a intensidade dos sentimentos experimentados pelos pais após o nascimento do bebê (Field, 1998; Trad, 1997). Mais do que isso, o atendimento precoce à família com a mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

É interessante destacar que alguns estudos apontam para um crescente interesse dos psicoterapeutas e pesquisadores pela realização e avaliação de intervenções não-farmacológicas para os quadros depressivos maternos, embora benefícios do tratamento medicamentoso também tenham sido relatados (Appleby, Warner, Whitton & Faragher, 1998; O'Hara, Stuart, Gorman & Wenzel, 2000). Como mostra a literatura, tal interesse deve-se, possivelmente, ao fato de que muitas mulheres se recusam a usar medicações antidepressivas por entenderem que estas poderiam trazer efeitos adversos na amamentação (Cooper & Murray, 1997). Nesse sentido, pesquisas sobre intervenções psicoterápicas para o tratamento da depressão materna, tais como a psicoterapia individual, a psicoterapia de grupo e a psicoterapia de família, com o foco no casal ou no relacionamento pais-bebê, têm sido relatadas (Dunnewold, 1997).

Dentre as abordagens psicoterápicas que têm como principal foco o relacionamento pais-bebê, destaca-se no presente estudo a psicoterapia breve pais-bebê, particularmente em virtude de que sua teoria e técnica privilegiam a escuta das representações parentais (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado, 1996b; Stern, 1997). Ao priorizar essa escuta e a observação das trocas interativas entre pais e bebê, a psicoterapia breve pais-bebê propõe que os distúrbios desencadeados a partir dos conflitos relacionados a parentalidade, como a depressão materna, devem ser compreendidos e tratados fundamentalmente como distúrbios relacionais.

O exame da literatura revela ainda que são poucos os estudos que têm se dedicado a examinar as nuances dessa abordagem no contexto específico da depressão materna

(Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Cramer, 1993; Cramer, 1997; Murray, Cooper, Wilson & Romaniuk, 2003). Nesse sentido, o presente estudo examinou eventuais alterações nas representações sobre a maternidade de mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê.

A introdução deste trabalho divide-se em três partes: na primeira examinam-se as características da depressão materna, os fatores de risco associados à sua ocorrência, o seu impacto para o desenvolvimento infantil e para a interação mãe-bebê. A segunda parte versa sobre as representações acerca da maternidade e aborda particularmente as concepções de Stern (1997) sobre o tema, assim como as relações entre representações e depressão materna. Na terceira parte, apresenta-se uma revisão a respeito dos precursores e do panorama atual da psicoterapia breve pais-bebê e também se examina o papel desta como intervenção frente à depressão materna.

1.1. Depressão materna¹

1.1.1. Características e fatores de risco associados à ocorrência da depressão materna

O termo depressão tem sido utilizado tanto para designar a um estado afetivo normal (a tristeza) quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença (Del Porto, 1999). De acordo com o DSM IV (2000), a ocorrência de um episódio depressivo inclui a presença, por cerca de duas semanas, de sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais, tais como: humor deprimido; perda de interesse e prazer; energia reduzida; fadiga aumentada e atividade diminuída. Além desses sintomas usuais, outros sintomas comuns são: concentração, atenção, auto-estima e autoconfiança reduzidas; idéias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado e apetite diminuído.

A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres, podendo persistir até o segundo ano de vida da criança. Os sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (Klaus et al., 2000). Ao caracterizar a depressão materna nos

¹ Parte desta seção é oriunda do artigo de Schwengber, D.D.S. e Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 403-411.

primeiros dois anos de vida do bebê, Dractu (1997) ressaltou que embora ela apresente manifestações típicas dos demais transtornos depressivos, esse quadro de depressão tem uma apresentação atípica. Segundo o autor, os cuidados intensivos com a criança podem obscurecer os sintomas biológicos da patologia materna. Além disso, mães deprimidas podem negar a presença de tristeza e angústia por considerarem que a chegada do bebê deva representar unicamente uma ocasião festiva, imprópria para demonstração desses sentimentos.

Os distúrbios do humor que caracterizam o período pós-parto incluem também a *baby blues* e as psicoses puerperais (Souza, Burtet & Busnelo, 1997). O primeiro quadro, que se caracteriza por um distúrbio de labilidade transitória de humor, atinge cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, porém geralmente tem remissão espontânea. Já as psicoses puerperais apresentam sintomas acentuados, os quais frequentemente requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização. A incidência desse quadro, de acordo com os autores, é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto.

Alguns autores sugerem que, por vezes, os sintomas da depressão da mãe não surgem imediatamente no período pós-parto, mas em algum outro momento do desenvolvimento da criança, principalmente ao longo dos seus primeiros dois anos de vida, daí a utilização da terminologia *depressão materna* (Cooper & Murray, 1995; Klaus et al., 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995). Para esses autores, ainda que o quadro evidencie características específicas nos meses que se seguem ao nascimento da criança, similaridades em relação à incidência, prevalência, características clínicas e fatores associados sugerem pouca distinção entre as depressões que acometem mães de crianças pequenas, independentemente de suas idades (Cooper, Campbell, Kennerley, Day & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993).

A vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento ou agravamento da depressão após o nascimento de um filho tem sido ressaltada em diversos estudos (Hopkins, Marcus & Campbell, 1984; O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984). De acordo com a literatura, há poucas evidências de que a presença da depressão materna esteja associada apenas a mecanismos biológicos (Carnes, 1983). Porém, dentre estes fatores, destaca-se que, a partir do momento do parto, acontece uma rápida diminuição nos níveis hormonais, os quais tiveram aumentos durante a gestação (Youngs & Lucas, 1980). De acordo com os autores, essa diminuição é responsável por um desequilíbrio hormonal nos primeiros dias após o parto. Além disso, os autores apontam que um trabalho de parto difícil ou

prolongado pode ocasionar um estresse físico generalizado, bem como desidratação, perda de sangue ou infecção pós-parto, representando risco para o aparecimento de depressão.

Apesar destas evidências, as alterações metabólicas e hormonais desencadeadas a partir do momento do parto parecem não esclarecer, de todo, as reações depressivas que surgem após o nascimento de um bebê. Essas reações estão também presentes em algumas mulheres que adotam filhos e mesmo em alguns companheiros, evidenciando, desta forma, a interferência de outros fatores (Bellak & Small, 1980; Maldonado, 2000; Szejer & Stewart, 1997).

A literatura aponta que uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos pode significar risco para a depressão materna. Por exemplo, Reading e Reynolds (2001) classificaram os fatores de risco para a depressão materna em três categorias. A primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da nova mãe, particularmente com o seu parceiro. De fato, uma série de estudos tem evidenciado que existe associação entre a ocorrência da depressão materna e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento (Beck, Reynolds & Rutowsky, 1992; Brown, Andrews, Harris, Adler & Bridge, 1986; Brown et al., 1994; Kumar & Robson, 1984; Deal & Holt, 1998; Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999; Pfof, Stevens & Lum, 1990).

A segunda categoria de fatores sugerida por Reading e Reynolds (2001) relaciona-se a gravidez e ao parto e a ocorrência de eventos de vida estressantes. Algumas evidências apontam para uma associação entre a depressão materna e o não planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do bebê (Kumar & Robson, 1984), a dificuldade em amamentar (Appleby et al., 1998) e a dificuldades no parto (Brown et al., 1994). Em relação aos eventos de vida estressantes, alguns estudos mostram associação entre a depressão da mãe e problemas de saúde da criança (Romito et al., 1999), além de dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho (Hock & DeMeis, 1990; Murray et al., 1995). A terceira categoria sugerida por Reading e Reynolds refere-se à relação existente entre a presença de depressão e adversidades sócio-econômicas.

Variáveis sócio-demográficas, como idade, nível educacional e estado civil da mãe não têm apresentado uma associação consistente com a ocorrência da depressão materna (Romito et al., 1999). Contudo, entre esses fatores o estado civil tem aparecido em alguns estudos como o mais associado à depressão materna, especialmente entre mães solteiras sem apoio social. Por exemplo, o estudo de Pfof et al. (1990) revelou que o

estado civil, os sintomas depressivos anteriores ao parto e as dificuldades na gravidez predisseram o nível de depressão pós-parto. Para os autores, estressores somáticos na gravidez podem desencadear sintomas depressivos que persistem após o parto, principalmente em mães solteiras, que não contam com o apoio de um parceiro.

Em outro estudo que avaliou a contribuição de fatores sócio-demográficos para a ocorrência da depressão materna, Deal e Holt (1998) encontraram que a prevalência desses sintomas variou de acordo com a idade, a raça e o estado civil das mães. Esse estudo, que teve como objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos entre mães adolescentes nos Estados Unidos, avaliou que a depressão das novas mães estava associada com a pouca idade, com a raça negra, estado civil de solteira, baixo nível educacional e suporte social inadequado.

Apoiando esses resultados, Brown et al. (1994), em um estudo que avaliou a incidência de depressão e a experiência da maternidade oito e nove meses após o parto, encontraram que a depressão materna nesse período estava associada principalmente com a ausência de um parceiro, com complicações obstétricas e insatisfação com os cuidados recebidos na maternidade. No entanto, nesse estudo, a idade da mãe, seu nível educacional e renda familiar não estiveram associados com a ocorrência de depressão.

Além dos fatores destacados acima, alguns estudos revelaram que história prévia de doença psiquiátrica ou problema psicológico prévio da mãe, incluindo a *baby blues*, também predizem a ocorrência posterior de depressão materna (Cutrona & Troutman, 1986; Klaus et al., 2000). Baseados nessa concepção, Beck et al. (1992) desenvolveram um estudo que demonstrou a existência de associação entre a presença da *baby blues* na primeira semana após o parto e a ocorrência de depressão entre a sexta e a décima segunda semana após o parto. Endossando esse ponto de vista, Klaus et al. (2000) afirmaram que a ocorrência de história anterior pessoal ou familiar de depressão aumenta a probabilidade da depressão materna, sem desconsiderar a importância da contribuição de fatores psicossociais atuais. Cramer e Palacio-Espasa (1993), no entanto, defenderam o desatrelamento entre as psicopatologias da parentalidade após o nascimento e a estrutura de personalidade da mãe. Com isso, postularam que o encontro mãe-bebê pode induzir uma patologia específica, determinada mais pelas vicissitudes da interação do que por uma patologia preexistente da mãe. De qualquer forma, tendo em vista a possibilidade de que o estado depressivo da mãe possa repercutir negativamente no desenvolvimento do bebê, a seguir serão revisados os estudos que investigaram a relação entre a depressão materna e o desenvolvimento infantil.

1.1.2. Repercussões da depressão materna para o desenvolvimento infantil

A literatura aponta que crianças de pais deprimidos têm de duas a cinco vezes maior possibilidade de desenvolver problemas emocionais e de comportamento (Dodge, 1990). O impacto da depressão materna, de acordo com Cummings e Davies (1994), deve ser considerado dentro de um contexto familiar mais amplo, no qual atuam elementos interdependentes. Nesse sentido, o modelo de compreensão das implicações da depressão materna no desenvolvimento infantil proposto pelos autores considerou as características maternas, as relações mãe-criança, o funcionamento do casal e as características da criança.

Em relação às características maternas, Cummings e Davies (1994) afirmaram que o impacto da depressão na criança vai depender de como a depressão afeta o comportamento, a cognição e as emoções da própria mãe. Nessa perspectiva, a depressão afeta a criança pela alteração dos modelos de interação mãe-criança ou pelo aumento da discórdia entre o casal, que tem efeitos negativos no desenvolvimento infantil. Quanto às relações mãe-criança, os autores afirmaram que a depressão tem sido freqüentemente associada com o empobrecimento das estratégias maternas de manejo com a criança, podendo interferir no desenvolvimento do apego mãe-bebê. Já a relação entre a depressão materna e o funcionamento do casal foi descrita pelos autores sob três aspectos: como um processo que pode predispor à desordem psiquiátrica; como um processo pelo qual a desordem psiquiátrica empobrece o relacionamento do casal; e como um processo pelo qual ambos são causados por condições prévias. Por fim, os autores abordaram a relação entre depressão materna e características da criança partindo do entendimento de que a criança não é um recipiente passivo dos estímulos ambientais, mas, sim, um participante ativo na formação de suas trajetórias de desenvolvimento e nos efeitos dessas trajetórias.

Os autores ressaltaram também a importância da transmissão genética no desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais na criança, concebendo, no entanto, que outros mecanismos operam igualmente bem nesse sentido: o ambiente e os efeitos da interação. Nessa perspectiva, a transmissão da depressão dos pais para a criança ocorreria na medida em que a depressão parental leva a uma desorganização na parentalidade e no ambiente familiar, que, por sua vez, conduz ao funcionamento mal-adaptativo da criança (Cummings & Davies, 1994).

Ao situar a interação com a mãe como o caminho pelo qual a maioria das influências do mundo chegam ao bebê, Stern (1997) também concebeu a psicopatologia

infantil em termos de problemas que ocorrem na interação mãe-bebê. Para o autor, influências patogênicas poderiam estar associadas a fatores sociais, econômicos e culturais, mas só teriam um impacto sobre o bebê na medida em que influenciassem a díade mãe-bebê. Portanto, fatores externos que poderiam afetar a saúde mental posterior da criança teriam significado apenas quando traduzidos na linguagem interativa. Mazet e Stoleru (1990) também caracterizaram as psicopatologias que envolvem recém-nascidos como sendo perturbações interativas, na medida em que os transtornos do bebê não se encontram organizados em uma estrutura psicopatológica clara, mas tendem a ser construídos na relação mãe-bebê. Sendo assim, afirmaram que a etiologia das perturbações pode estar ligada a fatores próprios da criança, à patologia prévia dos pais, ou a uma combinação de ambos. Da mesma forma, ao defender uma abordagem interdisciplinar das perturbações apresentadas pelo bebê, Brazelton (1987) afirmou que a psicopatologia do bebê relaciona-se à psicopatologia da interação, devendo ser considerado igualmente na investigação dos sintomas o que se mostra observável e o cenário fantasmático por trás da manifestação da desordem.

Alguns estudos examinaram, em particular, a relação entre a ocorrência de depressão materna e problemas de comportamento da criança. Por exemplo, Caplan et al. (1989) avaliaram a depressão de mulheres primíparas em diferentes estágios: gravidez, terceiro, quarto, décimo segundo mês e quarto ano de vida da criança. Os autores concluíram que mães que mantiveram os sintomas de depressão aos quatro anos de idade de seus filhos relataram mais desordem comportamental nos mesmos do que mães que não mais apresentaram os sintomas nesse período. Esses resultados foram apoiados por Leadbeater, Bishop e Raver (1996), que avaliaram a ocorrência de depressão materna em três momentos durante o primeiro ano de vida do bebê e aos vinte e oito e trinta e seis meses, bem como a qualidade da interação mãe-bebê aos vinte meses e relatos de problemas de comportamento na criança. Os resultados mostraram que a presença de sintomas depressivos nas mães no primeiro ano estava associada com problemas na interação com a criança aos vinte meses. Os autores encontraram também que os sintomas de depressão, que se mantiveram aos vinte e oito e trinta e seis meses, estavam relacionados a relatos maternos de problemas de comportamento da criança nessa idade.

Estudos têm apontado também para o impacto da depressão materna no desenvolvimento cognitivo e na competência social da criança. Hay e Kumar (1995) avaliaram a presença de depressão durante a gravidez e aos três e doze meses de vida do bebê. Os resultados mostraram uma associação positiva entre ocorrência de depressão

materna no primeiro ano de vida da criança e o decréscimo no desempenho cognitivo da criança aos quatro anos de idade. Murray, Fiori-Cowley, Hooper e Cooper (1996) também examinaram o impacto da depressão materna no desenvolvimento cognitivo do bebê aos dezoito meses. Os autores mostraram que um baixo desenvolvimento cognitivo nessa idade estava associado a distúrbios na qualidade da interação com a mãe deprimida aos dois meses de vida do bebê.

Em relação ao impacto da depressão materna na competência social da criança, uma investigação conduzida por Goodman, Brogan, Lynch e Fielding (1993) evidenciou que crianças de mães deprimidas foram taxadas como menos populares por seus professores, mas não apresentaram escores menores de autoconceito, competência no autocontrole ou nas habilidades em relacionamentos com pares quando comparadas a crianças de mães sem indicadores de depressão. Os autores ressaltaram a importância da utilização de um modelo que considere múltiplos fatores de risco para a compreensão da relação entre depressão materna e competência social da criança. Essa concepção baseia-se na conclusão de que uma menor competência social e emocional da criança estava também associada com a presença de desordem psiquiátrica no pai e à idade e gênero da criança.

Evidências empíricas apontam também para as implicações da depressão materna na qualidade do apego estabelecido entre a mãe e a criança. Murray, Fiori-Cowley et al. (1996) examinaram o impacto da depressão materna no apego do bebê aos dezoito meses. Os autores encontraram que mães que estiveram deprimidas dois meses após o nascimento foram menos sensíveis e atentas aos bebês aos dezoito meses. Além disso, mostraram-se menos afirmativas e mais negativas em relação ao desenvolvimento dos bebês. Os autores concluíram que a qualidade do apego era influenciada não só pela depressão materna após o nascimento do bebê, mas também pelas experiências da mãe sobre o seu próprio nascimento e a natureza do relacionamento com sua própria mãe.

Os estudos revisados são consistentes ao afirmar que a depressão materna após o nascimento do bebê implica em importantes consequências para o desenvolvimento infantil, especialmente no que se refere à ocorrência posterior de problemas emocionais e de comportamento da criança. Da mesma forma, diversos autores têm enfatizado que a depressão da mãe afeta o bebê ao interferir negativamente na interação estabelecida entre a díade. Tendo em vista a estreita relação entre depressão materna e interação mãe-bebê, serão examinadas a seguir, de um ponto de vista teórico e metodológico, algumas concepções acerca do impacto da depressão da mãe para a interação mãe-bebê.

1.1.3. O impacto da depressão materna para a interação mãe-bebê

Muitos pesquisadores contribuíram para a investigação do papel da depressão materna para a interação mãe-bebê. Por exemplo, Spitz (1965/1983), ao tratar da relação entre depressão materna e coprofagia, assinalou que a perda da mãe que entra em depressão não é uma perda física, como quando a mãe morre ou desaparece. Segundo o autor, trata-se de uma perda emocional, na medida em que a mãe, ao mudar sua atitude emocional, altera os signos que a identificavam como um objeto bom para a criança. Para o autor, mesmo que a mãe se mantenha fisicamente como era, o objeto afetivamente investido pelo bebê está perdido com a depressão, na medida em que a mãe mostra-se emocionalmente mais distante. Tal perda, segundo Spitz, só pode ser vivenciada sob forma semelhante no primeiro ano de vida, sendo específica desse período.

O caráter natural da depressão experimentada por algumas mães durante o período inicial de recuperação após o parto foi ressaltado por Brazelton (1988). Essa depressão materna, segundo o autor, apresenta um lado positivo: a hipersensibilidade da mãe contribui para que ela procure meios de compreender seu bebê. Como se fosse um consolo para seus sentimentos de desorganização, a mãe busca um comportamento organizado no seu bebê. Brazelton ressaltou ainda que a depressão pode também ser útil no sentido de auxiliar a mãe a se afastar do seu antigo mundo, com o que ganha tempo para desenvolver sensibilidade e responsividade com seu bebê. Contudo, Brazelton e Cramer (1992) salientaram que a depressão materna também se constitui em um dos mais frequentes fatores que afetam a interação mãe-bebê. Os autores mostraram que até mesmo as formas mais brandas de depressão da mãe podem afetar o bebê, na medida em que ele perceberia as mínimas deficiências na responsividade materna.

Para alguns autores, as depressões maternas contemporâneas se apresentam algumas vezes sob formas pouco evidentes (Mazet & Stoleru, 1990). Os quadros são mais tórpidos e latentes, camuflados sob a máscara da astenia e queixas somáticas, as quais estão relacionadas à pobreza da interação, à ausência ou a pouca harmonização afetiva. Mazet e Stoleru salientaram que as mães deprimidas são inseguras em suas capacidades maternas, o que leva a um afrouxamento da atenção da criança e ao desvio do olhar, característico de uma microrejeição. Já a mãe, sentindo-se rejeitada, suspende a interação, no sentido de uma parada momentânea que tem o objetivo de facilitar o reajustamento do seu comportamento. Com isso, as seqüências interativas terminam rapidamente.

A experiência interativa entre bebês e mães deprimidas foi caracterizada por Stern (1997) em termos de microeventos, descritos como aqueles eventos triviais e de curta

duração que causam um impacto momentâneo no bebê. Como exemplo do que seriam microeventos, Stern destaca o que uma mãe faz com os olhos e o rosto no exato momento em que seu bebê lhe dirige um sorriso. Nessa perspectiva, a depressão torna-se familiar ao bebê na forma de muitos microeventos repetidos, ou seja: quando as mães ficam deprimidas não ocorre uma mudança brutal, mas um processo progressivo de desligamento, o qual geralmente é parcial.

Stern (1997) propôs que a experiência de estar com uma mãe deprimida caracteriza-se por pelo menos quatro experiências subjetivas. A primeira se refere à já citada experiência do bebê de microdepressão repetida, o que ocorre quando a mãe sob depressão rompe o contato visual com o bebê e não tenta restabelecê-lo. Com isso, sua responsividade contingente é menor e sua animação e tonicidade desaparecem. No bebê percebe-se também o desaparecimento da animação, uma deflação na postura, uma queda no afeto positivo e expressividade facial. A partir do fracasso nas suas tentativas de ter a mãe emocionalmente presente, o bebê tenta a proximidade através da identificação e da imitação.

A segunda experiência subjetiva a que se refere Stern (1997) é caracterizada pela experiência do bebê como um reanimador. Ela foi baseada em evidências de que o bebê, diante de uma situação de microdepressão, tenta fazer com que a mãe volte à vida. O bebê tenta estabelecer contato visual mútuo, virando o rosto para a mãe, erguendo as sobrancelhas e abrindo bem os olhos. Suas tentativas incluem também vocalizações, sorrisos, gestos e muita criatividade. Na medida que seus convites à interação fracassam, o bebê desiste por um momento, mas volta a tentar contato novamente. Stern chamou a atenção para o fato de que, por vezes, as tentativas do bebê de reanimar a mãe funcionam, já que a depressão materna não pode ser considerada total, nem tampouco constante. As mães, por sua vez, tendem a ficar aflitas por sua relativa falta de disponibilidade com o bebê, contra o que tendem a lutar com sucesso variável.

A terceira experiência subjetiva do bebê de estar com a mãe refere-se à visão que o bebê tem da mãe como estando em segundo plano quando da sua busca de outras formas de estimulação, ou seja: se as tentativas de reanimar a mãe falham, o bebê parte em busca de um nível mais apropriado de estimulação e interesse no mundo (Stern, 1997). A busca externa de estimulação, segundo o autor, implica na presença da mãe em algum lugar, mas em segundo plano. Nessa terceira maneira de estar com a mãe, atos solitários de curiosidade e busca de estimulação prestam-se como atos de apego, e a presença da mãe é invocada por atividades que aparentemente não são sociais.

Por fim, a quarta experiência subjetiva de estar com uma mãe deprimida refere-se, segundo Stern (1997), ao desejo do bebê de estar com a mãe não-deprimida. Esse esquema tem como ponto de partida o esforço da mãe deprimida, geralmente manifestado em rompantes, para estar com o filho. O resultado de tal esforço consiste em uma certa falta de autenticidade, que culmina em uma falsa interação entre uma falsa mãe e um falso *self*. Stern ressaltou que o bebê consegue discriminar as discrepâncias nesse tipo de interação, mas acaba por aceitar o que a mãe oferece, dado o seu desejo de uma interação mais viva com a mãe.

Essas concepções de Stern (1997) foram baseadas tanto na sua atividade como psicoterapeuta e pesquisador de díades mãe-bebê, como em uma série de estudos que, nos últimos anos, exploraram cada vez mais as interações entre bebês e mães deprimidas nos primeiros meses de vida, a partir da observação das interações face-a-face estabelecidas entre as díades. Os resultados mostraram que mães deprimidas, quando comparadas às mães não-deprimidas, gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês, apresentam mais expressões negativas do que positivas, mostram menos responsividade contingente, menos espontaneidade e menores níveis de atividade (Cohn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990; Field, 1984; Field et al., 1985; Field et al.; 1988). Por sua vez, bebês de mães deprimidas quando comparados aos de mães não-deprimidas, exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, menor nível de atividade, menos vocalização, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimento, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade (Cohn et al., 1990; Field, 1984; Pickens & Field, 1993).

Discutindo esses achados de observações de interação face-a-face, Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) assinalaram que em interações normais a mãe cuidadosa modula o próprio comportamento no sentido de proporcionar ao bebê estimulação adequada, o que caracteriza uma interação sincrônica. Já a depressão materna contribui para que os comportamentos afetivos e de atenção da díade mãe-bebê tornem-se assíncronicos, na medida em que a mãe encontra-se afetivamente não-responsiva. Com isso, o bebê tende a experimentar uma desorganização comportamental, diminuindo o nível de respostas contingentes em relação à mãe. Esta diminuição, segundo os autores, reflete o aprendizado do bebê de que seu comportamento exerce um mínimo efeito no comportamento materno. Essa reação do bebê, por sua vez, pode aumentar a frustração

materna, fazendo com que a mãe utilize estratégias intrusivas no sentido de obter respostas de seu filho.

Embora os estudos acima apontem para particularidades da interação bebê-mãe deprimida, ainda não está claro o quanto bebês com comportamento depressivo, filhos de mães deprimidas, generalizam esse comportamento com outras pessoas familiares não-deprimidas. Algumas evidências mostram que o comportamento depressivo desses bebês pode também ser observado em interações face-a-face com adultos não-deprimidos. Por exemplo, o estudo desenvolvido por Field et al. (1988) revelou que pessoas que não sabiam que estavam interagindo com bebês de mães deprimidas mostraram afeto negativo e baixo nível de atividade ao interagirem com esses bebês. Esses resultados sugerem que o comportamento depressivo dos bebês pode reforçar um comportamento materno depressivo. Contudo, outros autores encontraram evidências contrárias, indicando que bebês de mães deprimidas interagem melhor com adultos não-deprimidos. Hossain et al. (1994) encontraram uma melhor interação entre bebês e seus pais não-deprimidos do que com a mãe deprimida, ao passo que não havia diferença na interação entre mães não-deprimidas e pais não-deprimidos. Estudo semelhante realizado por Pelaez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzalez e Clasky (1994) mostrou que os comportamentos de bebês depressivos foram diferenciados quando interagiram com mulheres não-deprimidas, sugerindo que os bebês respondiam diferentemente a adultos deprimidos e não-deprimidos que lhes são familiares.

As evidências de que as interações face-a-face entre bebês e suas mães diferem em função da depressão materna sugerem que o estado afetivo da mãe pode repercutir também nas suas vocalizações para o bebê. Bettes (1988) avaliou as implicações da depressão materna em relação a duas características da linguagem materna (*motherese*): tempo de expressão vocal e pausas, e o uso de entonação da voz. A autora verificou que mães deprimidas apresentavam vocalizações significativamente mais baixas para responder às vocalizações de bebês de quatro meses, assim como apresentavam mais variações vocais e pausas, e eram menos aptas a utilizar a entonação exagerada que é característica da linguagem materna.

A literatura a respeito do papel da depressão materna na interação mãe-bebê tem focalizado principalmente os primeiros meses de vida do bebê. Mais recentemente, a intensidade e duração da depressão materna também têm sido investigadas. Campbell, Cohn e Meyers (1995) demonstraram que o impacto da depressão na interação face-a-face estava associado ao tempo de permanência do diagnóstico. Os autores filmaram a

interação entre mães deprimidas e não-deprimidas com seus bebês aos dois, quatro e seis meses de idade. Os resultados não revelaram diferenças na interação de mães deprimidas e não-deprimidas com seus bebês de dois meses. Contudo, aos seis meses mães deprimidas foram menos positivas com seus bebês, assim como os bebês mostraram-se menos positivos. Endossando esses achados, Field (1995) verificou que mães que estiveram deprimidas durante os primeiros meses após o parto, mas cuja depressão não persistiu além dos seis meses de vida do bebê, tiveram crianças que também não se mostraram deprimidas na interação aos doze meses. Porém, mães que continuaram deprimidas além dos seis primeiros meses tiveram bebês que demonstraram ter desenvolvido um estilo depressivo na interação com um ano de idade. Com base nesses resultados, os autores chamaram a atenção para a necessidade de se distinguir entre depressão transitória e prolongada quando se avaliam os efeitos da depressão materna na interação mãe-bebê.

As evidências de que os efeitos da depressão materna na interação mãe-bebê dependem também da cronicidade do quadro depressivo têm levado a que se avalie o seu impacto em momentos posteriores do desenvolvimento do bebê. Os estudos realizados nessa perspectiva não utilizaram observações da interação face-a-face, mas, sim, situações de jogo nas quais as habilidades e comportamentos mais sofisticados da criança ou da díade pudessem ser observados.

Um aspecto avaliado nesses estudos refere-se à atenção compartilhada que a díade estabelece no momento da interação. A atenção compartilhada está relacionada ao desenvolvimento do vocabulário, sendo a base para o crescimento da comunicação e, conseqüentemente, dos relacionamentos (Goodman & Brumley, 1990). Os estudos desenvolvidos nesse sentido sugeriram que mães deprimidas podem ser menos aptas a coordenar um foco de atenção com seus filhos, na medida em que se mostraram mais preocupadas e pouco atentas às suas crianças (Goldsmith & Rogoff, 1997; Goodman & Brumley, 1990). Por exemplo, em uma investigação que comparou os modelos de atenção entre díades com mães deprimidas e não-deprimidas em uma situação que permitia a utilização tanto de um foco de atenção em comum como um foco de atenção independente, Goldsmith e Rogoff (1997) concluíram que mães deprimidas prestavam menos atenção a um evento em comum com suas crianças de dezoito a trinta meses do que mães não-deprimidas, tanto em termos de seu foco de atenção como em relação às suas atividades com a criança.

As expressões afetivas das díades durante a interação mãe-bebê também foram investigadas em alguns estudos sobre o impacto da depressão materna em estágios mais avançados do desenvolvimento do bebê. Em um desses estudos, os autores examinaram diferenças na ocorrência de algumas expressões de afeto de mães deprimidas e não-deprimidas e de seus bebês (Radke-Yarrow, Nottelmann, Belmont & Welsh, 1993). Essas expressões foram avaliadas a partir das seguintes categorias de comportamentos: *tristeza, ansiedade, contrariedade, apatia, prazer e alegria, ternura e afeição*. A análise dos escores totais de comportamentos maternos revelou que mães deprimidas mostraram mais afeto negativo do que mães não-deprimidas. Já a análise de cada categoria separadamente revelou que mães deprimidas apresentaram mais expressões de *tristeza, ansiedade, apatia* e menos *ternura e afeição*. Porém, não foram encontradas diferenças entre os grupos em relação às categorias *contrariedade* e *prazer e alegria*. Os resultados apontaram também para uma correlação entre o afeto das mães e dos bebês. Para os autores, o afeto materno deve ser avaliado como uma parte inseparável das manifestações comportamentais da mãe em relação à criança, mesmo que constitua apenas uma dimensão da depressão que interfere na parentalidade.

Em outro estudo, que examinou o efeito da simulação materna de depressão e afastamento para a interação mãe-bebê, as díades foram observadas em episódios interativos nos quais as mães simulavam por vezes afeto depressivo e afastamento e, em outro momento, afeto normal (Seiner & Gelfand, 1995). Os resultados mostraram que, diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendiam a se afastar fisicamente e apresentavam mais comportamentos negativos para chamar atenção. Quando as mães não estavam simulando afeto depressivo e afastamento, os bebês evidenciavam mais comportamentos positivos e brincavam mais próximos às mães.

Mais recentemente, o impacto da depressão materna na exploração de brinquedos pelos bebês no final do primeiro ano de vida tem sido examinado, em virtude das evidências de que essa exploração estaria associada ao desenvolvimento cognitivo posterior da criança. Mais especificamente, a literatura aponta que comportamentos maternos de introduzir brinquedos e manter a atenção do bebê em um brinquedo pelo qual mostrou interesse estariam associados a um aumento na exploração de objetos por parte do bebê enquanto que o redirecionamento de sua atenção e a manifestação de intrusividade estariam relacionados a um decréscimo nessa exploração (Lawson, Parrinello & Ruff, 1992; Tamis-LeMonda & Bornstein, 1989).

Em um desses estudos, Hart, Field, DeValle e Pickens (1998) investigaram diferenças na interação mãe-bebê de díades com mães deprimidas e não-deprimidas em relação aos comportamentos associados com a exploração de objetos pelo bebê. Os autores encontraram que os bebês de mães deprimidas mostraram-se menos engajados na exploração de objetos e que filhas de mães deprimidas apresentaram mais afeto negativo. Além disso, encontraram que mães deprimidas cujos bebês eram meninos foram mais intrusivas do que mães não-deprimidas. Os resultados revelaram também que, embora não tenham sido encontradas diferenças entre os grupos quanto à introdução de brinquedos, mães deprimidas introduziam mais brinquedos para meninos do que para meninas. Esses resultados corroboraram evidências a respeito da maior intrusividade e envolvimento ativo na interação das mães deprimidas com meninos (Radke-Yarrow et al., 1995). Porém, em relação à manutenção e redirecionamento da atenção do bebê não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. A ausência de diferenças entre os grupos em relação a essas categorias contraria achados anteriores de que mães deprimidas mostraram-se menos atentas aos interesses do bebê em relação aos brinquedos, redirecionando com mais frequência sua atenção, a partir da utilização de estratégias verbais e não-verbais (Breznitz & Friedman, 1988).

Em um estudo semelhante realizado por Hart, Jones, Field e Lundy (1999), os autores chamaram a atenção para a existência de dois estilos distintos que uma mãe deprimida pode desenvolver em interação com seu filho: o primeiro é caracterizado pelo afastamento, falta de engajamento e pouca estimulação; o segundo caracteriza-se por comportamentos intrusivos e de superestimulação. Os resultados mostraram que mães deprimidas intrusivas apresentavam mais respostas positivas, mais demonstração de brinquedos e uma tendência maior a guiarem fisicamente seus bebês que, no entanto, mostraram menos manipulação de objeto. Por outro lado, mães deprimidas que se mostraram mais apáticas, quietas e afastadas mantinham a criança brincando com mais frequência e mostravam afeto mais restrito enquanto suas crianças demonstraram menos expressões afetivas, positivas ou não. Segundo os autores, os resultados sugerem que a exposição da criança a estilos de interação não adequados, como ocorre com mães deprimidas, representa diferentes tipos de risco para o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança.

Assim como os estudos anteriormente descritos, uma investigação desenvolvida em contexto nacional buscou examinar eventuais diferenças na interação mãe-bebê entre mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida do bebê

(Schwengber & Piccinini, 2004). Os resultados do estudo, que avaliou comportamentos maternos e infantis em uma situação de exploração de brinquedos, revelaram que mães com depressão apresentaram mais apatia, mantiveram menos a atenção de seus filhos nos brinquedos e demonstraram menos ternura e afeição ao interagirem com os bebês do que mães sem depressão. Além disso, seus bebês demonstraram mais afeto negativo. Para os autores, os resultados apóiam as evidências de que a depressão materna pode estar associada a dificuldades na interação mãe-bebê.

Como pode ser visto, os estudos revisados apontam para uma série de implicações da depressão materna para o desenvolvimento infantil e para a interação mãe-bebê. De maneira geral, as investigações conduzidas nos últimos anos evidenciam que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê, bem como no desenvolvimento posterior da criança. Contudo, é importante observar que as evidências parecem demonstrar que a presença da depressão em um determinado momento após o nascimento do bebê, por si só, não permite a realização de um prognóstico preciso a respeito de suas implicações na qualidade da interação que se estabelecerá entre a díade. Nesse sentido, faz-se necessária a uma abordagem ampla a respeito da depressão materna, a qual leve em conta os diversos fatores que podem contribuir para o seu prolongamento ou remissão, dentre eles as representações da mãe a respeito da experiência da maternidade.

1.2. Representações acerca da maternidade

1.2.1. Considerações teóricas sobre o conceito de representação

O termo *representação* tem sido referido na literatura a partir de diferentes vertentes teóricas, as quais fundamentam as especulações de filósofos, psicólogos, sociólogos e antropólogos a respeito da construção da subjetividade humana. No presente estudo, o sentido dado a este termo contempla fundamentalmente as concepções de Stern (1992, 1997) sobre o desenvolvimento emocional do bebê em suas primeiras relações com o mundo que o cerca e sobre o fenômeno de *tornar-se* mãe. Assim, justifica-se a necessidade de se enfatizar as principais contribuições do autor a esse respeito, particularmente em relação à sua compreensão sobre a origem das representações e a importância das mesmas nas interações iniciais entre pais e bebê.

Com o intuito de compreender como a capacidade de representação se forma ao longo do desenvolvimento, Stern (1992) desenvolveu algumas formulações teóricas a

respeito da experiência subjetiva do bebê de construção do *sensu de eu*, afirmando que alguns sentidos de eu existem muito antes da autoconsciência e da linguagem. Cabe salientar que por “sensu” o autor refere-se à consciência simples (não auto-reflexiva) e por “de eu” a um padrão invariante de consciência que surge apenas nos momentos das ações ou processos mentais do bebê. Para Stern, um padrão invariante de consciência é uma forma de organização, isto é, a experiência subjetiva organizadora do que mais tarde será referida verbalmente como “eu”.

Quatro diferentes sentidos de eu foram descritos por Stern (1992), cada um definindo um domínio diferente da auto-experiência e do relacionar-se social: o sentido de eu *emergente*, que se forma do nascimento à idade de dois meses; o sentido de eu *nuclear*, que se forma entre as idades de dois e seis meses; o sentido de eu *subjetivo*, que se forma entre os sete e quinze meses; e o sentido de eu *verbal*, que se forma após esse período. De acordo com as concepções de Stern, os sentidos de eu emergem na medida em que a maturação das capacidades torna possíveis novas perspectivas subjetivo-organizadoras em relação ao eu e ao outro. Contudo, esses sentidos não se constituem como estágios, nem são excludentes, pois apesar de se estruturarem gradualmente com o desenvolvimento - um a partir do outro - não se apresentam como fases evolutivas, na qual os processos arcaicos de estruturação do eu cedem lugar a processos mais complexos e adequados à evolução da espécie. Para o autor, os sentidos de eu atuam concomitantemente, sem que haja a atrofia de um em relação aos outros.

Os primeiros dois meses de vida foram considerados por Stern (1992) um período no qual o bebê está formando o sentido de eu emergente que permanecerá ativo pelo resto da vida. Essa afirmação está fundamentada em uma série de pesquisas sobre a fase de bebê, cujos resultados apontaram para as surpreendentes capacidades comunicativas do recém-nascido e demonstraram sua responsividade precoce em relação ao mundo social. Dentre os achados desses estudos, Stern destaca a capacidade do bebê para discriminar o cheiro do leite materno, o seu interesse pela voz humana e a sua preferência por rostos humanos. Para o autor, esses dados experimentais forneceram a informação a partir da qual é possível o estabelecimento de alguns princípios gerais sobre a percepção, cognição e afeto dos bebês, como, por exemplo, que os bebês buscam estimulação sensorial e possuem preconceitos ou preferências distintas com relação às sensações que buscam e às percepções que formam, o que considera inato.

Com isso, o autor conclui que o bebê está predisposto a ser seletivamente responsivo a eventos sociais externos, com o que jamais experimenta uma fase autista

(Stern, 1992). Nesse sentido, sugere que o bebê não poderia experimentar um estado de não-organização, como a indiferenciação, pois o que predomina nesse momento é a vivência do processo de organização de várias experiências isoladas que antecipam a vivência interativa de experiências cognitivas e afetivas. Nesse caso, mesmo que as diversas experiências estejam inicialmente isoladas, o bebê não percebe a falta de relação entre elas, tendo em vista que, na realidade, nunca experimentou a possibilidade de experiências interligadas. Quando as diversas experiências estão de alguma maneira unidas (associadas, assimiladas ou conectadas) o bebê experimenta a emergência da organização.

O senso de eu nuclear é consolidado pelo bebê durante o período dos dois aos seis meses de vida (Stern, 1992). Nesse período, o bebê mostra-se mais completamente integrado quando empenhado em uma interação social. Sendo assim, é como se para o bebê existisse um senso dele mesmo como um corpo distinto e coerente, com controle sobre suas próprias ações, posse de sua própria afetividade, um senso de continuidade no tempo e um senso das outras pessoas como interatuantes distintos e separados. Esses fatores são integrados pelo bebê a partir da memorização de episódios que começam a ser generalizados e representados mentalmente. Nessa perspectiva, o autor considera que as experiências de união representam o resultado bem-sucedido do organizar ativamente a experiência do eu-com-o-outro, e não o produto de um malogro passivo da capacidade de diferenciar o eu do outro.

Entre o sétimo e o nono mês de vida, o bebê descobre que possui uma mente e que as outras pessoas também possuem, o que caracteriza a emergência do senso de eu subjetivo (Stern, 1992). Nesse período, o bebê gradualmente passa a compreender que as suas experiências subjetivas internas, como o foco de atenção, as intenções e os estados afetivos, podem ser compartilhadas com o outro, na medida em que sente que o outro possui um estado mental semelhante ao dele próprio. Contudo, o autor considera que, para que isso ocorra, é necessário que exista alguma estrutura compartilhada de significados e meios de comunicação, tais como gestos, postura ou expressão facial. A partir do desenvolvimento desse novo senso de eu, o bebê tem uma nova perspectiva subjetiva organizadora com relação à sua vida social, no sentido de que as propriedades de um eu e de um outro foram ampliadas. Dessa forma, *eus* e outros incluem estados subjetivos ou internos da experiência, além dos comportamentos manifestos e sensações diretas que marcavam o eu e outro nucleares. Com a expansão da natureza do eu sentido, a capacidade do relacionar-se leva o bebê para um novo domínio do relacionar-se

intersubjetivo. Esse domínio, de acordo com Stern, é construído a partir do relacionar-se nuclear, que é a base das relações interpessoais. Nesse período, torna-se possível atribuir ao bebê a capacidade de intimidade psíquica, ou seja, observa-se que é grande o seu desejo de conhecer e ser conhecido, no sentido de uma experiência mutuamente reveladora.

No segundo ano de vida do bebê surge a linguagem, e os sentidos de eu e outro adquirem novos atributos (Stern, 1992). De acordo com o autor, nesse período uma nova perspectiva subjetiva organizadora emerge, e a experiência nos domínios do relacionar-se emergente, nuclear e subjetivo pode ser incluída apenas muito parcialmente no domínio do relacionar-se verbal, embora continue existindo independente da linguagem. O bebê começa a imaginar ou *representar* coisas em sua mente a partir do uso de sinais e símbolos, estando apto a pensar e, então, referir-se a si mesmo como entidade externa e objetiva. Nesse ponto de sua formulação teórica, o autor destaca que esses marcos no desenvolvimento do senso de eu encerram o período de inteligência sensório-motora de Piaget e dão início à capacidade para o brincar simbólico. Além disso, Stern retoma o conceito de Piaget a respeito da imitação adiada, definida como a capacidade do bebê para imitar posteriormente um comportamento que foi previamente observado, ao se referir às capacidades adquiridas pelo bebê nesse momento do desenvolvimento. Para o autor, a maior novidade em relação a essa revolução sobre o senso de eu é a habilidade do bebê para coordenar esquemas existentes na mente com operações existentes externamente em ações ou palavras.

A análise das concepções de Stern a respeito do desenvolvimento do senso de eu permite concluir que uma das principais contribuições do autor para o estudo do desenvolvimento inicial está em seu esforço no sentido de inferir as prováveis experiências subjetivas do bebê. Stern utilizou-se dos achados experimentais oferecidos pelas pesquisas sobre a fase de bebê e dos fenômenos clínicos derivados da prática e, como resultado, propôs uma teoria funcional do desenvolvimento dos domínios da auto-experiência, a qual possibilitou os primeiros passos no sentido de uma síntese do bebê conforme observado e clinicamente reconstruído. Para o autor, uma das maiores implicações clínicas da hipótese funcional que propôs é que as reconstruções clínicas do passado de um paciente podem utilizar melhor a teoria do desenvolvimento para ajudar a localizar a origem da patologia em um dos domínios da auto-experiência (Stern, 1992).

1.2.2. Representações maternas e interação mãe-bebê

As formulações de Stern (1992, 1997) a respeito de como são construídas as representações ao longo do desenvolvimento do bebê permitem compreendê-las como uma parte necessária e normal do desenvolvimento e da experiência com os outros. Ao abordar a situação clínica nas psicoterapias pais-bebê de orientação psicodinâmica, o autor considerou o mundo representacional dos pais como o primeiro elemento a ser examinado, devido à sua importância na determinação da natureza do relacionamento com o bebê. Para o autor, este mundo representacional refere-se a como os pais experenciam e interpretam subjetivamente os eventos objetivamente disponíveis na interação com o bebê, incluindo os seus comportamentos e também os comportamentos dele. Dessa forma, as representações parentais incluem não apenas as interações atuais, mas também as lembranças infantis, fantasias, medos e expectativas em relação ao bebê, as quais se formam e se organizam na experiência interativa, principalmente na experiência subjetiva de *estar-com* outra pessoa, a qual pode ser tanto uma experiência interativa real como fantasiada. No que se refere particularmente às representações maternas, Stern salientou que, com o nascimento de um bebê, a mãe se vê diante de uma reelaboração de esquemas. Conforme o autor, esses esquemas referem-se ao bebê, a si mesma, ao companheiro e às famílias de origem.

Os esquemas maternos sobre o bebê dizem respeito aos vários bebês que se sobrepõem na mente da mãe: o bebê como pessoa, como seu filho, como filho de seu marido, como irmão de seus outros filhos e como neto de seus pais (Stern, 1997). Para o autor, cada um desses bebês é um bebê diferente para a mãe, e a representação acerca de cada um deles será construída a partir das interações vividas. Como exemplo, Stern destaca que uma representação de cumplicidade entre mãe e bebê pode ocorrer em um momento em que estão rindo juntos. Da mesma forma, uma representação daquele bebê como seu filho pode ocorrer quando alguém comenta o quanto são parecidos fisicamente ou em termos de temperamento.

As representações acerca do bebê começam a ser construídas antes mesmo da sua concepção. Para Stern (1997) elas têm início nas brincadeiras e fantasias da mulher, ainda criança ou adolescente, a respeito da possibilidade de ter um filho. Este bebê que desde muito cedo existe na mente da futura mãe foi inicialmente denominado por Lebovici (1987) como *bebê imaginário*. Em relação a isso, o autor propôs que três bebês poderiam ser identificados na mente materna: o primeiro deles seria o bebê da fantasia, aquele resultante da conflitiva edípica da mãe e que, portanto, acompanharia o desejo infantil de

ter tido um filho com o pai. Já o segundo seria o bebê imaginário, aquele construído durante a gestação, nos sonhos e nas expectativas, como resultado do desejo da maternidade. O terceiro seria o bebê propriamente dito, aquele que é real e que a mulher conhece no dia do nascimento.

As representações que a mãe constrói a respeito do feto não ocorrem paralelamente ao seu desenvolvimento no útero. Para Stern (1997), estas são intensificadas por volta do quarto mês de gestação e atingem o seu auge por volta do sétimo mês. De acordo com o autor, além da contribuição da ecografia para esse processo de intensificação, é também relevante o fato de que em torno do quarto mês a mãe começa a sentir os movimentos fetais, o que faz com que o futuro bebê torne-se mais palpável para ela. Por outro lado, no final da gestação ocorreria uma considerável diminuição nas representações maternas, provavelmente em virtude da necessidade da mãe de preservar a si mesma e ao bebê das discordâncias entre o bebê real e aquele imaginado.

A concepção de que o bebê imaginado permite à mãe começar o relacionamento com o seu filho mesmo antes dele nascer é também defendida por Brazelton e Cramer (1992). Para os autores, durante a gestação a mãe personifica o feto a fim de que, após o nascimento, não se depare com um ser totalmente estranho. Essa personificação pode ser observada já na escolha do nome, das roupas, bem como nas mudanças relacionadas à casa, com o objetivo de preparar um espaço para o bebê. Além disso, os autores consideraram que os movimentos do feto já possibilitam aos pais uma atribuição de temperamento ao bebê, o que denominaram de *apego primordial*. Com o nascimento, as representações sobre quem o bebê é e quem ele irá se tornar passam a ser reconstruídas pela mãe, mas agora conforme os dados oferecidos pelo bebê real, como, por exemplo, aqueles que se referem ao seu temperamento, ou seja: a mãe permite-se um reajustamento em seu mundo representacional a fim de abrir um espaço para a construção de novas representações (Stern, 1997).

No que se refere aos esquemas sobre si mesma, Stern (1997) acredita que com o nascimento do bebê o *status* e a identidade básica da mãe sofrem uma importante modificação. Nesse sentido, afirma que o cotidiano com o bebê desencadeia um processo radical de reorganização das representações do *self* como mulher, mãe, esposa, profissional, amiga, filha e neta. De acordo com o autor, o bebê ajuda a mãe nessa reorganização do seu mundo representacional da mesma forma em que ela o ajuda na regulação de seus ciclos de sono e de fome.

Porém, dentre todas essas mudanças, Stern (1997) considera que a transformação na identidade de filha para a mãe merece uma atenção especial. Para o autor, isso se deve ao fato de que, mesmo para uma mulher autônoma em relação aos pais, a identidade de filha-de-sua-mãe, que representava uma espécie de centro de gravidade histórico, precisa mudar para mãe-de-sua-filha. Conforme Stern, “*num único golpe, parte do mundo representacional fixo mudou-se irreversivelmente*” (p. 29). Em relação a isso, é interessante analisar que o autor considera que essa mudança na identidade pode estar relacionada a um profundo sentimento de perda, o qual pode contribuir para um estado de depressão após o parto.

Uma outra rede de esquemas representacionais construídos pela mãe com a perspectiva da maternidade refere-se aquela sobre o companheiro (Stern, 1997). Nesse sentido, o autor postula que a mudança de um casal para uma tríade impõe alterações nas representações prévias do casal, a fim de que o bebê seja incluído em suas vidas. Associado a isso, ele considera que muitas representações da mãe em relação ao bebê implicam em uma representação complementar a respeito do companheiro. Como exemplo, cita a representação do bebê como aquele que irá unir definitivamente o casal ou, ao contrário, aquele que ameaçará a sua sobrevivência. De qualquer forma, concebe que, em famílias com estruturas tradicionais (formadas por pai, mãe e filhos), as representações maternas em relação ao companheiro caracterizam-se principalmente pela busca um apoio que facilite o papel primário de mãe.

A chegada de um filho também permite à mãe uma reavaliação consciente ou inconsciente de esquemas relacionados à sua própria mãe (Stern, 1997). De acordo com o autor, esses esquemas referem-se às representações a respeito de sua própria mãe como esposa, como mulher, como avó do seu bebê e como mãe para ela quando criança. Para Stern, a representação que a mãe tem a respeito da sua própria mãe (como mãe para ela na infância) será fundamental para a representação materna que ela construirá de si mesma (como mãe para o seu bebê). Sendo assim, o autor afirma que o futuro comportamento da mãe com o seu bebê não está associado necessariamente com o que de fato aconteceu no passado no seu relacionamento com sua mãe, mas, sim, nas representações que desenvolveu a partir desse relacionamento.

As representações da mãe a respeito do seu relacionamento com o próprio pai também sofrem uma reavaliação com o nascimento do bebê, ainda que esta não seja tão intensa como costuma ocorrer em relação à figura materna (Stern, 1997). Para o autor, essa reavaliação assume uma relevância clínica ao se considerar que as representações

sobre o pai podem ter um lugar central no modelo de pai que a mãe quer ou não quer para o seu bebê. Contudo, o autor aponta para a importância de se investigar como se dá essa reavaliação quando o pai da mãe representa a figura de apego mais estável em sua vida.

Por fim, Stern (1997) chama a atenção para o fato de que as representações da família de origem também desempenham um papel fundamental, no sentido de que podem influenciar a maneira como a mãe ou o pai agem com o bebê. Conforme o autor, as interações familiares podem ser reorganizadas em termos de mitos, lendas e segredos, os quais seguem um determinado *script* familiar.

A toda essa modificação e reorganização de esquemas experimentados pela mãe após o nascimento do bebê, Stern (1997) denominou *constelação da maternidade*. Conforme o autor, esta constelação refere-se a uma nova organização psíquica que determinará uma série de ações, sensibilidades, medos, fantasias e desejos da mãe, tornando-se o eixo organizador dominante de sua vida psíquica e empurrando para o lado as organizações ou complexos nucleares anteriores, como o Complexo de Édipo. A constelação da maternidade refere-se a três preocupações e discursos diferentes, mas relacionados: o discurso da mãe com a própria mãe; seu discurso consigo mesma; e seu discurso com o bebê (Stern, 1997). De acordo com o autor, ao fazer uma reelaboração mental em torno dessa trilogia, quatro temas se fazem presentes: o tema da *vida-crescimento*; o tema do *relacionar-se primário*; o tema da *matriz de apoio*; e o tema da *reorganização da identidade*.

Em relação ao tema *vida-crescimento*, a questão central para a mãe logo após o nascimento do bebê é se terá condições de mantê-lo vivo e se poderá promover o seu desenvolvimento físico (Stern, 1997). Para o autor, isso explicaria o medo que não raras vezes as mulheres sentem de que o bebê pare de respirar, não se alimente adequadamente ou caia, sendo possível que se sinta inadequada nessa tarefa de cuidados. Segundo Stern, esse tema de vida refere-se à sobrevivência da espécie e é único no ciclo vital, no sentido de que provavelmente em nenhum outro momento foi ou será enfrentado dessa maneira pela mãe.

O tema do *relacionar-se primário* diz respeito ao envolvimento socio-emocional da mãe com o bebê e se caracteriza pela sua preocupação em poder “ler” o bebê, ou seja, relacionar-se com ele de um modo não-verbal (Stern, 1997). Conforme o autor, essa forma de relacionamento inclui o estabelecimento dos laços de apego, segurança e afeição que assegurarão o desenvolvimento psíquico que a mãe quer para o bebê. Nesse sentido, as questões centrais referem-se à preocupação em relação à capacidade de amar o

bebê, em sentir que o bebê a ama e que pode desenvolver uma sensibilidade que seja suficiente para atender às necessidades do bebê.

Este dois temas da constelação da maternidade remetem àquilo que Winnicott (1967) conceituou como *preocupação materna primária*. Esta preocupação refere-se à capacidade da mãe para identificar as necessidades do seu bebê recém-nascido, fazendo o que é adequado para o seu bebê naquele momento. Para o autor, um desenvolvimento adequado do bebê estará estreitamente associado aos cuidados de uma mãe “suficientemente boa” que, por estar em sintonia com o seu bebê, consegue apoiá-lo.

O tema da *matriz de apoio* refere-se à necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede apoio protetora para que possa manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo (Stern, 1997). Para o autor, a matriz de apoio tem duas funções principais: proteger fisicamente a mãe para que ela possa dedicar-se ao bebê e apoiá-la em termos psicológicos e educativos. Em relação a isso, Stern chama a atenção para o fato de que, tradicionalmente, o apoio do marido restringia-se a tarefa de manutenção física da mulher, enquanto que cabia a uma figura feminina à tarefa de apoiá-la e instruí-la em relação ao desempenho da função materna. Porém, com o relativo desaparecimento da família ampliada, observa-se a necessidade de ampliação das funções atribuídas ao pai. Ainda assim, Stern considera que o principal envolvimento psicológico da mãe após o nascimento do bebê dá-se com as figuras maternas de sua vida.

As preocupações referentes ao tema da matriz de apoio incluem as representações da mãe a respeito do quanto o marido a protege fisicamente e a apóia psicologicamente, bem como sobre conseguir ou não pedir a sua ajuda e poder mantê-la. Ainda em relação ao apoio do companheiro, é possível que surjam medos, como, por exemplo, o medo de que o marido passe a competir como pai e também pela sua atenção, tornando-se muito “pai” para ela, o que poderia ocasionar uma desorganização na relação de casal. Este tema inclui também as representações da mãe sobre como as pessoas que a ajudam a vêem como mãe e sobre sentir-se ameaçada de perder o amor do bebê para essa matriz de apoio.

Finalmente, o tema da *reorganização da identidade* refere-se às preocupações da mãe com o fato de ser ou não capaz de transformar sua auto-identidade para permitir e facilitar as funções maternas (Stern, 1997). Sendo assim, inclui as representações sobre a mudança de *status* de filha para mãe, de esposa para progenitora e de profissional para mãe de família, assim como sobre os seus modelos de parentagem e cuidados que teve da própria mãe. Como foi dito anteriormente, a reavaliação que a mulher realiza a respeito

da própria identidade frente ao nascimento de um filho pode ser acompanhada de um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos.

Em consonância com esta concepção, a literatura tem ressaltado o caráter conflituoso da experiência da maternidade como um fator de risco para a ocorrência de distúrbios mentais após o nascimento de um bebê. Assim, a seguir serão examinados alguns estudos que avaliaram as representações sobre a maternidade no contexto da depressão da mãe.

1.2.3. As representações sobre a maternidade em situação de depressão da mãe²

Embora a experiência da maternidade de mulheres com sintomas depressivos após o nascimento do bebê seja ainda pouco explorada, alguns estudos que investigaram esse tema foram consistentes ao mostrar que mães deprimidas relataram mais dificuldades em exercer a maternidade do que mães não-deprimidas (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990; Lovejoy et al., 2000; Schwengber & Piccinini, 2005).

Ao se descreverem como mães, algumas mulheres com depressão se definiram como menos competentes, menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente (Milgron & McCloud, 1996). Além disso, relataram menos confiança e satisfação com o desempenho do papel materno do que mães não-deprimidas (Anderson, Fleming & Steiner, 1994; Brown et al., 1994; Fowles, 1996; Panzarine, Slater & Scharps, 1995).

Por exemplo, ao examinarem o que mães deprimidas e não-deprimidas teriam a dizer a respeito de suas experiências como mães quando os bebês tinham oito e nove meses de vida, Brown et al. (1994), em um amplo estudo que investigou uma série de aspectos relacionados à experiência da maternidade entre australianas, verificaram que mães deprimidas enfatizavam temas relacionados à saúde da criança, necessidade de recuperação física devido à exaustão, isolamento, falta de apoio e problemas conjugais. Na continuação do estudo, dois anos após o parto, mulheres que tinham estado deprimidas aos oito e nove meses de vida do bebê demonstraram maior nível de estresse, insatisfação e mudanças de vida negativas do que mulheres que não haviam estado deprimidas. Mais especificamente, consideraram-se pouco apoiadas por seus parceiros, relataram problemas em seus relacionamentos, estresse relacionado a mudanças em casa,

² Parte deste conteúdo é oriunda do artigo de Schwengber, D.D.S e Piccinini, C.A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 22 (2), 143-156.

dificuldades financeiras, doença ou morte na família, doença própria e desentendimentos com familiares ou amigos.

Corroborando esses resultados, uma investigação conduzida em contexto nacional revelou que mães com depressão relataram mais dificuldades com o desempenho do papel materno do que mães sem depressão (Schwengber & Piccinini, 2005). Esse estudo examinou eventuais semelhanças e particularidades nas representações de mães com e sem depressão no final do primeiro ano de vida do bebê, encontrando entre as mães com depressão mais relatos sobre dificuldades no manejo com o bebê e mais insatisfação com o apoio do companheiro e de outras pessoas. Além disso, o estudo encontrou apenas no grupo de mães com depressão relatos de estresse pela separação dos filhos devido ao retorno ao trabalho, de conflitos familiares e de dificuldades financeiras.

É interessante destacar que alguns dos estudos revisados apontaram também para uma tendência entre mães com depressão a descreverem os seus bebês como crianças com temperamento difícil (Brown et al., 1994; Hopkins, Campbell & Marcus, 1987; Mebert, 1991; Whiffen & Gotlib, 1990). Os resultados desses estudos mostraram que gestantes e mães deprimidas imaginaram e consideraram seus bebês como mais difíceis e inadaptados do que o fizeram gestantes e mães não-deprimidas.

Em relação a isso, cabe também salientar que alguns autores apontaram para a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão materna. Em um estudo que examinou as relações existentes entre o temperamento do bebê aos dois meses e a depressão materna na gravidez e dois meses após o parto, Cutrona e Troutman (1986) encontraram que o temperamento do bebê contribuiu direta e indiretamente para a depressão materna nos meses que se seguiram ao parto. A contribuição indireta do temperamento do bebê na precipitação da depressão da mãe, de acordo com os autores, ocorreu em virtude de que, diante de um bebê mais difícil, as mães perceberam a si mesmas como desempenhando uma maternagem mais pobre. Contudo, ao avaliarem a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão da mãe, Cummings e Davies (1994) chamaram a atenção para a necessidade da realização de estudos que avaliassem o comportamento neonatal antes da ocorrência da depressão da mãe. Os autores consideraram que os resultados encontrados por Cutrona e Troutman deveriam ser interpretados com cautela, tendo em vista a possibilidade de que os bebês já sofressem o impacto das alterações do estilo interativo da mãe deprimida, uma vez que estavam com dois meses de idade no momento da investigação.

Endossando a concepção de que as evidências da influência das variáveis infantis no humor da mãe não são conclusivas, Murray, Stanley, Hooper, King e Fiori-Cowley (1996) avaliaram o comportamento neonatal de bebês de mães primíparas que na gestação foram avaliadas como tendo risco para o desenvolvimento de depressão após o nascimento do bebê. Os resultados encontrados indicaram que funcionamento motor pobre e alto nível de irritabilidade dos bebês entre o décimo e o décimo quinto dia após o nascimento estiveram associados ao início da depressão da mãe dois meses depois do parto. De acordo com os autores, esses resultados indicam que fatores neonatais podem causar um impacto significativo no estado mental da mãe.

Como pode ser visto, o caráter conflituoso das mudanças experimentadas a partir do nascimento de um bebê pode representar um fator de risco para a depressão materna. Além disso, a literatura aponta para uma associação entre a presença da depressão e relatos mais negativos a respeito da experiência da maternidade. Sendo assim, torna-se fundamental a realização de intervenções com o objetivo de auxiliar a mãe, o pai e o bebê nesse momento de transição. Nesse sentido, o capítulo a seguir abordará uma intervenção psicoterápica desenvolvida com esse objetivo: a psicoterapia breve pais-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado, 1996a; Stern, 1997).

1.3. Psicoterapia breve pais-bebê³

1.3.1. Caracterização e aspectos históricos

A psicoterapia breve surgiu da necessidade de atender a algumas demandas que, por diferentes razões, não recebiam a indicação para tratamentos mais prolongados. Assim, inicialmente teve como proposta estender a psicoterapia a parcelas mais amplas da população, como nos serviços públicos de saúde mental ou mesmo em consultórios particulares (Oliveira, 1999; Yoshida, 2004). Também foi baseada na constatação de que alguns pacientes buscavam tratamentos com objetivos definidos e circunscritos em torno do que poderia ser definido como um foco para a psicoterapia (Eizirik, Wilhelms, Padilha, & Gauer, 1998).

Essas especificidades, em termos de demanda, indicação e/ou objetivos terapêuticos, produziram uma série de modificações na técnica analítica clássica, as quais fazem da terapia breve uma forma distinta de tratamento (Eizirik et al, 1998). Dessa

³ O conteúdo deste capítulo foi escrito conjuntamente com Luiz Carlos Prado, Aline Gomes, Cristiane Alfaya, Giana Frizzo, Milena Silva, Rita de Cássia Sobreira Lopes e César Augusto Piccinini, e submetido à publicação na *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, com o título “Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura”.

forma, a psicoterapia breve não é definida apenas pelo tempo de duração. O essencial é que, a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente, seja estabelecido um foco de trabalho e objetivos terapêuticos, limitados e dirigidos aos sintomas e problemática atual. Há, portanto, um planejamento de meta e duração do tratamento, sendo estes previamente fixados por paciente e terapeuta (Braier, 1997).

A literatura aponta que alguns autores foram fundamentais na viabilização e sistematização da psicoterapia breve, embora não sejam considerados teóricos desta abordagem. Dentre eles, Freud costuma ser considerado um precursor na medida em que seus primeiros tratamentos eram de curta duração e, geralmente, focalizavam os sintomas (Eizirik et al, 1998; Oliveira, 1999). Além disso, a revisão da literatura realizada por Hartke (1989) destaca o papel de Ferenczi e Rank, que na década de 20 introduziram modificações técnicas importantes no procedimento psicanalítico tradicional, a fim de abreviar o tratamento. Ainda segundo Hartke, Ferenczi propôs, em particular, a chamada “técnica ativa”, cujo principal objetivo era incitar a emergência de conflitos muito reprimidos e, portanto, pouco reconhecíveis, através de ordens ou proibições dadas pelo analista, as quais muitas vezes contrariavam o princípio da associação livre. Rank, por sua vez, introduziu algumas modificações teóricas, com a ênfase colocada no trauma do nascimento como o nódulo central da neurose. Ele acreditava na possibilidade de um tratamento psicanalítico breve para superar, em poucos meses, a ansiedade primordial advinda deste trauma. Uma contribuição importante de Rank para a psicoterapia breve foi o estabelecimento prévio de uma data para o término da análise (Hartke, 1989).

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

Posteriormente, nas décadas de 60 e 70, outros autores como Malan, Balint e Sifneos deram seguimento a esta abordagem psicoterápica, realizando novos avanços teóricos e técnicos, especialmente através de trabalhos empíricos realizados em Londres e nos Estados Unidos (Hartke, 1989). A partir daí, a psicoterapia breve ganhou formulações mais delimitadas e foi se constituindo em um amplo e diversificado campo de estudo e atuação.

O desenvolvimento da psicoterapia breve, em suas diferentes abordagens, trouxe para o campo das psicoterapias não apenas uma modificação de natureza técnica, mas também uma mudança de caráter teórico. Ao lado de um modelo que se centrava no intrapsíquico e pulsional para explicar a constituição psíquica e as psicopatologias, criou-se uma nova perspectiva de compreensão destes processos, a qual foi denominada por Greenberg e Mitchell (1994) de modelo estrutural-relacional. Esta abordagem defende que a constituição psíquica teria como base as primeiras relações do bebê com o ambiente, e as psicopatologias derivariam de dificuldades nestas relações.

1.3.2. Importância das relações iniciais

As primeiras relações do bebê com seu ambiente já se iniciam durante a gestação através das expectativas parentais sobre o bebê e das interações estabelecidas com ele (Brazelton, 1987; Brazelton, 1988; Caron, 2000; Stainton, 1985). Depois do nascimento, os pais seguem depositando no bebê suas fantasias e expectativas, as quais ele responderá de acordo com suas características, formando-se um padrão de relação pais-bebê. Dentro desse padrão, Brazelton e Cramer (1992) consideraram tanto a interação objetiva pais-bebê quanto o significado subjetivo dessa relação. Esse significado subjetivo, construído com base nas interações vividas no decorrer do desenvolvimento do indivíduo, especialmente com as figuras parentais, constitui as interações imaginárias pais-bebê. Estas englobam as fantasias dos pais a respeito de si mesmos, de seus parentes mais próximos, bem como seus ideais e medos.

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

Em uma revisão teórica a respeito das diferentes abordagens das relações objetais, Greenberg e Mitchel (1994) ressaltaram que, apesar de algumas divergências, todos os autores acima enfatizaram que o desenvolvimento psíquico ocorre a partir das experiências emocionais vividas nos vínculos humanos. Segundo estes autores, Sullivan defendeu enfaticamente esse ponto de vista ao romper com a teoria freudiana, sugerindo que cada um dos princípios da teoria pulsional poderia ser melhor compreendido em termos de processos interpessoais e sociais. Para ele, o objeto de estudo da psiquiatria

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

A busca de relação com o outro foi apontada por Fairbairn como a principal motivação para os comportamentos e experiências infantis, tirando o foco da descarga pulsional como base para as relações interpessoais (Greenberg & Mitchell, 1994). Ele também postulou que os primeiros meses de vida da criança centram-se em uma experiência de fusão com a mãe, à qual deve seguir-se uma progressiva separação. Duas décadas depois, Mahler (1975/1993) retomou essa visão, identificando diversas fases no processo de separação-individuação da criança em relação à mãe, com base na observação do comportamento de bebês. Ela afirmava que o modo como a dupla passa por estas etapas – desde a diferenciação até a consolidação da individuação – leva a um desfecho mais próximo da saúde ou da patologia. Spitz (1979), por sua vez, salientou a importância da relação mãe-filho desenvolvendo o conceito de depressão anaclítica do bebê, que é o declínio físico e psíquico em resposta à privação da mãe.

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

1.3.3. Diferentes abordagens nas psicoterapias breves pais-bebê

As contribuições de todos os autores apresentados anteriormente, além das de outros interessados na qualidade dos aspectos relacionais e interacionais para o desenvolvimento emocional do indivíduo, como Fraiberg, Adelson e Shapiro (1994) e Lebovici (1987), contribuíram para o surgimento das psicoterapias conjuntas mãe-bebê ou pais-bebê. Essas surgiram a partir da necessidade de contemplar a notável mobilização psíquica dos pais e a velocidade das modificações subjetivas, interativas e sintomáticas que se operam particularmente entre a mãe e o bebê no puerpério (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Nesse período, observa-se uma forma particular de funcionamento psíquico, na qual ocorre a redistribuição dos investimentos parentais. Alguns autores indicam que esta mobilização psíquica pode iniciar já durante a gravidez (Winnicott, 1956/2000; Stern, 1997). A criança se transforma em uma espécie de elo de ligação e depositária de investimentos que, até então, estavam ligados a objetos internos ou a aspectos do *self* dos pais. Sendo assim, a “entidade” examinada nas psicoterapias desse período refere-se a um sistema complexo, no qual convergem as seguintes tramas: os funcionamentos particulares do pai e da mãe; as contribuições do bebê; o relacionamento desses sistemas em uma psicoterapia; e as contribuições do terapeuta (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

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

Assim como Fraiberg et al. (1994), Lebovici (1987) também enfatizou os aspectos transgeracionais, além de estimular o estudo das interações do ponto de vista

psicanalítico. Lebovici chamou a atenção dos psicanalistas para a importância do papel interacional na constituição psíquica precoce, e da dialética entre intrapsíquico e interpessoal, estimulando o estudo das interações (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Desenvolveu as chamadas consultas terapêuticas, as quais compreendem a observação da interação entre mãe, bebê e, quando necessário, outros membros da família, permitindo a evocação das fantasias dos pais projetadas sobre o bebê. O terapeuta ajudaria os pais a compreender as motivações conscientes e inconscientes dos seus comportamentos relacionados ao bebê (Lebovici, 1987).

A partir destes precursores, outras formas de intervenção pais-bebê foram propostas. Stern (1997) sistematizou alguns destes modelos, tais como: o uso de escalas para a avaliação do desenvolvimento do bebê, a observação da interação mãe-bebê e as psicoterapias pais-bebê. No presente estudo serão examinadas apenas estas últimas: as psicoterapias pais-bebê propriamente ditas. De acordo com Stern, algumas destas técnicas têm como objetivo modificar as representações dos pais, enquanto outras objetivam mudar os comportamentos interativos pais-bebê.

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

De acordo com Stern (1997), outros autores além de Dolto acreditaram que as representações dos pais deveriam ser modificadas pela psicoterapia pais-bebê, como Liebermann e Pawl (1993), Cramer e Palacio-Espasa (1993) e o próprio Stern. A psicoterapia bebê-pais, conforme proposta por Liebermann e Pawl (1993), foi inspirada principalmente nos trabalhos da psicanalista Fraiberg. Nesta abordagem o relacionamento bebê-pais é considerado o ‘paciente’, e não somente os pais com seus mundos

representacionais. Além disso, a qualidade da relação terapeuta-pais é vista como sendo o principal fator para o processo de mudança na relação pais-bebê, já que a experiência da relação com o terapeuta é entendida como uma possibilidade de apego corretivo.

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

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

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

A orientação interacional desenvolvida por McDonough (1993) baseia-se na análise de videotapes das sessões de psicoterapia, realizada junto com a família. Conforme revisão desta técnica realizada por Schwengber, Alfaya, Lopes e Piccinini (2003), o foco desta intervenção é melhorar o sentimento de competência dos pais em relação aos cuidados do bebê, salientando os aspectos positivos das interações familiares. Nesta abordagem, o terapeuta deve observar tanto a estrutura da interação, o que a díade ou a família faz, como o seu estilo. Além disso, embora não seja uma técnica interpretativa, considera o contexto do desenvolvimento dos pais enquanto filhos, no sentido de conhecer o equilíbrio da estrutura transgeracional, a existência de atritos

parentais, papéis e relacionamentos disfuncionais, bem como a experiência da infância dos pais. Ainda segundo os autores, nessa abordagem a competência e a auto-estima dos pais são reforçadas, sendo o principal objetivo o de realizar intervenções que modifiquem o comportamento problemático e, ao mesmo tempo, que promovam modelos saudáveis de comportamentos interacionais.

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

O modelo de intervenção breve e focal das terapias pais-bebê possui várias semelhanças com a terapia familiar (Prado, 1996a). Na concepção de Cramer e Palacio-Espasa (1993), o foco estaria relacionado às dificuldades da relação mãe-bebê vinculadas a algum aspecto conflitivo de sua história. Na visão sistêmica de família, este foco também pode estar relacionado a algum aspecto da relação do casal ou da família mais ampla, articulado de alguma maneira com interações conflitivas passadas na família de origem do pai ou da mãe (Prado, 1996a).

Conforme o exposto acima, observa-se que várias abordagens compõem o panorama atual das psicoterapias pais-bebê, as quais apresentam uma ampla diversidade de referenciais teóricos e técnicos. Os membros do *Núcleo de Infância e Família* (NUDIF)⁴, do qual faz parte a autora do presente estudo, vêm desenvolvendo pesquisas sobre a psicoterapias pais-bebê, tendo optado por utilizar principalmente a abordagem psicodinâmica de Cramer e Palacio-Espasa (1993), juntamente com conceitos de Stern (1997) e da abordagem familiar-sistêmica (Prado, 1996a). Dessa forma, serão expostos a seguir mais detalhadamente aspectos destas abordagens, bem como seus pontos de convergência.

⁴ O NUDIF integra o *Grupo de Pesquisa em Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia* – GIDEP (www.psicologia.ufrgs.br/gidep) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e faz parte do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. Os autores da presente revisão que constitui este capítulo integram o NUDIF, com exceção do Dr. Luiz Carlos Prado, que é o supervisor clínico do projeto de pesquisa intitulado “*O Impacto da Psicoterapia Breve Pais-Bebê para a Depressão Materna e para a Interação Pais-Bebê: Estudo Longitudinal do Nascimento ao Segundo Ano de Vida do Bebê*” (Piccinini et al., 2004).

1.3.4. Integrando abordagens psicoterápicas pais-bebê

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

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

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

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

Em relação às defesas acima mencionadas, Cramer e Palacio-Espasa (1993) postularam que os mecanismos de identificação, projeção e identificação projetiva ocupam um papel central na clínica de pais e bebês. Para os autores, a identificação, no contexto do desenvolvimento da criança, surge como um mecanismo que permite a estruturação do ego e das instâncias psíquicas. Já a projeção é um mecanismo de defesa considerado como essencialmente psicopatológico. No entanto, eles chamaram a atenção para o fato de que, na relação pais-bebê, nem sempre a projeção possui uma ação patogênica. Assim, utilizando-se do conceito longamente discutido pela tradição psicanalítica, consideraram a identificação projetiva um mecanismo natural do funcionamento parental, o qual permite o investimento dos pais sobre o filho, ou seja: a fim de conhecerem o seu bebê, os pais identificam e projetam nele os seus objetos internos e aspectos de si mesmos enquanto filhos.

A originalidade do conceito de identificação projetiva está na ampliação e aprofundamento da noção freudiana de projeção (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Quando essa identificação é empática e sadia exerce uma função de comunicação, a qual é fundamental no estabelecimento e manutenção do vínculo com o filho. Porém, quando tem como finalidade a defesa patológica, ocorre um esvaziamento de aspectos de si próprio no objeto e uma atribuição ao *self* de aspectos do objeto, podendo ocorrer uma indiferenciação. Nessa mesma direção, os autores apontaram para dois movimentos possíveis: de um lado, a identificação projetiva ocorrendo a serviço do reconhecimento da comunicação e da empatia com o objeto, proporcionando um intenso e sadio investimento no mesmo. Por outro lado, quando há o predomínio da agressividade, esse mecanismo se torna intrusivo e controlador em relação ao objeto. Quando isso ocorre, observa-se uma intensa clivagem de aspectos de si-próprio que são “evacuados” no objeto, impossibilitando a comunicação com ele.

Ainda em relação a esse importante conceito, Cramer e Palacio-Espasa (1993) afirmaram que a identificação projetiva pode ser evidenciada nas expectativas da mãe diante do comportamento de seu bebê. Assim, a mãe representaria alguns aspectos da maneira de ser do bebe de acordo com traços semelhantes aos que conservou dos objetos de seu passado. Para os autores, as fantasias da mãe a respeito do comportamento do filho seriam o componente pulsional que anima as suas representações. No funcionamento parental normal, esse mecanismo toma uma dimensão empática. Já no funcionamento

parental neurótico, embora tenha a finalidade de recuperar os vínculos com os objetos do passado dos pais, acaba por forçar o filho a adotar as imagos sobre ele projetadas, exercendo uma pressão alienante sobre a criança. Por fim, no funcionamento parental narcisista, a identificação projetiva tem como objetivo expulsar aspectos conflitivos dos pais, dando origem a interações muito patológicas.

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

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

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

Nesse aspecto, quando inclui a tríade pai-mãe-bebê, a abordagem de Cramer e Palacio-Espasa (1993) aproxima-se da abordagem familiar sistêmica (Prado, 1996a), a qual, conforme mencionado anteriormente, também embasa as intervenções psicoterápicas pais-bebê realizadas pelos pesquisadores do NUDIF. Para Prado (1996a), o enfoque sistêmico busca, sempre que houver possibilidade, observar a história e intervir sobre ela, colocando os familiares para interagirem a fim de reviverem juntos alguns pontos importantes de suas histórias que lancem luz sobre o presente e ajudem a transformá-lo.

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

Assim, percebe-se que a clínica de bebês pode ser considerada um ponto de encontro entre a abordagem psicodinâmica mãe-bebê de Cramer e Palacio-Espasa (1993) e a familiar-sistêmica (Prado, 1996b). Em virtude de ambas salientarem a importância de se considerar não somente as questões intrapsíquicas da mãe, mas de todos aqueles envolvidos no cuidado direto com o bebê, geralmente o pai, torna-se mais indicado chamar esta abordagem terapêutica de psicoterapia breve pais-bebê (Piccinini et al., 2004; Prado, 1996b; Trad, 1997). É importante considerar que, nessa concepção, por vezes outros familiares podem ser solicitados a participar das sessões, como os avós e tios do bebê, o que é sempre previamente combinado com os pais (Piccinini et al., 2004; Prado, 1996b; Trad, 1997).

A psicoterapia breve pais-bebê é indicada nos casos de distúrbios psicofuncionais, como de sono e alimentação, em angústias de separação, nos distúrbios de apego e nos distúrbios relacionais pais-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado, 1996b; Stern,

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

Como pode ser visto, a qualidade do relacionamento pai-mãe-bebê representa um alicerce fundamental para a dinâmica familiar e para o desenvolvimento psicológico dos indivíduos. Neste sentido, acredita-se que a psicoterapia breve pais-bebê pode ser uma abordagem profícua na promoção de vínculos afetivos favoráveis para o desenvolvimento, ao intervir nos inúmeros distúrbios que podem ocorrer no relacionamento inicial pais-bebê, e que podem influenciar toda a família, como no caso da depressão materna. A seguir serão revisados alguns estudos que abordaram a utilização da psicoterapia breve pais-bebê no contexto da depressão materna.

1.3.5. Psicoterapia pais-bebê no contexto da depressão materna: estudos empíricos

Além de sua contribuição teórico-técnica, o grupo de Cramer e Palacio-Espasa também se dedicou à realização de pesquisas envolvendo a psicoterapia breve pais-bebê. Estas iniciaram a partir de uma demanda clínica composta por bebês com sintomas psicofuncionais e problemas de comportamento. No decorrer das investigações, os autores, partindo de uma perspectiva teórica relacional, verificaram uma associação destes sintomas com o quadro clínico de depressão materna (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

Os estudos descritos por Cramer (1997) e Cramer et al. (1990) avaliaram os efeitos da psicoterapia breve para a melhora dos sintomas do bebê, da qualidade da interação mãe-bebê e da auto-estima materna. Seus estudos, realizados na Suíça, consistiram no atendimento de diversas famílias com bebês entre seis e trinta meses de

vida. A avaliação familiar ocorreu antes do início do tratamento, uma semana após o término da terapia, e seis meses depois. Os resultados, que foram comparados com aqueles obtidos pela Orientação Interacional (McDonough, 1993), mostraram que ambas as intervenções promoveram a melhora dos sintomas do bebê, assim como a qualidade da interação mãe-bebê. Embora a depressão materna não tenha sido superada completamente, houve uma melhora significativa no estado subjetivo materno, pois além da auto-estima, as mães referiram ter melhorado em outras dimensões, percebendo-se mais calmas, afetuosas, confiantes e bonitas após o tratamento. Além disso, também observaram que seus filhos ficaram mais confiantes e independentes.

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

Em outro estudo dos mesmos pesquisadores (Murray et al., 2003), com os mesmos participantes e delineamento descrito acima, os autores avaliaram os efeitos da psicoterapia pais-bebê no relacionamento mãe-bebê e no desenvolvimento posterior da criança. Os resultados revelaram que os relatos de problemas de comportamento e de relacionamento com os bebês foram significativamente reduzidos na primeira avaliação. Isso foi atribuído não somente à remissão dos sintomas da depressão, mas também ao fato

de que os tratamentos proporcionaram às mães a oportunidade de discutirem seus problemas de manejo com os filhos. Já aos dezoito e aos sessenta meses, os participantes que receberam as intervenções clínicas não diferiram significativamente da condição controle, que consistia em visitas domiciliares que forneciam apoio nos cuidados com o bebê. Os autores concluíram que, embora a intervenção precoce tenha trazido benefícios a curto prazo, intervenções mais prolongadas poderiam ser necessárias.

Esses achados levantam questões acerca da metodologia utilizada no estudo, considerando-se que as mães designadas à chamada condição controle também tiveram acesso a uma intervenção potencialmente benéfica à relação mãe-bebê. É plausível se pensar que os resultados poderiam ser diferentes caso os grupos que receberam as intervenções fossem comparados a um grupo que não recebesse qualquer intervenção. Além disso, este estudo seguiu uma tendência em relação à pesquisa em psicoterapia, que é a pesquisa de resultados, na qual os pesquisadores costumam utilizar-se de instrumentos rigorosos aplicados no início, meio e fim dos tratamentos, sem considerar os fatores de mudança envolvidos no processo terapêutico (Araújo & Wiethaeuper, 2003). Apesar de muitos pesquisadores clínicos preocuparem-se com a investigação do processo psicoterapêutico como variável de grande influência nos efeitos positivos ou negativos dos resultados, outros tantos buscam apenas analisar o ‘antes’ e o ‘depois’, sem verificar a influência do processo na eficácia dos tratamentos. De acordo com as autoras, a preocupação com a avaliação do processo, e não simplesmente dos resultados, deve-se em grande parte às evidências de que abordagens psicoterapêuticas diferentes alcançaram resultados clínicos semelhantes, o que pode ser explicado a partir dos fatores inespecíficos de cada abordagem, como a aliança terapêutica.

No Brasil pouco se tem publicado sobre estudos sistemáticos envolvendo psicoterapia pais-bebê no contexto da depressão materna. O NUDIF é um dos grupos de pesquisa que estão trabalhando com esta abordagem. O interesse por esta aplicação da psicoterapia pais-bebê surgiu de estudos realizados anteriormente pelo grupo, os quais verificaram associações entre a presença de depressão materna e dificuldades no funcionamento familiar (Frizzo & Piccinini, 2005; Schwengber & Piccinini, 2004; Schwengber & Piccinini, 2005; Sotto-Mayor, 2004). Os resultados encontrados nestes estudos apontaram para a necessidade da realização de intervenções frente ao quadro de depressão da mãe, ainda nos primeiros meses após o nascimento do bebê.

A intervenção utilizada baseia-se em extenso treinamento teórico e prático sobre a psicoterapia breve pais-bebê, realizado pelo supervisor clínico do presente estudo. Cinco

psicoterapeutas-pesquisadoras atenderam cerca de 20 famílias com mães deprimidas, além de um pequeno grupo de famílias cujos filhos apresentavam mal formação. Nesse projeto, conforme será detalhado no capítulo acerca do método de pesquisa, são realizadas algumas sessões de avaliação inicial, que envolvem mais de dois encontros, a fim de investigar aspectos da história da gestação, das questões relativas à maternidade e à paternidade, sobre o relacionamento conjugal e demais relacionamentos familiares, bem como uma avaliação do desenvolvimento comportamental e sócio-emocional do bebê. O genograma familiar também é utilizado como recurso técnico na avaliação inicial dos pacientes. Ao final das avaliações é feita uma entrevista de devolução na qual, caso exista indicação terapêutica para esta abordagem psicoterápica, é combinado o foco da psicoterapia e realizado o contrato das sessões. O processo psicoterápico compreende de quatro a doze sessões semanais, cada uma com duração de aproximadamente 60 minutos. As sessões são gravadas em áudio e vídeo. A participação do bebê é fundamental, pois a observação da interação com ele é um importante elemento de trabalho (Prado, 1996b). O enquadre da sessão terapêutica deve permitir o máximo de interações entre os pais e bebê, a fim de que se possa diagnosticar e intervir na qualidade da relação. O pai também é incentivado a participar da psicoterapia e, conforme a necessidade do caso, outros familiares, como os avós do bebê, são convidados a participar de algumas sessões. Nesse caso, a presença de mais familiares é sempre combinada previamente com a mãe e o pai do bebê. Segue-se a abordagem descrita por Cramer e Palacio-Espasa (1993) e Stern (1997), bem como alguns elementos da abordagem familiar sistêmica (Prado, 1996b).

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

Justificativa e objetivos do estudo

Como mostra a literatura, os comportamentos interativos das díades com mães deprimidas nos primeiros meses de vida do bebê revelam, de um modo geral, menos respostas contingentes, menos atividade e mais afeto negativo do que díades com mães não-deprimidas. Ao final do primeiro ano de vida, as interações tendem a se caracterizar por mais expressões de afeto negativo, assim como por menos atenção compartilhada e engajamento ao brincar.

A literatura mostra também que mães deprimidas comumente relatam mais dificuldades relacionadas ao exercício da maternidade e impressões mais negativas sobre o desenvolvimento e o temperamento de seus filhos do que mães que não apresentam depressão. Além disso, alguns estudos com mães que estiveram deprimidas revelaram o seu sentimento de serem pouco apoiadas em relação aos cuidados com o bebê, especialmente no que diz respeito ao apoio do parceiro, relatando mais eventos de vida negativos após o nascimento do bebê.

A partir do que foi exposto, entende-se que a depressão materna deve ser diagnosticada e tratada precocemente, a fim de apoiar a mãe em suas dificuldades, bem como com o objetivo de preservar a formação do vínculo afetivo entre mãe-bebê e o desenvolvimento saudável da criança nas áreas afetiva, social, cognitiva e motora. Embora vários autores apontem para a importância da realização de intervenções precoces nessas situações, poucos estudos têm sido conduzidos no sentido de examinar os efeitos de intervenções psicoterápicas pais-bebê no contexto da depressão materna, com o que se faz necessária a realização de novos estudos.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar eventuais alterações nas representações acerca da maternidade de mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê. A expectativa inicial era de que a psicoterapia breve pais-bebê pudesse proporcionar às mães uma modificação nas eventuais representações negativas a respeito da maternidade, particularmente no que se refere aos quatro temas que constituem a constelação da maternidade (Stern, 1997): 1) *vida-crescimento*; 2) *relacionar-se primário*; 3) *matriz de apoio*; 4) *reorganização da identidade*. Associado a isso, esperava-se que o processo psicoterápico trouxesse uma melhora em relação à depressão materna, a eventuais sintomas do bebê e nos comportamentos interativos.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1.Participantes

Participaram deste estudo duas famílias com mães que apresentavam indicadores de depressão, com base nos escores das mães no Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) e na realização de uma entrevista clínica diagnóstica (GIDEP/NUDIF, 2003b). Ambas as mães eram primíparas, casadas e tinham as idades de 31 (Família 1) e 32 anos (Família 2). Os bebês não apresentaram complicações ao nascimento e tinham as idades de sete e seis meses por ocasião da avaliação inicial. As duas famílias residiam em Porto Alegre e tinham nível socioeconômico médio e médio baixo, respectivamente. O contato inicial foi feito através de hospitais, postos de saúde da rede pública e através de divulgação em órgãos de comunicação. A primeira família tomou conhecimento da pesquisa por indicação de uma doutoranda do mesmo programa de pós-graduação enquanto a segunda foi encaminhada pela equipe de um dos hospitais públicos contatados.

As famílias que participaram do estudo fazem parte do projeto intitulado “*O Impacto da Psicoterapia Breve Pais-Bebê para a Depressão Materna e para a Interação Pais-Bebê: Estudo Longitudinal do Nascimento ao Segundo Ano de Vida do Bebê*” (Piccinini et al., 2004), que investiga uma série de fatores relacionados à depressão materna nos primeiros meses após o nascimento do bebê. Uma equipe de cinco psicoterapeutas, que inclui a autora do presente estudo, atendeu aproximadamente 20 famílias com mães deprimidas. As primeiras duas famílias atendidas pela autora fazem parte deste estudo.

2.2.Delineamento e Procedimentos

Foi utilizado um delineamento de Estudo de casos coletivo (Stake, 1994), de caráter longitudinal, com o objetivo de investigar eventuais mudanças nas representações acerca da maternidade de mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê. Em cada um dos casos buscou-se examinar as representações maternas relacionadas aos quatro temas que constituem a constelação da maternidade (Stern, 1997): 1) *vida-crescimento*; 2) *relacionar-se primário*; 3) *matriz de*

apoio; e 4) *reorganização da identidade*. Além disso, foram examinadas as semelhanças e particularidades entre os casos.

O estudo envolveu três fases de coleta de dados. Na Fase I, num primeiro encontro, ainda nos locais de recrutamento dos participantes, as mães responderam à *Ficha de Contato Inicial* (GIDEP/NUDIF, 1998) e, por preencherem os critérios de inclusão no presente estudo, assinaram também o *Consentimento Livre e Esclarecido* (GIDEP/NUDUF, 2003a). As famílias foram então convidadas para um segundo encontro, que ocorreu na Sala de Brinquedos do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nesse encontro, as mães responderam inicialmente ao *Inventário Beck de Depressão* (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) e à *Entrevista Diagnóstica* (GIDEP/NUDIF, 2003b) para confirmar os indicadores de depressão materna. Além disso, responderam à *Entrevista sobre a Gestação e o Parto* (GIDEP/NUDIF, 2003c), à *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* (GIDEP/NUDIF, 2003d) e à *Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê* (GIDEP/NUDIF, 2003e).

Na Fase II do estudo, uma intervenção psicoterápica breve pais-bebê foi oferecida às famílias cujas mães apresentaram indicadores de depressão. O atendimento psicoterápico, realizado pela autora, ocorreu na Sala de Brinquedos do Instituto de Psicologia da UFRGS a partir de encontros semanais, totalizando sete (Família 1) e catorze sessões psicoterápicas (Família 2). De acordo com a necessidade, os participantes foram encaminhados para atendimento na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS após o atendimento. Este atendimento posterior foi oferecido gratuitamente como parte do presente estudo.

A Fase III ocorreu cerca de uma a quatro semanas após o término das sessões de psicoterapia e envolveu uma nova avaliação da mãe através dos mesmos instrumentos mencionados na Fase I: *Inventário Beck de Depressão*, *Entrevista Diagnóstica*, *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* e *Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê*. Cabe destacar que as duas últimas entrevistas foram adaptadas nesta fase em relação à idade do bebê⁵.

⁵ Outros instrumentos foram utilizados nas três fases mencionadas, conforme descrito no projeto “*O Impacto da Psicoterapia Breve Pais-Bebê para a Depressão Materna e para a Interação Pais-Bebê: Estudo Longitudinal do Nascimento ao Segundo Ano de Vida do Bebê*” (Piccinini et al., 2004). Dados destes instrumentos não foram utilizados no presente estudo.

2.3. Considerações Éticas

De acordo com Nachmias e Nachmias (1996), o consentimento para a participação em uma pesquisa deve ser voluntário e informado, devendo comunicar os seguintes elementos: explanação justa dos procedimentos a serem seguidos e seus objetivos; descrição dos possíveis riscos e desconfortos a serem esperados; descrição dos benefícios a serem esperados; informação sobre procedimentos alternativos apropriados que possam ser desvantajosos para o participante; disponibilidade do pesquisador para responder qualquer dúvida com relação aos procedimentos; informação de que o participante é livre para retirar seu consentimento e interromper a participação no projeto a qualquer momento sem prejuízos para o participante.

No presente estudo, as mães tiveram reafirmadas sua privacidade e confidencialidade, inclusive com relação às gravações realizadas, perante o Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo A), o qual foi lido e assinado antes do início do estudo propriamente dito.

As questões éticas pertinentes ao presente projeto foram minuciosamente examinadas no sentido de respeitar os direitos humanos dos participantes. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas (Proc. 03/068), pelo Comitê de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (Proc. 05/03), pelo Comitê de Ética da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Proc. 200396) e pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição (Proc. 088/03). Cópia dos pareceres no Anexo B.

2.4. Instrumentos e Materiais

Ficha de contato inicial (GIDEP/NUDIF, 1998): esta ficha foi preenchida pelas mães ou pais com o auxílio dos pesquisadores que participaram da primeira fase de coleta de dados do estudo, com o objetivo de selecionar as possíveis famílias participantes do estudo. Para tanto, investigou alguns dados demográficos, tais como: constituição familiar, idade da mãe e do companheiro, escolaridade, profissão e estado civil. Também foi anotado o telefone e/ ou endereço para o contato posterior. Cópia no Anexo C.

Avaliação da depressão: A elaboração do diagnóstico de depressão e a mensuração da gravidade dos sintomas da doença são tarefas diferentes, considerando-se que a primeira consiste em determinar a presença ou a ausência de um conjunto de características

clínicas descritivas dessa condição enquanto que a segunda refere-se à possibilidade de estimar quantitativamente a gravidade dos sintomas (Calil & Pires, 1998). Nesse sentido, a utilização de escalas de avaliação dos sintomas da depressão, com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV, torna-se fundamental em estudos sobre a eficácia de intervenções terapêuticas. Tendo em vista essas considerações, foram utilizados no presente estudo dois instrumentos a fim de avaliar a depressão materna e paterna.

O primeiro foi o Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001). Esta escala é provavelmente a medida de auto-avaliação da depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (Gorenstein & Andrade, 1998). O BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Esta escala foi desenvolvida a partir de observações clínicas e descrições de sintomas característicos de pacientes depressivos, como um instrumento que objetiva avaliar a intensidade da depressão. A versão em português do BDI resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, 2001; Cunha, Prieb, Goulart & Lemes, 1996). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ($p < 0,001$). Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Esses itens contemplam diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos).

A literatura aponta para diferentes propostas de pontos de corte para distinguir os níveis de depressão a partir da utilização do BDI, o que depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo (Gorenstein & Andrade, 1998). De acordo com as autoras, escores acima de 15 podem ser utilizados para detectar disforia em amostras não diagnosticadas clinicamente, mas o termo “depressão” deve ser utilizado apenas para os

indivíduos com escores acima de 20. Um estudo desenvolvido no Chile avaliou a utilização do BDI nos quadros do pós-parto. A pesquisa contou com 125 participantes submetidas a avaliações clínicas na trigésima semana de gestação e na oitava semana após o parto. Os resultados indicaram que o BDI demonstra ser um instrumento com elevada capacidade de discriminação da depressão materna na gravidez e após o nascimento do bebê (Alvarado et al., 1993). Para os autores, a maior eficiência do instrumento com esse tipo de população se obtém com os seguintes pontos de corte: pontuação igual ou superior a 15 para presença de depressão e pontuação igual ou inferior a 9 para ausência de depressão.

Além do BDI, a avaliação da depressão foi feita mediante a realização de uma “*Entrevista Diagnóstica*” (GIDEP/NUDIF, 2003b). A entrevista baseou-se em Dunnewold (1997) e nos critérios do DSM-IV, e teve como objetivo investigar os sintomas atuais do pós-parto, a história imediata da mãe na gestação, a qualidade de seus relacionamentos com o bebê, com sua família e seu marido, e o histórico médico prévio. De acordo com o DSM IV, o indivíduo em episódio depressivo típico usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida, fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Além desses sintomas usuais, outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído. Cópia da entrevista no Anexo E.

Psicoterapia breve pais-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado, 1996a; Stern, 1997): Como foi descrito anteriormente, esta intervenção consiste na formulação de um foco, o qual é definido pela identificação de modalidades interativas patológicas que correspondam aos distúrbios do apego, à formação de sintomas no bebê e a desestruturas das relações precoces entre pais e bebê. Dentro desse enfoque, o terapeuta pode demonstrar o papel etiológico da formação de sintomas relacionando-os às representações conflituosas dos pais, sendo que, em geral, o tratamento ocorre entre quatro e doze sessões. As psicoterapias relatadas no presente estudo tiveram a duração de sete (Família 1) e catorze sessões (Família 2). Cada sessão (semanal) teve a duração de aproximadamente uma hora, e estas foram gravadas em áudio e vídeo. O enquadre da sessão terapêutica foi organizado para permitir o máximo de interações entre os pais e bebê, a fim de se diagnosticar e intervir na qualidade da relação.

É importante destacar que a autora, juntamente com as demais terapeutas do projeto longitudinal do qual o presente estudo faz parte, participou de um treinamento sobre a teoria e a técnica da psicoterapia breve pais-bebê. Este treinamento consistiu na realização de 30 encontros entre o grupo de pesquisadoras e o supervisor. Os encontros ocorreram semanalmente ao longo de oito meses e tiveram a duração de uma hora e meia, totalizando 45 horas. Após esse período teve início a supervisão grupal semanal dos casos atendidos, a qual ocorreu ao longo de quase quatro anos. Nas supervisões, o material clínico foi trabalhado a partir dos relatos das psicoterapeutas e da análise e discussão das filmagens das sessões.

Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003c): trata-se de uma entrevista semi-estruturada cujo objetivo foi o de investigar as impressões maternas sobre a gestação e o parto. A entrevista é composta por dois blocos de questões. No primeiro deles investigaram-se diversos aspectos referentes ao período da gravidez, tais como: planejamento e sentimentos da mãe e dos familiares com a notícia da gestação; estado físico e emocional da mãe nesse período; principais preocupações consigo e com o bebê; mudanças e apoio percebidos. No segundo investigou-se o parto e os primeiros dias após o nascimento do bebê. Entre os aspectos abordados, destacam-se: tipo de parto; ocorrência de complicações; principais preocupações em relação a si mesma e ao bebê; mudanças percebidas em si mesma e nos familiares com o nascimento do bebê; sentimentos a respeito das primeiras horas e dias após o nascimento. Durante a entrevista solicitou-se à mãe que relatasse os seus sentimentos e impressões desde o recebimento da notícia da gestação até os primeiros contatos com o bebê. Suas associações foram respeitadas e quando um maior aprofundamento se fez necessário a entrevistadora solicitou explicações adicionais à mãe, com o objetivo de esclarecer suas respostas. Cópia no Anexo F.

Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003d): Esta entrevista semi-estruturada, composta por cinco blocos de questões, buscou investigar os sentimentos da mãe a respeito da maternidade, a fim de identificar suas representações a respeito dos temas que constituem a constelação da maternidade: 1) vida-crescimento; 2) o relacionar-se primário; 3) a matriz de apoio; e 4) a reorganização da identidade (Stern, 1997). No primeiro bloco foram abordados os sentimentos a respeito de si mesma e do bebê, particularmente no que se refere à rotina de cuidados e à comunicação entre a

díade. No segundo foram investigados os sentimentos referentes aos êxitos e dificuldades relacionados à maternidade, bem como as impressões a respeito de mudanças no que se refere a sua identidade como esposa, profissional e filha. No terceiro e no quarto blocos examinaram-se os sentimentos a respeito do desempenho e do apoio do companheiro como pai, assim como os sentimentos sobre o apoio recebido por outras pessoas. O quinto bloco investigou questões a respeito de cuidados alternativos para o bebê, particularmente no que se refere à creche. Durante a entrevista solicitou-se à mãe que relatasse os seus sentimentos e impressões sobre a maternidade desde o nascimento do bebê até o momento da realização da entrevista. Da mesma forma, suas associações foram respeitadas e explicações adicionais foram solicitadas quando necessário, com o objetivo de esclarecer as respostas. Cópia no Anexo G.

Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê (GIDEP/NUDIF, 2003e): trata-se de uma entrevista semi-estruturada com dez blocos de questões, cujo objetivo foi o de avaliar as impressões maternas sobre o desenvolvimento do bebê. As questões que constituem os blocos avaliaram os seguintes aspectos: sentimentos e impressões a respeito do crescimento e desenvolvimento do bebê; relatos sobre problemas de saúde; impressões sobre a alimentação, o sono, o choro e o humor do bebê; descrições sobre o seu comportamento quando acordado, quando da troca de fraldas e de roupas, ao brincar e diante de novas situações. Durante a entrevista solicitou-se à mãe que descrevesse os seus sentimentos e impressões acerca do desenvolvimento do bebê, sendo que informações adicionais foram pedidas quando se fez necessário o esclarecimento das respostas. Cópia no Anexo H

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de investigar eventuais alterações nas representações acerca da maternidade de mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê, examinam-se, a seguir, os relatos derivados das entrevistas e das sessões de psicoterapia realizadas com as duas famílias cujas mães apresentavam indicadores de depressão. Estes relatos foram obtidos a partir de entrevistas realizadas antes da psicoterapia, durante as sessões e em entrevistas realizadas até um mês após o final da psicoterapia. Como já foi descrito anteriormente, um dos objetivos da psicoterapia breve pais-bebê é o de proporcionar aos pais uma conexão temática entre os seus conflitos infantis, seus conflitos atuais e a sua interação pregressa e atual com o bebê e com os demais membros da família. Nesse sentido, a técnica psicoterápica visa principalmente a modificação das representações parentais, na medida em que possibilita aos pais acessar as suas memórias e representações, ligando-as ao interagido com o bebê.

De acordo com a literatura (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado, 1996a; Stern, 1997), a expectativa inicial era de que a psicoterapia levasse a mudanças nas representações negativas a respeito da maternidade. Assim, esperava-se encontrar nos relatos maternos uma evolução positiva em relação a eventuais queixas e impressões negativas. Como exemplo, destaca-se o sentimento de não ser capaz de cuidar do bebê, de não conseguir entender as suas necessidades, de se sentir pouco apoiada ou com muitas dificuldades frente às mudanças advindas com a maternidade.

Realizou-se uma análise das verbalizações, relatos e diálogos efetuados ao longo de todo o processo psicoterápico, a qual foi baseada na análise de conteúdo qualitativa (Laville & Dione, 1999). Nesta análise recorreu-se principalmente a um dos aportes teóricos que embasam a psicoterapia breve pais-bebê: a concepção de Stern (1997) a respeito da *constelação da maternidade*. Conforme foi descrito anteriormente, esta “constelação” caracteriza-se por um funcionamento psíquico particular da mãe após o nascimento de um bebê, no qual alguns temas ou preocupações tornam-se mais evidentes do que em outros períodos. Estes temas, que se tornaram os eixos interpretativos das entrevistas e sessões no presente estudo, são sucintamente apresentados a seguir: 1) *Tema da vida-crescimento*: refere-se às preocupações da mãe em relação a ter condições de manter seu bebê vivo e promover o seu desenvolvimento físico; 2) *Tema do relacionar-se*

primário: refere-se às preocupações maternas com a capacidade de se envolver emocionalmente com o bebê de uma maneira pessoalmente autêntica, com o intuito de assegurar ao bebê um desenvolvimento psíquico adequado; 3) *Tema da matriz de apoio*: refere-se à necessidade da mãe de criar, permitir, aceitar e regular uma rede apoio protetora para que possa manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo; e 4) *Tema da reorganização da identidade*: refere-se às preocupações da mãe com o fato de ser ou não capaz de transformar sua auto-identidade para permitir e facilitar as funções maternas. Incluem-se aqui as suas reflexões a respeito da mudança de *status* de filha para mãe, de esposa para progenitora e de profissional para mãe de família, assim como os seus questionamentos sobre os modelos de parentagem e os cuidados que teve da própria mãe.

Conforme foi referido na introdução, diversos psicanalistas que se interessaram pelo estudo das relações iniciais entre pais e bebê trouxeram importantes contribuições desta teoria para a construção da teoria e da técnica da psicoterapia breve pais-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Neste sentido, além de se considerar os temas da constelação da maternidade acima referidos, a análise das sessões de psicoterapia também levou em conta alguns dos principais pressupostos da teoria psicanalítica: a associação livre, a transferência e a contratransferência.

O termo associação livre, introduzido por Freud no ano de 1895, designa qualquer ligação entre dois ou mais elementos psíquicos, constituindo uma cadeia associativa (Laplanche & Pontalis, 1992). Em relação a um tratamento psicanalítico, refere-se ao conjunto do material verbalizado no decorrer de uma sessão. Embora, pelas suas características, a psicoterapia breve utilizada no presente estudo não reproduza um tratamento psicanalítico tradicional, a autora buscou compreender as mudanças nas representações considerando as associações feitas pelas mães ao longo da psicoterapia.

Além das associações, foram levados em conta os movimentos transferenciais e contratransferenciais evocados a partir dos encontros, da leitura do material, da observação das filmagens e das reflexões na supervisão clínica. Por transferência, Laplanche e Pontalis (1992) compreendem o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos a partir da relação estabelecida entre eles, principalmente em um tratamento de caráter analítico. De acordo com os autores, a transferência caracteriza-se como uma repetição de protótipos infantis, vivida com um sentimento de atualidade acentuada, enquanto a contratransferência refere-se ao conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisado.

Para examinar as eventuais mudanças nas representações maternas como função do atendimento psicoterápico, todas as entrevistas e sessões de psicoterapia de cada caso foram inicialmente transcritas. Com as transcrições em mãos, a autora assistiu aos vídeos das filmagens realizadas, com o objetivo de se reportar novamente para a situação das entrevistas e sessões de psicoterapia, e também com o intuito de efetuar possíveis correções no material. Na medida em que ia assistindo aos vídeos e fazendo a leitura do material, a autora fazia anotações sobre o que parecia se destacar nas falas e nas interações observadas entre as mães e os bebês, bem como entre todas as pessoas presentes na sessão (terapeuta, pais ou avós). Numa segunda leitura do material, a autora buscava identificar nos relatos das mães referências em relação aos temas da *constelação da maternidade* (Stern, 1997). Após essa identificação, os trechos em que as falas das mães indicavam a possibilidade de que a representação mencionada estivesse sendo encenada na interação familiar eram destacados. Assim, os vídeos eram mais uma vez assistidos, com o objetivo de observar os comportamentos interativos ocorridos naquele exato momento. Uma terceira leitura permitiu a produção do relato do material, no qual a autora destacava as falas das mães que pareciam exemplificar de forma mais relevante aquilo que estava sendo salientado em suas interpretações. É importante destacar que na análise também foram consideradas as intervenções da terapeuta e as falas do pai ou de outros membros da família quando estas estiveram relacionadas aos temas analisados.

Para fins de exposição, apresenta-se cada caso separadamente. Uma descrição inicial do caso salienta a forma como se deu o recrutamento e destaca os dados sócio-demográficos da família e as principais queixas que motivaram a procura pelo atendimento. Após esta apresentação inicial, descreve-se o processo psicoterápico a partir da análise dos quatro temas da *constelação da maternidade* (Stern, 1997), conforme examinados em cada período investigado (i.e. entrevistas realizadas antes da psicoterapia, sessões da psicoterapia e entrevistas realizadas até um mês após o final da psicoterapia). Depois de se examinar os três períodos investigados, apresenta-se um entendimento dinâmico do caso como um todo, considerando-se os seus aspectos longitudinais. É importante ressaltar que a apresentação dos casos será feita na primeira pessoa do singular, tendo em vista a proximidade da autora com os dados apresentados.

Cabe destacar que o uso destes temas como eixos teóricos interpretativos permitiu que se examinassem alguns pressupostos teóricos a respeito da maternidade e sua relação com as evidências empíricas derivadas de cada caso, bem como possibilitou que se

examinassem eventuais semelhanças e particularidades entre os casos investigados, o que será apresentado no final deste capítulo.

3.1. Família 1: Paula, Valdir e Giovana

A participação de Paula e sua família nesta pesquisa ocorreu por indicação de uma psicóloga que trabalha em outros projetos vinculados ao NUDIF (grupo de pesquisa no qual se insere o presente estudo). Esta psicóloga indicou a participação do casal após a solicitação feita pela esposa de seu primo, Cristina, que era a irmã de Paula. Segundo o relato da psicóloga, Cristina entendia que Paula estava muito deprimida desde o nascimento de Giovana e que, além disso, estava enfrentando muitas dificuldades de relacionamento com Valdir. Cabe salientar que Cristina havia tomado contato com o projeto alguns dias antes, na medida em que, também por indicação da mesma psicóloga, participou como voluntária, colaborando com o treinamento do grupo de pesquisa na aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Assim, Cristina, que na época tinha um bebê com quatro meses de idade, já evidenciava nessa entrevista preocupações com Paula, cuja filha estava com sete meses.

Na época da avaliação inicial desta família, o grupo de pesquisa havia decidido que a pesquisadora que faria as entrevistas iniciais e finais não seria a mesma que realizaria o atendimento psicoterápico. É interessante pensar que essa decisão faz parte de um processo de construção grupal, no qual estavam sendo amadurecidas algumas concepções a respeito dos papéis de pesquisador e psicoterapeuta em uma pesquisa que envolve psicoterapia. Como Paula e sua família foram os primeiros participantes do projeto, as entrevistas iniciais não foram feitas por mim, mas por outras duas pesquisadoras/psicoterapeutas do grupo, sendo que uma delas entrevistou a mãe e a outra o pai. Ao retomar o contato com o caso durante o relato das colegas na primeira supervisão clínica, discuti junto ao grupo a possibilidade de que as entrevistas iniciais dos próximos casos fossem realizadas pela mesma pessoa que posteriormente realizaria o atendimento. Essa discussão foi levantada à medida que, no decorrer do relato, percebíamos que o processo terapêutico já começava mesmo antes da psicoterapia, considerando-se o vínculo estabelecido entre a família e a entrevistadora (futura terapeuta) desde os primeiros encontros. Particularmente em relação a este caso, a discussão foi motivada frente ao meu sentimento de exclusão, de não poder fazer parte daquilo que era contado. De qualquer forma, pensamos que seria importante examinar

estes sentimentos no contexto desta família e de sua história, sem desconsiderar as reflexões referentes ao método de pesquisa.

O primeiro contato com a família foi feito por telefone pela colega que entrevistaria a mãe. Neste contato, Paula e a entrevistadora conversaram brevemente sobre o projeto e sobre o encaminhamento feito pela prima do seu cunhado. Ao final da conversa, foi combinado o local e horário do primeiro encontro. As entrevistas iniciais ocorreram ao longo de dois encontros, numa mesma semana. No primeiro dia foram realizadas a observação da interação familiar (filmada) e entrevistas individuais com a mãe e com o pai, conforme detalhado no Capítulo II. Estas entrevistas avaliaram a presença de indicadores de depressão e os sentimentos a respeito do relacionamento conjugal e da gestação, parto e puerpério. No segundo encontro, os pais foram novamente entrevistados individualmente, sendo que responderam às questões sobre a experiência da maternidade/paternidade, bem como sobre o desenvolvimento do bebê.

Em relação aos dados sócio-demográficos coletados no primeiro encontro, destaca-se que Paula, na época, estava com 31 anos de idade. Ela trabalhava 40 horas semanais como secretária em uma empresa e, depois do nascimento da filha, havia trancado a faculdade de Letras, a qual cursou até o 5º semestre. Valdir estava com 34 anos e era bancário, sendo que trabalhava 30 horas por semana. Além do trabalho, cursava o 5º período de Administração de Empresas no turno da noite. O bebê, Giovana, tinha sete meses de idade. Quando nasceu, seus pais estavam casados havia três anos.

Em relação às famílias de origem, cabe destacar que Paula era a filha mais velha de um casal que teve outras duas filhas: uma menina que nasceu dois anos depois de Paula e faleceu aos seis meses de vida, e Cristina, a irmã mais nova. Antes da gestação de Paula, a mãe sofreu um aborto espontâneo. Na época da entrevista, seu pai tinha 63 anos de idade e era um representante comercial já aposentado. Sua mãe era dona de casa, e estava com 59 anos. A irmã, Cristina, tinha 27 anos de idade, era estudante de Administração de Empresas, casada com Eduardo, que tinha a mesma idade e era professor. Cristina e Eduardo tinham uma filha, Ana, com quatro meses de vida.

Valdir era o filho mais novo de um casal que teve dois filhos. Seu pai, com 67 anos, estava aposentado. Antes da aposentadoria trabalhava como auxiliar de escritório, sendo que por alguns anos foi bancário. Sua mãe, com 57 anos, era dona de casa. A irmã, Luísa, com 36 anos de idade, tinha três filhos: Fábio, fruto de um namoro, estava com 14 anos; Bruna e Rafael, de 7 e 4 anos respectivamente, nasceram de sua união com Gustavo, o seu atual marido.

Os escores do Inventário Beck de Depressão indicaram que Paula estava com uma depressão em nível moderado (Beck= 23 pontos). A entrevista diagnóstica também apontou para a presença de um quadro depressivo, na medida em que Paula relatou sentimentos de tristeza, desvalia (principalmente em relação ao próprio corpo), ansiedade, culpa em relação a precisar deixar a filha em função do trabalho, transtornos do sono e do apetite, e o sentimento de sobrecarga nos cuidados com o Giovana. Nesta entrevista ficou evidente a sua preocupação com o relacionamento conjugal e o seu descontentamento com o apoio do companheiro, o que foi abordado mais profundamente nas seções seguintes.

Embora a relação com a filha não estivesse no foco das preocupações maternas, em supervisão clínica avaliamos que a família poderia se beneficiar com o atendimento psicoterápico, devido ao entendimento de que as dificuldades conjugais haviam sido agravadas a partir do nascimento de Giovana. Assim, a família foi encaminhada para a realização da psicoterapia breve pais-bebê, tendo em vista a possibilidade de examinarem os seus sentimentos naquele momento de transição familiar. A seguir, apresenta-se a análise do processo psicoterápico de Paula e sua família. Conforme foi mencionado, inicialmente cada período deste processo é analisado em separado. Após esta análise inicial, apresenta-se um entendimento dinâmico do caso como um todo, examinando-se, a partir dos temas da *constelação da maternidade* (Stern, 1997), as eventuais mudanças nas representações maternas.

3.1.1. As representações de Paula antes da psicoterapia

Nesta seção serão examinadas as representações de Paula acerca da maternidade conforme relatadas durante as entrevistas iniciais, realizadas antes da psicoterapia. Serão analisadas as suas impressões e sentimentos a respeito do período que compreende a notícia da gravidez até o momento que antecedeu a psicoterapia. Cabe salientar que as informações a respeito da concepção, gravidez, parto, puerpério e primeiros meses de vida do bebê foram coletadas de forma retrospectiva, considerando-se que as entrevistas ocorreram quando Giovana estava com sete meses de vida.

Conforme foi mencionado anteriormente, Paula e Valdir estavam casados havia três anos quando Giovana nasceu. Segundo o relato da mãe, a concepção ocorreu no mês seguinte à suspensão do anticoncepcional, o que acabou por surpreendê-la, pois não esperava que ocorresse tão rapidamente. De qualquer forma, a notícia foi recebida com muita alegria pelo casal e pelos familiares.

O tema da *vida-crescimento* foi identificado em alguns relatos de Paula sobre os seus sentimentos durante a gestação, particularmente ao abordar as suas preocupações com a saúde da filha:

“Se ela ia nascer perfeita, né. Acho que essa é a preocupação de toda mãe. A gente faz ecografia e, mesmo no final, quando estava prestes a nascer, a gente ‘Mas vai que tem alguma coisa que eles não viram na ecografia, que depois a criança nasce...’. Eu queria... toda a consulta eu pedia para ela uma ecografia para ver se estava tudo bem, se estava tudo certo, se a Giovana estava perfeitinha”.

Em relação a isso, relatou ter sentido um grande alívio depois que Giovana nasceu:

“Quando botaram ela perto de mim, que eu vi que ela tava viva, que ela tava bem...foi um alívio”.

É interessante destacar que as preocupações de Paula com a manutenção da vida da filha e sua capacidade em promover o seu desenvolvimento físico ficaram mais evidentes no período pós-parto:

“Eu não me enxergava como mãe, eu olhava para a Giovana, eu achava assim ‘E agora? Como é que eu vou cuidar dela? Ela é muito pequena, eu não vou ter como cuidar dela (...)’. E ainda assim, eu não tinha bico no seio, então eu amamenteei assim uns vinte dias, aqueles vinte primeiros dias (...) só que o leite saía, metade ia fora, só metade ela tomava, então de meia em meia hora ela tinha fome, só que eu não atinava que era fome, eu achava que era dor de barriga, achava que era cólica, então eu dava Dôrico para a gurria, aí ela dormia sedada”.

Como mostra o trecho a seguir, um sentimento de não ter competência para cuidar de Giovana revela-se em seu relato a respeito de como se sentia frente às dificuldades desse período:

“Ah, me sentia uma incompetente. Imagina, não vou conseguir, imagina, quase matei a gurria de fome, daí eu tinha umas amigas, eu contei, né, ‘Paula, tu quase matou a gurria de fome!’, não sei o quê. Ai, aquilo ficou, parece que martelava mais na minha cabeça”.

Como mostram estas falas, as preocupações de Paula em relação à saúde, ao crescimento e desenvolvimento físico da filha apareceram relacionadas a questionamentos a respeito da sua competência como mãe. Embora este tema tenha ocupado um espaço significativo nas suas representações nos primeiros dias de vida de Giovana, constatou-se que em nenhum outro momento da psicoterapia, ou após, essas preocupações foram novamente referidas.

O tema do *relacionar-se primário* não apareceu nas referências de Paula sobre a gestação, o parto e os primeiros dias com o bebê. Contudo, tornou-se evidente quando ela falou sobre o desenvolvimento atual da filha e de sua interação com ela:

“Então ela presta a atenção na gente, quando a gente fala com ela, ela ri para a gente. Parece que ela responde, né (...). Ah, eu acho que é legal [a comunicação com Giovana]. A gente ainda tá se conhecendo, né, tem coisas que ela chora, ou que ela quer, que nem agora, dor de garganta. Eu só fui descobrir indo na pediatra, coisas assim”.

Assim, ao falar das descobertas que ocorreram na interação com Giovana, Paula descreveu algumas situações em que considerava fácil ou difícil entender o que ela expressava. No momento em que fazia o relato, demonstrou na interação com a filha o desejo de entender os seus sinais. Isso pôde ser verificado não só em sua fala, mas também na observação dos comportamentos interativos entre mãe e filha naquele exato momento:

“O que é mais fácil é quando ela tá com fome e o mais difícil é quando ela tá com dor, com alguma dor, incomodada, que nem essa noite: não imaginava o que podia ser que ela tinha (...). Ai, quando ela tá desanimadinha assim, tá chorando, a gente não sabe o que é isso, chega até a me irritar um pouco isso. A gente tem que se controlar, né, mas chega a me angustiar [dirigindo-se à filha]: ‘Né, filha? A mamãe não sabe o que tu quer dizer, né?’”

Além disso, Paula descreveu o que Giovana fazia para demonstrar que suas necessidades foram compreendidas:

“Porque ela fica tão feliz, e bate perna, e bate, sabe? Acho que é um momento bem legal [leitura que fez sobre o momento que mais agrada Giovana: o banho]”.

Da mesma forma, demonstrou conhecer os sinais da filha que indicariam quando ela não se sentia compreendida ou atendida em suas necessidades:

“Eu acho que é quando a gente não dá a atenção que ela quer. Porque a gente chega em casa de noite, tem um monte de coisa para fazer, né, e tem que dar atenção para ela também. E aí às vezes ela fica no carrinho e a gente fica conversando e não conversa com ela, então eu acho que é isso que ela não gosta (...). Exatamente, ela tá à parte, então ela não gosta [ninando a filha].”

É interessante salientar que justamente no momento em que Paula relatou esta representação, Giovana lhe solicitou a atenção. Paula imediatamente atendeu à solicitação da filha, respondendo-lhe:

“Tá, a mamãe vai conversar com ela”.

Por fim, Paula destacou a sua preocupação em assegurar uma boa educação para sua filha. Neste relato, apareceu uma preocupação com a falta de sintonia entre ela mesma e o seu marido, o que no seu entendimento poderia ocasionar dificuldades para Giovana no futuro:

“Tem dias que eu tô mais preocupada, que eu fico pensando assim, bah, como é que vai ser a educação dela? Como é que eu o Valdir vamos estar sintonizados para passar as coisas para ela? Como é que a gente... para dar bom exemplo, sabe? Isso é o que mais me preocupa”.

Como pode ser visto, Paula não referiu nesse período dificuldades importantes em relação ao relacionamento primário com Giovana, à medida que suas representações apontaram para o sentimento de que mantinha com a filha uma comunicação satisfatória. Porém, o mesmo não pode se dizer em relação às expectativas sobre poder dar uma boa

educação para a filha, considerando-se o sentimento de que as dificuldades com o marido poderiam trazer conseqüências para o seu desenvolvimento.

O tema da *matriz de apoio* foi identificado nos relatos de Paula ao mencionar o reconhecimento de que foi apoiada por várias pessoas durante a gestação, particularmente por seus familiares. A fala abaixo ilustra esse sentimento:

“Ah, teve várias pessoas. A minha mãe (...). A minha sogra, o próprio Valdir, né. O Valdir foi muito presente assim. Amigas no serviço, colegas do serviço também”.

O apoio do companheiro durante o parto e o puerpério também foi mencionado:

“Ah, ficou o tempo todo de mão dada, beijando, ‘Calma, Paula, calma, fica tranqüila’(...) ficou super feliz e preocupado comigo assim porque eu chorava muito. Ele tava preocupado, né, e a minha mãe dizia ‘Tu precisa cuidar dela, não sei o quê porque depressão pós-parto é a pior coisa que tem, ela vai enjoar da tua cara, pode enjoar do nenê’”.

Contudo, ao mesmo tempo em que relatou sentir-se apoiada pelo marido durante a gestação, avaliou que este também a atrapalhou, em virtude de ser “estressado”:

“Ah, o Valdir me atrapalhou no início (...). Porque ele é muito estressado, né, qualquer coisa ele fica irritado, muito preocupado com as coisas, então isso me estressava assim às vezes. A gente brigou várias vezes por causa disso”.

Ao falar sobre como se sentia no momento da entrevista em relação ao apoio do companheiro, Paula reconheceu e elogiou o apoio de Valdir nos cuidados com a filha, conforme pode ser examinado a seguir:

“Tem dias que eu nem vejo, eu durmo, acho que eu tô tão cansada, ou ela não chorou, ou não percebi. Tem noites assim que ele vai fazer a mamadeira dela e ela fica chorando, chorando, chorando, aí tem que levantar e ir lá acalmar ela. Aí ele ‘Para que tu levantou? Por que tu tem que te meter?’”

Porém, ela demonstrou certa ambivalência em relação a esse apoio. Ao mesmo tempo em que afirmou sentir-se aliviada ao ser ajudada, referiu que se sentia “dispensável” nas vezes em que Valdir assumia os cuidados de Giovana. Além disso, embora tenha considerado esse apoio fundamental, queixou-se da dificuldade do marido para tomar decisões e também da sua resistência em ajudá-la com os serviços domésticos, com o que acabava por se sentir sobrecarregada:

“Ah, na verdade o Valdir é uma pessoa muito acomodada, muito (...), pela história de vida que ele teve, uma história de vida muito difícil assim, pelos quinze, dezesseis anos, complicou bastante para ele. Então isso fez que ele se tornasse uma pessoa assim super desconfiada, tudo certinho, tudo muito certinho, então algumas coisas eu que tenho que tomar a decisão, sabe? Isso me estressa e a gente briga muito também (...). É porque tudo acaba em mim, né, tudo, tudo, tudo, as mínimas coisas, tem o trabalho, a casa. A gente briga muito por causa do serviço da casa, ele não gosta de fazer, não (...). Eu queria ajuda, eu queria apoio nesse sentido”.

Da mesma forma como mencionou o apoio do marido, enfatizou em seus relatos a necessidade que sentiu de ter o apoio de sua mãe, principalmente ao se referir às dificuldades enfrentadas no período pós-parto:

“Ah, horrível. A minha mãe foi lá para casa para me ajudar e eu não queria que a minha mãe fosse embora depois. Minha mãe falava em ir embora, eu chorava”.

Assim, contou que sua mãe a acompanhou durante os primeiros vinte dias após o nascimento de Giovana. Relatou que quando a mãe falava em ir embora, começava a chorar e pedia que ela ficasse. Em relação a isso, falou que não imaginava que precisaria tanto da presença materna, o que fica claro em sua fala:

“Eu imaginava assim que eu não ia precisar de ninguém, que eu ia me virar sozinha, que eu ia dar conta de tudo e... Eu sempre fui assim muito despachada, sempre decidia tudo, e eu achava que ia ser assim também, que eu não ia precisar das coisas, de todo mundo vir ‘ah, saí do hospital e fui para a casa da minha mãe; ah, saí do hospital e minha mãe foi lá; ah, não quero ninguém no meu pé, quero eu cuidar da minha filha e deu! Que não sei o quê”.

Ainda em relação às suas impressões sobre como as pessoas que a apoiavam a viam como mãe, Paula afirmou que imaginava ser vista como uma mãe dedicada, responsável e preocupada. Essa impressão não se confirmou apenas em relação à babá de Giovana, uma vizinha que cuidava dela durante o dia. Embora tenha relatado que se sentia muito satisfeita com os cuidados prestados por essa senhora, afirmou que muitas vezes sentia-se culpada por deixar a filha e “sufocada” pelo que considerava um excesso de zelo da babá. Isso pode ser constatado no relato a seguir:

“Porque ela é assim, é muito preocupada, dedicada, sabe? Então às vezes ela diz assim para mim, que nem agora ‘Tu leva um casaco porque tá ventando e vai dar um temporal e não sei o quê’. Quase que ela diz assim: ‘Acho melhor tu não ir’. Sabe? Quase. Se eu deixo, ela diz, eu acho (...). É, então assim, às vezes ela me ajuda a levar o carrinho com sacola e roupas lá em casa e aí já não sai, já fica ali, sabe? Então eu acho que às vezes é demais assim, mas como diz o Valdir, eu é que tinha que dar um limite e às vezes eu não dou o limite (...). Acho que ela me vê como uma relapsa [risos]. Eu acho que a preocupação dela é tanta assim que eu acho que ela pensa assim: ‘Ai, essa guria é uma incompetente’. Então eu tenho que dizer para ela como é que é”.

Os relatos aqui examinados permitem pensar que Paula sentiu-se apoiada pelos familiares desde a gestação, particularmente por sua própria mãe nos primeiros dias após o nascimento de Giovana. Contudo, Paula referiu sentimentos bastante ambivalentes em relação à matriz de apoio atual, constituída principalmente por seu marido e pela babá de Giovana. Assim, evidenciou que, mesmo sentindo-se aliviada ao contar com esse apoio, sentia-se excluída, culpada ou sufocada nas vezes em que não estava assumindo os cuidados principais.

O tema da *reorganização da identidade* apareceu inicialmente nas falas de Paula sobre como se sentia em relação à maternidade no período que antecedeu a psicoterapia. Paula fez referências à dificuldade em enfrentar uma série de transformações:

“Eu tô me sentindo... ao mesmo tempo em que eu tô feliz, eu me sinto com muita responsabilidade assim, me sinto sobrecarregada. Eu sinto assim que... porque na verdade a gente acumula, né, muitas coisas e mais a atividade de ser mãe. A gente é mulher, a gente é mãe, e a gente é profissional, e a gente é filha, é irmã, isso é complicado (...). O mais difícil é conciliar essas coisas todas (...). Ah, mudou tudo, tudo, até a maneira de ver a vida assim, né”.

Em sua reflexão sobre ser mãe, considerou estar assustada com o fato de ter que “*formar outra pessoa*” em um momento no qual via a si mesma como tendo “*coisas*” a resolver:

“Tem coisas que nem são bem resolvidas para mim, alguns pontos e valores e tal, né, e aí tu tem que ensinar uma outra pessoa, formar, né, uma outra pessoa (...). É, isso que me assusta assim. Ainda mais no mundo de hoje, tudo tão complicado, os valores estão tão invertidos”.

A reflexão a respeito das transformações experimentadas incluiu também a sua insatisfação com as mudanças observadas no próprio corpo, como mostra a fala a seguir:

“Ah, eu tava tri feliz assim, mas eu engordei muito. Eu peguei o verão porque ela nasceu em março, então eu peguei todo o verão, inchei muito (...). Não me gosto, não tenho nem vontade de me olhar no espelho. Acho horrível (...) tô me sentindo feia”.

É interessante pensar que uma das mudanças mais enfatizadas por Paula refere-se aos seus sentimentos em relação à própria mãe, o que pode ser examinado em sua fala:

“Mudou, eu senti que eu fiquei assim mais próxima da minha mãe, né, porque a gente sempre teve uma distância assim. Não é que eu gostava mais do meu pai do que da minha mãe, porque hoje que sou mãe eu vejo. Na verdade, na nossa criação, minha e da minha irmã, a minha mãe sempre ficou com um papel mais da bruxa, entendeu? E o papel pior ficou para ela, até pelo perfil dela, meu pai já é mais acomodado, ela já é mais de falar, mais de tomar a frente e tal, mas não que ele não concordasse com os ‘nãos’ que ela dizia para nós, né, só que não era ele que dizia (...). Mudou porque a gente passa a entender essas coisas (...). Eu acho até que ela foi muito legal [risos]”.

Em relação a essa mudança, Paula fez uma avaliação bastante positiva:

“Me sinto bem assim, só não pude conversar ainda com a minha mãe sobre isso, sabe? Acho que a gente não teve oportunidade ainda para falar sobre isso. Até porque eu acho que quando eu falar vai ser uma choradeira [risos]”.

Segundo o seu relato, ela imaginava que na sua experiência como mãe teria uma tendência a ser como a própria mãe, embora se “*policiasse*” para não sê-lo. Isso por considerar que, embora os cuidados de sua mãe tenham sido positivos, entendia que ela tinha sido muito repressora. Em sua avaliação considerou que não concordava com a postura de mães muito permissivas, mas também entendia que a repressão poderia ser prejudicial:

“Mas eu acho que eu deixo muito de meter a cara nas coisas, principalmente na vida profissional assim, de dizer, mesmo que seja o chefe, de dizer ‘Não, eu não concordo com isso, eu acho que

podia ser assim, assim, assim’, ou de ter uma idéia e ir lá encarar e, sabe, ‘Essa é a minha idéia, vamos fazer, vamos isso’, sabe? Por estar sempre naquela coisa ‘Não, ele é o superior, ele é que tem que dizer’. Acho que isso é uma questão da minha educação”.

Um outro aspecto interessante sobre as representações de Paula acerca da própria mãe refere-se à sua impressão em relação aos cuidados que recebia dela quando tinha a mesma idade de Giovana. De acordo com o seu relato, a mãe contava que ela era um bebê muito bonito e risonho, motivo pelo qual chamava a atenção de todos na rua, diferentemente de sua irmã, que era considerada mais “*fechada*”. Já em relação aos cuidados do pai respondeu:

“Não, não me lembro. Só de saber deles contarem. Essa coisa assim de levantar de noite não era com ele porque ele trabalhava e ela não, né. Então ele achava assim que era tudo com ela. Então ela conta que quando a gente tava cheirosa e limpinhíssima, mamada, daí ele brincava e aí ele ia passear com a gente [risos]. Mas eu não lembro disso, isso é o que ela conta, e ele não diz que não, né, então eu acho que era assim”.

Em relação às mudanças no relacionamento com o marido, Paula ressaltou que os desentendimentos se agravaram após o nascimento da filha, o que atribuiu ao cansaço, a falta de tempo para estarem a sós e também a pouca tolerância de Valdir:

“Quando eu brigo com o Valdir a gente fica super-nervoso, agitado (...). A gente não anda transando direito. Aí quando tu tá lá no bem-bom a Giovana chora, aí pára tudo. E ele também qualquer coisinha se irrita (...). Ah, (estou) preocupada assim com o meu casamento, que eu casei não para separar, né, mas eu vejo assim que se continuar assim, não valeu, né, é muito estresse. E eu quero criar a minha filha num clima melhor, eu quero que ela seja filha de pais felizes, juntos ou separados. Não quero criar em clima de briga porque ela sente”.

Assim, expressou um desejo de que alguma coisa mudasse, tendo em vista o sofrimento de ambos:

“Ah, eu não tô feliz. No momento eu tô preocupada, tá mais me afligindo é o meu relacionamento com o Valdir, não tá legal (...). Me sinto mal porque eu não queria que fosse assim, queria que fosse diferente, queria que as coisas entre a gente continuassem a mesma coisa, mas não é”.

Paula contou nessa entrevista que sentia vontade de chorar por qualquer motivo, como havia acontecido recentemente no seu trabalho, quando, em uma dada situação, sentiu-se incompetente para realizar uma determinada tarefa. Em relação a isso, mencionou que a sua posição no trabalho também havia mudado depois do nascimento da filha:

“Mudou porque antes de engravidar eu trabalhava numa unidade da minha empresa e depois que eu saí de licença, agora quando eu voltei, e fui para uma outra unidade da mesma empresa assim, mas é outra unidade, é outro chefe, é outra equipe de trabalho, é outro ambiente. E eu não tô mais fazendo as mesmas coisas que eu fazia antes, né. Na verdade, eu tô agora sem fazer nada porque como eu voltei de licença a empresa sofreu uma grande mudança, eu tô meio que sem lugar, entendeu? Ah, me sinto sobrando, me sinto horrível”.

Por outro lado, não identificou muitas mudanças no relacionamento com os amigos, a não ser pelo fato de que, após o nascimento de Giovana, ela e Valdir não estavam fazendo alguns programas com os amigos, como viagens e festas:

“Não, com os meus amigos não, continua a mesma coisa. Os meus amigos estão muito felizes com a vinda da Giovana, assim. Mudou porque a gente... de certa forma até mudou porque a gente teve que se afastar um pouco mais, né”.

Uma análise inicial sobre as representações de Paula a respeito da reorganização da identidade revela um processo intenso de redefinição de papéis, o qual parece de fato ter sido desencadeado a partir do nascimento de Giovana. Contudo, é possível identificar em algumas de suas falas não somente o sofrimento frente às transformações vividas, mas também o desejo de um realinhamento em relação ao seu lugar mãe, mulher, filha, esposa, profissional e amiga.

3.1.2. As representações de Paula nas sessões da psicoterapia

O meu primeiro contato com a história de Paula e sua família ocorreu quando entrevistei a irmã de Paula, Cristina. Como mencionei, Cristina e seu marido dispuseram-se a colaborar com o grupo de pesquisa na época do treinamento dos instrumentos que seriam utilizados no projeto. Parece-me importante relatar essa situação, considerando que foi nessa entrevista que ouvi pela primeira vez que Paula e Valdir estavam com dificuldades. De acordo com o relato de Cristina, sua irmã estava se sentindo muito deprimida provavelmente porque o seu marido tinha um *“gênio muito difícil”*. Para explicar esse ponto de vista, Cristina fez uma comparação: mostrou-me uma pilha de roupas que teriam que ser passadas. Logo depois, disse-me que, caso não quisesse passá-las, seria apoiada por seu marido. Mais do que isso, falou que Eduardo provavelmente tomaria a iniciativa de realizar a tarefa a fim de ajudá-la. Contudo, entendia que o mesmo não ocorreria com Paula e Valdir. Para Cristina, além de não oferecer ajuda, Valdir provavelmente criticaria Paula pela desorganização das roupas, por ser uma pessoa facilmente irritável e exigente em relação aos outros. Assim, entendia que Paula estaria com dificuldades para lidar com Giovana e com a impaciência de Valdir ao mesmo tempo. Além disto, Cristina fez referências a um possível temperamento explosivo de Paula.

O segundo contato ocorreu na primeira supervisão clínica, diante do relato das entrevistadoras que realizaram as entrevistas de avaliação inicial. Lembro-me de ter sentido uma empatia muito grande pela história da família, particularmente por Paula. Contudo, sentia-me de alguma forma excluída daquela história. Conforme abordei

anteriormente, este sentimento de exclusão passou a ser examinado tanto como uma possibilidade de compreender um pouco mais alguns aspectos do funcionamento dinâmico da família, como em relação à possibilidade de aprimorar alguns pontos do procedimento de pesquisa que estavam sendo utilizados pelo grupo.

A minha primeira conversa com Paula se deu pelo telefone, quando liguei para combinarmos o horário da sessão. Paula mostrou-se muito afetiva nessa ocasião, demonstrando bastante disponibilidade para começar o atendimento. A psicoterapia desta família teve um total de sete sessões, as quais serão examinadas logo a seguir.

Primeira sessão

Assim que abri a porta da sala de atendimento, deparei-me com Paula e Giovana. Fiquei bastante impressionada com a beleza e simpatia de Giovana, que sorriu assim que me viu. A mãe estava um pouco atrapalhada, pois ao mesmo tempo em que trazia a filha no colo, segurava uma garrafa de água e a mochila com as coisas de Giovana. Era um dia bastante quente, e Paula estava visivelmente ofegante em função do deslocamento. Chamou-me a atenção a maneira como entrou na sala: como se já nos conhecêssemos, beijou-me, dirigiu-se ao trocador, que estava em um canto da sala, e ali acomodou Giovana, permanecendo em pé, segurando-a. Comentou que dessa forma elas ficariam melhor acomodadas porque ela poderia conversar comigo mantendo a filha em seu colo. Este fato me chamou a atenção em virtude de que Paula parece ter ignorado a disposição da mobília da sala e, com isso, a possibilidade de se sentar e acomodar Giovana no pequeno colchão com os brinquedos colocados de frente e próximos às cadeiras. Assim, busquei os brinquedos que estavam sobre o colchão e os coloquei próximos à Giovana. Logo a seguir, Paula decidiu aproximar uma das cadeiras e então se sentou. A forma como se acomodaram tornou necessária uma alteração na organização do esquema de filmagem usualmente utilizado na sala, a fim de que as câmeras pudessem focalizá-las. Parece-me importante relatar essa movimentação inicial, tendo em vista o meu sentimento de precisar me adaptar frente a toda aquela reorganização, que ocorreu de forma rápida e inusitada.

Embora estivesse no prédio da universidade, Valdir preferiu não entrar na sala neste primeiro dia. Paula não demonstrou incômodo pela ausência de Valdir. Ao contrário, mencionou que decidiu deixá-lo à vontade em relação a isso. Pareceu-me, inclusive, que estava um tanto aliviada por ter aquele espaço só para ela e a filha. De

acordo com o relato de Paula, ele teria dito que seria melhor que ela fosse à primeira sessão sem ele, sendo que depois ele viria às demais.

Nesta primeira sessão, os temas do *relacionar-se primário*, da *matriz de apoio* e da *reorganização da identidade* foram identificados nas falas de Paula. Como mencionei anteriormente, referências ao tema da *vida-crescimento* não foram identificadas nas sessões da psicoterapia.

Em relação ao tema do *relacionar-se primário*, cabe ressaltar inicialmente que, ao longo desta primeira sessão, Giovana esteve muito atenta aos gestos e falas da mãe, assim como aos meus. Em alguns momentos pedia para ir ao chão e em outros voltava a pedir o colo de sua mãe. Paula, por sua vez, ao mesmo tempo em que abordava a sua dificuldade em lidar com as mudanças de humor do marido, mostrava-se muito atenta às solicitações de Giovana e, às vezes, a incluía na conversa. Em uma dessas vezes, quando falava sobre o estresse de Valdir, dirigiu-se para a filha e disse: “*é isso o que nos estressa, né?*”.

É interessante destacar que, neste mesmo instante, Paula mostrou-se um pouco irritada com a movimentação da filha. Comentou que Giovana não sabia o que queria, e que às vezes isso também acontecia quando estavam em casa, nas vezes em que queria ficar “*o tempo inteiro colada*”. Assim, dirigiu-se à filha, dizendo-lhe que ela não poderia ficar todo o tempo no colo. Em resposta, Giovana sorriu para a mãe, que lhe retribuiu o sorriso. Comentei que pareciam estar se entendendo bem, e que mostravam prestar atenção uma à outra. Paula respondeu-me que Giovana era um bebê muito esperto e que, por isso mesmo, estava muito preocupada, pois temia que os constantes desentendimentos com Valdir pudessem trazer conseqüências para o seu desenvolvimento. A fala a seguir ilustra essa preocupação:

“Eu não queria que ela ficasse presenciando briga, discussão. Eu não quero que ela fique com uma imagem ruim dele, sabe? Tipo assim, ó: aquela figura que chega em casa sempre reivindicando alguma coisa, falando mais grosso. Porque, claro, ela não entende direito os motivos, né, e o grau de importância das coisas. Mas ela sabe quem é que mais briga. Isso ela entende, né? Então, isso eu digo pra ele, sabe? ‘Ah, o pai é aquele que briga, aquele que tá sempre reivindicando alguma coisa, né? Coordenando’”.

Perguntei-lhe como imaginava que essas discussões poderiam afetar Giovana. Paula respondeu-me que a filha demonstrava claramente que entendia quando ela e o marido brigavam. Mencionou também que, embora Valdir tentasse não discutir na frente de Giovana, na maioria das vezes acabava perdendo o controle, como mostra a sua fala:

“Ah, porque ela é tri esperta. Ela é tri ligada, assim. Então não que ela... Já teve algumas brigas, algumas coisas, sabe? Ela fica quietinha, assim... mas eu não queria que fosse assim. Isso me incomoda! E eu sei que o Valdir (...) mas tudo bem... mas é uma coisa, assim, independente, parece, da vontade dele, sabe?”.

O tema da *matriz de apoio* apareceu principalmente nas queixas de Paula em relação aos desentendimentos com o marido. Para Paula, o fato de Valdir ser muito estressado, exigente consigo mesmo e com as pessoas ao seu redor, acabava contribuindo para que se sentisse pouco apoiada e compreendida. Paula estava muito magoada com as freqüentes alterações de humor de Valdir, as quais, segundo ela, ocorriam sem justificativa. Nesse sentido, referiu-se a uma série de situações nas quais, de acordo com o seu ponto de vista, Valdir reagia com exagero:

“Ele é muito cuidadoso com as coisas dele. Muito apegado com as coisas dele, né? Então, até um exemplo que eu dei pra médica essa que a gente foi, né? Que a gente tá sentado lá conversando com ela. Se eu deixar o celular cair no chão, por exemplo, na hora, ali na frente dela, ele não vai me dizer nada. Mas quando nós sairmos na porta ele vai me encher de osso. Ele vai ficar uma hora, pra mais, falando naquilo. ‘Porque é um absurdo, porque eu não cuido, porque não sei o quê, que tu pode quebrar, que tu pode isso, que tu pode aquilo, que eu não tenho cuidado, que eu não tenho responsabilidade, porque pepepe, porque papapa’”.

Quando perguntei se esse estresse ao qual se referia estava mais evidente nesse momento da vida do casal, Paula avaliou que Valdir sempre fora assim, mas que atualmente parecia estar mais estressado. Isso pode ser constatado na sua fala:

“Toda a vida. Toda a vida! Ultimamente tá mais. Eu não sei se é porque a gente casou, faz três anos que a gente tá vivendo, assim, juntos, na mesma casa. Eu não sei se as coisas se intensificam ou a gente se depara mais seguido com isso, né? Antes tava cada um na sua casa e... Mas é assim! A mãe dele também já me dizia que o Valdir toda a vida foi assim. Claro que aí, então, tudo tem um porquê de ser, né”.

Logo a seguir, Paula falou sobre o seu entendimento a respeito dos motivos que teriam contribuído para o estresse de Valdir. Segundo o seu relato, esse estresse se justificaria pelo fato de que a família dele teve uma grande perda de poder aquisitivo quando o pai, que era bancário, foi demitido. Isso ocorreu quando Valdir era ainda adolescente e fez com que precisasse começar a trabalhar, arcando desde essa época com praticamente todo o sustento da família, inclusive da irmã que havia engravidado. Algum tempo depois, Valdir foi aprovado em um concurso público como bancário no mesmo banco em que o pai trabalhou, sendo que se manteve desde então neste emprego.

A relação que Paula fazia entre este episódio e o estresse de Valdir não dizia respeito apenas à perda financeira e às responsabilidades com a família. Para ela, isso ocorria principalmente porque Valdir tinha o sentimento de que o pai foi demitido injustamente e que o mesmo poderia ocorrer com ele. Por esse motivo, Valdir mostrava-se muito desconfiado e exigente com os colegas.

Paula relatou que não costumava se calar frente às irritações de Valdir, o que acabava gerando muitas brigas. Em relação a isso, comentou que não achava certo deixar de falar o que pensava por medo de que o marido pudesse “*explodir*”:

“Eu respondo! Por isso que a gente vive brigando. Porque eu acho um absurdo isso: Valdir, pelo amor de Deus! O mundo não é tão maligno assim, criatura!”.

Ao falar sobre esses desentendimentos, ela mencionou que a psicoterapia poderia ser a última chance para o casal permanecer junto. Avaliou que o fato de estar muito voltada para a filha poderia ter contribuído com o estresse de Valdir e a distância entre eles.

Perguntei-lhe se nesse momento podia contar com a ajuda de sua família. Paula respondeu-me que falava com seus pais por telefone, mas que era inviável deixar Giovana com eles em função da distância entre suas casas. Mencionou também que, na verdade, estava um pouco afastada de seus pais porque havia se “*estressado*” na última vez em que os visitara. Quando começou a contar que havia tido um desentendimento com sua mãe, Giovana chorou e o assunto não foi retomado.

Logo a seguir, falou que depois do nascimento da filha ela e o marido não conseguiram mais fazer coisas que antes faziam (como ir ao cinema, ao teatro ou a um restaurante). Neste instante ficou evidente a sua dificuldade em solicitar ajuda para outras pessoas, como mostra a sua fala:

“Antes éramos só nós dois. Agora, com ela, fica mais difícil. Eu também não gosto de ficar pedindo pros outros pra ficar com ela, e coisa”.

Perguntei para Paula como se sentia em relação a todas essas coisas que estava me contando. Assinalei que me chamava a atenção quando me contava que, apesar do estresse, Valdir a ajudava com Giovana. Paula respondeu que sentia muito e que desejava que o marido fosse mais companheiro. Mencionou que embora ele a ajudasse com a filha, as tarefas da casa ficavam todas sob a sua responsabilidade, principalmente agora que havia sido demitida e ficava todo o tempo em casa com Giovana.

“Ele me ajuda com a Giovana! Mas coisas da casa são mais comigo, né? Por isso as nossas brigas. As coisas da casa, tudo comigo! Ele disse que eu sou doente por limpeza. Se tu falar com ele, ele vai te dizer que eu sou doente por limpeza. Tem que estar tudo sempre limpo, brilhando. É porque eu peço muito a colaboração dele, né? E uma coisa, assim, que eu sempre brigo, é que antes da gente casar, o nosso sonho era ter a nossa casa, organizar as nossas coisas, né? Que assim a gente ia levantar no final de semana e cada um ia fazer uma coisa, né? Depois que a gente casou, isso não aconteceu. E as brigas vieram por causa disso. Ele planejava isso junto comigo. E aí eu dizia pra ele: ‘Pomba, mas eu fui traída, então. Fui enganada. Porque teu sonho junto comigo era fazer isso, né? Que um ia fazer uma coisa, outro ia fazer outra. Fazer comida tu não sabia, mas tu podia fazer outras coisas, né?’. E a gente sonhou muito isso junto. E um dia ele veio dizer que ele nunca tinha combinado isso comigo! Ah, daí né? Mas como assim? Então eu tô louca!”.

Como mostram os trechos destacados, Paula enfatizou o seu descontentamento em relação ao comportamento de Valdir, principalmente por considerá-lo estressado e pouco apoiador, exceto no que se referia aos cuidados com a filha. Contudo, mesmo queixosa,

considerou que se distanciou de Valdir após o nascimento de Giovana e que tinha dificuldades em solicitar ajuda a outras pessoas. É possível pensar que esta reflexão indicasse, já na primeira sessão, a sua disponibilidade em se colocar em uma posição menos passiva frente às dificuldades conjugais.

O tema da *reorganização da identidade* também foi abordado por Paula nesta sessão. Paula contou que havia sido demitida há alguns dias. Segundo o seu relato, esta demissão já era esperada, na medida em que desde o seu retorno da licença-maternidade já percebia que algumas redefinições estavam sendo pensadas pela administração da empresa. Além dela, outros vinte funcionários também foram demitidos. Ao falar de sua recente demissão, mostrou-se de certa forma animada, considerando que alguns projetos antigos poderiam ser retomados naquele momento, como mostra o trecho abaixo:

“Então, por isso que eu fiquei com pena, né [por deixar um trabalho no qual estava há nove anos]? Mas por outro lado, eu já tinha outros planos. É! Eu faço letras, né? E essa faculdade já tá arrastada há dez anos. Sempre tem outras coisas mais importantes e eu vou fazendo conforme dá! E eu sempre pensava assim: ‘Se eles me botarem pra rua agora, eu vou mudar! Eu vou botar a minha faculdade em primeiro lugar! Terminar ela. Vou me inscrever lá na Secretaria de Educação pra fazer aqueles contratos emergenciais’. Alguns o estado chama, né, e tal. É uma graninha, né, pra eu não ficar, assim, totalmente dependente do Valdir, e vou investindo na minha carreira, né? Vou poder fazer alguns seminários, alguns cursos paralelos, algumas coisas que eu sempre tive vontade de fazer no trabalho”.

Quando perguntei para Paula como Valdir tinha reagido à demissão, ela respondeu que ele foi bastante apoiador, incentivando-a a investir na carreira de professora. Além disso, contou que Valdir se dispôs a cuidar sozinho de Giovana algumas noites para que ela pudesse retornar à faculdade.

Ao pensar na recente demissão, Paula avaliou que seria muito bom ter mais tempo para ficar com a filha, não mais dependendo de outros cuidadores. Avaliou também que estando em casa provavelmente teria que assumir todas as tarefas domésticas. Porém, considerou que, justamente por não estar trabalhando fora, agora não se estressaria, pois faria tudo na hora que quisesse.

Cabe aqui ressaltar que nesse momento uma interação bastante interessante ocorreu entre a mãe, o bebê e eu. Giovana estava bastante atenta à conversa, ora olhando para a mãe, ora olhando para mim. Neste instante, Paula virou-se para Giovana e, referindo-se à idéia de que não mais se estressaria, disse para a filha que agora ficariam “frias”. Como Giovana continuou olhando para a mãe, Paula lhe perguntou “tu tá me cuidando?”. Em resposta, Giovana sorriu para a mãe e novamente olhou para mim, que lhe fiz a mesma pergunta. E Paula respondeu para a filha: “Eu tô aqui, não vou te deixar sozinha!”.

A interação acima foi sucedida por uma fala de Paula a respeito dos dias em que Giovana solicitava bastante o seu colo, fala esta já mencionada acima em relação ao tema do *relacionar-se primário*. Em relação a isso, comentou que frente às solicitações da filha acabava deixando algumas coisas de lado. Nesse momento, Giovana olhou para mim e sorriu. Olhei para ela e perguntei se estava contente. A mãe respondeu que Giovana estava faceira e que era sempre assim. Falou também que depois que se tem um bebê, tudo na vida se volta para ele. Nesse momento, me ocorreu que o mesmo acontecia ali na sessão: Giovana era um bebê tão envolvente, que era difícil não olhar para ela enquanto conversávamos. Quando comecei a falar para Paula algumas impressões a respeito desse envolvimento, ela expressou com muita intensidade o seu desejo de conciliar o papel de mãe com os demais, como mostra o diálogo a seguir:

Terapeuta: *“Sabe isso que tu falas... que tu ficas envolvida com ela e que acaba deixando certas coisas de lado? Parece que sim... mas nesse momento tu não tá querendo deixar tantas coisas de lado, né? Parece que tu tá querendo...”*.

Mãe: *“Eu queria aprender a conciliar tudo! Ser esposa, ser profissional, ser mãe (risos). E eu acho que aí é que tá! Poder conciliar tudo. Que eu acho que a gente não... Eu não tô conseguindo isso”*.

Ao final da sessão, Paula falou a respeito das suas expectativas em relação à psicoterapia. Isso ocorreu quando ainda falávamos sobre o seu desejo de reorganização:

“Eu vi, eu vi, eu vi assim também, sabe, essa coisa de o Valdir ter aceitado. Também acho que isso vai ser uma motivação também. É enxergar algumas coisas, sabe? Até eu tava falando pra I. [primeira entrevistadora] aquela vez, sobre outro dia que eu fiz terapia, né? Quase dois anos. E é impressionante, assim, como tu falar as coisas que acontecem, por mais simples que elas sejam, te ouvir falando... E até, assim, as ponderações, as perguntas que, no caso, a psicóloga faz, te faz refletir sobre as tuas atitudes, teu comportamento por determinada... Assim: numa determinada situação, por que tu teve tal comportamento? Por que tu reagiu de tal forma, né? De onde é que vem isso! Então eu acho que vai ser bem interessante! Bem importante”.

Como pode ser visto, Paula mostrou-se bastante motivada a reestruturar a sua vida profissional, planejando retomar os estudos e, assim, investir em uma nova carreira. Contudo, em alguns momentos evidenciou estar angustiada com a tarefa de conciliar essa reestruturação com a própria maternidade.

Segunda sessão

A segunda sessão de psicoterapia ocorreu cerca de duas semanas após a primeira. A sessão que ocorreria uma semana depois do primeiro atendimento foi desmarcada por Paula, em virtude de que o seu carro estava no conserto naquela ocasião.

Neste dia, mãe, pai e bebê estiveram presentes. Lembro-me do sentimento de surpresa ao ver que Valdir havia comparecido. Ao mesmo tempo em que se mostrou

bastante simpático no nosso primeiro encontro, inicialmente pareceu-me um pouco desconfiado, como se estivesse pouco à vontade.

Paula, por sua vez, mostrou-se bem mais deprimida e apática do que na primeira sessão. Isso podia ser constatado inclusive em sua postura corporal. Como se estivesse muito cansada, acomodou-se na cadeira e apoiou a cabeça com um dos braços, permanecendo assim por um longo tempo, limitando-se a contemplar as brincadeiras de Valdir e Giovana.

Ao longo da sessão, percebi que Paula estava muito irritada com o marido, não se demorando em tecer uma série de queixas em relação a ele. À medida que conseguia falar a respeito das coisas que a incomodavam, pareceu ficar mais solta, podendo inclusive interagir um pouco mais com a filha. Dentre as queixas relatadas, referiu-se principalmente ao sentimento de que o marido era muito “*amarrado*” para tomar decisões e que isso a estressava demais. Também se queixou da sobrecarga em relação aos cuidados com Giovana e do temperamento controlador de Valdir, principalmente no que se referia à organização financeira do casal.

Nesta sessão as reações de Valdir às queixas de Paula me chamaram muito a atenção. Na maior parte das vezes em que ela se queixava, ele se manteve de certa forma indiferente, brincando com a filha, como se não a estivesse ouvindo. Assim, Valdir interagiu com Giovana praticamente durante toda a sessão enquanto Paula participou muito pouco dessa interação. Nas vezes em que se posicionou em relação ao que Paula dizia, Valdir buscou demonstrar calma e autocontrole, argumentando que ele era “*a razão*” e a esposa era “*a emoção*”. Embora parecesse se esforçar para manter a calma, em alguns momentos mostrou-se irônico e um tanto irritado, rebatendo as afirmações da esposa. Quanto à Giovana, pude observar que esteve mais uma vez muito sorridente e atenta às falas e comportamentos da mãe e do pai. Manteve-se na maior parte do tempo brincando no colchão colocado no assoalho da sala, ou no colo do pai. No final da sessão esteve por mais tempo no colo da mãe.

Como será visto a seguir, Paula fez algumas referências ao tema do *relacionar-se primário*, as quais apontaram para o sentimento de que, por estar mais tempo em casa, sem trabalho, Giovana estaria se desenvolvendo melhor do que quando trabalhava fora. Contudo, verificou-se que, mais uma vez, a sessão esteve centrada principalmente nas questões referentes à *matriz de apoio* e à *reorganização da identidade*.

Em relação ao tema do *relacionar-se primário*, destaca-se, inicialmente que a preocupação relatada por Paula na sessão anterior a respeito da possibilidade de Giovana

ser afetada pelas brigas do casal não foi referida neste segundo dia. Por outro lado, ela mencionou que estava podendo acompanhar bem mais de perto o desenvolvimento da filha pelo fato de não estar trabalhando. O trecho a seguir exemplifica esse sentimento:

Mãe: *“E agora, ficando mais em casa, é que a gente passa a ver. A minha vizinha, que ficava com ela quando eu trabalhava, ela me disse que notou muita diferença na Giovana depois que eu tô em casa. Ela notou que a Giovana tá melhor, tá mais desenvolvida”.*

Terapeuta: *“Como assim mais desenvolvida?”.*

Mãe: *“Sei lá, interage mais, assim, sabe, que parece que ela tava sentindo falta de mim. Se bem que foram só dois meses, né, dois meses e meio”.*

Em relação a isso, Paula afirmou que o fato de estar mais próxima de Giovana permitia que pudesse entendê-la melhor, não ficando em segundo plano em relação ao desenvolvimento da filha:

“A gente nota, né, a gente ficando o dia todo com ela, a gente passa a entender mais as coisas dela assim, é impressionante. Até então, a vizinha vinha com as novidades, sabe. E é tão ruim, assim, né, tu ter uma filha, primeiro filho, né, e aí tudo ela dizia bah, agora ela aprendeu a bater palminha, por exemplo, (...). E não foi a gente que ensinou, entendeu?”.

É interessante destacar que enquanto Paula falava a respeito de estar acompanhando um pouco mais o desenvolvimento de Giovana, esta, muito atenta a todos nós, olhou-me e fez um gesto com as mãos, semelhante a bater palmas. Este gesto, interpretado pelo pai como um pedido de tempo (como fazem os jogadores ou juízes em um campeonato), foi repetido outras duas vezes enquanto os pais conversavam a respeito de seus desacertos. O trecho a seguir ilustra o momento em que Giovana *“pediu um tempo”* pela primeira vez na sessão:

Pai: *“Ó, olha só”.*

Terapeuta: *“O que é isso?”.*

Mãe: *“Batendo palma”.*

Pai: *“A gente acha que é bater”.*

Terapeuta: *“Ah, isso é bater palma?”.*

Pai: *“O pessoal brinca que ela tá pedindo um tempo, tá dizendo ‘dá um tempo!’”.*

Mãe: *“Me dá um tempo [risos]”.*

Terapeuta: *“Do que será que ela tá pedindo um tempo?”.*

Pai: *“Pois é”.*

Terapeuta: *“Do que tu tá pedindo tempo, Giovana?”.*

Embora essa pergunta não tenha sido respondida pelos pais naquele momento, verificou-se que nas outras duas vezes em que Giovana repetiu o gesto houve uma coincidência com o fato de seus pais estarem discutindo a respeito de suas diferenças. Em uma dessas vezes, o pai respondeu que ela estava pedindo um tempo para conversarem e brincarem com ela.

Conforme mencionei anteriormente, no começo da sessão Paula esteve bastante apática. Essa apatia pôde ser observada tanto em relação à interação com Giovana, quanto comigo e com Valdir. Assim, o pai parece ter tomado a frente da interação com Giovana

e a mãe colocou-se, de certa forma, à parte das brincadeiras. Esse quadro foi mudando na medida em que Paula começou a falar sobre os seus sentimentos. Já Giovana mostrou-se muito alerta e atenta ao que se passava. Assim, olhava para todos na sala e vocalizava o tempo inteiro, como se também estivesse conversando.

O tema da *matriz de apoio* ocupou grande parte da sessão. Ao observar a intensa interação entre Valdir e Giovana no começo da sessão, Paula fez um comentário a respeito de se sentir sobrecarregada em relação aos cuidados com a filha.

Mãe: *“O Valdir é mais da brincadeira”*.

Terapeuta: *“É? E tu, Paula?”*.

Mãe: *“Ah, eu já dou a comida, já faço o banho”*.

Terapeuta: *“Como é que tu sentes a respeito disso, Paula, do Valdir ficar mais com essa parte da brincadeira e tu com as outras?”*.

Mãe: *“Ah, eu sinto que vai acabar tudo comigo”*.

O diálogo acima mencionado deu início a uma série de críticas de Paula em relação ao apoio de Valdir. Porém, este demonstrou compreender o sentimento da esposa, dizendo que percebia que ela poderia estar se sentindo mais sobrecarregada devido ao fato de estar em casa todo o tempo, diferente do que ocorria quando trabalhava fora. Ao mesmo tempo, criticou Paula por considerá-la excessivamente preocupada com a limpeza da casa. Em relação a isso, Paula, muito irritada, falou sobre o sentimento de não poder cobrar a ajuda do marido naquele momento por ele estar trabalhando fora e ela não, como mostra o trecho a seguir:

Terapeuta: *“Tu tem sentido que essas coisas vão ficar mais pra ti?”*.

Mãe: *“Com certeza. Era tudo que ele queria”*.

Pai: *“O quê?”*.

Mãe: *“Não que eu ficasse em casa, mas que não precisasse mais ter a cobrança, antes eu cobrava, a gente brigava muito por causa disso”*.

Terapeuta: *“E agora, porque tu não tá trabalhando, tu achas que não pode mais cobrar do Valdir?”*.

Mãe: *“Não, não é que não possa. Eu não tô mais cobrando, porque o certo era igual ele fazer”*.

Pai: *“Fazer o que, assim?”*.

Mãe: *“As coisas da casa, tu ter algumas atividades tuas. Eu já propus para ele escolher o que ele quer fazer em casa. O resto eu faço, mas ele não quer escolher. Ele acha que as coisas têm que fluir, não posso nem ouvir esse fluir”*.

Com isso, passamos a falar sobre o quanto a questão da divisão das tarefas parecia ser um ponto muito difícil entre os dois. Ambos relataram que os desentendimentos a esse respeito se agravaram após o nascimento de Giovana. Contudo, frente aos argumentos de Valdir, Paula reconheceu que ele a ajudava bem mais do que ela estava relatando. Nesse momento pareceu-me que o descontentamento de Paula devia-se mais ao fato de se sentir pouco acolhida e apoiada emocionalmente pelo marido, em função de considerá-lo rígido e estressado, do que propriamente pela questão da divisão das tarefas.

A suposição de que Paula estava mais ressentida pela insuficiência de apoio emocional do companheiro do que com a divisão de tarefas em si parece ter sido confirmada na medida em que, quando comentei que Paula parecia estar mais abatida do que na primeira vez em que nos vimos, ela mencionou que havia se “*estressado*” com Valdir na vinda para a consulta, pelo seu comportamento controlador enquanto ela dirigia o carro. Quando perguntei se estava mais sensível às críticas de Valdir, Paula afirmou que, na verdade, “*ele sempre foi assim*” e que ela sentia muita raiva desse tipo de atitude do marido. É interessante ressaltar que enquanto Paula contava o fato ocorrido no trânsito, Valdir pegou Giovana no colo e começou a brincar com ela, como se não estivesse ouvindo a esposa. Nesse momento Paula tirou Giovana do colo do marido e a colocou novamente no colchão, dando a impressão de que gostaria de ser ouvida.

Em um momento em que Paula e Valdir falavam sobre Giovana ter um temperamento fácil, Paula provocou o marido, perguntando-lhe se sabia a quem a filha havia “*puxado*”. Valdir de imediato lhe respondeu que a filha tinha o seu próprio temperamento, tendo em vista que não considerava que Paula fosse uma pessoa calma como julgava ser. Pareceu-me, nesse momento, que esta colocação de Valdir estava abrindo a possibilidade de tirar Paula da posição de vítima da falta de apoio e do temperamento do marido na qual estava colocada. Contudo, pude verificar que alguns papéis assumidos pelo casal pareciam estar rigidamente estabelecidos. Porém, as definições feita por Valdir, destacadas no diálogo abaixo, não foram exploradas nesta sessão:

Terapeuta: “*Tu não consideras que a Paula seja calma como ela acredita ser?*”.

Pai: “*Não, ela não é. Ela sabe que não é. Nós somos muito parecidos, por isso que a gente, às vezes, bate de frente. Ela fala, às vezes, ‘não, porque tu é assim, tu é assado, tu é estourado’, mas ela é igual. Talvez por outros motivos, entende. Os motivos até podem ser diferentes, mas...*”.

Terapeuta: “*Me pareceu que foi uma surpresa pra ti, Paula, o Valdir comentar que tu também te estressas, também te irritas, também estoura*”.

Mãe: “*Não, não é surpresa. Eu sou estourada também, mas não tanto quanto ele, com certeza*”.

Pai: “*É, nem tanto, mas que é também é... pra resumir, assim, nós dois, basicamente eu descreveria assim, ó, bem simples: eu sou a razão, a Paula é a emoção*”.

Como pode ser visto as preocupações relatadas por Paula em relação ao apoio do companheiro não foram diferentes daquelas mencionadas em momentos anteriores. Contudo, pareceu-me que o fato de poder falar sobre elas na presença de Valdir e de Giovana permitiu que pudesse reconhecer algumas possíveis distorções na sua avaliação, ou seja: na medida em que Valdir contestava algumas das afirmações de Paula, esta demonstrava reconhecer que também tinha responsabilidade pela situação na qual se sentia colocada, o que anteriormente atribuía apenas ao marido. Da mesma forma, o seu

humor parece ter melhorado no decorrer da sessão, conforme ia falando. Isso pôde ser observado pela mudança no seu tom de voz, que se tornou mais vigoroso, e pela mudança na sua postura corporal, considerando-se que saiu da posição de apatia em que se encontrava nos primeiros minutos da sessão, passando a se movimentar na cadeira e a interagir mais com a filha.

O tema da *reorganização da identidade* também foi amplamente abordado nesta sessão. Paula voltou a referir preocupações com as mudanças desencadeadas pela maternidade, embora não tenha dedicado tanto tempo a essa questão como havia ocorrido na sessão anterior. Assim, falou a respeito dos aspectos positivos e negativos de estar em casa com a filha, como mostra a sua fala:

“Eu não quero ser dona de casa, né, o resto da vida assim, mas, por outro lado, tá sendo tri bom ficar em casa. Não sei se daqui a um mês eu vou te dizer a mesma coisa. Tem um monte de gente que me diz ‘ah, tu tá gostando porque é o início. Daqui a um mês, que vai parecer, assim, que acabou tuas férias, né, aí tu vai estar já estressada, já querendo voltar a trabalhar e tal’. Eu tô empolgada com esse negócio da faculdade, né, de voltar a estudar. Até tava comentando com a minha vizinha que eu já queria que comessem as aulas amanhã. Eu tô tri a fim, sabe, de voltar”.

Em relação a isso, comentou que tinha receio de ficar apenas em casa, dependendo financeiramente do marido. Essa preocupação devia-se ao fato de que havia muito tempo já não concordavam com a forma de cada um fazer uso do dinheiro. A esse respeito, comentei que mostravam estar em uma fase de novas negociações. Paula e Valdir relataram várias situações em que tinham divergências em relação às finanças: na visão de Valdir, Paula era uma pessoa muito impulsiva na hora de consumir. Já Paula considerava Valdir muito “*amarrado*” para fazer compras, com o que acabava perdendo oportunidades.

Uma das situações relatadas remeteu-os ao funcionamento dos pais de Paula em relação ao dinheiro. Valdir estava contando que ele, preferencialmente, fazia as compras no supermercado no período inicial do casamento. Isso ocorria porque, além de Paula não gostar dessa tarefa, quando ela ia ao supermercado gastava excessivamente, sem mostrar preocupação com o preço dos produtos. Nesse momento, Valdir associou essa situação ao fato de que entre os pais de Paula ocorria exatamente o mesmo. Segundo Valdir, cabia ao seu sogro fazer o mesmo papel que ele fazia: o de ser controlador em relação ao dinheiro, em virtude da mulher não sê-lo. Conforme relatou, o sogro era “*pior*” do que ele, pois chegava a levar uma calculadora ao supermercado a fim de controlar os gastos. Sobre isso Paula comentou, surpresa:

“É mesmo, é engraçado, porque a minha mãe deixou de ir ao supermercado com o meu pai, porque ela dizia assim... bom, eu não me lembro da época que a minha mãe ia ao supermercado”.

junto. Vagamente... lembro vagamente da época que a minha mãe ia ao super. Ela diz assim 'sabe por que eu deixei de ir no supermercado com o teu pai? Porque toda vez que a gente ia a gente brigava, porque eu botava uma coisa no carrinho, ele ia lá e tirava''

Valdir comentou que a preocupação do sogro se justificava pelo fato de que apenas ele trabalhava. Segundo o relato de Paula, sua mãe trabalhava fora enquanto era solteira e nos primeiros anos após o casamento. Cabe lembrar que, antes de engravidar de Paula, sua mãe tinha sofrido um aborto espontâneo. O trecho a seguir ilustra o momento em que Paula relatou este acontecimento na sessão:

“A minha mãe também teve a primeira gravidez, foi bem difícil. Ela perdeu o primeiro neném. Quando ela ficou grávida de mim, né, e foi a segunda gravidez, né, daí o meu pai começou a botar pilha. Juntou as duas coisas, né. Ele não queria mais que ela trabalhasse, que a mulher trabalhasse fora, e também esse lance de eles terem perdido um filho, então diz ‘ah, quem sabe é porque tu te estressou, né, te esforçou muito, então acho que tu tem que ficar em casa, não sei o quê’. Daí nunca mais ela voltou. Mas não era isso que eu tava falando...”

Este relato, já no final da sessão, chamou-me muito a atenção. Paula perdeu-se em relação ao que estava falando. Ao nos perguntar sobre o que estava dizendo, Valdir lhe respondeu que estavam falando sobre as coisas deles, ou, como ele mesmo mencionou, “sobre os nossos esquemas”. Ocorreu-me que a situação vivida pelos pais de Paula parecia estar atualizada nos seus conflitos com Valdir, podendo ter uma importante repercussão na forma como ela estava elaborando as questões referentes à sua maternidade naquele momento, particularmente em relação a poder conciliar a sua identidade como mãe e profissional. No momento em que soube daquela situação, ocorreu-me uma questão que esteve presente ao longo de toda a psicoterapia: em virtude de uma possível identificação com a mãe, queixar-se de não estar satisfeita com o apoio do companheiro teria relação com o sentimento de *ter* de ser a única pessoa a cuidar da filha a fim de não perdê-la?

Parece importante ressaltar que na supervisão clínica ocorrida alguns dias após esse atendimento, o supervisor sugeriu que na sessão seguinte fosse realizado um genograma das famílias de Paula e Valdir. De acordo com a sua orientação, naquele momento seria fundamental a realização de uma investigação acerca de duas questões levantadas pelo casal na sessão: a primeira delas referia-se ao aborto sofrido pela mãe de Paula e a relação deste evento com o fato dela ter parado de trabalhar. A segunda questão referia-se à fala de Valdir sobre ele ser a “razão” enquanto que Paula seria a “emoção”.

Terceira sessão

Entre a segunda e a terceira sessão de psicoterapia houve um intervalo de sete semanas. Esse intervalo ocorreu em função de que Paula e Valdir desmarcaram o

atendimento por três semanas seguidas. Na primeira semana a falta ocorreu porque uma pequena cirurgia de Giovana (na língua) foi agendada no mesmo dia da sessão. O segundo cancelamento ocorreu em virtude de que, por um imprevisto no trabalho, Valdir não chegaria a tempo para a consulta. Na terceira vez o cancelamento se deu porque, de acordo com Paula, eles esqueceram que a missa de formatura da sua irmã estava marcada no mesmo horário do atendimento. O final desse período coincidiu com o começo das minhas férias, motivo pelo qual não nos vimos por mais quatro semanas. Embora as ausências pudessem indicar uma resistência à psicoterapia, tive o sentimento de que havíamos construído um bom vínculo, pois eu me sentia ligada em sua história e ela dava sinais de estar à vontade e confiante no tratamento.

Na terceira sessão Paula compareceu sozinha. Devido à ausência de Valdir, optei por não realizar o genograma indicado na supervisão naquele momento. Paula disse-me que Valdir não quis ir à consulta porque estava bravo por ela ter esquecido de avisar que teriam atendimento naquele dia. Quando ela ligou para o trabalho do marido para avisá-lo, este ficou muito irritado porque não gostava de ser avisado “*em cima da hora*”. Como Valdir não iria acompanhá-la, Paula decidiu deixar Giovana com uma vizinha porque não conseguiria se deslocar sozinha com a filha, uma vez que teria de dirigir. No decorrer da sessão, tive a sensação de que Paula desejava mesmo estar sozinha, como se quisesse ter um espaço só para si, longe do marido e da filha.

O tema da *matriz de apoio* esteve novamente evidente, uma vez que Paula queixou-se de estar muito sobrecarregada e de que Valdir era muito pouco prestativo. Contudo, ela não se deteve nessa queixa como havia acontecido nas sessões anteriores.

Já o tema da *reorganização da identidade* esteve presente ao longo de toda a sessão. Logo no começo, quando perguntei como estava passando desde a última vez em que tínhamos nos visto, Paula falou sobre o incômodo que estava sentindo por estar o tempo todo em casa com a filha. Porém, falou também sobre o que estava fazendo para mudar esta situação. O trecho abaixo ilustra esse momento:

“Tá meio complicado! Essa coisa da gente ficar em casa, sabe? Eu acho que é isso que tá me atrapalhando. Mas eu me inscrevi pra dar aula nos ‘contratos emergenciais’ lá pelo estado. Então, em princípio, até março vão chamar. Vai sair alguma coisa no Diário Oficial”.

Na entanto, Paula evidenciou certa ambivalência em relação a um possível retorno ao estudo e às atividades profissionais, como mostra a sua fala:

“Tem momentos em que eu adoro estar em casa, mas em outros quero voltar a trabalhar, sabe? É tão bom em casa! Eu faço o meu horário, eu sou preguiçosa pra sair também (...) mas por outro lado é ruim porque é tudo comigo, sabe? A Gi, é tudo comigo! O Valdir chega em casa cansado. Ele ajuda no banho e olhe lá. Então isso é ruim”.

Como pode ser visto, o relato de Paula denota o seu sentimento de que estar em casa poderia significar ter que assumir sozinha todas as tarefas domésticas e os cuidados com a filha. Contudo, Paula relatou que, na verdade, nos últimos dias o que mais a estressava não era a postura de Valdir, mas, sim, o fato de ter discutido com sua mãe. Como será visto, esta discussão permitiu à Paula refletir acerca de algumas questões a respeito do seu relacionamento com a própria mãe e dos modelos de maternagem que tinha.

Paula contou que a discussão com a mãe ocorreu em um final de semana no qual ela, Valdir e Giovana foram para a casa de praia de seus pais. Segundo o seu relato, essa discussão teve início porque ela resolveu utilizar o quarto da irmã para dormir e não o seu próprio. Cada uma das filhas tinha um quarto nessa casa de praia, mas Paula quis usar o quarto de Cristina porque nele havia, além da cama de casal, uma cama de solteiro na qual poderia acomodar melhor a filha. Sua mãe não gostou dessa atitude, pois entendia que se Cristina chegasse durante a madrugada não poderia dormir no seu próprio quarto. Paula tentou explicar para a mãe que havia se certificado de que a irmã não iria para a praia naquele final de semana, mas esta não a ouviu. A discussão sobre o uso dos quartos acabou se transformando em uma longa discussão na qual mãe e filha falaram sobre as mágoas que tinham uma da outra havia muito tempo. A esse respeito Paula comentou:

“O meu posicionamento com a minha mãe nunca foi, assim, uma coisa, assim, ah, ‘as melhores amigas’, sabe? Porque a nossa educação sempre foi muito repressora, né? Então, ah, viajar com o namorado não podia. Ah, então quando ela descobriu que eu não era mais virgem, meu Deus. Veio a casa. Ficou quase quinze dias sem falar comigo, porque não sei o quê, sabe? Nem foi com o Valdir! E eu tive um monte de namorados. Fui muito namoradeira, né? Então isso traumatizou ela. E eu descobri que isso traumatizou ela na sexta-feira [risos], porque eu não sabia que eu tinha traumatizado tanto, porque daí a gente começou a discutir por uma coisa que aconteceu e aí ela começou a puxar, sabe, coisas da minha adolescência, coisas de antes de casar, quando eu tava solteira (...) ela achava, assim, que era uma putaria. Bem essas palavras que ela usava! E pra me chamar de vagabunda também não media. Era duas e três... Ela sempre foi muito de usar palavras fortes, sabe?”

De acordo com o relato de Paula, sua mãe teve muita dificuldade em lidar com a sexualidade das filhas, particularmente com a sua. Conforme mencionou, sua irmã sempre foi mais discreta em relação aos namoros:

“Aí eu é que fui a namoradeira! Eu fui terrível, só incomodei, eu fui não sei o quê, porque todos os cabelos brancos que ela tem é graças a mim, sabe? Tudo assim! Eu digo: ‘Bah, mas eu não sabia que eu tinha sido o trauma da tua vida ou a pedra no teu sapato!’”

Ainda em relação a isso, Paula mencionou que não imaginava que a mãe tivesse guardado tantas mágoas por fatos ocorridos na sua adolescência. Conforme relatou, sua mãe era uma pessoa muito dedicada às filhas e, talvez por isso, muito controladora. Contudo, julgou que este comportamento não estava de todo errado, pois depois que se

tornou mãe pôde entender que se preocupar e controlar os filhos também seria o papel de uma mãe. Porém, entendia que a mágoa da mãe se devia em grande parte ao fato de ter deixado a vida profissional de lado para se dedicar apenas à família. O trecho a seguir ilustra essa impressão:

“Ela deve ter pensado em retornar, mas daí aquela coisa: apego nos filhos. Ai, deixar minha filha coitadinha, não sei o quê, e bababa, né? Aquela frescura. Aí, no fim, acho que ela desistiu, né? Só que daí passou a vida toda se queixando, entendeu? Uma vez eu briguei com ela por causa disso. Quando era adolescente, né? Adolescente a gente fala mais [...]. É! E tava cansada de ouvir ela dizer ‘por causa dos filhos não sei o quê, por causa dos filhos a gente agüenta não sei o quê, porque se não fosse os filhos eu já tinha me separado há muito tempo’. Eu digo ‘mãe, vai à luta. Vai fazer a tua vida. Tô cansada de te ouvir falar(...) essa opção que ela fez foi uma opção dela na vida. Não é culpa minha (...). Óbvio, a gente vai amadurecendo e vai começando a entender outras coisas, né? Depois que tu casa tu entende mais outras coisas. Depois que tu é mãe tu entende mais outras coisinhas, né? Então hoje eu vejo que isso aí é uma opção dela. Ela optou por fazer a vida dela assim. Ela não pode culpar a gente por isso”.

A referência de Paula ao sentimento de não poder ser culpada pela escolha da mãe, fez-me pensar na situação que ela havia contado no final da sessão anterior, sobre o aborto sofrido pela mãe. Quando lhe perguntei a respeito dessa perda, Paula mencionou que, além do aborto, sua mãe sofreu também a perda de uma filha nascida entre ela e Cristina. Paula lembrou-se de ter ouvido de sua mãe que ela mesma chorava muito durante a noite e, por esse motivo, precisava ser atendida pela mãe, já que o pai pouco teria colaborado nos cuidados com a casa e com as filhas. Essa lembrança permite pensar na possibilidade de que se sentisse ressentida pela pouca disponibilidade do pai e culpada pelos esforços da mãe, que tinha também um bebê doente para cuidar. A vinheta abaixo mostra como se deu essa associação:

Terapeuta: *“Tu tava contando que a tua mãe trabalhava e aí ela perdeu o nenê, não foi? Na primeira gestação. Depois, quando ela ficou grávida de ti, ela resolveu parar de trabalhar, né? Eu fiquei pensando: será que isso tem alguma relação com a forma como tu tá te sentindo agora por também ter parado de trabalhar? Como tu imaginas que foi isso pra tua mãe? O fato de ter parado de trabalhar?”.*

Mãe: *“Eu era pequena e ela teve um outro nenezinho, né? Uma outra guriuzinha que veio a morrer. Viveu seis meses e morreu. Tinha problema de coração, e tal. Entre eu e a minha irmã teve uma outra. E aí a mãe diz que eu chorava de noite. O pai empurrava ela, assim, com o pé ‘vamos, levanta, levanta, que a guria tá chorando, porque não sei o quê, que saco, que saco!’. E se arrenegava. Ele nunca levantou de madrugada pra nos atender. E daí diz que ela levantava correndo pra não acordar a pequenininha, né, porque tinha problema de coração e tal, né? E aí a mãe... A mana até disse pra ela ‘credo, não sei como é que tu agüentou isso’. E o meu pai sempre foi muito assim, né? Agora tá velho, tá quebrado, né? A vida deve ter ensinado algumas coisas. Mas agora já passou, né? E agora tá melhor. Mas ele sempre foi muito assim, de chegar em casa, olhar uma camisa que tava mal, mal passada na visão dele, assim, e jogar no chão. Que tava mal passada a camisa. Assim, sabe? Nessa linha”.*

Quando Paula falou a respeito das atitudes do pai, lembrei-me de algo que Cristina, sua irmã, havia me falado na vez em que a entrevistei: para exemplificar o que pensava sobre o apoio de Valdir à Paula, Cristina mencionou que diante de uma pilha de roupas para passar Valdir não só não ajudaria a mulher, como reclamaria da sua desorganização.

Perguntei para Paula se tinha alguma lembrança em relação ao que a mãe lhe contara. Respondeu-me que nunca viu nada daquilo, que todas essas coisas eram contadas por sua mãe. Perguntei-lhe, então, o que ela pensava sobre isso. Paula falou que provavelmente a mãe entendesse que o marido não lhe ajudava, mas, como filha, pensava que ela não deveria ter relatado os seus problemas conjugais para as filhas. Na opinião de Paula, essa atitude da mãe teria colaborado para que ela tivesse construído uma imagem distorcida do próprio pai. Para ela, essa imagem só começou a se modificar com uma psicoterapia que havia feito há alguns anos atrás. Como mostra o seu relato, Paula tentava pensar em como o seu pai era “pai” para ela quando pequena independente do que lhe dizia a mãe:

“O meu pai pra mim é assim: me levou pra andar de bicicleta, me levou no jogo do inter, sabe? Eu... Isso também foi uma coisa, assim, que eu acho que eu consegui dividir na minha cabeça, né? E algumas vezes eu falei pra ela: ‘o teu marido é uma coisa. O meu pai é outra, né? Ele pode ter sido um péssimo marido e um ótimo pai pra mim. O fato de ele não ter levantado de madrugada e não sei o quê, não sei o quê... Bom, isso aí eu não sei. Eu não me lembro. Quem tá me contando é tu, sabe?’. E dali a pouco ele pode ter levantado uma ou duas vezes. Só que na grande maioria ele não levantou. Então ela conta que ele nunca levantou. E agora? Como é que eu vou saber se o pai levantou ou não?”.

O sentimento de Paula de que estar em casa poderia significar ter que assumir sozinha todas as tarefas domésticas e os cuidados com a filha parece ter ficado mais claro à medida que associou este receio à situação vivida pela própria mãe. Conforme relatou, a mãe havia dito a ela que não deveria parar de trabalhar, principalmente por considerar que Valdir tinha um “gênio” muito parecido com o do sogro. Nesse momento, ficou bastante clara a identificação de Paula com sua mãe:

Mãe: “Ela disse que ele é igual ao pai, ‘ah, se esse guri fosse filho do teu pai não ia ser tão parecido. Cruzes’. Por isso que ela disse mais de trezentas vezes que não é pra eu parar de trabalhar e não é para ficar dependendo dele”.

Terapeuta: “E como é que tu te sentiste com essa comparação?”.

Mãe: Aí tu fica numa luta constante pra não ser igual, entendeu? Tu nem pode deixar... eu já sou super-parecida com ela fisicamente, sabe? Até gordinha. Tudo é igual. Tudo! Meus pés, minhas pernas, sabe? No verão a gente se assa no meio das pernas porque... É verão, sabe? É horrível. Tudo é igual. Tudo. Impressionante. De eu estar sentada às vezes lá na frente da casa dela, passar as vizinhas, assim, já mais velhinhas e dizerem ‘oi, Maria, tudo bem?’. E eu ‘oi, tudo bem’. Atender o telefone e ‘ah, Maria...’ e eu ‘só um pouquinho que eu vou chamar a mãe. Não é a Maria’. Então é assim, então é uma luta, assim, ó, constante porque eu não quero ser igual a ela. Eu tô vendo como ela ficou! Eu não quero ficar igual. Mas vamos ver. É brabo!”.

Nesse momento, falei para Paula que tinha a impressão de que, mesmo que tivesse conversado sobre os seus conflitos familiares na outra terapia, em outra época de sua vida, o fato de agora ser mãe estava evocando um novo olhar sobre os seus sentimentos pela mãe e pelo pai. A vinheta abaixo ilustra o nosso diálogo a esse respeito:

Terapeuta: “E quando nasce um nenê, né, agora que tu tens a Giovana, eu tenho a impressão que isso tudo se...”.

Mãe: “Aflora!”.

Terapeuta: “É! Porque agora também és mãe, né? E parece que ela é o modelo que tu tens”.

Mãe: “É!”.

Terapeuta: “É o teu modelo mais próximo, né?”.

Mãe: “E tu sabe que depois que a gente conversou, que a gente marcou consulta, e tal, umas vezes eu fiquei pensando assim, ó, ‘sabe, eu vou conversar com a Dani pra ela tentar me ajudar a encontrar um jeito de eu ser diferente’. Porque assim, ó: o modelo que tu tem é aquele. Tu não concorda com algumas coisas, né? Não é que eu não... Tem algumas coisas que foram ótimas, né? Por exemplo: ela ter incentivado a gente a começar a trabalhar cedo (...). Só que tem coisas que não é legal. E eu não sei fazer diferente!”.

Terapeuta: “Quando vê tu te pegas agindo da mesma forma”.

Mãe: “Exato. Entendeu? E isso... Eu não quero ser assim. Eu não quero (...). E é a mesma coisa, assim, no modelo de casamento, sabe? De vida a dois em casa, assim. Tem vezes que eu me pego falando as mesmas coisas que a mãe pro Valdir”.

Terapeuta: “Mesmo querendo ser diferente. Mas será que tem que se lutar contra isso, assim, Paula?”.

Mãe: “Lutar pra não ser igual?”.

Terapeuta: “É! Será que é possível?”.

Mãe: “É, qual é o problema de ser igual, né [risos]. Não, é porque eu não quero que a Gi me veja assim!”.

Terapeuta: “Peneirar o que é bom, o que é ruim, e achar nisso...”.

Mãe: “É! Pois é. Mas aí tu tens que ter esse poder, esse bom senso, assim, pra dizer ‘isso eu quero pra mim, isso eu não quero pra mim!’. Tu entende?”.

Terapeuta: “Não é tão claro assim, né?”.

Mãe: “É! Não é assim, como tu separar a pedrinha quando tu vai escolher o feijão, sabe? Não é assim. É que, quando tu vê, tu já falou o que não era pra falar, tu fez o que não era pra fazer. Sabe? E esse jeito, assim, que eu tenho, a maneira que eu falo, que, aliás, é o mesmo jeito dela falar também”.

Terapeuta: “Será que a tua história tu vai poder traçar diferente?”.

Mãe: “Pelo menos um pouco, né, diferente”.

Como mostram as vinhetas aqui destacadas, a sessão esteve bastante focalizada no desejo de Paula de se reorganizar naquele momento de sua vida. Assim, parecia estar revivendo muito intensamente a sua própria história como filha de sua mãe e de seu pai. Nessa reorganização, era evidente a busca de modelos e as identificações com as figuras parentais. A partir das suas reflexões acerca da discussão ocorrida, Paula evidenciou o sentimento de que era muito parecida com a própria mãe, assim como Valdir era muito parecido com o seu pai. Evidenciou também temer que a história da sua mãe se repetisse com ela, isto é: temia que não conseguisse se reorganizar em função da maternidade.

Quarta sessão

Na quarta sessão, ocorrida uma semana depois, Paula, Valdir e Giovana estiveram presentes. Neste dia, durante a realização do genograma, conversamos longamente sobre as famílias de origem do casal.

Giovana estava bastante ativa e sorridente como nas outras sessões. Porém, esteve entretida com os brinquedos e com a exploração da sala durante todo o tempo e em nenhum momento solicitou o colo dos pais, como ocorreu na última vez em que estiveram juntos na sessão. Por outro lado, solicitou o meu colo, olhou-me e vocalizou para mim por diversas vezes.

Valdir mostrou-se mais à vontade do que na primeira vez em que nos vimos. Em um dado momento, quando falava sobre o quanto as famílias podem interferir na vida de um casal, disse-me que eu iria passar por isso um dia, caso ainda não tivesse passado. Lembro-me de que o meu sentimento frente à sua fala foi o de que parecia querer se certificar se eu estaria autorizada, pelas minhas experiências pessoais, a falar sobre assuntos de casal. Além disso, pela associação que fez com a interferência de familiares, pensei no que ele poderia estar sentindo a respeito da minha interferência em suas vidas.

Quanto à Paula, chamou-me bastante a atenção o fato de que estava muito bonita e também sorridente. Percebi que estava mais arrumada do que nas outras vezes, considerando-se que em todas as sessões anteriores esteve vestida com camiseta larga, calça de ginástica e o cabelo desalinhado. Dessa vez estava com um vestido e com uma tiara nos cabelos.

Nesta sessão, os temas da *matriz de apoio* e da *reorganização da identidade* foram mencionados. O primeiro deles apareceu apenas nos últimos dez minutos da sessão, quando comentei o quanto me parecia que estavam tranqüilos naquele dia. Quando fiz esse comentário, Paula voltou a se queixar da pouca colaboração de Valdir, como pode ser visto a seguir:

Mãe: “*Eu acho que tá sendo mais tranqüilo, assim. Mas agora, esse final de semana, eu já dei uns gritos lá, porque eu acho assim, ó, que ele tá muito arriado, sabe? O fato de eu estar em casa, ele simplesmente se eximiu de uma série de coisas que ele fazia e que ele não faz mais!*”.

Pai: “*Por exemplo: ficar com a Giovana de madrugada!*”.

Mãe: “*Sexta e sábado tem que ser tu! Quando eu tava de licença não era assim?*”.

Pai: “*Ah, era diferente*”.

Mãe: “*Por quê?*”.

Pai: “*Porque nós dois estávamos pegando juntos!*”.

Mãe: “*Então por que agora não pode ser?*”.

Pai: “*Porque agora tu tá em casa todo o dia!*”.

Mãe: “*Ah, é. E eu tenho que ser massacrada porque eu tô em casa?*”.

Pai: “*Não, tu não é massacrada*”.

Mãe: “*Ah não, Valdir. Só um pouquinho, tá?*”.

Como pode ser visto, Paula e Valdir evidenciaram nesse diálogo o quanto continuava difícil chegar a um acerto sobre a participação de cada um nos cuidados com Giovana. Valdir foi enfático ao dizer que, como Paula estava em casa todo o dia, a situação era diferente de quando ela trabalhava fora. Porém, enquanto Paula continuou falando sobre a sua insatisfação, Valdir mostrou uma postura diferente da que vinha mantendo ao longo da sessão, quando estava falante e animado: ficou cabisbaixo, como se estivesse cansado, entediado ou até um pouco deprimido. Nesse momento assinalei a minha impressão do quanto estavam tendo dificuldade para lidar com essa situação. Paula

respondeu-me que, por não saber mais o que poderia exigir de Valdir, acabava fazendo tudo sozinha.

Paula associou a idéia de que acabava assumindo todas as tarefas com o que uma nutricionista que ela havia consultado recentemente tinha lhe dito sobre o seu sentimento de sobrecarga: que deveria dar mais espaço para Valdir ser pai. A vinheta abaixo ilustra o momento em que Paula e Valdir demonstraram se dar conta da dificuldade que estavam tendo para se comunicar. No entanto, é possível pensar que, nesse momento, mostraram que podiam, de alguma forma, se colocar no lugar do outro:

Mãe: *“Ah, essa história de ‘deixa que eu faço, que não sei o quê, porque blah, blah, blah’, isso é ruim pra mim e pra ele. Pra mim porque eu fico sobrecarregada. Ser pai não é só o Valdir chegar em casa, brincar, da, da, da, da, né?”*.

Terapeuta: *“Quer dizer que muitas vezes quando tu solicitas a ajuda não é tanto na bronca ou porque tu tá cansada, mas também pra dar espaço pra ele?”*.

Mãe: *“É! Eu disse isso pra ele esses dias”*.

Terapeuta: *“Mas parece que não é assim que chega, Valdir?”*.

Pai: *“É, não chega assim a mensagem”*.

Mãe: *“Não é fácil! Eu sei que é cansativo trabalhar o dia inteiro e depois chegar em casa e assumir ainda, né? Mas e aí? Paciência, né? Ele tem filho!”*.

Terapeuta: *“É que talvez a forma como tu falas acabe soando como uma cobrança”*.

Mãe: *“É, eu sei que às vezes da maneira que eu falo eu tô cobrando, sabe? É que quando eu falo, eu já explodi, sabe? Eu não falo assim como eu tô falando aqui!”*.

Quando Paula mencionou reconhecer que não costumava falar da forma como estava falando ali, na sessão de psicoterapia, pensei na possibilidade de que o *setting* terapêutico estivesse servindo como um espaço onde o diálogo e, principalmente, a escuta se tornavam factíveis entre ela e Valdir.

Embora essas questões referentes ao apoio tenham sido abordadas nos últimos minutos da sessão, pode-se afirmar que ela teve como foco, principalmente, o tema da *reorganização da identidade*. Paula e Valdir empenharam-se em descrever suas famílias e fizeram isso de forma bastante sintonizada. Assim, falaram sobre a dificuldade de formar uma nova família quando vinham de famílias com costumes tão diferentes, demonstrando muita proximidade um do outro enquanto falavam. Em diversos momentos sorriram e brincaram, como, por exemplo, quando Valdir disse que havia esquecido a própria idade.

Ao longo da sessão, o casal demonstrou que fez uma profunda reflexão sobre as mudanças nas configurações de suas famílias ao longo dos anos. Assim, falaram sobre casamentos, separações, recasamentos, nascimento de filhos, costumes e dificuldades de relacionamento entre os familiares. Detiveram-se por um longo período no relato a respeito das divergências que tinham em relação ao modo de agir do cunhado de Valdir, em virtude de considerarem que este, por não ser o pai do primeiro filho de sua mulher, não tratava bem o enteado. De acordo com Paula, o menino atribuía a Valdir a figura

paterna. Por esse motivo, Valdir teria, por muitos anos, se preocupado demasiadamente com o sobrinho. Para Paula, na verdade, Valdir dava muita atenção aos problemas de seus familiares, sendo bastante paciente com eles, enquanto que com ela estressava-se à toa.

Paula falou também sobre a dificuldade de sair da casa dos pais para a própria casa, não se referindo necessariamente à mudança física, mas, sim, a uma verdadeira reorganização psíquica. Conforme relatou, o nascimento de Giovana foi uma espécie de marco em relação à construção de uma nova família, principalmente na visão dos familiares. O trecho abaixo mostra isso:

Mãe: *“É muito complicado, assim, essa fase de tu migrar, sabe da casa..., da tua casa, eu já ia dizer. Da casa dos teus pais pra tua casa. E fazer essa coisa na tua cabeça”.*

Terapeuta: *“E essa separação ficou mais clara depois que a Giovana nasceu?”.*

Pai: *“Uhum! Ficou melhor, assim. Ficou mais definida a coisa. Acho que pra nós e pra eles também, né?”.*

Mãe: *“Uma vez a minha sogra largou um comentário. Foi quando tu parou de pagar os remédios pro teu pai(...): ‘agora o Valdir tem a família dele’. Dá uma raiva, né? Quer dizer, ele já tinha, só que era só eu!”.*

A partir daí, Paula e Valdir falaram sobre o quanto os seus relacionamentos com as famílias de origem mudaram, principalmente após o nascimento de Giovana. Paula considerou que Valdir estava menos ligado à sua família, o que, no seu entendimento, era mesmo excessivo. Valdir, apesar de concordar com Paula, ressaltou que neste aspecto as duas famílias eram bem diferentes, pois enquanto que na sua todos eram muito dependentes um do outro, na família de Paula pareciam se falar muito pouco, como pode ser visto no recorte a seguir:

Pai: *“Tu entendeu? Então são bem diferentes, assim. Quem tá certo, quem tá errado, não sei, né? É, é, é notória a diferença!”.*

Terapeuta: *“E como é que vocês lidam com essas diferenças?”.*

Mãe: *“Às vezes dá briga por causa disso!”.*

Pai: *“É, às vezes dá discussão! Dá discussão! Até que ultimamente a gente não tem mais se estressado com isso, né? Tá bem mais light! Mas lá no começo...”.*

Mãe: *“Sim, ele achava um absurdo eu ficar uma semana sem ligar pra mãe!”.*

Pai: *“Ah, isso eu acho ainda hoje, de não se falar”.*

Mãe: *“Ela não acha um absurdo! Eu não acho um absurdo!”.*

Pai: *“É! É uma criação diferente!”.*

De acordo com o que foi exposto, percebe-se que nessa sessão Paula e Valdir estiveram muito mobilizados em relação aos seus sentimentos pelas famílias de origem. Pareceu-me bastante positivo o tanto que se mostraram afinados ao falarem da dificuldade em estabelecer o seu próprio funcionamento familiar, tendo em vista que carregavam consigo costumes e concepções tão diferentes.

A revisão do *videotape* e o relato dessa sessão durante a supervisão clínica permitiu ao grupo o entendimento de que havia ocorrido uma importante mudança no

humor de Paula, que não mais se mostrava deprimida como nas sessões iniciais. Conforme foi mencionado anteriormente, o grupo considerou inicialmente que as dificuldades conjugais poderiam ser o foco da psicoterapia dessa família, uma vez que haviam sido agravadas a partir do nascimento de Giovana. Porém, no decorrer das primeiras sessões da psicoterapia, pareceu-nos que esse foco estaria principalmente na identificação de Paula com a história de sua mãe e as repercussões dessa identificação para o seu relacionamento com Valdir e Giovana.

Nessa supervisão, considerou-se que Paula estava fazendo uma importante conexão entre a sua história familiar pregressa e atual, o que poderia explicar a sua postura mais ativa, reflexiva e menos queixosa em relação a Valdir. Embora os conflitos do casal ocupassem um espaço importante na conflitiva familiar, entendeu-se que a psicoterapia breve pais-bebê dessa família estaria circunscrita à busca dessa conexão, que, indiretamente, poderia beneficiar o relacionamento do casal. Assim, discutiu-se a possibilidade de que o término da psicoterapia pudesse começar a ser trabalhado com a família.

Quinta sessão

Mãe, pai e filha estiveram presentes na quinta sessão, realizada uma semana após o último atendimento. Desde a entrada da família percebi que Paula estava sorridente, mas Valdir com uma aparência abatida, em função de uma gripe. Contaram que até o horário da sessão estiveram visitando alguns salões de festa, a fim de alugarem um espaço para o primeiro aniversário da filha. Giovana, mais uma vez, mostrou-se alegre e muito atenta às nossas falas e gestos.

Nesta sessão, apenas o tema da *matriz de apoio* foi evocado. Já nos primeiros minutos Paula demonstrou a sua animação com a organização da festa de um ano da filha. Tive a impressão de que estava muito feliz por ter a parceria de Valdir nesse projeto, como mostra o trecho abaixo:

Terapeuta: “*E a idéia de fazer a festinha de aniversário foi uma coisa que vocês dois queriam?*”.
Mãe: “*Nessas coisas de festa a gente sempre combinou. Isso a gente sempre fechou, festa de casamento também, era o sonho do Valdir fazer a festa de casamento dele e era o meu sonho também, né? Então daí fechou*”.

Ao falarem sobre o aniversário da filha, Paula relembrou de como eram comemorados os seus aniversários na infância. Mencionou que seus pais fizeram uma festa muito bonita no seu primeiro ano, sendo que os dois se empenharam muito naquela organização: mesmo tendo poucos recursos financeiros, fizeram juntos, em casa, todos os

doces e salgados que ofereceriam aos convidados. Paula considerou que era muito parecida com o seu pai nesse aspecto. Como o pai, além de gostar de comemorar o próprio aniversário, adorava também organizar os aniversários das pessoas mais próximas. Além disso, mencionou que Valdir também gostava desse tipo de organização, embora, por ser tímido, não fosse “*cara-de-pau*” como ela no sentido de agrupar pessoas. Valdir concordou e sorriu, dizendo que, de fato, Paula era uma pessoa muito alegre e espontânea. Foi nesse momento que falei sobre a sintonia que estava percebendo entre os dois. A vinheta a seguir mostra essa intervenção, ilustrando também o momento em que Paula falou para Valdir sobre precisar da sua ajuda para ter um espaço só para ela, sem a filha:

Terapeuta: *“Às vezes vocês falam sobre algumas coisas que não estão dando certo, como a divisão nos cuidados com a Giovana, né? De tu, Paula, querer mais ajuda e tal, mas a maior parte do tempo parece que vocês estão sintonizados, sabe? Agora quando tu falaste ‘ah, a gente faz isso, a gente vai jantar, ou a gente... não sei, mas às vezes me dá essa impressão de que grande parte do tempo vocês combinam as coisas, falam as coisas [...]. Vocês podem estar se queixando, mas falam um para o outro, não ficam guardando. Sempre foi assim?”*

Pai: *“Sempre, sempre”*.

Terapeuta: *“Parece que se conhecem bem”*.

Pai: *“Eu acho que o maior estresse é aquela história da casa né? Na real, né? Que a gente se estressa né? Mas no mais... Eu acho que ela tá cansada... eu acho que na real tu tá cansada da vida de dona de casa, não é o teu esquema, e aí de repente tu atropela as coisas, na real é isso”*.

Mãe: *“Daqui a pouco começam as aulas também! Tudo isso muda. Só que mesmo assim, mesmo eu voltando a trabalhar, eu acho que tu não tens mais ou menos direito de descansar ou não, entendeu? Eu acho que nós dois temos os direitos iguais. Eu faço um tipo de serviço, tu faz outro. O meu serviço é ficar em casa. E tu? Quando é que tu vai assumir a Gi?”*

Pai: *“Não, de certa forma eu tô mais relaxado porque ela tem ficado em casa direto! Só que ela não dorme, essa é que é a questão, ela não dorme quando a Gi dorme”*.

Mãe: *“Mas mesmo que eu não durma, Valdir, eu acho assim, ó: tu pode chegar em casa, tomar o teu banho, comer alguma coisa e assumir a Giovana! Até pra eu querer dar uma caminhada. Eu não faço porque não dá!”*

Pai: *“Não, não é verdade”*.

Para Valdir, Paula geralmente era muito grosseira nas vezes em que lhe solicitava ajuda, deixando a impressão de que estaria dando uma ordem. Segundo ele relatou, Paula teria consciência da forma agressiva como costumava falar, tanto que já havia tido problemas com outras pessoas que também se sentiram agredidas pela sua forma de expor os seus pensamentos. Perguntei-lhe se também se incomodava com isso, ao que me respondeu que sim, dizendo que era “*empregado*” apenas no seu local de trabalho, e não em sua própria casa. Sobre isso, Paula lhe disse que, conhecendo-a como ele a conhecia, não deveria se incomodar tanto com o seu jeito de ser.

Valdir, como havia ocorrido na segunda sessão, voltou a argumentar sobre as coisas que fazia para ajudar e que não estavam sendo mencionadas por Paula, como o fato de acordar junto com a filha, por volta das seis da manhã, e cuidá-la até a hora de

sair, entre nove e dez horas, período em que Paula ficava dormindo. Mesmo assim, também reconheceu que estava fazendo menos do que fazia antes de Paula ser demitida.

Pensando no que Valdir havia falado sobre não ser verdade que Paula não caminhava porque teria que ficar com a filha todo o tempo, eu pedi que falassem um pouco mais sobre como sentiam aquela questão. Valdir falou que entendia ser necessário estar mais vezes só com Giovana, mas que Paula parecia não se permitir que isso acontecesse, como mostra a sua fala:

“Ah, às vezes a gente fica só eu e a Giovana. Acho que é exatamente isso, ela precisa de um tempo pra ela, né Paula? De caminhar, de fazer a roda de chimarrão lá no prédio. O pessoal lá tem o costume de tomar chimarrão junto. Agora a gente vai chegar lá vai estar todo mundo lá embaixo e tal. E aí ela vai tomar um chimarrão. A Giovana vai junto. Todo mundo pega a Giovana no colo, a Giovana brinca com todo mundo. Mas ela tá lá, e a responsabilidade é dela porque a Giovana tá junto, entendeu? Ela ir sozinha, isso não acontece. Ela não se permite!”.

Associado a isso, uma outra questão levantada por Valdir foi que, para ele, o estresse de Paula era ainda pior na época em que acumulou os cuidados com a filha e o trabalho, porque quando estava no serviço ficava o tempo todo pensando se Giovana estaria bem ou não. Conforme mencionou, em diversas situações havia proposto ficar com Giovana, para que Paula fizesse as suas coisas. Porém, afirmou que, nas vezes em que isso ocorreu, Paula não demonstrou conseguir deixar Giovana sozinha com ele, a não ser uma vez em que foi ao cabeleireiro e ficou toda a tarde longe da filha. Valdir ressaltou que ele e Giovana ficaram muito bem e que isso poderia acontecer mais vezes. Foi nesse momento que falamos a respeito dele ter mais espaço com a filha, como pode ser visto logo abaixo:

Terapeuta: *“Tu tá falando que a Paula, de certa forma, não dá esse espaço pra que tu fiques mais com a Giovana?”.*

Pai: *“Também”.*

Terapeuta: *“Porque, de repente Paula, tu te queixas por um lado, né, e talvez não consiga abrir esse espaço pra que ele tome essa iniciativa, né?”.*

Pai: *“Paula, isso que ela [a terapeuta] falou, eu acho que tu tem que ter o teu tempo, teu espaço, tem que ir fazer as tuas coisas sozinha”.*

Terapeuta: *“E talvez abrir um espaço também pra ti”.*

Pai: *“Também pra mim, porque assim, ó... É aquilo que eu sempre digo: a mãe tem já o espaço ela garantido, a cadeira cativa dela. É ela que carrega nove meses, aquela coisa. Aonde ela for, a criança tá junto. Tudo bem. Agora, por mais que o pai falasse com a barriga, fizesse carinho, o pai tem que conquistar o espaço”.*

Nesse momento Paula confirmou que tinha muita dificuldade para se afastar da filha. Revendo o *videotape*, observei que a sua fala coincidiu com um movimento interativo muito interessante: no instante em que ela falava, Valdir tentava chamar a atenção da filha. Giovana estava em torno da mãe, choramingando e solicitando a sua atenção. Esse movimento fez-me pensar que Valdir estava, de fato, tentando conquistar o

espaço ao qual havia recentemente se referido. Mais do que isso, demonstrava estar dando espaço para Paula estar só, apoiando-a (tomando conta da filha).

Paula lembrou-se que na vez em que foi ao cabeleireiro ligou várias vezes para Valdir, perguntando se realmente estava tudo bem. A vinheta a seguir ilustra esse momento:

Terapeuta: *“E como é que tu te sentes quando tu não tá com a Giovana?”*.

Mãe: *“Ai, não sei, é tão raro, tem horas que eu tô com a cabeça em casa [Giovana grita]”*.

Terapeuta: *“A gente falou sobre esse espaço teu junto com a Giovana e ela foi pra pertinho de ti e deu uma choramingada. Ela nunca tinha choramingado. Fico pensando se ela tá nos mostrando um pouco isso, que é assim que funciona mesmo. Tu até pensa em dar esse espaço, mas sofre também um pouquinho quando não tá com ela, né?”*.

Mãe: *“É! Aí eu ligo pra casa, quando eu fui lá na Beth [salão de beleza] eu liguei pra ele ‘e aí? Como é que tá aí?’. Talvez isso seja uma coisa que eu possa mudar. Não ir mais durante a semana onde eu tenho que ir, deixar pra sábado e ele fica com ela [silêncio]. É pra ele também ter o espaço dele com ela, né?”*.

Nesse momento, falei para Paula que concordava que talvez fosse importante tentar modificar o seu comportamento. Porém, entendia que, mais do que isso, seria importante examinar *como* se sentia nas vezes em que não estava com a filha. Paula falou que nas vezes em que saía ficava muito preocupada em não demorar, com receio de que Valdir pudesse se irritar. Ele respondeu que isso só ocorria quando ela planejava as coisas de uma determinada maneira e acabava não cumprindo. Disse-lhe também que ela precisaria respeitar o seu jeito de ser, o seu *“ritmo”* e o fato de gostar de se programar com mais organização. Lembrou do quanto se sentiu irritado na vez em que ela esqueceu de avisá-lo sobre o horário da sessão. Por fim, Paula e Valdir falaram que percebiam o quanto eram diferentes e que precisariam aprender a respeitar essas diferenças.

É interessante ressaltar que, após esse momento, Paula e Valdir, gradativamente, foram deixando de falar sobre este assunto. Assim, um longo período de interação com a filha foi observado. Nessa interação, pai e mãe falaram e brincaram com Giovana. Ao observar a interação dos três, pensei mais uma vez no quanto Giovana era uma criança envolvente, delicada e tranqüila. Assim, inferi a respeito de que, em virtude dessa característica, talvez fosse ainda mais difícil estar longe da filha. Na verdade, pensava principalmente no que Paula havia me contado na sessão anterior, a respeito das perdas sofridas por sua mãe, as quais estavam de alguma forma associadas à interrupção do seu trabalho. Mas não me pareceu adequado fazer esse assinalamento naquele momento. O trecho abaixo ilustra como abordei a sua dificuldade em se separar de Giovana e a resposta de Paula à minha colocação:

Terapeuta: *“Paula, a Giovana nunca te estressou no sentido de ser uma criança difícil, né? De chorar, de ser mal-humorada, de exigir demais. Mas ela é tão querida, tão contente, que é difícil se afastar dela, né?”*.

Pai: “Uhum”.

Terapeuta: “Talvez a gente possa pensar um pouco por aí, né? De alguma forma isso acaba estressando também, porque aí tu não consegues curtir os teus momentos sozinha, né? Dá vontade de ficar junto!”.

Mãe: “É! Ela tem um temperamento super-tranquilo, né? Não, esses dias que eu deixei ela lá com a minha sogra, ela nunca tinha ficado com a minha sogra. Aí eu pensei, né, ‘ah, a Giovana vai estranhar, né?’. Mas que nada, guria, Eu liguei, né? ‘E aí, como é que tá?’. ‘Tá super-bem, tá dormindo, depois eu vou na praça com ela’”.

Terapeuta: “Isso é até uma vantagem, né? De tu poderes contar com outras pessoas”.

Mãe: “Tem mães com problemas com os filhos, sabe, problemas de saúde, até. E aí eu fiquei pensando, digo ‘bah, como eu sou feliz, né?’. Porque a Giovana não tem problema, não tem nada. Bom, agora, depois que eu parei de trabalhar, ela nunca mais teve uma dor de barriga. Impressionante. Logo que eu voltei a trabalhar ela teve uma diarreia... Não, primeiro ela passou um tempão sem fazer cocô, né?”.

Terapeuta: “Tu achas que teve a ver com esse afastamento?”.

Mãe: “Eu acho [...]. Depois que eu fiquei em casa nunca mais deu nada”.

Como pode ser visto, Paula denotava o sentimento de que a sua presença junto à Giovana acabava por protegê-la, enquanto que o seu afastamento teria contribuído para deixá-la mais vulnerável. Assim, nessa sessão pareceu-me ainda mais evidente a possibilidade de que, devido à dificuldade em se separar de Giovana, Paula não estivesse conseguindo reconhecer o apoio oferecido por Valdir, bem como solicitar a ajuda de outras pessoas. Isso não significava ignorar que, de fato, Valdir se mostrava bastante rígido e facilmente irritável. No final da sessão falei sobre a possibilidade do término do processo psicoterápico, o que pensamos em continuar avaliando e discutindo na sessão seguinte.

Sexta sessão

Neste sexto encontro, ocorrido uma semana depois, mãe, pai e filha compareceram. Era um dia bastante quente, motivo pelo qual Paula e Valdir estavam vestidos com roupas leves e aparentemente confortáveis. Esse fato me chamou a atenção, uma vez que aquela informalidade, principalmente em Valdir, parecia externar também que estava mais relaxado e à vontade na psicoterapia.

Giovana esteve bastante ativa ao longo de toda a sessão, sendo que inúmeras vezes solicitou a minha atenção. Cabe ressaltar que, em alguns momentos, as suas solicitações fizeram com que a minha atenção se desviasse dos conflitos verbalizados por seus pais, como será visto a seguir.

Assim como na sessão anterior, apenas o tema da *matriz de apoio* foi identificado nesse encontro. Já no começo da sessão, Paula falou que havia tido um desentendimento com Valdir. Segundo o seu relato, ela estava falando ao telefone com uma amiga que mora em outro estado, quando ele pediu que ela terminasse a ligação, caso contrário esta

teria um custo muito alto. Paula, irritada com o marido, falou para a amiga que teria que desligar porque Valdir estava incomodando ao seu lado para que desligasse o telefone. Valdir ficou muito aborrecido com o fato de Paula ter exposto à amiga o que ele estava lhe pedindo, como mostra a sua fala.

“Tem coisas que são internas, entendeu? Que a gente tinha que poder conversar! Se ela não gostou é entre nós que ela tinha que conversar... um casal tem as suas diferenças. Eu acho de última quando o marido fica falando da mulher pros outros e vice-versa. Aqui, sim. Aqui é proposto isso, a gente tá aqui pra isso mesmo... ela não se liga. Tu não tá trabalhando, as despesas estão correndo”.

Para Valdir, a forma como Paula agia acaba por colocá-lo no papel de “mal”, daquele que cobra, enquanto que, de acordo com o seu ponto de vista, o correto seria ela dividir essa responsabilidade com ele. Como pôde ser visto na vinheta, além da sua irritação pela forma como Paula comentou com a amiga o que, em sua opinião, dizia respeito apenas aos dois, Valdir falou a respeito do seu desejo de dialogar de uma forma mais madura, inclusive referindo que o espaço da psicoterapia lhe parecia propício para isso. Contudo, falou diretamente para Paula sobre ela não estar trabalhando, o que exigiria dos dois um controle maior das despesas. Paula mostrou-se muito magoada com a sua colocação. Assim, ela avaliou que um fato sem importância acabou desencadeando uma grande discussão sobre os seus desacordos em relação a como se organizavam com o dinheiro. Sobre isso falou que não via a hora de voltar a trabalhar, pois assim Valdir não poderia lhe “jogar na cara” que não estava contribuindo com a renda da família. A vinheta a seguir mostra como se posicionaram nesse momento:

Mãe: *“Eu não vejo a hora de começar a trabalhar!”.*
 Pai: *“Ah, mas isso eu acho bom”.*
 Mãe: *“Tô vendo que isso vai ser um grande problema”.*
 Pai: *“Não é, ela que tá dizendo. Não é!”.*
 Mãe: *“É duas e três, tu tá me jogando na cara isso!”.*
 Pai: *“Não, eu não joga na cara isso! Não é verdade! Qual foi o outro momento que te falei alguma coisa nisso? Quando?”.*
 Mãe: *“Não, agora eu não me lembro, né? Não tenho anotado o dia e a hora!”.*
 Pai: *“Não tem, não tem. Não teve outro momento! Tô sendo bem sincero”.*

Valdir insistiu para que Paula fosse mais direta e lhe dissesse em que outro momento ele teria falado sobre a sua insatisfação por ela não estar contribuindo. Nesse momento Giovana vocalizou no sentido da busca de uma interação comigo. A observação do *videotape* mostra que eu e Giovana estivemos por um tempo distantes da discussão entre Paula e Valdir. Giovana solicitou o meu colo e logo em seguida apontou para uma cortina estampada com alguns animaizinhos. Ao nos posicionarmos para que ela pudesse observar os desenhos, acabamos, momentaneamente, dando as costas para Paula e Valdir.

Como Paula não respondia à pergunta do marido, o momento seguinte foi de silêncio. Um silêncio que pareceu ter causado certo desconforto em Valdir, à medida que ele, um tanto angustiado, mencionou: *“instalou-se o silêncio!”*. Logo depois, tentou mais uma vez retomar a conversa, demonstrando que necessitava ser ouvido. Contou sobre várias situações em que Paula se atrapalhou com os gastos, sendo que ela concordou que muitas vezes agia de forma impulsiva. O trecho a seguir ilustra o sentimento de Valdir ao falar a respeito disso e também a intervenção feita naquele momento:

Pai: *“[...] se eu falo, eu tô ofendendo... É difícil!”*.

Terapeuta: *“Como é que tu te sentes de falar?”*.

Pai: *“Como assim?”*.

Terapeuta: *“De ter que falar sobre a necessidade de economizar”*.

Pai: *“Eu me sinto mal! Eu me sinto mal! Eu acho que eu não tinha que falar! Eu acho que ela tinha que saber disso, né?”*.

Terapeuta: *“Eu tenho a impressão de que na verdade vocês dois se sentem pouco apoiados um pelo outro nesse sentido. Eu acho, Paula, que às vezes tu te sentes magoada quando ele te chama atenção, né?”*.

Mãe: *“Cobrada, né?”*.

Terapeuta: *“Cobrada. E acho que o Valdir, pelo lado dele, se sente também pouco apoiado. Como tu disseste Valdir, de repente cabe somente a ti ficar no papel de ‘o cobrador’”*.

Pai: *“É! Eu acho que é isso aí!”*.

Terapeuta: *“Me parece que os dois se sentem um pouco vítimas dessa situação, né?”*.

Pai: *“Exatamente. Por isso eu acho que eu tinha que influir também. Ela também tinha que começar a ter esse pensamento, entendeu? Até pra... Não porque eu penso assim, mas acho que se tu não vive assim [controlando os gastos]... uma hora vai explodir tudo!”*.

Terapeuta: *“Eu entendi. E a Paula parece ter concordado também que está adequado pensar assim nesse momento. Mas também nesse momento, mesmo que tu não tenhas a intenção, parece que o que tu falas chega de um outro jeito para a Paula”*.

Pai: *“Não, eu te entendi. Só que se fosse algo que eu estivesse falando agora, tudo bem! Mas ela sabe que isso é uma coisa que eu sempre falei pra ela. Sempre foi uma preocupação, né (...). Um pouco eu acho até que ela tem razão, até já mudei um pouco, mas ela é muito... tudo tem que sobrar, né?”*

Mãe: *“Eu sou muito exagerada [concordando com a fala de Valdir]”*.

O trecho destacado permite que se verifique o momento da sessão em que Valdir e Paula demonstraram poder dar razão às colocações do outro: Valdir falou sobre reconhecer que muitas vezes era explosivo e se irritava com facilidade, enquanto Paula reconheceu que também era impulsiva, principalmente no que se referia ao uso do dinheiro.

Ainda em relação a isso, Valdir falou que considerava Paula uma mulher generosa e espontânea. Por ser assim, ela sempre se preocupou em ser gentil e agradar às pessoas, muitas vezes não conseguindo colocar limites para os outros no que se refere, por exemplo, a gastos com jantares. Por outro lado, da mesma forma como já havia mencionado na sessão anterior, falou sobre a capacidade de Paula para agregar as pessoas, o que considerava uma grande qualidade. Mencionou que essa característica da esposa havia trazido muitas coisas positivas para a sua vida, pois antes de conhecê-la era

uma pessoa com mais dificuldade de socialização. Quando a discussão entre Paula e Valdir começou a apontar para essa reflexão, Giovana mais uma vez solicitou a minha atenção, vocalizando. O trecho abaixo mostra o diálogo que seguiu à interação com o bebê:

Terapeuta [para Giovana]: *“Tá tudo mais tranquilo agora?”*.

Pai: *“Agora dá pra sorrir, né, Giovana?”*.

Terapeuta: *“Será que algumas coisas estão se resolvendo? Paula, tu comentaste da discussão de vocês: ‘Ah, não adianta a gente ir, pra quê que a gente tá indo [à psicoterapia]? Eu fiquei pensando: será que essas diferenças vão, um dia, deixar de existir?’”*.

Mãe: *“Não, eu até nem quero que deixem de existir totalmente, sabe? Eu só quero que elas não sejam motivo de brigas fortes, entendeu? Como foi essa do telefone. E eu nem quero que essas diferenças deixem de existir. Porque de certa forma foi por causa delas que a gente acabou se interessando um pelo outro, né?”*.

Terapeuta: *“Quando eu pergunto se vocês esperam que elas deixem de existir, eu também não penso que é preciso se acomodar a elas, né?”*.

Mãe: *“A gente sempre teve a idéia de fazer uma, uma terapia, sabe, de casal, assim”*.

Giovana vocalizou mais uma vez e todos nós passamos a interagir com ela. Um pouco depois desse momento, Paula contou que no próximo sábado iria ao salão de beleza. Ela ainda não havia dito isso para Valdir, que comentou que ela tinha esquecido de lhe comunicar. Contudo, mencionou que eles não teriam problemas em relação a isso se pudessem combinar. Foi interessante observar o que se sucedeu: Paula e Valdir passaram, então, a combinar como seria essa ida. De um jeito muito espontâneo, o pai brincou com a filha dizendo que a mamãe voltaria bonita para casa e que iria *“desfilas no carnaval”*.

No final da sessão, Valdir perguntou-me a respeito do meu trabalho de doutorado e sobre as outras atividades profissionais que eu exercia. Falou que havia cursado uma disciplina de Psicologia na universidade e que havia gostado bastante. Contou também que essa disciplina era ministrada em uma sala de aula diferente, com colchões espalhados pelo chão. Os alunos contavam a respeito de como tinham passado a semana e, segundo o seu relato, todos se sentiam muito bem. Comentou que nesse tipo de situação as pessoas param para pensar a respeito de suas coisas, como entendia que havia acontecido com ele na psicoterapia. Assim, mencionou que no começo não estava interessado e não aceitava a idéia de fazer um tratamento.

Paula, nessa hora, disse que era muito bom ter um espaço assim, e que justamente por isso eles tinham procurado a psicoterapia. Valdir encerrou a sessão dizendo que era muito bom se permitir pensar e que um psicólogo ajudava a pensar em coisas que sozinho não conseguiria. Ao falar sobre isso, voltou a mencionar o sentimento de que era preciso ouvir e ser ouvido:

Terapeuta: *“Às vezes, no meio do turbilhão, tu não consegues, né?”*.

Pai: *“Tu tá tão envolvido com a coisa, que tu defende o teu ponto de vista e o outro defende o dele”*.

Mãe: *“Mas o Valdir era bem resistente no início, quando eu falei em fazer terapia. Ele dizia ‘paga pra mim que eu te escuto’”*.

Pai: *“Tri-metido, né? Aí eu não permito que o outro nem fale, né?”*.

Como mostra a análise dessa sessão, as falas examinadas e as interações observadas entre pai-mãe-bebê e terapeuta permitem pensar na possibilidade de que estivesse acontecendo um importante movimento no sentido de uma abertura para o diálogo e para a escuta nesta família. Embora este estudo não tivesse como objetivo examinar a forma como o pai estava construindo a paternidade, é possível inferir que para Valdir também era fundamental encontrar o apoio de Paula nesse momento tão particular de transição para a paternidade.

É interessante ressaltar que, no início da sessão, Paula comentou que estávamos chegando ao final do tratamento, demonstrando lembrar-se do que havíamos começado a pensar na semana anterior. Valdir perguntou-me a respeito do horário do próximo atendimento, tendo em vista que no quinto encontro eu havia falado sobre a necessidade de mudá-lo, em virtude de alguns compromissos pessoais meus. Assim, estabelecemos um diálogo no qual se evidenciou o nosso empenho em acomodar o melhor possível as nossas possibilidades. Chamou-me a atenção o fato de que o meu sentimento frente a esse diálogo foi o mesmo no momento em que, no final da sessão, Paula e Valdir, consideravelmente mais tranquilos, passaram a combinar o horário para que ela fosse ao salão de beleza enquanto ele ficaria com Giovana: o sentimento de que ali havia uma escuta; de que ali um podia se colocar no lugar do outro. Porém, naquele momento não estávamos mais tratando de uma situação na qual eu estaria também envolvida: Paula e Valdir falaram sobre eles e Giovana. Mais do que combinar sobre quanto tempo Paula ficaria fora, eles parecem ter falado sobre o seu desejo de reorganizar o espaço de cada um, mas agora de forma diferente, considerando-se que havia a filha.

Sétima sessão

Na última sessão da psicoterapia, ocorrida uma semana após a anterior, toda a família esteve presente. Quando os vi tive a impressão de que Paula e Valdir estavam mais tranquilos do que na última vez em que havíamos nos encontrado. Pude reparar que Paula parecia mais arrumada e bonita do que nas primeiras vezes, estando inclusive com as unhas pintadas. De fato, ela e o marido começaram a sessão bastante animados, contando que tinham ido a um baile de carnaval. Paula mencionou que adorou o baile,

tanto que quando voltaram para casa já passava das cinco horas da manhã. Naquela noite a mãe de Valdir ficou cuidando de Giovana para que eles pudessem sair sozinhos. Conforme será visto a seguir, nesta última sessão os temas do *relacionar-se primário*, da *matriz de apoio* e da *reorganização da identidade* foram retomados.

A presença do tema do *relacionar-se primário* nesta sessão, após várias semanas sem ter sido referido, poderia ser pensada em virtude de Paula estar menos centrada nas preocupações relacionadas ao apoio nos cuidados com Giovana e no processo de reorganização da sua identidade. Nesse sentido, Paula esteve bastante voltada para filha. Essa ligação foi verificada tanto nas suas falas a respeito da sua satisfação em relação ao desenvolvimento de Giovana como na sua interação com ela, como mostra o trecho abaixo:

Mãe: *“Tudo ela aponta [sobre a filha mostrar o que quer]!”*

Pai: *“Ela não sabe, ela não sabe o que falar, mas ela entende. Fala bola, ela sabe... Ela olha pra bola, fala não sei o quê...”*

Terapeuta: *“Já reconhece”*.

Mãe: *“O cachorro dela, ela tem um cachorro de pelúcia grande, assim, que tem o nome na coleira, né? O Greg. E aí a gente diz ‘cadê o Greg?’ Aí ela vai lá, direitinho, e pega o Greg! Né? Cadê o Greg? Aquele cachorro malandro. Cadê [dirigindo-se a filha]?”*

Em um outro momento, enquanto Paula falava sobre como estava se organizando em relação ao começo de suas aulas, Valdir chamou a atenção para o fato de que Giovana estava querendo caminhar sozinha. A seqüência abaixo ilustra a alegria de Paula frente ao desenvolvimento da filha, o que demonstrou querer compartilhar comigo:

Pai: *“Tá caminhando agora. Tá começando a se soltar!”*

Mãe: *“Olha só Dani, olha só!”*

Pai: *“Foi ontem, né Paula? Foi ontem que ela começou a se soltar pra andar sozinha”*.

Terapeuta: *“Então tu já vais caminhar no teu aniversário? Que novidade legal, hein!”*

No decorrer de toda a sessão, ocorreram vários momentos de interação como o que foi ilustrado acima. Em um deles, a mãe interpretou que Giovana gostava de mim, como mostra a fala abaixo:

Terapeuta: *“É a vó? O que tu tá dizendo [enquanto a filha brincava com o telefone]?”*

Bebê: *Vocaliza.*

Mãe: *“Ela gosta da Dani. Fica só olhando!”*

Em uma outra interpretação que fez sobre os sentimentos da filha, Paula deu voz ao que teria sentido Giovana quando precisou se despedir da prima, depois de ficarem uma tarde inteira juntas. Estaria Paula falando dos seus sentimentos em relação à nossa despedida a partir de Giovana?

“Tava tão bom, né? Daí a dinda chegou e levou a Ana. Aí nós brigamos com a dinda também! Que saco! Tava tão boa a brincadeira e a Ana teve que ir embora!”

Ainda em relação ao tema do *relacionar-se primário*, cabe relatar uma fala de Valdir que acabou suscitando alguns sentimentos de Paula em relação ao desenvolvimento da filha. No final da sessão, quando Paula e Valdir falaram sobre como avaliavam o processo de psicoterapia que havíamos realizado, Valdir mencionou que achava muito importante uma pessoa ter um espaço como aquele para tentar “*resolver*” as suas coisas. Assim, disse que independente das mudanças desencadeadas pelo nascimento de um bebê, as pessoas sempre teriam “*grilos*” particulares a serem resolvidos com a ajuda de uma psicoterapia. Para exemplificar essa concepção, referiu-se a um tratamento feito por Paula alguns anos antes, quando ainda era solteira.

Segundo Valdir, Paula tinha alguns “*complexos*” em virtude de ser seguidamente comparada a um primo tido pela família como mais inteligente do que ela, em virtude de que evidenciava mais facilidade para aprender. Valdir associou que a diferença de idade entre Paula e esse primo era a mesma que havia entre Giovana e sua prima. Depois do relato de Valdir, Paula falou que por muito tempo sentiu como se realmente tivesse menos capacidade do que o primo, e que, de fato, havia tratado essa questão na outra terapia. Conforme mencionou, além do tratamento, o fato de ter cursado a disciplina de Psicologia da Educação tinha possibilitado que pudesse compreender que as pessoas aprendem com ritmos diferentes uma das outras.

A partir do relato de Valdir, Paula falou sobre a sua preocupação com o fato de que os pais algumas vezes colocariam “*rótulos*” em seus filhos, os quais poderiam atrapalhar o seu desenvolvimento. Neste sentido, fez referências ao cuidado que procurava ter para que Giovana não passasse pelo mesmo tipo de situação. De acordo com a sua fala, Paula considerava ser muito importante que a filha pudesse ter o seu ritmo respeitado, sem ser comparada a outras pessoas. O trecho a seguir mostra como se posicionou a respeito disso:

“Me revolta o fato das pessoas terem feito isso, terem me feito acreditar durante tanto tempo nisso, sabe? E o meu primo acredita nisso, tanto que ele acha que é o melhor. A gente cuida muito, por causa disso que eu passei, eu e a mana, a gente têm esse cuidado com as gurias”.

Como pode ser visto, Paula evocou uma série de sentimentos a respeito da filha. Dentre eles destaca-se a sua satisfação frente às suas novas habilidades, bem como o seu desejo de que, como mãe, pudesse respeitar o ritmo de desenvolvimento de sua filha.

Em relação ao tema da *matriz de apoio*, Paula abordou como ela e o marido estavam se organizando desde que as suas aulas na faculdade haviam reiniciado. Diferentemente do que havia demonstrado nos demais encontros, Paula não se queixou da falta de apoio: relatou que Valdir estava cuidando sozinho da filha nas três noites em que

ela saía para estudar. Contudo, algumas críticas em relação aos cuidados do marido ainda ficaram evidentes, como mostra a vinheta abaixo:

Mãe: *“O Valdir tá ficando com ela”.*

Terapeuta: *“É mesmo, à noite?”.*

Mãe: *“É. Mas é complicado, né, porque o Valdir é muito amarrado. Essa coisa de esquentar a comida, botar no prato, dar pra ela e cuidar dela ao mesmo tempo, ele já se complica”.*

Assim, de uma maneira bem humorada, Paula contou sobre as tentativas do marido no sentido de acertar a alimentação de Giovana e também sobre como estavam tentando se organizar para que o horário da chegada de um e da saída do outro desse certo. Após o seu relato, perguntei como estavam se sentindo em relação àquela nova etapa:

Terapeuta: *“E está funcionando?”.*

Pai: *“Não, mais ou menos. É que recém deu a primeira semana, né? Não, segunda, né?”.*

Terapeuta: *“Estão em fase de adaptação ainda”.*

Mãe: *“É. Eu disse pra ele. Eu disse pra ele ‘tu tá em fase de adaptação com a Giovana também’. Ele não sabe o jeito da comidinha dela, essas coisas assim! Ele tem que aprender, né? Mas vai ter que aprender!”.*

Pai: *“É, né Gi [falando para a filha]?”.*

Terapeuta: *“E que bom que tu tá conseguindo dar esse espaço, também, né, Paula?”.*

Mãe: *“É. Tem que dar, né? Senão não vou conseguir fazer nada mais”..*

Pai: *“Ahã!”.*

Como Paula havia mencionado algumas preocupações em relação à alimentação da filha, perguntei-lhe como havia se sentido nos primeiros dias em que não ficou com o Giovana. Respondeu-me que no primeiro dia Valdir ligou para o seu celular porque eles haviam esquecido um pacote de fraldas no carro, que estava com ela. Paula falou que ficou um pouco preocupada, mas Valdir conseguiu resolver a situação: quando chegou em casa, Giovana estava dormindo tranquilamente. No segundo dia ela ligou para Valdir a fim de se certificar de que estava tudo bem. Associado a isso, contou que suas vizinhas haviam oferecido ajuda, caso Valdir precisasse de qualquer coisa.

Ao falarem a respeito do término da psicoterapia, Paula e Valdir consideraram que haviam avançado bastante no sentido de um maior entendimento em relação às questões que envolviam a busca de apoio. Porém, consideraram que dificuldades relacionadas à história individual de cada um ainda teriam que ser tratadas e que, eventualmente, poderiam precisar de ajuda em outros momentos. O trecho abaixo ilustra uma parte dessa constatação:

Mãe: *“Eu acho que para o propósito que a gente veio, eu acho que a gente alcançou. Eu acho, né Valdir?”.*

Pai: *“Eu acho que foi super-válido”.*

Mãe: *“Eu acho que foi uma boa, que ajudou bastante, e a gente teria mais coisas pra ver”.*

Pai: *“Sempre tem muitas coisas, todos esses anos, mil grilos, né?”.*

Mãe: *“Tem coisas que a terapia ajuda a gente a pensar, como essa coisa de eu dar mais espaço pro Valdir. E pra ele também aprender de certa forma a se virar sozinho com ela, se virar, né?”.*

Foi uma coisa que a terapia nos ajudou”. Pai: “Cada um tem os seus grilos, tem as suas coisas. Até grilos muito antes de casar. Coisas pessoais, né? Que queria resolver, que são mal resolvidas, digamos assim. Então sempre é importante. Porque sempre vai ser preciso... é importante ter um acompanhamento”.

A vinheta acima permite pensar que Paula e Valdir evidenciaram certa disponibilidade para continuarem refletindo a respeito das questões que envolviam o seu relacionamento conjugal.

Tendo em vista os sentimentos que foram mencionados neste último encontro e também o que havia sido pensado em supervisão a respeito do término do atendimento desta família, sugeriu-se que, se julgassem oportuno, poderiam fazer uma psicoterapia de casal, com o intuito de darem continuidade ao tratamento de seus conflitos.

O tema da *reorganização da identidade* foi identificado nessa sessão no balanço de Paula acerca de algumas reflexões sobre a psicoterapia. De acordo com o seu relato, a psicoterapia teria possibilitado que pensasse sobre diversos aspectos da sua vida, particularmente aqueles que se referem à sua história e à sua família de origem.

Assim, Paula mencionou que pensou muito a respeito da sua educação e da necessidade de encontrar um equilíbrio entre o que lhe pareceu adequado e o que julgou ser inadequado. Nesse sentido, falou a respeito do seu desejo de não repetir com a sua filha o que lhe pareceu errado, mesmo avaliando que seria difícil ser diferente. Parte de sua fala pode ser examinada logo abaixo:

“No fim a gente acabou falando de tudo, né? Desde quando a gente era pequena. É bem como se diz, né? O ser humano é uma coisa única. Tu não consegue ser a Paula, agora, assim [referindo-se ao processo de tornar-se mãe]. Eu sou toda uma história, né? É que tudo se reflete agora. Quando a gente tem filho, a gente revive muito a história da gente, né? Como foi com a gente. Tu não quer repetir algumas coisas que fizeram contigo, mas também tu não sabe como ser diferente”.

Como foi visto no começo da análise desta sessão, quando o tema do *relacionar-se primário* foi abordado, Paula mencionou a sua preocupação em poder respeitar o ritmo do desenvolvimento de Giovana, evitando compará-la com outras crianças. Essa preocupação esteve bastante associada a sua reflexão a respeito de uma situação que tinha experimentado na infância, a qual desejava que não se repetisse com a filha.

Ressalta-se mais uma vez esta questão, tendo em vista que poderia ser pensada também no que se refere ao seu processo de reorganização da identidade: para falar sobre o seu lugar de mãe de sua filha, o seu lugar de filha de seus pais foi evocado.

3.1.3. As representações de Paula após a psicoterapia

Nesta seção serão examinadas as representações de Paula acerca da maternidade, a partir da análise das entrevistas que ocorreram quatro semanas após o encerramento da psicoterapia. Como foi mencionado anteriormente, Paula foi entrevistada pela mesma pessoa que havia feito as entrevistas iniciais. A seguir, apresentam-se os seus sentimentos e impressões, conforme relatados naquele momento.

O tema do *relacionar-se primário* foi identificado em algumas falas de Paula acerca do desenvolvimento atual de Giovana e de sua interação com ela. Paula falou que o que mais lhe chamava a atenção era quando a filha demonstrava compreender todas as coisas que lhe eram ditas. Como pode ser visto em seu relato, Paula demonstrou muita satisfação com a comunicação estabelecida entre elas:

“O que me chama atenção é quando ela entende, assim. Ela tem umas pantufas que é um cachorrinho. Aí quando... E ela não pode tirar as pantufas do pé porque tá frio. Aí, quando eu vejo, ela tá com um pé com pantufa e um pé sem pantufa. E daí eu digo ‘onde é que tá o cachorrinho do pé? Vai lá e busca pra mamãe!’ Ela vai lá direitinho, pega o cachorrinho e traz pra eu botar no pé. Que amor. Ela entende tudo”.

De acordo com a sua fala, naquele momento do desenvolvimento parecia bem mais fácil entender a filha do que quando era menor:

“É mais fácil do que bebezinho. Agora ela entende as coisas, a comida tá mais fácil (...) fica mais fácil de se comunicar com ela. Ai, eu acho que é perfeito [a comunicação entre as duas]”.

Quando questionada a respeito do que considerava ser mais difícil, referiu-se ao comportamento de Giovana quando estava com sono e também ao fato de que muitas vezes ela recusava a alimentação. Uma parte do seu depoimento é ilustrada a seguir:

“O que é mais difícil é quando ela começa a reinar que ela tá com sono, daí ela vem sempre atrás de mim, se gruda nas minhas pernas, não se concentra nos brinquedos, não quer os brinquedos. Daí essa partezinha assim é chata, e é difícil assim, porque daí eu tenho que parar tudo que eu tô fazendo, pra dar atenção pra ela, dar o mamã”.

Além disso, Paula falou também sobre a sua impressão de que Giovana tinha um temperamento fácil:

“Ah, ela é alto astral. Tá sempre de bom humor. Ah, não precisa muita coisa. Ela... Tudo pra ela tá bom, assim. Não é... Não é uma criança chata, né? Isso é uma coisa que desde que ela nasceu, assim, a gente vem observando, sabe? Ela é tri da paz, assim. Não é uma criança que eu precise estar o tempo todo, estar em cima. Ela fica com outra pessoa, ela vai com as pessoas, né? Não tem esse problema, sabe? Graças a Deus nunca tive!”.

Quando a entrevistadora perguntou-lhe se algo a preocupava em relação aquele momento, Paula falou a respeito do quanto Giovana estava se desenvolvendo rapidamente e que isso a fazia pensar no futuro:

“Ai, quando a gente se depara assim que ela tá crescendo, que agora ela tá caminhando sozinha, que ela já tá entendendo o que a gente fala, que ela já tá interagindo mais, assim com a gente... Isso às vezes a gente pára pra pensar ‘bah, essa guria já tá grande, meu deus, daqui a pouco já vem a escola e tal’, então ainda dá um pensar assim mais forte [risos]”.

Como pode ser visto, Paula não referiu nesse período dificuldades em relação ao relacionamento primário com a filha, semelhante ao que ocorreu na entrevista inicial. Assim, mais uma vez denotou o sentimento de que mantinha com a filha uma comunicação satisfatória e também que Giovana era um bebê fácil de lidar. Uma provável mudança nas suas representações sobre o desenvolvimento de Giovana refere-se ao fato de que que nessa entrevista não voltou a falar sobre a impressão de que as discussões com o marido poderiam afetar o desenvolvimento da filha, como havia feito antes e durante a psicoterapia.

Em relação ao tema da *matriz de apoio*, Paula falou que a maior parte do tempo era ela quem cuidava da filha. Porém, ressaltou que três noites por semana Valdir era quem cuidava de Giovana, em função da suas aulas na faculdade. Além disso, mencionou também que em muitas manhãs ele costumava cuidar de Giovana para que ela pudesse dormir um pouco mais. Este relato pode ser conferido a seguir:

“Ah, quando o Valdir chega já tá tudo organizado, né? É que eu tenho ficado mais em casa durante o dia com ela, né? Então eu que organizo tudo. Troco fralda, dou... Faço a comida... De manhã, normalmente, não é todos os dias, mas normalmente ele levanta mais cedo. Daí, como ela já tá lá se revirando, né, aí ele vai lá, troca a fralda, dá mamadeira, brinca com ela. Daí eu posso dormir um pouquinho mais, né? Porque ela acorda... Que agora... Até nos últimos tempos ela tem dormido um pouquinho mais. Mas antes ela tava acordando sete, sete e meia. Daí ele levantava e ia lá atender ela”.

Em outros momentos da entrevista Paula voltou a falar desse apoio do marido. Nesse sentido, relatou que muitas vezes, de forma espontânea, Valdir se dispunha a dar banho em Giovana assim que chegava do trabalho. Como pode ser visto na fala destacada abaixo, Paula mencionou que na maioria das madrugadas ela era quem levantava para cuidar da filha. Contudo, ponderou que, em compensação, Valdir a ajudava bastante nas manhãs:

“Ele não levanta de madrugada, né. Quando tem que levantar, porque agora ela tá dormindo a noite toda, sou eu que levanto, desde que eu comecei a ficar em casa, né. Mas em compensação de manhã, ele levanta e eu fico um pouquinho mais. Ele me ajuda, me ajuda. Ele chega em casa e diz ‘ah, vou tomar banho’, e já pega ela”.

Em relação a essa organização, Paula mencionou que se sentia muito apoiada pelo marido. Por outro lado, afirmou que ficava muito aborrecida nas vezes em que ele não agia daquela forma, como é possível constatar na fala abaixo:

“Ai, me sinto bem, né. Apoiada. Quando ele dá a janta, quando ele dá o banho, essas coisas, me alivia, né. A gente precisa de alguém que ajude. Chega no final do dia a gente tá cansada (...). Ah, quando ele chega em casa e quer ficar sentado no sofá vendo o jornal eu me sinto ‘p’ da

vida. Fico braba. Porque ele sabe que ele tem que fazer, né. Ele sabe, quando ele chega em casa, ele sabe que ela tem que tomar banho, que ela não tomou ainda, que ela vai jantar”.

Em relação aos aborrecimentos, a entrevistadora perguntou para Paula como eram os desentendimentos entre ela e Valdir naquele momento. Paula contou que não estavam brigando tanto quanto antes. De acordo com o seu relato, as brigas costumavam ser mais “*fervorosas*”. Paula mencionou que uma vez Valdir havia esmurrado uma parede. Ela, por sua vez, em outra briga havia saído de casa sem dizer para onde iria. Paula considerou que atualmente estavam mais tranquilos. Afirmou também que brigavam mais antes de fazer a psicoterapia, como mostra o trecho a seguir:

Mãe: *“Olha, tava mais seguido, assim. Mas agora, desde que a gente começou a fazer as sessões com a Dani, melhorou um monte, bah!”.*

Entrevistadora: *“E isso é uma coisa que melhorou, então?”.*

Mãe: *“Melhorou!”.*

Entrevistadora: *“Mas resolveu ou não?”.*

Mãe: *“Não, ainda não. Mas a gente já conseguiu enxergar”.*

Quando falou sobre como via o marido no papel de pai, Paula revelou que, em sua opinião, Valdir era muito atencioso com Giovana. Além disso, referiu-se mais uma vez às iniciativas dele em relação ao cuidado com a filha, o que pode ser conferido a seguir:

“Ai, eu acho que tá sendo superatencioso, preocupado, principalmente com o futuro, com a escola. Ele acha assim ‘ai, Paula, a gente tem que se organizar agora, pra poder dar uma escola legal pra ela, pra poder dar uma educação boa e tal’. Algumas coisas ele até me surpreende assim: trocar fralda. Ele nunca trocou fralda antes dela. O Valdir nunca pegou um nenezinho assim pequenininho, recém nascido, bebezinho, no colo, a não ser a Giovana”.

Da mesma forma como via o marido como um pai dedicado, afirmou que imaginava ser vista por ele como uma mãe atenciosa:

“Olha, eu imagino que ele me vê uma mãe zelosa, né, caprichosa, atenciosa. Não tem nada assim, que eu imagino que ele possa falar”.

No que diz respeito às suas impressões sobre como as pessoas com quem se relacionava a viam como mãe, Paula referiu-se ao sentimento de que provavelmente a vissem como uma mãe que não “*sufocava*” a filha, protegendo-a excessivamente:

“Eu já ouvi assim, alguma coisa assim ‘ah, Paula, como tu deixa, né, assim, eu gosto de ver o jeito que tu cria ela, à vontade’. Agora no verão, ela tava sem camisa, só de fralda, né. E sem problema assim”.

Como mostram os trechos destacados, Paula considerou que na maior parte do tempo cuidava sozinha de Giovana, em virtude de não estar trabalhando. Por outro lado, os seus relatos permitem constatar que se mostrou mais satisfeita em relação ao apoio de Valdir, destacando as iniciativas do marido. Embora tenha mencionado que ficava muito brava nas vezes em que ele não se dispunha a cuidar da filha, a sua insatisfação não parece ter tomado as mesmas proporções dos períodos anteriores do processo

psicoterápico, quando o sentimento de falta de apoio foi o foco de suas queixas. Da mesma forma, verificou-se que não fez referências ao comportamento estressado e facilmente irritável do marido, bem como ao sentimento de ser “*dispensável*” nas vezes em que ele assumia o cuidado. A análise de suas falas também aponta para a possibilidade de que estivesse se vendo como uma mãe mais tranqüila, considerando-se que não se referiu à preocupação em “*sufocar*” Giovana com excesso de zelo.

Quanto ao tema da *reorganização da identidade*, Paula falou que o nascimento de Giovana mudara o ritmo de sua vida e que a rotina desgastante de cuidados fazia com que se sentisse mais cansada. Contudo, contou que depois de uma noite de sono voltava a se sentir bem, como pode ser visto abaixo:

“E agora, desde que eu tô ficando com a Giovana em casa, tem dias que eu tô, assim, super-cansada. Mas é porque é estressante, mesmo, né? Ela exige muito, ela não pára o tempo inteiro. E tu termina o almoço, daqui a pouco já é o lanche. Tu termina o lanche, aí tu limpa, ajeita tudo, organiza tudo e já tem que fazer outra refeição (...). Deito e durmo que nem uma pedra [risos], podre de cansada. É, eu me levanto com as pilhas recarregadas. Me sinto bem, assim”.

De acordo com o seu relato, Paula entendia que a sua depressão estava associada ao cansaço anteriormente mencionado. Embora ainda se sentisse cansada, relatou que não tinha mais vontade de chorar como ocorria antes. Nesse momento Paula fez menção à psicoterapia recém finalizada:

“O tratamento que a gente fez aqui, né? Que nos ajudou um monte. Bah, foi super-legal! Ah, super-bem. Muito legal. Ela fez a gente pensar e até... Porque é interessante, né? Na verdade ela não, até não falou muito. Mais foi a gente que falou. A gente que se ouviu, né? E isso ela mostrou, assim, pra nós. Depois que a gente saía daqui a gente conversava sobre as coisas. A terapia continuava depois daqui”.

Ainda em relação a como estava se sentindo naquele momento, Paula voltou a falar sobre o seu desejo de voltar a ter o corpo que tinha em anos anteriores, pois o excesso de peso a incomodava muito. É interessante destacar que, após falar sobre estar descontente com o próprio corpo, Paula falou sobre o que poderia fazer para mudar essa situação:

“Eu sempre tive problema, assim, de ser mais gordinha. E toda a vida eu lutei com regime, com coisa, ginástica, né? E agora eu queria voltar a fazer ginástica, voltar a fazer alguma coisa, né?”.

Preocupações com a reorganização da sua vida profissional também foram relatadas, como mostra a sua fala:

“Preocupada sim, né? Com o futuro, se eu vou voltar a trabalhar, se eu não vou. Como é que vai ser a criação da Giovana, aonde é que eu vou deixar ela, como é que eu vou me organizar... Essas coisas”.

Ao falar sobre o desejo de dar uma educação adequada para a filha, Paula mencionou também como essa tarefa lhe parecia complexa, uma vez que sempre teria

questões suas para resolver. No entanto, avaliou que essa preocupação seria natural à maternidade:

“Ai, tá sendo super-bom. É uma coisa super-gratificante, né. Tu ter uma pessoinha assim que tu vai criando, né, e ensinando coisa e tal. É preocupante, né, porque tem coisas que nem pra gente ainda nem tão bem resolvidas. E eu acho que durante a vida a gente vai dando valores, vai repensando algumas posições, e tal e aí daqui a pouco tu tem uma pessoa, tu tem que passar alguns valores que tu nem bem pra ti ta bem resolvido ainda, né. Então, tu te preocupa (...) eu às vezes penso, ai, é assim mesmo, né, acho que tudo que é mãe, tudo que é pai passam por isso. Faz parte, né?”.

Ao se descrever como mãe, Paula falou que não se via como uma mãe muito preocupada e tampouco ciumenta em relação à filha. Logo a seguir, lembrou-se da forma como a sua própria mãe agia com ela e sua irmã, como mostra a vinheta a seguir:

“A minha mãe sempre foi muito assim com a gente, sabe. Eu não tenho esse problema, se eu tiver que sair, alguma coisa, eu tenho bastante pessoas que eu posso pedir pra ficar com a Giovana, sem problema nenhum. A minha mãe era mais de nos levar junto, assim, sabe, eu já sou mais de aceitar as pessoas, de deixar que peguem, de não ser assim, eu acho que a mãe é...E tem outras pessoas também, outras mãe que eu vejo que são assim. Mas eu acho mais legal assim, eu acho que a criança se torna mais independente”.

De acordo com a sua avaliação, o fato de ser mãe fazia com que visse os próprios pais de forma diferente. Para Paula, a maternidade havia permitido que se tornasse mais compreensiva em relação aos seus pais. A fala destacada abaixo ilustra com muita propriedade o seu sentimento de mudança de identidade de filha para mãe:

“A gente começa a ver os pais da gente diferente depois que a gente é mãe. Porque começa a entender, né? Eu mexo com o Valdir que agora a gente tá do outro lado do balcão [risos]. Porque antes a gente tava na posição de filhos, mesmo casados, né? Tu tá naquela posição de filho. Depois que tu tem o teu filho, tu passa pro outro lado, né? Aí tu começa a entender algumas preocupações que tu achava excessivo, que tu achava radical, aí tu começa a entender o porquê eles faziam isso, né. Tu até acha que podia ter sido menos, mas tu entende o porquê eles fizeram, né. O sentimento que gerou com que eles fizessem”.

Paula considerou que, em relação à maternidade, era muito parecida com sua mãe, mas não igual. Sobre isso, avaliou que não gostaria de ser “gritona” e explosiva como a mãe, mas que reconhecia ter uma tendência a agir dessa forma. Em relação ao pai, Paula mencionou que embora ele não assumisse cuidados como, por exemplo, a troca de fraldas, preocupava-se muito com o bem-estar das filhas e era muito atencioso.

Nessa entrevista, Paula considerou que o relacionamento conjugal também havia sofrido várias mudanças depois do nascimento de Giovana. Paula relatou que os programas que ela e Valdir costumavam fazer a sós, como ir ao cinema ou jantar fora estavam bem mais raros. Da mesma forma, mencionou que o ritmo das relações sexuais também havia diminuído. De acordo com as suas palavras, ela e Valdir eram agora “pai” e “mãe”:

“Ah, eu descreveria a gente como pai e mãe [...]. Não tem mais aquela... Ou pelo menos não é que não tenha mais. Tá meio adormecido, vamos dizer assim. É que a gente tá voltado pra ela,

né? O tempo todo. Eu queria que a gente tivesse mais momentos assim, né? Sair pra jantar só nós dois, pegar um cinema. Eu nem sei como é que eu me sentiria fazendo isso só eu e ele, sabe? Não sei nem se eu ia conseguir sair e deixar ela com a minha mãe ou com a minha sogra, enfim...”.

No entanto, é importante ressaltar que Paula falou também a respeito do seu desejo de que a vida sexual voltasse a ser mais ativa, como pode ser verificado a seguir:

“Podia ser mais seguido. Ah, agora tá voltando ao normal, né Porque antes eu não tinha vontade nenhuma. No início, logo que a Giovana nasceu, nos primeiros meses, eu não tinha vontade nenhuma. Se não tivesse, tudo bem. E agora não. Agora eu já penso em a gente fazer alguma coisa. A gente ficar sozinho. Até a gente tem alguns ensaios, assim, em casa, sabe?”.

No que se refere ao relacionamento com os amigos, Paula falou que algumas relações até se fortaleceram depois do nascimento de Giovana. Dessa vez não fez referências a ter se afastado do grupo de amigos.

Como mostram as falas ilustradas nesta seção, o processo de reorganização da identidade de Paula parecia estar em plena marcha. No entanto, é possível inferir que ela se mostrava um tanto mais tranqüila do que no momento que antecedeu a psicoterapia, fazendo, inclusive, menção ao tratamento. Essa inferência deve-se as evidências do seu desejo de fazer algo, de fato, para retomar coisas que julgava serem importantes, tais como: cuidar de si e voltar a ter uma vida sexual ativa. Além disso, Paula demonstrou estar mais segura a respeito da sua identidade como mãe. Pode-se dizer que, ao mencionar que era parecida com sua mãe, mas não igual, estaria demonstrando reconhecer a força daquele modelo de maternagem, sem, no entanto, confundir-se tanto com ele.

3.1.4 A constelação da maternidade em Paula ao longo do processo psicoterápico

Nesta seção busca-se fazer um entendimento dinâmico das representações de Paula, com base em todo o material obtido antes, durante e após a psicoterapia. Nesta análise, serão examinados longitudinalmente os mesmos temas da *constelação da maternidade* (Stern, 1997) descritos acima: *vida-crescimento; relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da identidade.*

Vida-crescimento

Examinando-se conjuntamente os relatos destacados anteriormente, pode-se verificar que o tema da *vida-crescimento* foi trazido por Paula apenas na primeira entrevista de avaliação, quando se referiu aos seus antigos sentimentos durante a gestação e nos primeiros dias após o parto. Paula relatou que durante a gestação preocupava-se com a saúde do bebê, particularmente no que dizia respeito ao desejo de que nascesse

perfeito. Após o parto, referiu que não se sentia competente como cuidadora, devido às dificuldades que teve em relação à amamentação de Giovana. A respeito disso, mencionou o sentimento de que quase “*matou*” a filha de fome. Como foi visto anteriormente, essas preocupações não mais foram mencionadas ao longo da psicoterapia.

Esses resultados corroboram a concepção de Stern (1997) de que as preocupações maternas com a manutenção da vida e do desenvolvimento físico do bebê representam um tema único no ciclo vital. Para o autor, o medo de que o bebê morra ou que não coma e, por isso, defínhe é natural após o nascimento e nos meses iniciais do desenvolvimento do bebê, e comumente está associado a um sentimento de inadequação, de não ser uma mãe suficientemente protetora. Ademais, o autor considerou que essas preocupações são necessárias para a sobrevivência da espécie, sendo verificadas principalmente nos primeiros dias da mãe com o bebê, como parece ter ocorrido com Paula.

Relacionar-se primário

O tema do *relacionar-se primário* esteve presente em cinco momentos diferentes do processo psicoterápico: na avaliação inicial, em três sessões da psicoterapia e na avaliação final. Dois aspectos que dizem respeito a este tema serão abordados separadamente: o primeiro refere-se ao sentimento de Paula sobre ter uma comunicação satisfatória com a filha. Já o segundo refere-se às suas preocupações no sentido de que Giovana pudesse ser afetada negativamente pelas brigas do casal. Em ambos os casos, importantes movimentos interativos entre a mãe, o pai, o bebê e eu foram verificados.

Em relação ao primeiro destes aspectos, é possível constatar que em nenhum momento Paula interpretou como difícil o seu relacionamento primário com Giovana. Esse sentimento parece ter sido corroborado pela observação de vários momentos da interação ao longo da psicoterapia, quando mãe e filha mostraram-se positivamente muito ligadas uma à outra. Apesar de sua responsividade em relação aos sinais da filha, na primeira sessão verificou-se que Paula manifestou certa irritação frente às solicitações de Giovana para ser levada ao colo. Assim, queixou-se de que a filha queria estar sempre “*colada*” a ela. Ao rever o vídeo desta sessão, constatei que as solicitações de Giovana coincidiram com as queixas de Paula a respeito do humor de Valdir. Como mencionei anteriormente, ela respondeu à irritação da mãe com um sorriso, o qual foi imediatamente retribuído. Naquele momento, pensei no quanto Giovana era um bebê envolvente e, de certa forma, sedutor.

Em termos contratransferenciais, identifiquei o sentimento de que poderia ser difícil para Paula não estar “colada” em Giovana. Os sentimentos evocados a partir da interação observada entre mãe e filha remetem à concepção de que a contratransferência no atendimento que envolve uma relação diádica ou triádica caracteriza-se por uma troca circular das emoções (Araújo & Ferreira, 2006). Assim, esta não se dirige a cada membro em especial, mas ao padrão de interação do grupo familiar, como ocorreu naquela sessão.

A representação de Paula a respeito da “cola” que unia mãe e filha parece ter sido mais uma vez evocada na segunda sessão, embora de uma forma aparentemente menos intensa do que aquela identificada em sua fala na sessão anterior. Nesta sessão, Paula referiu-se ao sentimento de que Giovana estaria mais desenvolvida devido ao fato de que naquele momento ela estava todo o tempo em casa. Para ela, a proximidade com a filha permitia tanto que compreendesse ainda mais os seus sinais, como fazia com que não se sentisse em segundo plano diante do seu desenvolvimento. Conforme mencionou, a filha teria sentido muito a sua falta na época em que esteve trabalhado fora. Em relação a isso, é interessante considerar que uma das contribuições mais interessantes das psicoterapias conjuntas pais-bebê é que elas permitem ilustrar como a mãe interpreta o seu bebê, imprimindo um sentido a todas as áreas da experiência da criança (Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

Ao mesmo tempo em que considerava Giovana um bebê muito tranqüilo e fácil de lidar, em alguns momentos Paula referiu-se a ela como uma criança que solicitava muita atenção. De fato, os esquemas maternos centrados no bebê podem incluir vários bebês que se sobrepõem na mente da mãe, sendo cada um levemente diferente do outro (Stern, 1997). Assim, esquemas diferentes se baseiam em momentos interativos diferentes, reais ou fantasiados, que podem ocorrer entre a mãe e o bebê, e na ativação desses esquemas o temperamento do bebê teria um papel crucial.

O segundo aspecto a ser ressaltado refere-se à preocupação de Paula no sentido de que as freqüentes discussões entre ela e Valdir poderiam trazer problemas para o desenvolvimento psíquico de Giovana. Essa preocupação foi abordada na primeira avaliação e na segunda sessão, quando Valdir esteve presente. Em virtude de considerar Giovana um bebê muito esperto, Paula entendia que a filha poderia captar os desentendimentos do casal. Giovana parece ter confirmado a impressão da mãe quando, no meio de uma discussão do casal, fez um gesto com as mãos, o qual foi interpretado pelos pais como um pedido de tempo. Esse gesto de Giovana pode ser interpretado à luz daquilo que Stern (1997) referiu como a encenação das representações dos pais na

interação com o bebê. Para o autor, é preciso que a encenação materna de uma representação a respeito do bebê tenha alguma forma de ação recíproca ou complementar por parte do bebê, como parece ter ocorrido naquele momento.

Como foi mencionado anteriormente, verificou-se que no começo da segunda sessão Paula esteve bastante retraída, demonstrando cansaço e apatia, sendo que Valdir tomou a frente da interação com Giovana. Porém, conforme as suas insatisfações eram trazidas para a sessão, Paula passou a interagir mais ativamente com a filha, como se estivesse mais aliviada.

Na última sessão e na avaliação final, quando o tema do relacionar-se primário voltou a ser abordado, Paula não mais fez referências ao sentimento de que o desenvolvimento de Giovana estava tão fortemente atrelado à sua presença e tampouco que poderia ser prejudicado pelas discussões entre o casal. Como foi visto, entre a terceira e a sexta sessão as preocupações referentes à matriz de apoio e à reorganização da identidade destacaram-se nas falas de Paula. Nessas sessões falou-se principalmente a respeito do seu desejo de contar com o apoio do marido. Além disso, Paula fez menção a uma possível identificação com a mãe que, diante de um aborto e da morte de uma filha, optou por abdicar da vida profissional, como será retomado mais adiante. É possível pensar que o espaço dado ao tratamento dessas questões tenha proporcionado indiretamente uma mudança em relação às preocupações com Giovana. Assim, verificou-se nos encontros finais a alegria de Paula ao compartilhar comigo e com o marido a sua satisfação em relação ao desenvolvimento da filha.

Na última sessão Paula falou também sobre o seu desejo de não rotular a filha, comparando-a com outras crianças, como julgava ter acontecido com ela quando criança. Nesta mesma sessão, quando tivemos o último contato, mais uma vez identifiquei uma interpretação de Paula a respeito dos possíveis sentimentos de Giovana, dessa vez em relação a gostar de mim. Esta “leitura” da mãe sobre o bebê ocorreu após ela observar que ela me olhava. Em relação a isso, Stern (1997) afirma que os comportamentos interativos ativam esquemas de *estar-com*, isto é: as representações são ativadas frente à interação. Assim, os esquemas ativados e os comportamentos interativos agem constantemente um sobre o outro. Pode-se pensar que o esquema ativado a partir do olhar de Giovana para mim estivesse associado à representação de Paula sobre o seu próprio sentimento em relação à psicoterapia que ali se encerrava e, mais especificamente, à aliança terapêutica ali identificada.

Matriz de apoio

O tema da *matriz de apoio* esteve presente em praticamente todos os encontros. Pode-se considerar que as preocupações de Paula em relação a este tema constituíram o foco do processo psicoterápico desta família juntamente com a questão da reorganização da identidade.

Na entrevista de avaliação inicial Paula mencionou que foi apoiada pelo marido e pelos demais familiares desde a gestação e, particularmente, nos primeiros dias após o parto. De acordo com o seu relato, o apoio de sua mãe teria sido fundamental nos primeiros vinte dias após o nascimento de Giovana, sendo que chorava e pedia a ela que não fosse embora após esse período. Da mesma forma, considerava ter sido bastante apoiada pelo companheiro. Contudo, Paula entendia que, mesmo contando com o apoio de Valdir, o estresse do marido de certa forma a atrapalhava. Conforme relatou, Valdir mostrava-se facilmente irritável e muito “*amarrado*” para tomar decisões, principalmente quando estas se referiam ao uso do dinheiro. Sentimentos ambivalentes também foram mencionados em relação ao apoio da babá. Paula sentia-se sufocada pelo que seria um excesso de zelo da ajudante e também imaginava que poderia ser vista por ela como uma mãe relapsa e pouco preocupada.

Os relatos de Paula apóiam os resultados de dois estudos que compararam as impressões de mães com e sem depressão em relação à experiência da maternidade (Brown et al., 1994; Schwengber & Piccinini, 2005). Em ambos os estudos, os autores encontraram que nos dois grupos as mães demonstraram reconhecer a presença de uma rede de apoio social, embora entre as mães deprimidas tenham sido verificados relatos que denotavam sentimentos ambivalentes e maior insatisfação com o apoio do companheiro e de outras pessoas.

Ainda em relação às suas impressões antes da psicoterapia a respeito do apoio recebido, Paula afirmou que se sentia um tanto “*dispensável*” nas vezes em que o marido assumia os cuidados com a filha. Além disso, como estava trabalhando fora, sentia-se naquele momento culpada por deixar Giovana aos cuidados de outra pessoa. De fato, a literatura aponta que muitas vezes o conflito resultante da necessidade de conciliar o trabalho e o exercício da maternidade muitas vezes resulta em sentimentos de culpa e inadequação (Langer, 1986). No caso de Paula, é possível inferir que esses sentimentos estivessem de alguma forma associados à sua dificuldade em dividir os cuidados de Giovana com outros.

As queixas de Paula em relação ao estresse de Valdir tomaram fôlego ao longo da primeira sessão. Nesse encontro Paula contou que havia sido demitida e que estava todo o tempo em casa com a filha. Paula considerava que o humor do marido sofria muitas alterações, com o que ele acabava reagindo exageradamente mal-humorado em situações que, em sua opinião, não eram tão graves. Associado a isso, falou que se sentia muito magoada porque a sua ajuda era apenas em relação à Giovana e não ao serviço doméstico. Nesse encontro Paula considerou que a psicoterapia talvez fosse a última chance para a manutenção do casamento. Ao ser questionada sobre o apoio de outras pessoas da sua família, respondeu que, além de seus familiares morarem muito distante, não gostava de pedir ajuda, e que havia se “*estressado*” com a mãe recentemente.

Na segunda sessão, quando Valdir esteve presente pela primeira vez, as queixas de Paula foram novamente mencionadas. Como foi dito acima, ela esteve visivelmente abatida no começo da sessão, demonstrando ressentimento em relação ao marido e dificuldade para interagir com todos. O discurso inicial de Paula sobre a falta de apoio em relação aos cuidados com a filha foi substituído pelo reconhecimento de que era ajudada e que, de fato, exagerava nos cuidados da casa, preocupando-se excessivamente com a limpeza. Contudo, demonstrou que se sentia pouco acolhida emocionalmente, devido à rigidez do marido. De certa forma, Valdir parece ter confirmado a representação de Paula ao ignorar as suas queixas, dirigindo-se à filha enquanto a esposa falava. Por outro lado, reagiu quando ela sugeriu que o temperamento fácil de Giovana devia-se ao fato da filha ser calma como ela. Frente à provocação de Paula, Valdir enfatizou que a esposa também era uma pessoa explosiva. As afirmações de Valdir parecem ter permitido à Paula sair de um lugar de vítima do mau-humor do companheiro, podendo, assim, reconhecer o seu papel ativo nos desentendimentos que estavam tendo. Assim, verificou-se que à medida que saiu daquela posição de passividade passou também a interagir de forma mais ativa na sessão. Contudo, pode-se afirmar que nessa sessão se queixavam para mim, evidenciando uma importante dificuldade de falarem um com o outro.

Na terceira sessão, ao comparecer sozinha, Paula falou longamente a respeito de sua relação com a própria mãe, como será discutido logo adiante em relação ao tema da reorganização da sua identidade. O foco daquela sessão não esteve nas preocupações de Paula em relação ao apoio de Valdir, mas, sim, no receio de repetir a história de sua mãe, que deixou de trabalhar para se dedicar à criação das filhas. É possível pensar que a sua fala a respeito daquele tema tenha possibilitado que pudesse olhar um pouco mais para si mesma e para as relações com a sua família de origem. Da mesma forma, a quarta sessão

também esteve voltada para as reflexões de Paula e Valdir sobre as suas famílias. Assim, verificou-se que, além das queixas de Paula em relação ao apoio não aparecerem com a mesma intensidade, nas vezes em que foram mencionadas ocorreram na forma de um diálogo entre o casal. Cabe mais uma vez ressaltar que neste dia ela estava mais bonita e sorridente do que nas sessões anteriores.

Um ponto fundamental a ser destacado na análise deste tema refere-se a um movimento ocorrido na quinta sessão. Como foi mencionado, Paula e Valdir procuravam um espaço para a realização do aniversário de Giovana e se mostravam em sintonia frente àquela tarefa. Quando esta sintonia foi sinalizada por mim, Paula reagiu queixando-se mais uma vez. Nesse sentido, falou sobre precisar de um espaço para estar só, sem a filha. Valdir, por seu turno, falou a respeito de não ter espaço para estar com o bebê, denunciando, assim, a dificuldade de Paula em se separar de Giovana. Como pode ser visto, é provável que Paula não facilitasse a inclusão de Valdir nos cuidados de Giovana. Porém, ao mesmo tempo, se queixava de não ter a oportunidade de estar a sós, sem Giovana.

A respeito dessa questão, Stern (1997) abordou que muitas vezes as mães talvez não queiram perder o relacionamento mãe-bebê especial inicial, pelo menos por um tempo. Com isso, o autor considerou que o marido acabaria com a metade do trabalho e menos da metade da gratificação, a menos que se sentisse gratificado ao apoiar a mãe, oferecendo-lhe um *holding* psicológico. Na mesma direção, ao discutirem um estudo que investigou algumas relações entre a saúde mental da mãe e o retorno ao trabalho, Hock e DeMeis (1990) ressaltaram que a crença feminina na maternidade como um instinto estaria associada a maior ansiedade frente à separação do bebê e que o sentimento de ser a única pessoa capaz de cuidar do bebê implicaria na rejeição de cuidados alternativos.

Parece interessante agregar à análise desse tema a informação de que, no início do processo psicoterápico, referi-me a um sentimento contratransferencial de exclusão ao ouvir a história da família de Paula sendo contada por outra pessoa. Conforme mencionei anteriormente, o método de pesquisa adotado no começo do estudo concebia que as entrevistas iniciais não seriam feitas pela terapeuta que assumiria o caso. Quando em supervisão aquele sentimento de exclusão frente à escuta do caso foi mencionado, pensamos que este poderia indicar tanto a necessidade de uma reformulação no procedimento de pesquisa como a possibilidade de que dissesse respeito a um funcionamento daquela família. Ao longo da psicoterapia, em diversos momentos pensei na possibilidade de que o sentimento inicialmente despertado e não compreendido

poderia estar associado, contratransferencialmente, à representação de Paula sobre não poder se afastar de Giovana, com o que, conseqüentemente, não facilitaria a inclusão de Valdir. Um desses momentos ocorreu no primeiro contato com a mãe e bebê, frente à movimentação de Paula para se acomodar no espaço do *setting* terapêutico, ficando bastante próxima à filha. Em um outro momento, esse sentimento foi novamente acionado diante da fala de Paula sobre Giovana manter-se colada a ela. Em relação a isso, cabe ressaltar a concepção de Stern (1997) de que o terapeuta, como os demais presentes na sessão, não só tem interações objetivas com a mãe, o pai e o bebê, como também tem um mundo representacional construído a partir dessas interações.

Na sexta sessão Paula e Valdir continuaram falando sobre os seus desacertos e sobre o quanto ambos sentiam necessidade de serem mutuamente apoiados. Em suas falas foi possível constatar que tentaram colocar-se no lugar do outro, reconhecendo o quanto cada um contribuía para os desentendimentos. Enquanto dialogavam, os comportamentos interativos de Giovana pareciam apontar para a necessidade dos pais resgatarem o seu espaço enquanto casal, considerando-se que se retirou daquela discussão, levando consigo a minha atenção. Ao final da sessão, Paula falou sobre a possibilidade de realizarem uma psicoterapia de casal, considerando o desejo de dar continuidade ao diálogo ali restaurado.

Na última sessão da psicoterapia, Paula e Valdir falaram sobre como estavam se organizando em relação aos cuidados com Giovana, tendo em vista que naquele momento ela havia retomado os estudos e ele estava cuidando sozinho da filha três noites por semana. Paula fez algumas críticas em relação a pouca experiência de Valdir, mas o fez de maneira bem humorada. Por fim, na avaliação final, Paula ressaltou que estava sendo apoiada pelo companheiro, embora ressaltasse que era ela quem continuava cuidando da filha na maior parte do tempo. Paula destacou as iniciativas de Valdir e não fez referências ao seu estresse ou comportamento facilmente irritável. Também é importante destacar que não mencionou o sentimento de ser “*dispensável*” ao permitir que o marido cuidasse da filha.

Reorganização da identidade

O tema da *reorganização da identidade* também ocupou grande parte das representações de Paula ao longo do processo psicoterápico. Na avaliação inicial tornou-se evidente a sua preocupação em realinhar a sua identidade, conciliando uma série de papéis. Paula mostrou-se bastante reflexiva, ressaltando o seu sentimento de inadequação

frente às mudanças no próprio corpo e no ambiente de trabalho. Além disso, reconheceu que as dificuldades conjugais agravaram-se após o nascimento de Giovana, embora já existissem antes disso. Naquele primeiro contato Paula também se mostrou muito mobilizada em relação aos seus sentimentos pela própria mãe, avaliando que teria uma tendência a agir de forma semelhante a ela nos cuidados com a filha: por um lado era bastante cuidadosa, mas, por outro, temia ser repressora como a mãe. Assim, considerou que em alguns aspectos o modelo de maternagem da própria mãe lhe parecia adequado, mas em outros não. Finalmente, avaliou que não se sentia feliz, motivo pelo qual naquele período chorava facilmente.

Estas falas de Paula, no período inicial do processo psicoterápico, corroboram a concepção de Stern (1997) a respeito das mudanças verificadas na identidade básica da mãe a partir do nascimento do bebê. Ao tornar-se mãe, Paula viu-se diante de uma significativa reelaboração do seu *self* como mulher, esposa, mãe, profissional e filha. Nessa reelaboração, as suas representações sobre a própria mãe *como mãe para ela* tiveram um lugar de destaque.

Na primeira sessão da psicoterapia Paula relatou que havia sido demitida. Embora estivesse triste com a demissão, manifestava o desejo de retomar os estudos, tendo sempre em vista a preocupação de não se tornar financeiramente dependente do marido. Em relação a isso, mencionou que Valdir havia se colocado à disposição para cuidar de Giovana a fim de que ela voltasse a estudar. Paula também avaliou que a demissão possibilitaria que ficasse mais tempo com Giovana, sem precisar pedir ajuda para outros cuidadores.

Como mencionei em relação aos temas do *relacionar-se primário* e da *matriz de apoio*, alguns comportamentos interativos muito interessantes foram observados nesta sessão, dentre eles aqueles que foram simultâneos às falas de Paula a respeito de Giovana estar sempre “colada” a ela. Associado a isso, uma outra situação merece ser aqui novamente destacada: ao entrar na sala, no primeiro dia de atendimento, Paula modificou rapidamente a organização dos móveis, de forma a ficar próxima de Giovana. Em relação a isso, mencionei anteriormente o meu sentimento frente à necessidade de uma reorganização do espaço, o que considerei ter ocorrido de forma “rápida e inusitada”. Naquele momento, me pareceu fundamental levar em conta aquele sentimento contratransferencial, o qual foi posteriormente compreendido como uma identificação com a angústia de Paula diante das transformações desencadeadas a partir da maternidade.

Na segunda sessão, quando Valdir também esteve presente, Paula mostrou-se angustiada frente à possibilidade de que, estando somente em casa com a filha, acabasse por se transformar em uma dona de casa para o resto da vida. De acordo com o seu relato, o seu receio devia-se principalmente ao fato de não querer depender financeiramente de Valdir. Ao falar sobre como ela e o marido se desentendiam em relação aos gastos, ambos remeteram-se ao funcionamento dos pais de Paula em relação ao dinheiro. Nesse sentido, Paula começou a contar sobre os motivos que levaram a mãe a abandonar a profissão, sendo que se perdeu em seu relato. Ao pedir ajuda ao marido para que ele a lembrasse de sua fala, Valdir mencionou que falavam a respeito dos seus “*esquemas*”, como quem diz que se está falando de uma coisa e não de outra.

Pode-se pensar que, naquele momento, algumas situações vividas pela família de origem de Paula estavam sendo re-atualizadas em seus conflitos com Valdir, exercendo, assim, um papel muito importante na maneira como estava elaborando a sua maternidade. Essa re-atualização do conflito vivido pela família de origem remete à concepção de Fraiberg et al. (1994) a respeito dos fantasmas transgeracionais que se interpõem na relação dos pais com o bebê, reeditando conflitos infantis, bem como à afirmação de Szejer e Stewart (1997), um tanto mais enfática, de que não há história familiar sem repetição. Como foi visto, nessa sessão pensou-se na possibilidade de que as queixas de Paula a respeito da matriz de apoio estariam diretamente relacionadas ao seu processo de reorganização da identidade: não ser apoiada poderia estar associado a *ter* de ser a única pessoa a cuidar da filha a fim de não perdê-la, como havia ocorrido duas vezes com a própria mãe.

Na terceira sessão essas questões foram novamente centrais no discurso de Paula. Ao falar sobre o incômodo por estar todo o tempo em casa com a filha, referiu-se mais uma vez ao desejo de retomar os estudos, temendo que estar em casa poderia significar assumir sozinha todas as tarefas, sem poder contar com o apoio de Valdir. Contudo, Paula considerou que, naquele dia, estava mais chateada com a sua mãe do que propriamente com o marido, em virtude de uma discussão que haviam tido alguns dias antes. Como foi visto, aquela discussão mobilizou em Paula uma série de sentimentos em relação à sua mãe, alguns dos quais remetiam ao período da sua infância e adolescência. Dentre esses sentimentos, Paula referiu-se mais uma vez às perdas dos bebês sofridas pela sua mãe e pai.

A análise de suas falas também permite pensar na possibilidade de que se sentisse ressentida com o pai, tendo em vista a representação de que ele teria se envolvido muito

pouco nos cuidados com a irmã falecida aos seis meses. Além disso, é possível pensar ainda que pudesse se sentir culpada por que à época chorava muito e exigia os cuidados da mãe que já tinha uma criança doente para tomar conta. De acordo com o seu relato, sua mãe teria contribuído para que ela tivesse uma imagem distorcida do próprio pai, na medida em que se queixava para as filhas a respeito de problemas que, em seu entendimento, deveriam ser resolvidos pelo casal.

É possível considerar que a preocupação de Paula de que o desenvolvimento da filha pudesse ser prejudicado pelos desentendimentos com o marido estivesse de alguma forma associada à sua própria experiência como uma filha que também presenciou constantes discussões entre seus próprios pais. Contudo, apesar do desejo de agir de forma diferente, muitas vezes reconhecia em suas atitudes semelhanças com o modo de agir de sua mãe, assim como via em Valdir atitudes muito semelhantes àsquelas de seu pai.

O discurso de Paula remete aos resultados encontrados por Gianlupi (2003), em um estudo que examinou o processo de tornar-se mãe entre quatro mulheres. A análise dos relatos revelou uma tendência à repetição do estilo de relacionamento vivido com os próprios pais, particularmente com a mãe. Para a autora, mesmo quando as mães se propunham a agir diferente, algumas vezes algo de repetição se colocava.

Como abordei anteriormente, as associações de Paula nesta sessão levaram-na a aproximar a sua história de vida atual com a história vivida por sua mãe. Assim, verifiquei uma importante identificação entre ambas, particularmente no que se referia às dificuldades em conciliar a maternidade e a vida profissional. Além disso, Paula identificava em Valdir algumas características de seu pai, embora afirmasse que a visão que tinha do pai era fortemente influenciada pelo discurso de sua mãe. Paula compreendeu naquela sessão que o nascimento de Giovana havia feito “*aflorar*” sentimentos que pareciam ter sido elaborados em uma outra psicoterapia. Assim, compartilhou com a terapeuta o desejo de ser ajudada no sentido de poder ser uma mãe diferente de sua própria mãe naqueles aspectos que considerava negativos. De fato, a literatura aponta que com a chegada do bebê a mãe tende a reavaliar a própria mãe e também o seu pai, consciente ou inconscientemente (Stern, 1997).

Na quarta sessão da psicoterapia, a construção de um genograma familiar mais uma vez permitiu à Paula uma reaproximação com a história da sua família de origem. Nessa sessão ela e o marido empenharam-se na tarefa de descrever suas famílias, demonstrando muita proximidade enquanto o faziam. Sendo assim, falaram sobre a

dificuldade em construir a própria família, considerando que suas famílias eram muito diferentes uma da outra. Na quinta e na sexta sessão esse tema foi referido indiretamente quando Paula e Valdir falaram a respeito da busca de espaço com Giovana, conforme relatei na análise do tema da matriz de apoio. Como foi visto, é possível que a sua dificuldade em se separar dela estivesse associada à dificuldade em pedir ou reconhecer uma rede de apoio, o que, por sua vez, poderia estar relacionado à identificação com o conflito vivido pela própria mãe.

Na última sessão da psicoterapia, ao falar sobre a volta às aulas, Paula mostrou-se mais tranqüila por poder retomar aquela atividade, podendo conciliá-la com o exercício da maternidade. Nesse sentido, avaliou que a psicoterapia havia lhe possibilitado uma reflexão sobre si mesma e sobre a história de sua vida, desde menina até tornar-se mãe. Nessa reflexão, considerou que era fruto de *“toda uma história”*, a qual revivia a partir da sua relação com a filha.

A avaliação final revelou que Paula não mais apresentava os indicadores de depressão identificados no começo do acompanhamento (Beck = 6 pontos). A redução dos escores no BDI (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) foi corroborada pela realização de uma nova entrevista diagnóstica. Também na avaliação final, as falas de Paula sugeriram que o seu processo de reorganização da identidade estava em plena construção. Assim, evidenciava o desejo de retomar a forma física anterior do seu corpo e de ter uma vida sexual mais ativa, reorganizar-se profissionalmente e ser uma boa mãe para a sua filha.

Contudo, diferentemente do que aconteceu na avaliação inicial, mostrou-se bastante motivada a agir em direção àquela reorganização, não se colocando passivamente em relação às mudanças advindas da maternidade. Mais do que isso, Paula mostrou-se mais segura em relação à sua identidade como mãe, mostrando-se menos ansiosa diante da sua identificação com a própria mãe. Ao contrário, demonstrou que podia reconhecer aspectos positivos e negativos no seu principal modelo de maternagem sem, no entanto, confundir-se com ele e com a possibilidade de ter repetida a sua história. Esta análise final permite pensar nas idéias destacadas por Gianlupi (2003) a respeito da possibilidade de uma quebra na repetição geracional: com o nascimento de um bebê, devido à capacidade materna de ressignificar à própria experiência infantil, também o novo se instaura, possibilitando a diferença.

3.2. Família 2: Andréa, Luciano e Laura

A indicação da participação de Andréa e sua família na pesquisa foi feita pela equipe de pediatria de um dos hospitais públicos vinculados ao projeto. O encaminhamento se deu dois meses depois do nascimento de Laura, em virtude desta equipe ter considerado que Andréa estava deprimida e que, eventualmente, poderia se beneficiar de um atendimento psicoterápico. Cabe ressaltar também que, ainda durante a gestação, uma enfermeira do referido hospital já havia sugerido à Andréa que buscasse ajuda, ao considerar o seu humor deprimido.

A terapeuta que inicialmente atenderia a família não seria eu, tendo em vista a ordem de distribuição dos casos no grupo de pesquisa. A colega responsável pelo atendimento já havia agendado diversos encontros com a família, porém os mesmos acabavam sendo desmarcados por Andréa. Quatro meses depois, a mãe de Andréa voltou a fazer contato com o grupo de pesquisa. Muito angustiada, a avó materna, aqui denominada D. Lúcia, solicitou que a filha fosse atendida pelo grupo. De acordo com a sua fala ao telefone, duas coisas a deixavam muito preocupada: de um lado, entendia que a depressão e a apatia de Andréa estavam evidentes não só em casa, mas também no seu ambiente de trabalho, o que poderia resultar em uma demissão. De outro, avaliava que sua neta era pouco estimulada pelo pai, com quem ficava a maior parte do tempo. Por esse motivo, imaginava que a neta Laura poderia ter algum atraso no desenvolvimento. Quando esse contato foi feito, sua neta estava com seis meses de idade.

Como quatro meses haviam se passado, naquele momento coube a mim fazer a avaliação e eventual atendimento do caso, considerando-se que a terapeuta que havia feito o contato inicial com a família já havia assumido outros atendimentos e, portanto, não poderia atendê-los naquele momento. O primeiro contato com Andréa foi feito por telefone. Nesse contato, apresentei-me como uma integrante do grupo de pesquisa e falei a respeito da solicitação atual de D. Lúcia. Ao final da conversa, foi combinado o local e horário do primeiro encontro. Cabe destacar que Andréa mostrou-se bastante desanimada ao telefone, mobilizando em mim o sentimento de que não parecia haver motivação para um eventual tratamento, o que, possivelmente, poderia ser compreendido no contexto do seu quadro de depressão.

As entrevistas iniciais ocorreram em dois encontros, ao longo de duas semanas. No primeiro encontro foram realizadas a observação da interação familiar (filmada) e entrevistas individuais com a mãe e com o pai, conforme detalhado no Capítulo II. Como também ocorreu no primeiro caso descrito, estas entrevistas avaliaram a presença de

indicadores de depressão e os sentimentos a respeito da gestação, parto e puerpério. No segundo encontro, os pais responderam à entrevista sobre o relacionamento conjugal, sobre a experiência da maternidade e da paternidade, bem como sobre o desenvolvimento do bebê.

Em relação aos dados sócio-demográficos coletados no primeiro encontro, destaca-se que, na época, Andréa estava com 32 anos de idade. Ela trabalhava 30 horas semanais em uma empresa de representações comerciais, na área de computação gráfica, como arte-finalista. Embora não tivesse cursado o ensino superior na área, Andréa há muitos anos exercia essa função, a qual aprendeu com o seu pai. O marido dela, Luciano, estava com 31 anos e trabalhava 48 horas semanais como auxiliar de escritório em uma empresa de transporte coletivo. Cabe ressaltar que Luciano realizava trabalho noturno, uma vez que era responsável pelo fechamento do faturamento da empresa ao final do expediente. A filha, Laura, havia nascido a termo, sem problemas de saúde, e tinha seis meses por ocasião das entrevistas iniciais.

Andréa e Luciano conheceram-se no colégio, quando ela tinha 16 e ele 15 anos de idade, sendo que começaram a namorar dois anos depois. O relacionamento do casal desde então foi caracterizado por uma série de rupturas e reaproximações até que, quando souberam da gravidez, decidiram morar juntos. Os familiares de Andréa foram contra o casamento, uma vez que consideravam que Luciano era uma pessoa muito instável e, portanto, difícil de lidar. Essa união representou o primeiro casamento de Andréa e o terceiro de Luciano.

Em relação às famílias de origem, Andréa era a segunda filha de um casal que teve outros quatro filhos, todos ainda solteiros e sem filhos: Antônio, o mais velho, com 36 anos; Marcos, com 25 anos; e os gêmeos Júlio e Rosi, com 21 anos. Com exceção de Rosi, que morava em outro estado, e de Andréa, todos os filhos moravam ainda com os pais. O pai de Andréa tinha 65 anos e sua mãe 57. O casal trabalhava em uma microempresa, em casa, também na área de computação gráfica. De acordo com o relato de Andréa, sua família era bastante unida e apoiadora. Para ela, o apoio de seus pais e dos irmãos em relação aos cuidados com Laura era fundamental.

Luciano tinha um irmão e uma irmã mais velhos do que ele. Ressalta-se que ele pouco falou a respeito de seus familiares, demonstrando por vezes desconhecimento e dificuldade para falar sobre os seus parentes. O irmão mais velho estava com aproximadamente 45 anos de idade e a irmã com cerca de 40 anos. Seu irmão, Luís Carlos, era casado e tinha três filhos: duas meninas e um menino, com idades entre 13 e

18 anos. Quando lhe questionei se o irmão tinha filhos, Luciano respondeu “*uma penca*”. Segundo Andréa, a sobrinha mais velha de Luciano, Diana, a primeira filha de Luís Carlos, era muito apegada à prima Laura e, provavelmente, seria convidada para ser a sua madrinha. A irmã de Luciano, Elvira, também era casada e tinha quatro meninas, com idades entre 9 e 18 anos. Seu pai, cuja idade também não soube precisar, era viúvo. A mãe havia cometido suicídio no início da década de 90. Na época Luciano tinha dezoito anos e havia recentemente ingressado no Exército. Sobre a morte da mãe, Luciano mencionou que “*ela era meio louca e dizia que ia morrer com a mesma idade que a mãe dela*”. Assim, suicidou-se no dia em que completou 54 anos, a mesma idade que tinha a avó de Luciano quando morreu. Tanto naquela época como no momento da avaliação, Luciano não mantinha contato algum com os seus irmãos. Porém, eventualmente, visitava o pai.

Os escores do Inventário Beck de Depressão indicaram que Andréa estava com uma depressão em nível moderado (Beck = 22 pontos). A entrevista diagnóstica também apontou para a presença de um quadro depressivo, principalmente em virtude de sua apatia e das queixas de cansaço, falta de apetite, de sono e de energia. Além disso, Andréa relatou um sentimento difuso de preocupação e de tristeza, bem como evidenciou descuido em relação ao próprio corpo e à sua aparência (o que inclusive estava sendo apontado por seus colegas de trabalho). Quanto a Luciano, os escores do BDI também indicaram a presença de uma depressão, porém em um nível leve (Beck = 17 pontos).

Já na primeira entrevista, Andréa atribuiu a sua depressão aos comportamentos de Luciano desde que o casal soube que o bebê seria uma menina. Conforme ambos relataram, Luciano não aceitou o sexo do bebê, pois tinha projetos bastante definidos para um menino, como o sonho de que este seguiria uma carreira militar. Para Andréa, a frustração de Luciano fez com que ele ficasse completamente indiferente a ela e à filha. Nesse sentido, mencionou a sua intenção em se separar do companheiro, caso *ele* não mudasse o seu comportamento.

Embora Andréa não apontasse para dificuldades no seu relacionamento com Laura, a sua preocupação com o desenvolvimento da filha era evidente. Desde o término da sua licença-maternidade, Luciano estava dedicado aos cuidados de Laura durante todas as manhãs e tardes, sendo que ele trabalhava durante a noite e parte da madrugada. Conforme mencionou, Luciano costumava continuar dormindo após o despertar de Laura. Com isso, Laura permanecia quieta no berço e, sem ter com quem interagir, acabava voltando a dormir. Ainda em relação a isso, mencionou que, nas vezes em que estava

acordado, Luciano não conversava com a filha, limitando-se aos cuidados de rotina, uma vez que preferia dar atenção aos seus aquários. Por outro lado, não admitia a possibilidade de colocar a filha em uma creche ou deixá-la mais tempo com a sogra. Conforme o relato de Andréa, esta forma de cuidado estava sendo questionada por seus familiares, por sua ginecologista e pela pediatra de Laura.

É importante destacar algumas impressões acerca do primeiro encontro presencial com a família. Andréa, Luciano e Laura compareceram pontualmente no Instituto de Psicologia no dia e horário combinados para o começo da avaliação. Neste dia, a terapeuta que inicialmente seria a responsável pelo atendimento da família trabalhou como auxiliar nas entrevistas iniciais, responsabilizando-se pelas entrevistas realizadas com o pai enquanto eu fazia as entrevistas com a mãe. Parece-me fundamental salientar que ficamos bastante impressionadas com a aparente frieza de Luciano, o que, muito angustiadas, pudemos compartilhar tanto no momento em que as primeiras entrevistas foram encerradas, como na supervisão clínica. Algo no comportamento de Luciano causou-nos um sentimento de estranheza muito intenso, ainda que não soubéssemos explicá-lo racionalmente. Sentimo-nos pouco à vontade frente à expressão “*fechada*” de seu rosto, como se estivesse indiferente à nossa presença. Ao mesmo tempo, tínhamos o sentimento de que parecia se esforçar no sentido de se manter controlado.

Assim que a família entrou na sala de atendimento passamos a falar sobre os objetivos da pesquisa e da psicoterapia. Nesse sentido, entre outras coisas, mencionei algo a respeito do pagamento feito pelo grupo de pesquisa para o deslocamento dos participantes. Em relação a isso, Luciano, com ironia, disse-me que daria um jeito de ir ao local das entrevistas 10 vezes em um mesmo dia para ganhar dinheiro com aquela pesquisa. Logo a seguir, olhou para as paredes e falou que o branco era tão deprimente quanto o preto. Quando solicitei ao casal a leitura dos termos do *Consentimento livre e esclarecido*, Luciano falou que não o fazia porque já sabia como funcionava.

Também é relevante destacar que algo no olhar de Laura despertou tanto a minha atenção quanto a atenção da outra terapeuta. De tão marcante, a expressão do rosto de Laura fez-nos pensar em algumas possibilidades: se por um lado remetia ao olhar de uma pessoa recém acordada após longas horas de sono (inchada de dormir), por outro nos permitiu pensar no olhar de uma pessoa com depressão severa (olhos caídos, tristes). Laura respondia muito pouco aos nossos estímulos nesse momento inicial e, particularmente, não parecia “*olhar nos olhos*”, o que nos fez pensar, inclusive, na possibilidade de alguma deficiência visual.

A estranheza despertada pelo comportamento de Luciano e pelo olhar de Laura não se deu em relação à Andréa, a não ser por sua aparência, no sentido de que me pareceu uma pessoa bastante sofrida. Seus cabelos desalinhados e já bastante grisalhos, o uso de óculos com grande armação e a maneira como estava vestida me fizeram pensar que tinha uma idade bem mais avançada. Lembro-me de que assim que a vi ocorreu-me o pensamento de que Andréa “não tinha cor”. O tom da pele, em seu rosto, era *bege*. Esse pensamento ocupou um espaço importante nas minhas próprias representações sobre a paciente ao longo de todo o tratamento. Para mim, era como se a sua apatia estivesse extravasada em seu corpo. Contudo, essa apatia não parecia afetar diretamente a sua interação com a filha, tendo em vista que se mostrava atenta e bastante ligada afetivamente à Laura.

Em supervisão clínica, avaliamos que a família poderia se beneficiar com o atendimento psicoterápico pais-bebê, devido não só ao entendimento de que as dificuldades conjugais eram muito significativas, mas também no sentido da busca de uma interação mais adequada entre os pais e o bebê.

A seguir, apresenta-se a análise do processo psicoterápico de Andréa e sua família, o qual teve catorze sessões. Em cinco delas Andréa levou a filha. Nas vezes em que não o fez, argumentou que Laura estaria “*cansada*”, “*enjoada*” ou que a sua ida traria algum risco de adoecimento, como, por exemplo, a possibilidade de se resfriar. Cabe ressaltar que Luciano compareceu apenas aos dois primeiros encontros, ainda que vários contatos telefônicos tenham sido feitos com o intuito de que também comparecesse. A mãe de Andréa, D. Lúcia, esteve presente em duas sessões. Assim como no primeiro caso descrito, inicialmente cada período deste processo é analisado em separado. Após esta análise inicial, apresenta-se um entendimento dinâmico do caso como um todo, examinando-se, a partir dos temas da *constelação da maternidade* (Stern, 1997), as eventuais mudanças nas representações maternas.

3.2.1 As representações de Andréa antes da psicoterapia

Nesta seção serão examinadas as representações de Andréa acerca da maternidade conforme relatadas durante as entrevistas iniciais, realizadas antes da psicoterapia. Serão analisadas as suas impressões e sentimentos a respeito do período que compreende a notícia da gravidez até o momento que antecedeu a psicoterapia. Cabe salientar que, assim como no caso anteriormente descrito, os dados a respeito da concepção, gravidez, parto, puerpério e primeiros meses de vida do bebê foram coletados de forma

retrospectiva, considerando-se que as entrevistas ocorreram quando Laura estava com seis meses de vida.

Representações acerca do tema *vida-crescimento* foram verificadas inicialmente em alguns relatos de Andréa a respeito da gravidez. Ao falar sobre eventuais preocupações nesse período, Andréa afirmou que se sentia culpada por ter fumado algumas vezes. Além disso, mostrou-se bastante ressentida com o fato de que Luciano fumava diariamente, não respeitando o seu desejo de que não o fizesse dentro de casa. Assim, afirmou ter se sentido aliviada ao verificar que a filha havia nascido sem problemas de desenvolvimento associados ao cigarro, como mostra a sua fala.

“Eu pensava se ela ia nascer perfeita. Eu acho que qualquer mãe fica pensando se vai ser normal. É que eu fumei um pouco, então eu ficava preocupada com isso. Eu ainda fumo às vezes, mas eu fumo fora de casa, não fumo dentro de casa. Daí a gente briga, eu já tentei avisar pra ele não fumar dentro de casa (...). Porque afeta, pode causar algum problema até no estado emocional, porque isso afeta qualquer pessoa, ainda mais tu gerando uma pessoa dentro de ti (...). Até ela [a médica pediatra] disse que ‘pela barra que tu passou [rejeição do marido quando soube que o bebê seria uma menina], ela é uma criança fora de série’”.

Além da preocupação com a saúde de Laura, Andréa referiu-se também ao receio de não saber cuidar adequadamente da filha após o seu nascimento:

“Ai, me vinha um monte de coisa (...) porque eu tinha receio de não ter o cuidado que ela merecia. Aquele medo de que a mãe não faça o bastante, né? De ter mais jeito... como é que eu vou te dizer? Essas preocupações assim, normais, né? Se tiver cólica, se eu vou saber, esse tipo de coisa”.

De acordo com o seu relato, este receio foi atualizado nos primeiros dias após o parto, tendo em vista a sua preocupação com a amamentação de Laura. Andréa temia que, por algum motivo, a filha não pudesse mamar em seu peito. Contudo, mãe e bebê não tiveram dificuldades nesse sentido. É interessante ressaltar que, ao mencionar a sua preocupação com a amamentação da filha, Andréa falou que naquele momento tinha a sua mãe por perto, cuidando da sua alimentação: ao mesmo tempo em que cuidava e alimentava sua filha, era cuidada e alimentada por sua mãe.

Cabe aqui destacar que ao longo de todo o processo psicoterápico Andréa referiu-se a eventuais problemas de saúde de Laura. Embora nesta avaliação inicial tenha considerado que Laura era um bebê muito saudável, por diversas vezes evitou trazê-la às sessões por entender que a filha estava “*ruinzinha*” ou que poderia adoecer caso fosse exposta ao calor, ao frio ou ao cansaço por estar na rua.

O tema do *relacionar-se primário* foi identificado na avaliação inicial na preocupação de Andréa com o desenvolvimento emocional da filha. Desde o seu retorno ao trabalho, Laura ficara aos cuidados de Luciano durante o dia. Este trabalhava diariamente das vinte e uma horas até às três horas da madrugada, sendo que costumava

dormir das cinco horas até ao meio-dia. Quando acordado, dedicava o seu tempo a cuidar de onze aquários que mantinha em casa. De acordo com o relato de Andréa, Laura também dormia durante toda a manhã e grande parte da tarde. Quando despertava, costumava ficar quieta no berço até voltar a dormir novamente.

A crença de que Laura poderia ser prejudicada pelo tipo de interação que tinha com Luciano na maior parte do dia também afligiu D. Lúcia, sua avó materna, tanto que esta situação motivou a avó no sentido da busca de atendimento. A fala a seguir ilustra essa preocupação de Andréa:

“Ela dorme toda a manhã, sabe? Ela dá a acordada dela, aí tem que dar a mamadeira (...). Daí a minha mãe acha que isso aí é ruim pra ela, entendeu? Ficar sem atividade. Porque agora ela tá numa fase [seis meses] de ficar mais acordada, de brincar, de correr, então tem que ter uma pessoa ali pra dar mais assistência pra ela”.

De acordo com Andréa, Luciano não demonstrava nenhum carinho pela filha. Segundo relatou, essa ausência de afeto era o que mais “doía” em sua mãe, daí a sua preocupação. Andréa mencionou que Laura ficava com olhos inchados de tanto dormir e que Luciano concebia que isso seria normal.

Cabe aqui destacar que, de certa forma, o relato de Andréa a respeito da rotina de Laura foi confirmado por Luciano em sua entrevista. Embora as representações paternas não tenham sido o foco do presente estudo, parece importante ressaltar algumas de suas impressões a respeito dos cuidados com Laura, as quais parecem corroborar as impressões de Andréa. Frente à pergunta da entrevistadora a respeito de como descreveria a filha, Luciano respondeu “Ela é tranqüila. Está me deixando dormir mais agora”. Quando lhe foi questionado se imaginava que a filha seria um bebê tranqüilo, Luciano falou que não imaginava nada em relação à Laura porque na verdade só tinha planos para um menino. Nesse sentido, falou que se tivesse um menino provavelmente estaria demonstrando mais carinho pela criança. Além disso, também falou a respeito do seu gosto pelo cuidado dos peixes, o que buscava conciliar com os cuidados da filha:

“Eu ando cada vez mais tranqüilo quanto a peixes. Então, como ela fica ali, com toda a volta de aquários, ela fica por ali, então eu vou cuidar dos aquários. Teria outras tarefas para desempenhar, mas eu acho que é a tarefa que mais dá para fazer sem deixar ela tão isenta”.

Contudo, Andréa afirmou que Luciano defendia a idéia de cuidar sozinho de sua filha, mostrando-se bastante contrariado nas vezes em que alguém sugeria que buscassem cuidados alternativos para Laura, como pode ser visto a seguir:

“Quinta-feira, quando ele se alterou, ele falou que não queria ninguém mais lá, que segurava sozinho, que as pessoas só achavam e pensavam, mas não tinham certeza do que ele fazia. Disse que atendia bem a gurria, que eu podia pelo menos dizer que ele alimentava ela e tudo, né? Que eu e a minha mãe é que precisávamos de tratamento, que ele não precisa. Então aquilo bastou! Daí eu chego a conclusão de que não dá mais. Segunda-feira eu vou levar ela na creche.”

Embora tenha enfatizado a sua angústia frente a essa situação, Andréa não estava preocupada apenas com o que considerava uma inadequada interação entre Luciano e Laura. Como mostra a sua fala, ela também sentia que não dava à filha a devida atenção:

“Eu chego às quatro da tarde. Mas aí já chego na função. Daí já tem que dar banho. Eu fico um pouquinho com ela, né, porque ela sente muito a minha falta. Mesmo assim eu não dou a atenção que ela quer de mim. Porque sempre tem alguma coisa pra arrumar. Eu também não dou a atenção que ela merece, porque eu sinto que ela sente falta. Quando eu pego ela, então ela fica quieta. Aí coloco no carro e ela já começa...[a resmungar]”.

Apesar desse quadro, Andréa considerou que Laura era uma criança muito tranqüila. Em seu relato foi possível identificar que essa tranqüilidade da filha, em certo sentido, não condizia com a sua expectativa de que ela poderia ter um temperamento mais difícil, uma vez que passaram por tantas dificuldades desde a sua gestação:

“Olha, por tudo o que eu passei e ela também [referindo-se à rejeição de Luciano quando soube que seria uma menina], eu acho que até ela é uma criança tranqüila. Diante de tudo ela poderia ser uma criança que incomodasse mais, mas ela não é. Ela é meiga, sabe, ela não incomoda”.

Ainda que tenha mencionado várias vezes que não dava para a filha a merecida atenção, Andréa considerou que tinha uma boa interação com ela. Conforme falou, procurava estar sempre próxima de Laura, pegando-a no colo e conversando com ela sempre que possível. Como exemplo dessa interação, falou sobre as vezes em que cantava para a filha, que costumava reagir sorrindo. Conforme as palavras de Andréa, *“Laura foi a única coisa boa de tudo isso”.*

O tema da *matriz de apoio* foi amplamente referido por Andréa nas entrevistas iniciais. Se, por um lado, pôde contar com o apoio irrestrito de seus pais e de seus irmãos desde a gestação até aquele momento, o mesmo não poderia ser dito em relação ao seu companheiro. De acordo com a sua fala, o relacionamento que havia começado na época do ensino médio caracterizou-se por muitas *“idas e vindas”*. Andréa e Luciano começaram a namorar cerca de dois anos depois que se conheceram, mas esse namoro durou poucos meses. Depois disso, tiveram outros relacionamentos, sendo que Luciano chegou a viver com outras duas companheiras. Porém, Andréa mencionou que uma vez ao ano, geralmente no período das festas natalinas, Luciano costumava ir até a sua casa para pedir que voltassem, pois o seu sonho era o de casar com ela e terem um filho juntos. Em uma dessas vezes, D. Lúcia teria insistido para que Andréa aceitasse sair com Luciano, pois, segundo informou, toda a família tinha muita pena do rapaz, em virtude dele ser muito só, justamente por ter muita dificuldade de relacionamento com as pessoas. A gravidez de Andréa se deu nesse período, quando Luciano estava em processo de separação da sua segunda companheira.

Ao saber da gravidez, Luciano ficou feliz e propôs que ele e Andréa fossem morar juntos. A família de Andréa se opôs a essa união, pois consideravam que ela estaria mais bem amparada em casa. Andréa permaneceu na casa de seus pais até o terceiro mês de gestação e depois foi morar com Luciano.

Em torno do quinto mês de gestação foi realizada a ecografia que indicou que o bebê era uma menina. A partir dessa revelação, o comportamento de Luciano teria modificado radicalmente, no sentido de que passou a ignorar a esposa e a filha. Para Andréa, essa indiferença se manteve até depois do nascimento de Laura, como mostra a sua fala:

“No início foi muito difícil porque eu estava ainda muito sensível, a gente fica, né? Aí tu não vê aquele apoio que tu esperaria do teu parceiro, do teu companheiro, tu não vê nenhum apoio, nenhuma atitude, nenhum gesto, entendeu? Eu ficava mais fragilizada ainda, entendeu? Porque ele chegava lá na casa da minha mãe e ficava uns quinze, vinte minutos e ia embora. Ficava olhando a Laura, só olhava, não pegava nem nada [Andréa ficou na casa dos pais nas primeiras duas semanas após o parto]”.

Como foi mencionado anteriormente, Luciano passou a cuidar de Laura quando Andréa retornou ao trabalho, quatro meses após o nascimento da filha. Porém, Andréa considerou que embora ele estivesse fazendo coisas que antes não fazia, como alimentar Laura e trocar as suas fraldas, ainda mantinha uma atitude de indiferença e pouca tolerância:

“Eu nunca tinha vivido com uma pessoa, morado com uma pessoa. Quando a gente começou, no início, era tudo bem, só que depois foi mudando. Ele se irritava por pouca coisa, alguma coisa que eu não pudesse fazer ele já se irritava comigo, sabe? Acho que essa era a maneira dele botar pra fora a insegurança, o medo que ele tinha”.

Andréa considerava que o casamento havia chegado ao limite e que, por isso, estava pensando em se separar de Luciano:

“Tem sido assim: passa duas, três semanas bem. Aí qualquer coisa ele já se irrita. O fato de eu não fazer as coisas como ele quer, na hora que ele quer. Ele é muito detalhista com as coisas, eu já não sou, eu já sou meio desligada. Aí já começam as brigas. Isso vem desde a época em que ele soube que era uma menina. Então aquilo já foi morrendo, o sentimento já foi morrendo a partir daí, né? Ele não tomava nenhuma atitude, não participava das minhas consultas, agora chegou nesse limite”.

Ao falar sobre a organização da rotina de cuidados com a filha, Andréa reconheceu que Luciano estava se esforçando para cuidar de Laura, mas considerou que esse esforço era insuficiente frente a todo o sofrimento que havia causado ao rejeitá-la. Andréa reconheceu também que Luciano fazia algumas tentativas no sentido de conversarem, mas afirmou que, da sua parte, não havia mais nenhum interesse em retomar a relação:

“Eu acho que se não mudou agora, com o nascimento dela, com ela ali presente, acho que não tenho mais... é como eu te falei: morreu, sabe? Vai morrendo, morrendo. A única coisa que eu quero agora é ficar em paz com ela. A mínima coisa que eu peço é que ele não fume dentro de

casa, e ele continua fumando, então não tem... ele já sai detonando, sendo grosseiro. Não tem jeito, a não ser a separação”.

Como foi mencionado inicialmente, Andréa sentia-se bastante apoiada por sua família, desde a época da gestação, principalmente por sua mãe. Isso pode ser verificado no trecho abaixo:

“A minha mãe ia às consultas seguidamente, na maioria delas. Acho que se ela faltou uma ou duas foi muito. Ela sempre me acompanhou para fazer os exames, tudo (...). Eu me sentia mais confortada, me sentia mais segura, digamos assim”.

Além do apoio de sua mãe, Andréa também contava com a ajuda dos irmãos.

Contudo, o apoio da sua família acabava por irritar Luciano:

“Eu tenho bastante apoio deles. E isso incomoda ele, né? Como é que eu vou ficar ao lado de uma pessoa que não gosta da minha família?”.

É interessante destacar as falas de Andréa a respeito de como imaginava ser vista pelas pessoas que a apoiavam. Ao falar sobre como essas pessoas em geral a viam, mencionou que geralmente era elogiada, principalmente por ter uma “*filha maravilhosa*”, de quem sabia cuidar. Em relação a Luciano, mencionou que ele provavelmente não teria nada para reclamar, tendo em vista que ela só não fazia mais pela filha em função da falta de tempo e de condições. Já em relação à sua mãe, Andréa mencionou que talvez não estivesse atendendo às suas expectativas:

“Eu acho que ela acha que eu sou meio fraca. Não digo fraca, mas acho que ela esperava mais. Eu não sei como explicar, mas eu sei que ela tá com um peso nos ombros”.

Como pode ser visto, o apoio de D. Lúcia e de seus irmãos era muito importante para Andréa. Mais do que isso, as suas representações acerca de como estaria sendo vista como mãe por sua mãe tornaram-se, posteriormente, um importante eixo de todo o seu processo psicoterápico.

Referências ao tema da *reorganização da identidade* foram identificadas na avaliação inicial nas falas de Andréa acerca da gravidez, do parto e dos primeiros contatos com Laura, apontando para certa apatia na sua forma de se colocar frente a algumas situações. O trecho abaixo ilustra como se sentiu ao descobrir que estava grávida:

“Eu fiquei... eu não acreditei, sabe. Eu fiquei, assim, extasiada, eu fiquei sem reação. Até foi uma colega minha junto comigo [buscar o exame]. Aí eu disse ‘bom, o negócio é assumir, fosse a situação que fosse’”.

Da mesma forma, teve dificuldade para descrever o momento do parto:

“Como é que eu vou te dizer... eu fiquei assim, meio que... sei lá, eu não sei te definir isso. Na hora do parto eu não tinha assim um pensamento”.

Quando se referiu ao primeiro encontro com a filha após o parto, limitou-se a dizer que “*foi normal*”. Desde os primeiros encontros, as falas de Andréa despertaram em mim o sentimento de que poderia haver certa constância naquela forma de reagir não só frente às transformações advindas da maternidade, mas também em relação às demais situações de sua vida. A esse respeito, Andréa mencionou que seus pais ficaram muito preocupados quando souberam da gravidez, por considerarem que ela era uma pessoa bastante problemática, justamente por ser muito introvertida e por não demonstrar iniciativa na resolução de problemas. Porém, ela julgou que o fato de ter um bebê estaria tornando mais urgente a necessidade de se posicionar principalmente em relação às dificuldades conjugais:

“Eu sou muito acomodada, como eu te falei, né? Eu vou deixando, vou deixando, assim não vai melhorar, né? Aí vai se tornando uma bola de neve, como se transformou. Só que agora eu não quero mais esperar, não tem mais o que esperar. Ele já teve tempo suficiente para mudar. Se não mudou até agora, não muda mais (...). Eu também tenho a minha parcela de culpa porque eu nunca fui carinhosa, de ficar adulando”.

Ainda em relação à reorganização da vida conjugal, o relato de Andréa permite pensar que Luciano também se referia à sua eventual dificuldade em expor as suas idéias e sentimentos:

“Ele acha que as poucas coisas que eu falo são devidas às pessoas, que colocaram na minha cabeça. Diz que eu não tenho uma opinião formada, uma opinião própria”.

Porém, Andréa buscou defender-se da constatação do marido, dizendo que, na verdade, era uma pessoa calma e que tentava não perder o controle nas vezes em que divergiam. Em relação a isso, orgulhou-se de nunca ter alterado o tom de voz nas vezes em que discutiam. Contudo, mencionou que outras pessoas também lhe falavam sobre essa passividade, como mostra a sua fala:

“Eu sou cuidadosa, mas ainda falta mais... como é que eu vou te dizer? Eu sou assim meio devagar, até a doutora falou outro dia [a pediatra de Laura]. Ela disse ‘ai, Andréa, tu é muito devagar, tu transmite que tu não tá preocupada com a situação, tu demonstra isso. Eu sempre fui assim, é do meu jeito pacato. Até teve uma colega do curso que disse ‘ai, Andréa, tu tá cada vez mais abatida’”.

Andréa considerou que sua mãe também era uma pessoa preocupada com os problemas, mas que, diferente dela, tomava a iniciativa de resolvê-los:

“A minha mãe era bem assim como eu sou: ela é muito preocupada. Mas a minha irmã já puxou mais ela assim de falar, de ir atrás, ela fala, não fica esperando. E eu já sou o contrário, por isso eu fico agoniada”.

A análise de suas falas permite constatar que Andréa tinha em D. Lúcia um modelo de mãe a ser seguido. Para ela, a mãe era uma pessoa ativa e decidida, apesar de

muito emotiva. Já o pai, foi considerado uma pessoa “*pacata*”, sendo que Andréa atribuía o fato de ser calma à uma identificação com ele.

Andréa considerou que, de certa forma, o relacionamento com a mãe havia mudado depois do nascimento de Laura. Em seu relato é possível identificar a preocupação em poupar a mãe do conhecimento de seus problemas, possivelmente em função do que já estava acontecendo: D. Lúcia estava intervindo ativamente na relação entre Andréa e Luciano, cobrando-lhes a resolução de seus problemas. Sobre isso Andréa falou:

“Mudou e não mudou. Mudou pelo fato de eu querer poupar ela, eu sempre quis poupar ela, mas agora com essas discussões tem coisas que eu nem falo pra ela. Mas ela sempre sentiu que eu nunca fui feliz ao lado dele”.

É interessante mencionar que quando falou a respeito das suas representações de como era cuidada por sua mãe, Andréa falou sobre ficar só e não incomodar, justamente o que mais parecia estar afetando D. Lúcia naquele momento em relação a um possível abandono de Laura:

“Eu não lembro de quase nada, mas ela dizia que eu me embalava no carrinho sozinha, que eu dormia sozinha no carrinho. Eu sempre fui... como é que eu vou dizer? Independente. Nunca dei trabalho”.

Em relação a mudanças referentes à profissão, Andréa contou que quando engravidou estava fazendo um curso de formação em Técnico de Enfermagem, o qual não chegou a concluir. Na época, Andréa trabalhava durante o dia e estudava à noite. No momento atual, havia retornado recentemente ao trabalho, sendo que falou a respeito desse retorno:

“Não, eu tô conseguindo tocar. Até porque a gente precisa trabalhar. Eu nunca parei, eu nunca pensei assim que quando eu tivesse filho eu parasse de trabalhar. Claro que eu sinto falta de ficar com ela, sabe? Quando eu tô lá no serviço eu fico lembrando do rostinho dela, sabe? Às vezes eu saio de manhã e ela tá acordada, com o pescoço levantado, querendo me ver. Então é um troço que dá”.

De acordo com o seu relato, diversos colegas teriam comentado que ela havia mudado muito desde a gravidez:

“Mudou desde a época em que eu fiquei grávida. Não só colegas de trabalho, como colegas do curso, todo mundo comentou, né. Disseram que eu fiquei mais triste. Eu não tinha mais aquela alegria que eu tinha antes. E até agora, no serviço, tenho colegas que me falam que eu tô mais séria, que eu não brinco mais, que eu baixo a cabeça”.

Andréa afirmou que, de fato, sentia que naquele momento vivia apenas para a filha. Além disso, falou que se sentia muito culpada por deixá-la em função do trabalho. Conforme relatou, só pensava no bem-estar de Laura, tendo esquecido de si mesma. Um exemplo disso, é que não estava preocupada com o seu próprio corpo, embora a sua mãe

e algumas colegas de trabalho tivessem comentado que antes de ter a filha costumava se cuidar mais. Andréa falou que de nada adiantaria fazer ginástica, arrumar os cabelos ou usar maquiagem porque não se sentiria bem. Afirmou que se sentia bem da forma como estava e que, de fato, nunca fora vaidosa.

Por fim, ao tentar definir como estava se sentindo como mãe naquele momento, Andréa contou que, ainda que fosse uma experiência boa, sentia-se assustada:

“Ta sendo bom só que às vezes me assusta. Me assusta pensar mais à frente porque a tendência é cada vez mais exigência, mais cuidados, mais preocupações (...). Mas se eu cheguei até aqui, se tô suportando tudo o que eu já passei...”

Como pôde ser visto, as vinhetas aqui destacadas permitem inferir que o nascimento de Laura teria desencadeado em Andréa o desejo de realinhar a sua identidade como mulher, mãe e filha, embora houvesse muito tempo que os seus familiares chamavam a sua atenção para a necessidade de ser mais ativa frente à resolução de problemas. Mais do que isso, é possível pensar que a chegada de Laura tenha possibilitado uma re-atualização de situações vividas entre Andréa e sua mãe, tamanha a mobilização de D. Lúcia naquele momento.

Diferentemente do que ocorreu no primeiro caso, quando conheci a família no dia da primeira sessão da psicoterapia, o contato com a família de Andréa ocorreu na avaliação inicial. Nesse sentido, a primeira sessão da psicoterapia representou o nosso quarto encontro.

No final do segundo dia de avaliação, Andréa mostrou-se muito angustiada pela forma como Luciano estava cuidando de Laura, particularmente porque naquele dia ela não havia sido alimentada. Segundo o pai, isso ocorreu devido à recusa da filha. Andréa fez um pedido veemente de ajuda ao solicitar que eu desse a minha opinião sobre colocar ou não a filha na creche. Naquela semana, em supervisão clínica, o grupo de pesquisa considerou que a sua pergunta deveria ser respondida com base na nossa reflexão a respeito do processo diagnóstico. Assim, falei para Andréa sobre o quanto compreendia a sua preocupação com Laura, pois, de fato, me parecia fundamental que ela e Luciano buscassem uma forma mais adequada de cuidado com a filha. Contudo, ressaltei que aquela indicação não estava baseada em uma idéia de que Luciano não seria capaz de cuidar de Laura, mas que, assim como ela, ele também estava cansado, deprimido e precisava de ajuda para se reorganizar. Por esse motivo, seria muito importante que ele estivesse presente, considerando-se que aquele me parecia ser um momento difícil para toda a família. Nesse momento, Andréa falou sobre precisar de ajuda. Disse-me que não

sabia explicar ao certo, mas se sentia muito insegura com a nova situação de ser mãe e ao mesmo tempo trabalhar, o que em alguns momentos julgava não ser capaz de conciliar.

Também me parece importante ressaltar que, quando falava sobre a dificuldade em dialogar com Luciano, Andréa mencionou que sua mãe era quem conversava com ele, sendo uma das poucas pessoas que ele admitia ouvir. De acordo com o que relatou, nessas conversas Luciano também fazia queixas sobre o casamento, o que depois D. Lúcia tratava de falar com a filha. Ocorreu-me que Andréa havia associado à possibilidade de realização da terapia à mediação que comumente era feita por sua mãe, evidenciando, assim, já na avaliação inicial, um importante movimento transferencial.

3.2.2. As representações de Andréa nas sessões da psicoterapia

Primeira sessão

Nesta sessão, que ocorreu uma semana após o término da avaliação inicial, mãe, pai e bebê estiveram presentes. Porém, Andréa chegou sozinha com Laura em seu colo. Bastante tensa, disse-me que Luciano estava na rua, fumando, e que subiria em seguida. Cerca de dois minutos depois Luciano bateu à porta. Assim como nos encontros anteriores, não respondeu ao meu cumprimento, apenas olhou-me com uma expressão muito séria. Entrou na sala e, sem perceber os objetos que indicavam o lugar em que eu estava sentada, sentou-se em minha cadeira. Andréa apontou-lhe que deveria sentar-se na cadeira que estava desocupada, o que ele fez prontamente. Ao longo de toda a sessão mantiveram-se bastante distantes um do outro.

Como será visto a seguir, o tema da *vida-crescimento* não foi referido nessa sessão. Contudo, foram identificadas nas falas de Andréa algumas representações referentes aos temas do *relacionar-se primário*, da *matriz de apoio* e da *reorganização da identidade*. Embora o exame das representações paternas não seja o objetivo deste estudo, Luciano também tornou evidente o seu processo de reorganização da identidade ao mencionar as suas expectativas e frustrações em relação à filha.

O tema do *relacionar-se primário* foi identificado no relato de Andréa acerca das divergências com Luciano em relação à busca de um cuidado mais adequado para a filha. Laura já estava em processo de adaptação em uma creche desde a semana anterior. Andréa havia tomado a decisão de matricular Laura, mesmo com a discordância de Luciano. Ao argumentar a favor da sua decisão, Andréa falou sobre a sua preocupação com o seu desenvolvimento, por entender que Laura não estava recebendo estimulação

adequada da maneira como estava sendo cuidada pelo pai. O trecho a seguir ilustra essa preocupação:

“O que eu percebo é que há duas semanas atrás ela ficou só em casa. Desde a outra semana que eu comecei a levar ela, eu percebi que quando eu saía com ela, ela já ficava... como se sentisse necessidade de tá vendo movimento. Então eu acho um crime ela ficar só dentro de casa”.

Luciano, no entanto, considerou que Laura, que estava com quase sete meses, era muito pequena para ter necessidade de interagir. Além disso, demonstrou preocupação com uma eventual negligência dos atendentes de uma creche, como mostra a sua fala:

“Uma criança dessa idade não tem essa necessidade de contato que vocês falam. Além do que esse contato que ela tem com pessoas à volta ela não vai ter em uma creche. Com certeza eles não vão dar. Na idade dela é uma pessoa pra cinco crianças. Imagina uma pessoa com cinco crianças dessa idade indo tomar sol. As crianças vão ficar ali”.

Estas duas falas ilustram brevemente uma série de argumentos favoráveis e contrários à escolha da creche como cuidado alternativo. Luciano mencionou que já fora proprietário de uma creche e que sabia das dificuldades enfrentadas pelas escolas para cumprirem as exigências da legislação em relação ao número de crianças por atendente. Andréa, por sua vez, continuou argumentando que não era possível deixar as coisas como estavam.

Chamou-me a atenção que quando Andréa falava Luciano silenciava. Esperava Andréa terminar a sua fala e só então contra-argumentava. Ao observar o seu comportamento, tive a impressão de que se esforçava no sentido de se mostrar uma pessoa educada e controlada, embora me parecesse que estava bastante zangado. Quando ele falava, no entanto, o mesmo não ocorria. Andréa dirigia-se à Laura e passava a interagir com ela. Tal interação, em alguns momentos, denotava certa intrusividade, considerando-se que Andréa não parecia estar atenta à brincadeira com a filha, mas, sim, ao desejo de se desviar de Luciano.

O tema da *matriz de apoio* também apareceu nas preocupações de ambos com Laura. Conforme foi mencionado anteriormente, as argumentações de Andréa e Luciano em relação à creche evidenciaram uma grande divergência em seus pontos de vista. Mais do que isso, tornaram evidentes a dificuldade do casal em manter um diálogo. Em nenhum momento da sessão Andréa e Luciano puderam conversar entre si. Nesse sentido, defenderam suas opiniões e fizeram queixas um do outro para mim, sem sequer trocarem um olhar. Após ouvi-los atentamente, comentei que todos os argumentos me pareciam muito importantes e apontavam para preocupações que precisavam ser levadas em conta em uma decisão como aquela. Assim, perguntei-lhes como entendiam que aquele impasse

poderia ser resolvido, uma vez que os dois estavam empenhados em encontrar a melhor solução. Da mesma forma, perguntei se aquela questão já estava fechada ou se haveria a possibilidade de conversarem a respeito. O trecho a seguir mostra parte dessa passagem:

Terapeuta: *“Eu tenho a impressão de que independentemente das decisões a serem tomadas, o que me parece que está acontecendo aqui é que tá muito difícil vocês combinarem. Tá difícil falar, comentar. Aí de repente a Andréa decidiu. Como tu te sentiu com isso?”.*

Pai: *“Não levo a mal”.*

Terapeuta: *“Já teve um momento em que tu disse pra ela que é contra?”.*

Pai: *“Ela já sabe”.*

Mãe: *“Só que a maneira dele colocar... como é que eu vou te dizer? Não tem diálogo, entendeu? Não tem e nunca teve, na verdade.”*

A partir desse diálogo, perguntei-lhes se havia um desejo de estarem mais próximos um do outro. Andréa falou que Luciano não colaborava e passou a contar uma situação, envolvendo a sua insatisfação por ele não ter ajudado com a organização da casa, em que ele teria sido intolerante e grosseiro. Luciano defendeu-se, dizendo-me que iria contar a sua versão sobre aquele fato em questão. Ao falar sobre isso, acabou mencionando que estava há quase três dias sem dormir e que Andréa não fazia nada para ajudá-lo. Nesse momento, disse-lhes que ambos me pareciam muito sobrecarregados:

Terapeuta: *“É evidente que vocês dois estão muito cansados, se sentem sobrecarregados. Tu falas que não te queixas, né Luciano? Mas eu imagino que cansa muito esse ritmo de trabalho que tu tens. Um pouco por esse horário diferente de trabalho. Daí tu chegas e tem as coisas da Laura e da casa pra cuidar. No meio de tudo isso vocês não estão conseguindo conversar. Mas será que há mesmo um culpado nisso tudo? Será que existe algum desejo de retomar, de abrir uma portinha pra esse diálogo?”.*

Andréa começou a falar sobre as suas “condições” para que esse diálogo fosse retomado. Falou sobre não admitir que Luciano fumasse em casa e que fosse mais tolerante com ela e sua família, evitando grosserias. Luciano disse que não se abalava com a imagem que as pessoas faziam sobre a sua personalidade e que, por isso, não via necessidade de mudar. Disse também que naquele momento não mais solicitava mudanças em Andréa. Estava cansado de pedir a ela que também cuidasse dele.

O tema da *reorganização da identidade* apareceu principalmente nas falas de Luciano, motivo pelo qual será brevemente examinado aqui. Ao abordar as suas expectativas e frustrações em relação ao desejo de ter um menino, Luciano possibilitou-me fazer um assinalamento a respeito da importância dele também ter um espaço para falar sobre as dificuldades que estavam enfrentando. Nesse sentido, disse-lhe que as suas queixas também apontavam para a presença de indicadores de uma depressão. Assim, foi possível retomar com Luciano algumas questões abordadas com Andréa no final da avaliação, particularmente a impressão de que ambos estavam muito cansados e tentando fazer o melhor possível pelo desenvolvimento de Laura.

É possível pensar que essa intervenção tenha proporcionado a Luciano um sentimento de aceitação, considerando-se que pôde falar sobre a frustração de ter tido uma menina. Mencionou que tinha traçado o projeto de que o seu filho seria um general do exército, diferentemente dele que teve a carreira militar interrompida. De acordo com o seu relato, isso ocorreu em virtude de que a tropa da qual fazia parte teria sido extinta. Perguntei-lhe como o desejo de ser um militar era visto em sua família de origem, ao que respondeu “*eles não faziam planos comigo*”. Mais adiante lhe perguntei se imaginava que um filho seguiria à risca o seu projeto. Luciano disse-me que caso isso não acontecesse saberia que fez a sua parte, provendo todos os recursos. Por fim, lhe perguntei se já podia fazer planos com Laura. Respondeu-me “*eu não tenho planos com a menina. Foge um pouco da minha capacidade, mas vou assessorar*”.

Revedo a filmagem da sessão, observei que no momento em que Luciano falava sobre os seus desejos e frustrações a esse respeito Andréa interagiu com a filha, ignorando a fala do marido. Contudo, em um dado momento demonstrou o reconhecimento de que a passividade com a qual costumava lidar com as situações poderia ter contribuído para o agravamento da relação conjugal, como mostra o trecho abaixo:

Mãe: “*É como eu falei, parte da situação fui eu quem gerou. Eu confesso que foi por minha culpa, por eu sempre ficar acomodada, por eu sempre ficar quieta, esperando que as coisas tomassem um rumo, sempre naquela esperança de que vai melhorar. É como eu te falei: eu me sinto culpada da gente estar nessa situação*”.

Terapeuta: “*E qual é a situação de vocês hoje?*”.

Mãe: “*É cada um do seu lado. Ele fica lá nos peixes dele e eu fico em função da Laura, da casa e da comida. Cada um no seu canto*”.

Ao final da sessão, assinalo a impressão de que as suas falas me faziam pensar no quanto aquele momento de transição estava sendo difícil para ambos, principalmente pela dificuldade em se ouvirem e por todas as mágoas e frustrações que haviam sentido. Disse-lhes também que, ao mesmo tempo em que se diziam pouco motivados a buscar mudanças, demonstravam que havia uma possibilidade de falar a respeito no espaço da psicoterapia, uma vez que o haviam feito tão intensamente naquele primeiro dia do tratamento.

Segunda sessão

Nessa sessão, que ocorreu uma semana após a primeira, Andréa e Luciano estiveram presentes, mas não trouxeram Laura. Era uma tarde bastante chuvosa, motivo pelo qual Andréa não quis tirar a filha de casa. Disse-me que ela já havia saído pela

manhã para ir à creche e poderia pegar um resfriado caso saísse mais uma vez. Embora a chuva apontasse para a necessidade de zelar pela saúde da filha, a fala de Andréa permite pensar em um retorno às preocupações com a *vida-crescimento* de Laura. A partir dessa sessão, as suas representações a respeito de eventuais adoecimentos da filha começariam a se repetir ao longo do tratamento.

O casal mantinha-se afetivamente muito distante. Como se fosse uma continuação da primeira sessão, Andréa e Luciano mais uma vez queixaram-se um do outro, demonstrando pouca tolerância e capacidade de escuta. Assim, relataram um desentendimento que havia ocorrido no começo da semana: Luciano não atendeu a uma solicitação de Andréa para que estendesse as roupas que estavam na máquina de lavar e limpasse o banheiro. Ela, por sua vez, não atendeu ao seu pedido de que cozinhasse arroz para ele comer. Esse fato gerou uma discussão, sendo que Laura teria acordado assustada devido à alteração no tom de voz de Luciano. A partir disso, Andréa mencionou pela primeira vez a sua preocupação com a possibilidade de que o desenvolvimento emocional de Laura pudesse ser prejudicado pelas discussões do casal, referindo-se, assim, ao tema do *relacionar-se primário*.

Também é importante relatar que Andréa voltou a mencionar que Luciano era muito agressivo e que na hora da discussão, literalmente, havia chutado um balde que estava na área de serviço. Disse que era diferente do marido porque guardava os sentimentos para si, mas sentia que isso a estava consumindo. Naquele momento assinalei que me parecia que os dois comunicavam as suas insatisfações de formas diferentes. Andréa respondeu que estava tendo mais facilidade para expor o que sentia ali, no espaço da psicoterapia, e que isso a motivava a continuar o tratamento.

O episódio relatado possibilitou mais uma vez que Andréa falasse sobre as suas frustrações com o apoio do companheiro. O tema da *matriz de apoio* também foi trazido por Luciano, que falou sobre diversas coisas que fazia com o intuito de ajudar Andréa, as quais, segundo o seu entendimento, não eram reconhecidas pela esposa. No entanto, não escondeu o seu descontentamento com as cobranças, dizendo “*O que é isso? Por acaso eu sou a mulher da casa?*”.

Um outro aspecto a ser ressaltado a respeito dessa sessão refere-se à realização dos genogramas das famílias de Andréa e Luciano. Ao falarem sobre as suas famílias de origem, representações acerca do tema da *reorganização da identidade* foram identificadas nas falas de ambos. Luciano falou a respeito do suicídio da mãe e do distanciamento em relação a sua família. Referiu-se aos maus-tratos da mãe, de quem

apanhou “*com pedaço de pau*” até os 16 anos de idade. Disse que não batia na filha, mas que não concordava com a educação “*dos psicólogos*”, pois esta seria muito “*sensacionalista*”, muito “*afetiva*” e, que, por isso, não permitiria a “*correção*” da criança. Luciano mencionou também que após a morte da mãe ele e o pai tiveram que “*se virar*” sem a ajuda dos seus irmãos, pois o irmão já era casado e a irmã era “*louca como a mãe*”. De acordo com o seu relato, o suicídio da mãe coincidiu com a sua entrada no exército. Embora tenha afirmado na sessão anterior que seus pais não faziam planos para a sua vida, disse que a sua entrada no exército estava programada desde que nasceu. Quando perguntei para Andréa se conhecia a história da família de Luciano, respondeu-me que havia ouvido falar a respeito, através de outras pessoas. Lembro-me de ter pensado sobre como ela poderia conhecê-lo há tantos anos e saber de fatos tão tristes por outras pessoas, sem que tivessem conversado em algum momento sobre aquilo.

Quanto à sua família, Andréa mencionou que todos eram muito ligados, tanto que três dos cinco filhos ainda moravam com os pais. Bastante ressentida, mencionou que se não tivesse engravidado poderia estar morando com os pais, demonstrando assim a sua dificuldade em lidar com a mudança de papéis advinda com a maternidade. Andréa falou que ficava muito magoada nas vezes em que Luciano criticava os seus familiares. Além disso, avaliou que os dois eram muito diferentes no que se referia ao relacionamento com a família, uma vez que Luciano sequer procurava os seus parentes.

Terceira sessão

Nesta sessão, ocorrida uma semana depois, apenas Andréa esteve presente. Ela contou que Luciano não compareceu porque teve uma mudança em seu horário de trabalho. Logo depois falou que uma outra razão para a sua ausência foi o fato de que ela não o teria lembrado sobre o horário da sessão, o que o deixou muito bravo. Andréa disse que nada falou ao marido porque “*ele deveria saber*”, já que havia sido acertado que as sessões ocorreriam semanalmente no mesmo horário. Quanto à ausência de Laura, Andréa comentou que a filha estava um pouco gripada naquela semana.

Conforme já vinha ocorrendo nas sessões anteriores, o foco dessa sessão esteve na sua dificuldade de relacionamento com Luciano. Mais uma vez chamou-me a atenção a indiferença de Andréa em relação à vida de Luciano e também a sua passividade frente às próprias escolhas.

O tema da *reorganização da identidade* tornou-se o principal eixo da sessão. Nos primeiros minutos do atendimento, Andréa mostrou-me algumas fotos de Laura, as quais

foram tiradas na casa do irmão de Luciano. Andréa mantinha um bom relacionamento com o cunhado e sua família, sendo que a filha mais velha de Luís Carlos havia recentemente batizado Laura. Porém, não tinha muito contato com a irmã de Luciano. Em relação a isso, mencionou que “parecia” que Luciano e a irmã haviam tido uma discussão e, por isso, não estavam se dando bem, como mostra o trecho abaixo:

Mãe: *“Não sei o que houve entre os dois pra falar a verdade. Foi a dinda da Laura que me falou. Disse que ela foi cumprimentar e ele disse que não tinha mais irmã. E também eu nunca assim, nunca procurei saber dos motivos (...) eu não procuro saber porque sei lá, vai passando, sabe? Comodismo... também às vezes eu acho que não é necessário saber os motivos de toda essa coisa”.*

Terapeuta: *“Sabe Andréa, me chama a atenção que vocês se conhecem há tanto tempo e parece que sabem pouco um da história do outro”.*

Mãe: *“Ele sabe mais da minha vida do que eu da vida dele”.*

Terapeuta: *“Por não ter perguntado?”.*

Mãe: *“Eu nunca procurei saber do que ele fazia ou deixava de fazer, nunca me interessei”.*

Naquele momento ocorreu-me que essa postura passiva de Andréa poderia ser tão agressiva para Luciano quanto o seu comportamento explosivo era agressivo para ela. Andréa falou que Luciano sempre reclamara maior atenção e carinho dela. De acordo com o seu relato, Luciano queria ser “*paparicado*” e elogiado, mas ela não correspondia à sua expectativa porque sempre foi “*uma pessoa objetiva, que não gostava de ficar adulando os outros*”.

Andréa falou que naquela semana havia decidido que iria se separar de Luciano. Porém, afirmou ter sentido muita dificuldade para falar sobre isso com ele e com sua mãe, como pode ser visto a seguir:

“Eu falo mais aqui contigo e com umas colegas de trabalho, mais do que com a minha mãe. Eu não consigo expor o que eu tenho pra falar, sabe? É uma coisa que bloqueia. Eu não quero contar pra minha mãe pra ela não ficar mais chateada com a situação, eu não quero que ela fique preocupada. Então eu tento poupar ela. Mas ela já acha que eu não quero, que eu não to sendo amiga dela, que eu prefiro falar pra outras pessoas do que pra ela”.

Logo a seguir, voltou a dizer que a situação havia chegado naquele ponto por sua culpa, porque não havia cobrado de Luciano e porque não houve diálogo entre eles. Nesse momento retomei uma de suas falas a respeito do seu comportamento indiferente nas vezes em que Luciano lhe fazia cobranças. Assim, tentei assinalar que para ele aquele comportamento poderia ser agressivo também:

Terapeuta: *“Eu lembrei de uma fala tua, dizendo que quando ele começa a falar tu faz outra coisa porque é difícil ficar ouvindo o que ele tá dizendo. Talvez ele se sinta agredido pelo teu silêncio, com a ausência de perguntas, da mesma forma como tu te sentes agredida quando ele te xinga, quando grita. Vocês são pessoas diferentes, se comunicam de forma diferente. Talvez a tua mãe sinta algo parecido também, como se o teu silêncio significasse que tu não tá dando atenção para ela. Me parece que é uma coisa muito tua tentar te preservar, não dividir”.*

Mãe: *“A palavra certa é essa: preservar ela. Mas não adianta, ela não vê assim”.*

Como pode ser visto, a resposta de Andréa denota certa dificuldade em compreender o que tentei dizer. É possível pensar que tal interpretação tenha sido equivocada, à medida que não teve sentido para ela naquele momento. Contudo, logo em seguida ela passou a falar sobre ter conseguido expressar para Luciano e para a sua mãe a intenção de se separar. Depois disso, Luciano e a sogra conversaram, sendo que ele teria dito para D. Lúcia que a terapia estaria deixando Andréa “*mais louca*”. Frente a esse comentário, a mãe de Andréa lhe disse que ela precisaria dar um basta naquela situação que, no seu entendimento, era insustentável.

De acordo com o seu relato, alguns dias depois Andréa voltou a falar com Luciano sobre o seu desejo de separação. Ela contou que dessa vez ele a abraçou e, com os olhos cheio de lágrimas, pediu que reconsiderasse a sua decisão. A partir daí conseguiram conversar com um pouco mais de calma. Perguntei para ela como havia se sentido em relação ao carinho do marido, ao que me respondeu que tinha por ele uma “*mistura de sentimentos*”, que iam desde afeto até pena. Disse-me também que estava um pouco receosa em relação à reação dos seus familiares ao tomarem conhecimento de que havia “*dado uma chance*” para Luciano, tendo em vista que já havia definido com a sua família que ele ou ela sairia de casa naquele final de semana. Lembrou-se, nesse momento, que Luciano havia falado para D. Lúcia que eles nunca mais ouviriam falar nele caso a separação de fato acontecesse porque ele desapareceria da vida da família. Sobre isso, comentou que não ficava impressionada com esse tipo de afirmação porque desde a adolescência Luciano tinha atitudes semelhantes.

Pedi a Andréa que me contasse como era o relacionamento dos dois naquela época. Conforme as suas palavras, ela aproximou-se de Luciano com o intuito de “*acalmá-lo*” porque ele era o “*terror do colégio*”. Disse que ele acabou desenvolvendo por ela um sentimento doentio. Quando lhe perguntei o que queria dizer com isso, referiu-se a uma série de coisas que Luciano fazia, como, por exemplo, ficar todas as tardes olhando-a trabalhar em casa, sem conversarem. Mais do que as atitudes estranhas de Luciano, a passividade de Andréa mais uma vez me chamou a atenção.

Na verdade, passei a pensar no quanto aquela pseudo-passividade estimulava a ocorrência de comportamentos aos quais se referia como estranhos. Naquele momento, ocorreu-me que provavelmente a reorganização que buscava implicaria em uma profunda reflexão sobre o conceito que tinha de si mesma. Assim, pareceu-me urgente a necessidade de auxiliá-la no sentido de que pudesse reconhecer a sua contribuição para as

situações que descrevia como se delas não fizesse parte, bem como as escolhas que não conseguia entender como suas.

Quarta sessão

Esta sessão aconteceu quinze dias após o último encontro. Andréa mais uma vez compareceu sozinha. Segundo o seu relato, o motivo de Luciano não ter ido à sessão devia-se ao fato de que o seu horário de trabalho estava indefinido. Cabe ressaltar que, nos dias que antecederam a sessão, liguei para a casa deles com o intuito de agendar um horário que possibilitasse a presença de ambos, mas não conseguimos chegar a um horário comum.

De acordo com o que mencionei anteriormente, as ausências de Laura sempre eram justificadas em função de algum mal-estar ou possibilidade de adoecimento. Dessa vez não foi diferente: Andréa falou que Laura estava “*enjoada*”, provavelmente por causa do nascimento dos dentes. Disse-me que ela havia faltado à creche dois dias antes por causa disso. A esse respeito, comentou que estava tentando poupar a filha. Pode-se pensar que, para Andréa, as representações acerca do tema da *vida-crescimento* tiveram um papel importante no seu processo de reorganização psíquica não só nos primeiros dias após o nascimento de Laura, mas continuavam sendo, uma vez que eram constantes as suas preocupações com a saúde da filha.

Grande parte desta sessão esteve em torno da questão da *reorganização da identidade*, particularmente no que se refere às tentativas de Andréa no sentido de conciliar maternidade e profissão. Quando ela falou que estava muito sobrecarregada em seu trabalho, perguntei-lhe como era a sua atividade profissional. Contou-me que na empresa de computação gráfica o seu papel era o de criar logotipos, desenvolver formulários e responder aos *e-mails*. Andréa não estava satisfeita com esse trabalho por considerar que estava sendo muito exigida, pois várias solicitações lhe eram feitas ao mesmo tempo. Sobre isso, mencionou que às vezes sentia vontade de “*sair correndo*”. Perguntei-lhe a que atribuía as mudanças no ritmo de trabalho. Andréa respondeu-me que, além do acúmulo de serviço, sentia-se atualmente muito mais preocupada por ter uma filha. Assim, voltou a falar que a filha estava “*enjoada*”, comendo pouco.

O relato de Andréa sobre a sua rotina de trabalho possibilitou que conversássemos a respeito de como foi a sua escolha profissional. Quando começamos a falar sobre isso, lembrei-me de meu sentimento na sessão anterior a respeito da sua passividade ou pseudo-passividade frente às decisões em sua vida. O seu relato mais uma vez despertou

em mim a impressão de que havia sido escolhida pela profissão em vez de escolhê-la. Andréa falou que não planejava trabalhar nesse ramo, mas começou a trabalhar em casa, com os pais, e alguns anos depois aquela oportunidade de emprego acabou surgindo. Por outro lado, mencionou que faltava apenas realizar dois estágios para a conclusão de um curso técnico na área de enfermagem. Andréa afirmou que desde pequena tinha interesse por essa área de atuação. De fato, mostrou-se mais motivada ao falar dessa possibilidade, embora tenha mencionado o seu receio em exercer uma profissão na área da saúde.

Quando falou sobre o projeto de terminar a formação em enfermagem e trocar de atividade profissional, Andréa cogitou também que poderia ter dificuldades para conciliar aquele trabalho com os cuidados de Laura. Associou essa fala à adaptação à creche. Laura havia choramingado e vomitado naquela semana, o que a professora atribuiu ao processo normal de adaptação. Luciano também ficou preocupado e, de acordo com Andréa, logo levantou a possibilidade de que Laura não estaria bem cuidada. Para ela, Luciano parecia estar mais ligado à filha, embora ainda se referisse a ela como “*a guria*”, e nunca pelo próprio nome. Além da proximidade com Laura, Luciano também havia tentado se reaproximar de Andréa, que estava reagindo àquela aproximação com cautela, com certo “*bloqueio*”, como disse. Em relação a isso, assinalei que talvez essas mudanças no comportamento de Luciano estivessem associadas a mudanças na sua maneira de agir, à medida que estava conseguindo se expressar um pouco melhor, falando sobre os seus sentimentos.

No final da sessão, perguntei para Andréa como estava a sua alimentação e seu sono, uma vez que ela se mostrava muito indisposta e sem energia. Lembrei-me da impressão inicial de que me parecia uma pessoa sem cor. Andréa falou que geralmente fazia lanches e que normalmente não tinha fome, o que estava deixando sua mãe muito preocupada. Falei que, pelo jeito, D. Lúcia e eu estávamos preocupadas com ela. Revendo o vídeo pude constatar que, após esse comentário, sorrimos uma para a outra, e Andréa respondeu: “*Deus me livre de adoecer...*”.

Quinta sessão

Para a minha surpresa, D. Lúcia acompanhou a filha e a neta nesta sessão, que ocorreu quinze dias após a anterior. Alguns dias antes, na supervisão clínica, havíamos refletido acerca da possibilidade de ter a mãe de Andréa de alguma forma presente na psicoterapia, uma vez que ela representava, naquele momento, a sua principal figura de

apoio. Tal possibilidade foi levantada diante da minha preocupação com o estado de saúde de Andréa, conforme relatado anteriormente.

D. Lúcia era uma senhora com expressões muito delicadas. O seu tom de voz e a sua retórica eram envolventes. Inicialmente pareceu-me uma pessoa muito educada e tranqüila. Apesar da empatia rapidamente estabelecida, em alguns momentos da escuta daquela sessão pude identificar em mim alguns sentimentos ambivalentes. Por um lado, pensava que o seu cuidado e afeição em relação à Andréa e Laura, bem como a sua serenidade em relação a Luciano, poderiam ser imprescindíveis para a superação das dificuldades que estavam enfrentando. Por outro lado, no entanto, em alguns momentos senti certo incômodo diante do silêncio de Andréa na presença da mãe: D. Lúcia falou na maior parte do tempo. Porém, enquanto ela falava, Andréa brincava com a filha, como havia feito nas vezes em que Luciano esteve presente.

Além da já referida dificuldade de Andréa em expor os seus sentimentos, ocorreu-me que D. Lúcia parecia ser uma pessoa bastante controladora e centralizadora em relação às dificuldades da filha, uma vez que demonstrava se colocar à frente dos seus problemas. Em vários momentos falou sobre estar “*magoadá*” com a situação de Andréa, como se as dificuldades da filha acabassem por vitimá-la. Como será visto a seguir, os temas do *relacionar-se primário* e da *matriz de apoio* foram abordados na sessão.

Em relação ao tema do *relacionar-se primário*, é importante destacar, inicialmente, que Laura estava bastante ativa nessa sessão. A maneira como brincava chamou a atenção de todos na sala. Ainda assim, Andréa comentou que ela estava bastante cansada naquele dia e que, provavelmente, dormiria assim que chegassem em casa. A partir da observação do brincar de Laura, algumas representações sobre o papel positivo da creche no seu desenvolvimento foram mencionadas por sua mãe e sua avó, como mostra o trecho abaixo:

Terapeuta: “*Alguém tá brincando muito, né [dirigindo-se à Laura]?*”.

Avó: “*Tá tranqüila*”.

Mãe: “*É, devido à nossa situação, que antes a gente não tava se suportando. Agora ela tá mais tranqüila. A creche também colaborou muito pra esse desenvolvimento dela*”.

Avó: “*Ela começou a acordar pro mundo, a ter uma evolução maior. Ela só tava muito com o Luciano, fechada. Foram os piores meses que eu tive. Alguns dias foram terríveis, chuvosos, e ele ali cansado, meio dormindo. Ela não chorava, não exigia nada*”.

Como mostra a vinheta, Andréa associou a atual tranqüilidade da filha a uma melhora no relacionamento com Luciano e a evolução no seu desenvolvimento à entrada na creche. Também é possível constatar que D. Lúcia mencionou que os meses em que a neta ainda não freqüentava a creche foram os piores que teve. Chamou a minha atenção a

forma como se colocou em relação aquele problema. Lembrei-me das falas de Andréa a respeito de querer preservar a mãe do conhecimento de seus problemas: ao mesmo tempo em que D. Lúcia pedia para não ser poupada, parecia colocar-se como uma vítima do sofrimento de ver Laura naquela situação.

A presença de D. Lúcia possibilitou que questões referentes à *matriz de apoio* mais uma vez se tornassem o principal tema da sessão. Nos primeiros minutos do atendimento, logo após nos conhecermos, mencionei que me parecia muito bom que estivesse conosco naquele dia. O trecho abaixo mostra a resposta de D. Lúcia ao meu comentário:

“É, eu deixei eles fazerem assim, as primeiras sessões, e daí eu vim. Eu nem tinha me proposto a vir aqui, eu só tinha ido ver a Laura, né mimosinha da vó [dirigindo-se para a neta]?”.

É importante lembrar que D. Lúcia teve um papel importante no encaminhamento da família de Andréa, uma vez que entrevistou diretamente para que a filha fosse atendida. Porém, a sua fala me fez pensar no quanto estava envolvida com toda a situação, mantendo, de alguma forma, certo controle sobre a mesma. Como será visto ao longo dessa análise, tal envolvimento ficou evidente durante toda a sessão.

Embora Andréa tivesse atribuído o bom desenvolvimento de Laura à entrada na creche, ela falou também que não estava totalmente satisfeita com as condições físicas da escola. Assim, mencionou que estava pensando em procurar outra instituição. D. Lúcia concordou com a filha e passou a falar sobre como se deu a escolha daquela creche que Laura estava freqüentando. Em sua fala, salientou que fora ela mesma quem fizera a indicação para Andréa, com base em algumas boas referências. Ela não só concordou que deveriam buscar outra escola, como ressaltou a importância da atenção à criança no primeiro ano de vida:

“Eu já trabalhei em creche. Então a gente sabe o que é uma criança recém-nascida, que essa idade marca pra sempre, é tudo na vida. Mas eu trago uma mágoa muito grande de não poder cuidar da Laura. Eu gostaria de poder cuidar dela”.

De acordo com o seu relato, D. Lúcia estava sentindo muita saudade da neta. Naquele momento, por causa da creche, ela não estava convivendo tanto com ela.

Ao falarem sobre a mudança de creche, Andréa comentou que já havia conversado com Luciano a esse respeito. As suas falas permitiram avaliar que estavam conseguindo combinar algumas coisas em relação à filha. Quando lhe perguntei como estavam naquele momento, Andréa respondeu:

“Melhorou, tá tentando melhorar, mas ainda não tá como eu quero, mas aos pouquinhos ele tá se esforçando. Então a gente tem conversado sobre a Laura. Quando ele chega, se ela tá

acordada lá na sala, ele vai lá e fica com ela. Não é nada de muito próximo, mas ele deita no chão com ela, alcança algum brinquedo pra ela”.

Ainda em relação a isso, disse que aquela mudança começou quando falou para Luciano sobre a sua intenção de se separar. O trecho a seguir ilustra esse momento:

Mãe: *“Eu já tinha comentado com ele que eu tava decidida a me separar. Aí teve aquela questão dele não ter condições de sair agora. Aí ele pegou, me abraçou, chorou, tentou uma aproximação. Daí eu resolvi, durante um tempo, tentar ser mais flexível”.*

Terapeuta: *“E me parece que essa mudança veio dos dois lados: ele mais tolerante e tu conseguindo te posicionar um pouco mais”.*

Perguntei para D. Lúcia sobre o seu relacionamento com Luciano, dizendo-lhe que me chamava a atenção que costumava conversar seguidamente com o genro. Sobre isso ela falou:

“Sim, ele me escuta. Graças a Deus. Pior seria se ele não me aceitasse. Ele é um menino que eu conheço desde o tempo da escola, é um menino problemático. Mas precisa querer ser ajudado (...). Eu digo pra ele ‘no fundo, criatura, tu quer um colo! Essa tua raiva, esse teu poder, esse teu astral e até a maneira de caminhar, essa postura, aquilo tudo ali é falso!’. Pra você ser respeitado e amado, não é assim. São as tuas atitudes que vão fazer com que tu cative e seja cativado”.

D. Lúcia contou que estimulou a filha a sair com Luciano porque ficava muito preocupada com o isolamento e apatia da mesma. Segundo o seu relato, Andréa sempre foi uma pessoa pouco comunicativa, que ficava isolada até mesmo dentro de casa. Quando falou sobre isso, considerou que Luciano em alguns momentos tinha razão ao cobrar de Andréa mais atividade e iniciativa. Disse que a filha tinha muita dificuldade para administrar a casa, o que poderia ter relação com a forma como a criou: solicitava a sua ajuda para limpar a casa, mas a poupava daquilo que chamou de *“trabalho pesado”*. Contudo, Andréa foi responsável pelo cuidado dos irmãos menores em uma época que a mãe trabalhou fora. D. Lúcia relatou que parou de trabalhar para que Andréa pudesse sair de casa. O trecho a seguir ilustra esse momento da sessão:

Terapeuta: *“Eu não entendi bem... por que a senhora deixou o emprego?”.*

Avó: *“De burra. Burra porque ninguém me disse que eu precisava acordar pro mundo, que eu ia envelhecer. Porque eu não conseguia creche e não conseguia uma pessoa pra cuidar de três crianças, e eu precisava liberar a Andréa (...). Se eu tivesse um pouco de inteligência e se alguém tivesse me orientado... agora a única coisa que eu tenho de diploma são os meus filhos (...). Eu só não pude acompanhar a adolescência da Andréa porque eu trabalhava o dia todo”.*

Terapeuta: *“Andréa, isso que a mãe tá falando, de ter trabalhado e sentir que perdeu certas coisas, como tu te sentes com isso? É uma situação parecida com a que tu tens trazido, de trabalhar e buscar uma creche pra Laura, né?”.*

Mãe: *“É. Por mim eu ficaria com ela, né? Mas eu também penso pelo outro lado, que daqui a pouco ela vai crescer, ela vai ter a vida dela e eu também. Vai chegar um ponto que eu também vou envelhecer”.*

Avó: *“A mãe moderna tem que pensar na qualidade do tempo que vai dar pro filho, saber aproveitar o tempo, saber dosar as coisas. Não adianta a Andréa passar o dia inteiro com a Laura se não puder dar as coisas que ela precisa, por exemplo: acompanhar os detalhes, os gestos, os movimentos. No meu caso eu aprendi muito, a gente aprende muito todo o dia. Tenho cinco filhos, gurria! E olha que só o do meio foi meio planejado. Nenhum eu planejei, foi que nem aconteceu”.*

com ela. Por isso que eu não aceitei quando aconteceu com a Andréa [não aceitou que a filha tenha engravidado sem planejar]”.

O diálogo acima permite pensar que nesse momento ocorreu um importante movimento identificatório entre mãe e filha. Assim como Andréa identificava na história da mãe a sua dificuldade em conciliar o trabalho com a maternidade, D. Lúcia dava sinais de ver repetida na história de sua filha algumas de suas próprias experiências, como o fato de não ter planejado as suas gestações. Além disso, é possível inferir que a sua mágoa por não poder cuidar de Laura (por causa de problemas na coluna) estivesse de alguma forma associada a um desejo de resgatar a atenção que julgou não ter dado à Andréa.

Esse diálogo mobilizou a ocorrência de um longo relato de D. Lúcia sobre a sua história de vida. Assim, contou como se deu a sua união com o marido e a formação da sua família. Nesse relato falou sobre a sua frustração com o casamento, dizendo que, em virtude da infidelidade do marido, era apenas sua amiga, ainda que morassem na mesma casa. Falou sobre sonhos que não foram realizados, como o de ter tido sucesso profissional e melhores condições financeiras. Associou a sua frustração às expectativas frustradas de que Andréa fosse mais bem sucedida no casamento. Enquanto falava, Andréa parecia desligada, pois interagiu com a filha. No entanto, tive a impressão de que a fala de sua mãe teria um grande impacto no seu processo psicoterápico.

Sexta sessão

A sexta sessão, que contou apenas com a presença de Andréa, ocorreu três semanas depois da anterior. Ela chegou sozinha e estava visivelmente mais animada do que nas sessões anteriores.

O tema da *vida-crescimento* foi mais uma vez identificado nas suas preocupações com a saúde da filha. Andréa falou que Laura esteve gripada naquela semana e que, por isso, avaliou que seria melhor não levá-la à terapia, uma vez que poderia ficar “*enjoadinha*”. Uma outra referência a esse tema foi verificada em seus comentários sobre a filha ter aumentado em peso e altura. Andréa sentiu-se aliviada com aquele ganho, pois estava muito preocupada com as recusas de Laura diante da alimentação.

O tema da *matriz de apoio* também foi abordado quando Andréa falou sobre a creche de Laura. Como foi mencionado anteriormente, ela não estava satisfeita com a creche que a filha freqüentava. Assim, decidiu tirar a filha daquela instituição para deixá-la aos cuidados do irmão de Luciano e sua esposa, em uma espécie de creche familiar. Andréa comentou que sempre pensara em colocar Laura nesse estabelecimento,

principalmente porque confiava muito nos familiares. Porém, o fato de estar localizada muito longe de sua casa fez com que, inicialmente, tenha desistido da idéia. Como Luciano havia se proposto a ajudá-la, levando a filha, Andréa finalmente decidiu pela mudança. Laura já estava em processo de adaptação na nova creche, com o que Andréa estava bastante satisfeita.

Ainda em relação a esse tema, cabe ressaltar que grande parte da sessão esteve focalizada no seu relacionamento com Luciano. A esse respeito, disse-me: “*a gente está super bem*”. De acordo com a sua fala, Luciano estava mais próximo dela e de Laura, o que atribuía ao fato de ter conseguido falar para ele sobre a sua intenção de se separar caso as coisas entre eles não melhorassem. Contou também que Luciano fez um aquário para Laura e disse que, caso Andréa gostasse, faria um para ela também. Em relação a isso, Luciano disse que iria ensinar a filha a cuidar dos peixes para que no futuro ela soubesse cuidar de seus próprios peixinhos. A partir desse relato, falamos sobre o quanto era importante essa aproximação e também o fato de que ele estava conseguindo fazer planos com a filha. Andréa contou que ele também estava fazendo planos para o casal, tendo mencionado o desejo de fazer algumas mudanças em casa para melhor acomodar a família. Nesse momento, falei que sentia muito por ele não estar participando das sessões e que seria importante continuarmos tentando acertar os horários para facilitar a sua presença.

Referências ao processo de *reorganização da identidade* também foram verificadas nessa sessão. Andréa estava falando sobre o batizado de Laura, quando lhe perguntei como havia se dado a escolha dos padrinhos. Andréa respondeu-me que não os havia escolhido, que as coisas foram acontecendo. Quando insisti para que tentasse me falar o que quis dizer com “*acontecendo*”, Andréa contou que numa discussão da mãe com um dos seus irmãos, D. Lúcia teve a “*brilhante idéia*” de, para acalmá-lo, dizer que ele batizaria Laura. Também relatou que não escolheu o nome da filha, à medida que foi escolhido por um namorado de sua irmã.

Pensando em sua fala de que não teria feito escolhas, comentei que me parecia que havia aceitado as sugestões, ainda que inicialmente não tenham partido dela. Andréa falou que se sentia muito acomodada e que a sua falta de iniciativa irritava muito sua mãe. Perguntei-lhe como havia se sentido com a presença da mãe na sessão anterior. A partir dessa pergunta, Andréa falou sobre às vezes em que tinha a sensação de que, por ser “*dependente e medrosa*”, deixava que as pessoas tomassem a frente das suas decisões, o que ocorria principalmente com a mãe.

Sétima sessão

Neste dia mãe e filha estiveram presentes. O encontro aconteceu um mês após a última sessão, devido à ocorrência de dois feriados e também a um resfriado de Laura. Além disso, embora horários alternativos tenham sido oferecidos, Andréa afirmou que não pôde se organizar para vir à terapia em algum outro dia. Ao final da sessão, pediu que os atendimentos fossem quinzenais, argumentando que estava muito cansada ultimamente.

De fato, diferentemente do que havia ocorrido na sessão anterior, Andréa estava mais desanimada. Laura, por outro lado, estava tão ativa que dava a impressão de querer reanimar a mãe. Andréa voltou a se queixar do relacionamento com o marido, mencionando que mais uma vez havia lhe dito que queria se separar dele. De acordo com o seu relato, estava farta do comportamento instável de Luciano, que ora era estúpido, ora implorava por reconciliação. Como será visto a seguir, todos os temas da *constelação da maternidade* (Stern, 1997) foram referidos ao longo da sessão.

Quanto ao tema *vida-crescimento*, assim que Andréa e Laura chegaram comentei que o bebê havia crescido bastante desde a última vez que a tinha visto, há aproximadamente oito semanas. Andréa concordou comigo, mas logo falou que a filha havia estado doente e que se Luciano não parasse de fumar Laura acabaria por desenvolver bronquite. A partir daí passou a falar sobre o seu descontentamento com o marido, como será examinado posteriormente. A fala de Andréa a respeito da saúde de Laura pode ser conferida logo abaixo:

“Mas ela ficou ruinzinha na semana passada. Tinha que fazer nebulização, marcar hora. Eu até fiquei lá na mãe desde quarta pra mãe me ajudar (...). O que colaborou um pouco é ele fumar dentro de casa, um pouco foi isso. Se não cuidar vai virar uma bronquite”.

Já no final da sessão, Andréa voltou a falar sobre a saúde do bebê, como mostra o trecho abaixo:

Terapeuta: *“Tava bom [perguntando para Laura sobre um suco que a mãe lhe dava]? De que é esse suquinho?”.*

Mãe: *“De mamão”.*

Terapeuta: *“De mamão? Ela tá se alimentando bem agora?”.*

Mãe: *“Super bem”.*

Terapeuta: *“É? Mesmo com todas as gripes?”.*

Mãe: *“Super bem. Ela só não engordou muito, né?”.*

Terapeuta: *“Mas ela tá bem?”.*

Mãe: *“Mas ao mesmo tempo ela espichou, ela cresceu, né? Mas ela tem se alimentado, graças a Deus!”.*

Terapeuta: *“Ahã!”.*

Mãe: *“Né, Laura [dirigindo-se à filha]? Só que a vó queria ver ela mais gorda, né Laura?”.*

Como pode ser visto, Andréa estava satisfeita com o crescimento da filha, uma vez que, como havia ocorrido na sessão anterior, ressaltou que a estatura dela tinha aumentado e que estava se alimentando bem. Porém, chamou-me a atenção que tenha se referido à expectativa da avó de que o bebê ainda precisaria ganhar peso. Diante da sua fala pensei no “peso” que poderia ter para Andréa essa expectativa de sua mãe. Poder atender suficientemente bem o seu bebê, cuidando de sua saúde e lhe proporcionando um adequado crescimento significaria ser reconhecida como uma boa mãe por sua própria mãe?

Embora naquele momento eu tenha pensado que o desejo de ser reconhecida por aquela que representava a sua principal figura de apoio constituísse uma expectativa natural frente à maternidade, ocorreu-me que, no caso de Andréa, as representações sobre a sua própria mãe apontavam para um sentimento de não poder falhar como mãe, a fim de não desapontá-la. Além disso, pensei que essa representação poderia estar associada à sua constante preocupação com a saúde de Laura. Essa questão voltará a ser abordada mais adiante, tendo em vista que constitui um aspecto essencial do processo de reorganização da identidade de Andréa.

Com relação ao *relacionar-se primário*, conforme foi ressaltado acima, neste dia Laura esteve bastante ativa. Logo no começo da sessão Andréa mencionou que ela estava muito esperta e “*sapeca*”. Além disso, falou também sobre a interação do pai com a filha. A esse respeito disse que Luciano estava bem próximo de Laura, cuidando-a, alcançando brinquedos e criando coisas para ela, embora falasse pouco com a filha. O trecho a seguir ilustra a fala de Andréa sobre o desenvolvimento de Laura:

Mãe: “*Ela tá ficando, esperta, né? Bem sapeca!*”.

Terapeuta: “*Brincando, né?*”.

Mãe: “*Ela não incomoda. Só tem que tá ali, né? Ela não pode ficar muito tempo sozinha*”.

Terapeuta: “*Sim! Agora quer que a gente converse com ela!*”.

Mãe: “*Ela chama o tempo todo. É difícil uma pessoa não parar e olhar pra ela. Ali na padaria uma senhora conversou e ela já abriu os bracinhos pra ir. Daí eu fiquei assim ‘meu Deus do céu, ela tá tihosa!’ , tá alegre, sabe?Vem, brinca, conversa, quer todo mundo ao redor dela.*”

Uma revisão do vídeo da sessão possibilitou a constatação de que Andréa foi um pouco ríspida com Laura nas vezes em que ela esteve mais inquieta, explorando a sala ou solicitando o seu colo. Em uma dessas vezes, quando Laura fez menção de que iria mexer na cadeira onde estava colocado o gravador, Andréa aumentou consideravelmente o seu tom de voz. Esse momento é ilustrado abaixo:

Mãe: “*Não, aí não!*”.

Laura resmunga.

Mãe: “*Ah, que bonito [repreendendo a filha]!*”.

Terapeuta: “*Quer descobrir tudo, né?*”.

Mãe: “*Ô, ô, ô!!! Não faz isso! Agora é aquela fase, né?*”.

Terapeuta: “*Pois é! Tá mais difícil agora que ela tá nessa fase, mexendo nas coisas, explorando?*”.

Mãe: “*Não, não. Só que é cansativo, né? Isso que ela não tá caminhando! Dizem que depois, quando começa a caminhar, é pior!*”.

O vídeo mostra que quando falávamos sobre Andréa estar se sentindo cansada e mais desanimada, Laura deu um grande bocejo, o que nos fez rir. Mais adiante, quando Andréa falava sobre a instabilidade de humor de Luciano, Laura vocalizou tanto que passamos a falar diretamente com ela, como pode ser visto abaixo:

Mãe: “*O quê [para a filha]?*”.

Terapeuta: “*O quê [também falando com Laura]?*”.

Mãe: “*O que é? Bé, bé, o quê?*”.

Terapeuta: “*Tem gente que vai falar muito cedo, né?*”.

Mãe: “*Mostra, chama mãe, mãe...*”.

Terapeuta: “*Ela já tinha falado assim [perguntando sobre as vocalizações]?*”.

Mãe: “*Eu só não sei o que ela quer dizer!*”.

Terapeuta: “*É? O que ela tá contando, Andréa?*”.

Mãe: “*O que é Laura, fala!*”.

Laura vocaliza intensamente.

Andréa disse que Laura estava muito tranqüila, provavelmente porque estava sendo bem cuidada na nova creche, que freqüentava havia dois meses. Disse também que percebia que ela mesma estava dando mais carinho e atenção à filha, embora estivesse se sentindo novamente triste e cansada. Nesse momento, Laura mais uma vez dirigiu muitas vocalizações à mãe, que pediu a ela que mostrasse para mim todas as coisinhas que já sabia fazer: “*cara de bichinho*”, dar tchau, mandar beijo. Ocorreu-me que Laura animava a sua mãe, que se sentia muito orgulhosa por suas aprendizagens. Perguntei para Andréa o que sentia quando a via fazendo todas aquelas coisas. Ela respondeu que a filha lhe dava forças, assim como os seus pais e irmãos.

Nessa sessão, o tema da *matriz de apoio* apareceu tanto nas falas de Andréa sobre a sua insatisfação diante do comportamento instável de Luciano na semana em que o bebê esteve doente, como no seu relato acerca da ajuda recebida de seus familiares nesse mesmo período. Andréa contou que “*tudo estava indo muito bem*” até um dia em que Luciano foi estúpido porque ela havia esquecido de comprar cigarro para ele. Laura já estava com os primeiros sinais da gripe e Andréa disse ao marido que não aceitava que ele fumasse dentro de casa, pois a filha acabaria desenvolvendo bronquite. O fato gerou uma discussão na qual ela voltou a dizer que queria a separação. De acordo com o seu relato, o fato de Laura ter piorado contribuiu para que decidisse ir para a casa da sua mãe, onde permaneceu por quase uma semana, como mostra o trecho a seguir:

Mãe: “*Eu fiquei lá na mãe desde quarta. Voltei pra casa segunda-feira*”.

Terapeuta: “*Pra tua mãe te ajudar?*”.

Mãe: “*Ela não ia nem na creche. Aí ela ficou lá na mãe. Agora ela tá bem de novo*”.

No período em que Andréa esteve na casa da mãe, Luciano telefonou várias vezes, perguntando-lhe quando iria voltar. Em uma dessas vezes mostrou-se “*furioso*”. Em outra, com mais tranqüilidade, mencionou que não gostava que ela ficasse na casa dos outros, dizendo “*eu me preocupo contigo*”. Andréa mencionou que naquele dia foi “*bem objetiva*” com o marido: falou que todas as possibilidades da relação melhorar haviam se esgotado, uma vez que não suportava mais as suas grosserias, e que ele teria um prazo de três dias para se organizar e sair de casa. Conforme relatou, caso ele não saísse de casa, ela sairia com a filha. Segundo a sua fala, depois disso Luciano “*ficou uma mãe*”, por receio que ela realmente fizesse o que estava ameaçando fazer.

Embora tenha dito que a sua decisão estava tomada e que não voltaria atrás, o meu sentimento ao ouvi-la foi de que eu provavelmente ouviria aquele mesmo relato outras vezes. Andréa fez várias argumentações a respeito dos motivos que a impediam de efetivar aquela decisão que havia tomado, como se precisasse explicá-los racionalmente para si mesma. Depois que falou bastante a esse respeito, eu lhe perguntei como estava se sentindo com aquela mudança, tendo em vista que na última vez parecia tão feliz com o fato de que estavam “*bem*”. Andréa respondeu que estava sentindo “*de tudo um pouco*”, mas que não via mais como as coisas entre ela e o marido melhorarem.

O tema da *reorganização da identidade* também foi abordado nesta sessão. Conforme foi abordado acima, em relação ao tema da *vida-crescimento*, Andréa mais uma vez referiu-se à saúde da filha que, de fato, havia estado gripada naquela semana. Falou também que, apesar daquela circunstância, Laura estava crescendo e se alimentando bem. Na sua fala, pude identificar uma referência à expectativa de sua mãe no sentido de que Laura pudesse ganhar mais peso. O trecho a seguir ilustra o diálogo que tivemos logo após aquele momento:

Terapeuta: “*Naquele dia em que a tua mãe veio aqui eu fiquei pensando... como ela tinha expectativas, né? Ela falou sobre os planos que tinha pra vida dela, que eles foram interrompidos quando ela casou, teve filhos. Disse que teria seguido trabalhando se tivesse pensado um pouco melhor nisso, lembra? Disse que quando tu engravidou ela sentiu muito porque queria que tivesse sido planejado, que tivesse ocorrido em um momento que as coisas estivessem mais tranqüilas*”.

Mãe: “*Ela é assim com todos, né? Essa expectativa...*”.

Terapeuta: “*E aí sabe o que eu pensei, Andréa? Outro dia tu me disse ‘a mãe é maravilhosa’. Eu pensei no fato de tu sentires ela como uma pessoa que te ajuda tanto, te apóia... se por outro lado, não tem aquelas vezes que tu sentes uma certa responsabilidade de nunca fugir dessas expectativas, sabe? De ter que fazer tudo certinho, de cuidar pra que ela não se desaponte?*”.

Mãe: “*Eu tento, né? Só que não adianta porque ela vê, né? Não só ela. As pessoas à minha volta vêem que eu não to feliz. Não preciso dizer nada, tá estampado. Por eles eu já tinha me separado*”.

Terapeuta: “*E por ti?*”.

Mãe: “*Também*”.

Como mencionei anteriormente, as falas de Andréa a respeito das concepções de sua mãe em relação aos cuidados de Laura e sobre o seu relacionamento com Luciano permitiram-me inferir que as representações que tinha a esse respeito exerciam um papel fundamental na organização da sua própria identidade como mãe. Porém, um outro movimento poderia ser inferido a partir da evolução do processo psicoterápico daquela família: com o nascimento da primeira neta, D. Lúcia também estaria passando por um profundo processo de reorganização psíquica, no qual buscava equilibrar os já conhecidos papéis de esposa, mãe e profissional com o novo papel de avó.

Oitava sessão

Três semanas após o último encontro, Andréa compareceu sozinha à sessão. Mais uma vez mostrou-se bastante desanimada, aparentando cansaço. Na supervisão clínica, ocorrida alguns dias após a sétima sessão, o grupo sugeriu que eu propusesse à Andréa uma avaliação com o psiquiatra da equipe, pois ela continuava bastante deprimida. Assim, cogitamos a possibilidade de que talvez se beneficiasse com a utilização de alguma medicação.

A nossa preocupação com o estado de Andréa foi respaldada por sua fala no começo da oitava sessão. Já nos primeiros minutos do atendimento Andréa mencionou que estava muito desanimada e que, por esse motivo, estava fazendo alguns exames médicos, sendo que um deles havia revelado que estava com uma anemia profunda. Em relação a isso, falou que desde a gestação apresentava um sangramento nas fezes, o qual, em um primeiro momento, foi interpretado como o indício de um quadro de hemorróidas. De acordo com o seu relato, a sua ginecologista falou que esse quadro teria uma remissão espontânea depois do nascimento do bebê, o que não ocorreu. Falei para Andréa que também considerava muito importante que ela desse atenção àquela situação, uma vez que a anemia poderia contribuir com a constante sensação de cansaço e desânimo da qual se queixava. Assim, combinamos esperar o resultado dos exames e as indicações clínicas que receberia a partir dos mesmos para então encaminharmos a questão da avaliação psiquiátrica.

O tema da *vida-crescimento* foi trazido na seqüência desse diálogo, logo no começo da sessão, quando Andréa falou sobre o seu desânimo. Disse inicialmente que estava bastante gripada. Logo depois mencionou: “*Eu e Laura, a gente tá num desânimo, num desânimo! Por isso é que ela não veio, porque eu tô indo a reboque, e ela anda meio gripada também*”. A partir disso, falou sobre a saúde do bebê e a sua própria saúde ao

mesmo tempo, o que me fez pensar em uma importante relação entre as duas coisas. O fato de sempre mencionar adoecimentos da filha poderia indicar não somente uma preocupação real com a sua saúde, mas também algum tipo de projeção da sua própria fragilidade naquele momento. Assim, a partir da sua identificação com Laura, Andréa estaria projetando no bebê o seu sentimento de vulnerabilidade e o desejo de também ser cuidada.

Da mesma forma, uma das suas falas a respeito do tema do *relacionar-se primário* também me permitiu pensar na possibilidade de uma identificação projetiva sobre o bebê. Andréa falou que Laura poderia sentir muito se elas saíssem de casa em função de uma separação. Ao interpretar esse eventual sentimento da filha, Andréa mencionou “*eu aprendi a gostar daquele canto, tem as minhas coisas, tem sossego. A Laura também não gosta de agitação, ela gosta de sossego, de silêncio. Então a gente... eu me apeguei muito*”. Como pode ser visto em sua fala, era como se mãe e filha sentissem as mesmas coisas.

O tema da *matriz de apoio* também foi abordado por Andréa. Perguntei o que havia acontecido desde o último encontro, considerando a sua afirmação de que estava determinada a se separar do marido, caso ele não mudasse. Ela comentou que o seu relacionamento com Luciano estava de certa forma estável, mas que estava muito insatisfeita com a sua pouca colaboração nos cuidados com a casa. Assim como já vinha ocorrendo nas outras sessões, Andréa demonstrou que tinha muita dificuldade em comunicar ao marido que gostaria de ter a sua ajuda, diferentemente do que ocorria em relação à sua mãe e seus irmãos. Aquela dificuldade era tão importante que ela sequer tinha mencionado para o marido que estava preocupada com a sua saúde e que, por isso, faria exames.

Pareceu-me que a questão da *reorganização da identidade* foi o tema mais profundamente abordado nessa sessão, uma vez que todas as representações anteriormente mencionadas pareciam estar interligadas nas suas falas sobre o processo de reelaboração mental que estava vivendo. Quando falou sobre ter decidido dar mais uma chance para o marido, Andréa mencionou que Luciano havia lhe dito que ela não era a esposa que ele esperava. Luciano queixou-se de que ela lhe dava pouca atenção e carinho. Sobre isso, ela comentou que, de fato, não era uma mulher que gostava de “*paparicar*”, de dizer “*meu amor*”, e que desde que se conheceram ele já sabia que ela era assim. Naquele momento, perguntei-lhe se nas vezes em que se referia ao seu desejo de que o marido mudasse estaria também dizendo que ele era uma pessoa muito importante para

ela e que não era fácil separar-se dele. Nesse sentido, assinalei que, embora argumentasse que não saía de casa para dar uma chance para Luciano, talvez também quisesse uma chance de mudar para poder continuar ao seu lado. Assim, a sua permanência sugeria que fez uma escolha e não que estava passiva diante daquela situação, como queria indicar.

Andréa passou a contar de uma iniciativa de Luciano para que saíssem de casa. No último final de semana ele a havia convidado para passearem em um shopping. De acordo com a sua fala, ela aceitou o convite para não contrariá-lo, mas não o fez de bom grado, pois estava muito cansada e sem disposição. A esse respeito disse que a filha não gostou do passeio porque também estava com sono e cansada. Ao contar sobre a saída, mencionou que Luciano comprou um bichinho de pelúcia para Laura. Quando lhe perguntei se avaliava alguma esperança sobre a relação dos dois, Andréa respondeu que Luciano estava mudando, pois estava mais próximo. Assim, falou sobre uma série de eventos que mostravam o quanto a interação entre pai e bebê havia melhorado. Porém, no final da sessão, Andréa referiu-se ao sentimento de que a filha era a única coisa boa que tinha naquele momento. Disse que não tinha prazer em trabalhar, nem tampouco em fazer coisas que saíssem da rotina, como um passeio.

Nona sessão

Esta sessão também ocorreu com um intervalo de três semanas, sendo que mais uma vez Andréa compareceu sozinha. Como já havia ocorrido anteriormente, ela desmarcara por duas vezes os atendimentos previstos, argumentando indisposição e cansaço dela e do bebê.

Assim que a vi, tive a impressão de que estava mais magra e abatida, motivo pelo qual logo perguntei a respeito do resultado dos seus exames. Andréa contou-me que os havia retirado no laboratório, mas a consulta médica ocorreria apenas na próxima semana. Porém, ao ler os resultados interpretou que estaria com uma “*lesão elevada*” no intestino grosso. Disse-me também que provavelmente faria um outro exame, o qual seria ainda mais invasivo do que o primeiro.

Além de abordar o seu problema de saúde, Andréa falou longamente sobre o seu relacionamento com a filha, mostrando-se preocupada com o seu comportamento irritadiço. Como será visto a seguir, os temas da *vida-crescimento* e do *relacionar-se primário* foram referidos ao longo da sessão.

Quando ao primeiro tema, logo no começo da sessão, Andréa mencionou que planejava levar Laura à pediatra para uma consulta de rotina naquela semana. Porém, ela

desistiu quando se deu conta de que o bebê faria uma vacina na semana seguinte. Conforme relatou, imaginava que a filha poderia ficar “*enjoadá*” ou ter alguma complicação depois do procedimento e que, por isso, poderia precisar ser vista pela médica. Já no final da sessão, voltou a se referir ao crescimento da filha, como mostra o trecho abaixo:

“Ela tá engordando, tá pegando um pouquinho de peso também. Eu observei que ela tá ficando mais cheinha, coisa que ela não tava, né? A gente observa que ela tava magra. Tá certo que ela tá crescendo. Essa semana eu tava com ela e observei que ela tá mais cheinha”.

Cabe destacar que naquela semana Andréa estava em licença de seu trabalho a fim de realizar exames e consultas médicas. Portanto, talvez se sentisse mais presente para Laura. É possível pensar que estivesse associando de alguma forma o bom desenvolvimento físico da filha ao fato de se sentir mais próxima a ela naqueles dias. Esse comentário de Andréa a respeito do ganho de peso de Laura ocorreu após um longo relato sobre os seus sentimentos a respeito do seu relacionamento com o bebê.

Quanto ao tema *relacionar-se primário*, assim que nos encontramos Andréa disse-me que não havia trazido a filha porque o dia estava muito quente, motivo pelo qual Laura estaria muito desanimada e impaciente. Logo a seguir, falou que ela mesma também estava muito desanimada em função do calor.

Quando conversávamos sobre as festas de final de ano, recém ocorridas, disse-me que havia passado a noite de Natal com o marido e a filha na casa do irmão de Luciano, e a festa de ano-novo na casa de seus pais. Luciano não a acompanhou à casa de seus pais porque não tinha um bom relacionamento com o sogro. Andréa relatou que naquela noite voltou cedo para casa porque Laura estava impaciente. Sobre isso falou:

“A Laura tava impaciente, ela fica assim em outras casas. Ela fica agitada, por mais que tenha sono ela não dorme, custa a dormir. Então eu fui pra casa”.

Como pode ser visto, Andréa mostrava-se bastante atenta às necessidades de Laura, identificando o seu desagrado frente ao clima ou a uma situação de mudança de rotina. Porém, por outro lado, chamou-me a atenção que na maior parte das vezes em que interpretava os sentimentos da filha, referia que ela precisava ser poupada dessas situações, evitando-as.

Terapeuta: *“Isso dela ficar às vezes irritada com o calor, às vezes ficar cansada, tu notas que acontece mesmo com ela? Num dia de calor como hoje tu disse que tava te sentindo assim. Daí eu pensei se o fato de tu tá te sentindo assim, cansada, irritada, não contribui pra que tu interpretes que ela esteja sentindo a mesma coisa”.*

Mãe: *“Não, é ela. Ela fica bem impaciente”.*

A palavra “*impaciente*” foi repetida inúmeras vezes por Andréa nessa sessão. Quando falava da sua própria impaciência frente a uma dada situação, como, por exemplo, a espera pelo resultado dos exames, logo a seguir lembrava de alguma outra situação de Laura e, então, falava da impaciência da filha. O trecho a seguir mostra um dos momentos em essa associação ocorreu:

Terapeuta: “*Essa história dos teus exames, isso te desanimou também? Tá te deixando preocupada?*”.

Mãe: “*Tá. Tá me deixando impaciente. Mas vamos ver. Ah! Sábado que vem também tem o casamento de uma prima minha. Até eu falei hoje com a minha tia e ela ‘tu vai ir, né’. E eu ‘ah, não sei’. E ela ‘tu vai ter que ir’. Aí eu disse que não sabia se eu ia porque a Laura fica muito impaciente, né? Com muitas pessoas assim ela fica agitada*”.

Quando Andréa falou sobre não ir à festa de casamento porque sua filha poderia se sentir impaciente naquela situação, perguntei-lhe como ela se sentia numa situação parecida. Parte do nosso diálogo é destacada logo abaixo:

Terapeuta: “*Eu lembrei da tua mãe, naquele dia aqui, falando como era difícil pra ti sair, né? Até quando adulta. Ela comentou algo sobre achar que tu eras muito retraída. É mesmo assim?*”.

Mãe: “*É, eu sempre fui da casa, de ficar em casa*”.

Terapeuta: “*Quando tu falou sobre a Laura ficar impaciente, eu pensei que de repente talvez tu te sentisse assim também, por gostar de estar quietinha, de estar em casa ou na casa da tua mãe, onde tu te sentes mais acolhida, tem mais intimidade. Mas sair, encontrar pessoas, talvez não...*”.

Mãe: “*Não, eu até gosto, mas não gosto de ficar muito tempo (...). Eu quero poupar ela [falando sobre às vezes que evita tirar a filha de casa]. E também me poupar*”.

Andréa mencionou que estava se acostumando a lidar com a filha, de modo que se sentia mais tranqüila e paciente, embora ficasse muito angustiada quando não conseguia compreender o que ela queria. Em relação a isso, falou que Luciano lidava com mais facilidade do que ela em algumas situações, particularmente nas vezes em que entendiam ser necessário dar limites ao bebê. A partir daí relatou uma série de situações que interpretou como demonstrações da brabeza e do temperamento difícil de sua filha, como pode ser examinado logo abaixo:

Mãe: “*Não acontecia antes. Agora ela chora, berra, a gente tenta acalmar e olha... é um sacrifício*”.

Terapeuta: “*Eu percebo que tu tens falado um pouco sobre o temperamento dela nas últimas vezes*”.

Mãe: “*Sim, eu deduzo que ela vai herdar isso dele, né? Porque ele é também, né? Eu acho que ela vai puxar pro lado dele, no temperamento. Então isso é uma coisa que eu já tenho que começar a trabalhar desde agora com ela, né? Claro que ela não vai entender, mas eu preciso fazer alguma coisa porque se não quando eu ver ela vai tomar conta (...). Bah, ela vai ser totalmente o oposto de mim*”.

Terapeuta: “*Tu achas? Em que aspecto?*”.

Mãe: “*Todos. Ela gosta de ficar... ela tá que nem um moleque, sabe. Ela quer ficar sentada, ela quer, ela quer! Eu até comentei com o meu vizinho que de tanto que o Luciano quis que viesse um menino eu acho que ela vai ser bem moleca mesmo!*”.

Terapeuta: “*É? E como tá sendo pra ti lidar com isso?*”.

Mãe: “*É, eu fico preocupada. Porque eu não quero que ela tenha o temperamento forte, né?*”.

Como mostra o diálogo acima, Andréa estava preocupada porque entendia que a filha começara a reclamar das coisas, gritando e chorando quando era contrariada. Além disso, estava preocupada por pensar que o temperamento de Laura poderia ser parecido com o do seu marido. A partir de sua fala, conversamos sobre o que costumava fazer nas situações de dificuldade que estava relatando. Andréa disse que buscava não perder a paciência e que achava importante ficar mais calma do que a filha, pois seria o seu papel amenizar a situação.

De acordo com os trechos destacados, mais uma vez é possível inferir que a maneira como Andréa interpretava o seu relacionamento com a filha sugeria a presença de um mecanismo maciço de identificação. Assim, pode-se pensar que a sua interação com Laura a colocava diante de um processo intenso de atualização dos seus próprios conflitos.

Décima sessão

A décima sessão ocorreu dois meses depois do último encontro. Durante aquele período vários encontros foram marcados e desmarcados por Andréa. De acordo com o que falávamos pelo telefone, ela estava com muita dificuldade em conciliar as consultas médicas, os problemas no trabalho, os desentendimentos com o marido e os cuidados com a filha. Em todas as vezes que ligava para desmarcar os atendimentos, Andréa pedia um novo horário e falava que queria muito poder ir às sessões porque estava passando por um período difícil e precisava de ajuda. Nos nossos contatos, ainda que brevemente, eu lhe perguntava se estava contando com a ajuda da sua família naquele momento, uma vez que não estava conseguindo ir à terapia. Além disso, buscava me colocar à disposição para continuar lhe atendendo assim que pudesse retornar. Na supervisão clínica chegamos a pensar que a psicoterapia daquela família dificilmente seria retomada, dadas as circunstâncias. Porém, não foi isso o que ocorreu.

Como será visto nesta síntese, o tema da *matriz de apoio* foi abordado durante a décima sessão. Andréa, que compareceu sozinha, estava mais abatida do que nas outras vezes. Uma das primeiras coisas que disse é que estava péssima porque havia chegado a “*conclusão de sempre*”: queria se separar de Luciano. Segundo o seu relato, o marido continuava sem tomar iniciativas para ajudá-la com a casa. Além disso, também estava insatisfeita com a sua contribuição financeira.

Depois de ouvi-la falar sobre ele, perguntei para Andréa como estava a sua saúde, pois eu ainda não sabia dos resultados dos seus exames médicos. Andréa contou que

estava com um tumor no intestino grosso e que teria que fazer uma cirurgia para extraí-lo. Assim que terminou de falar começou a chorar. Era a primeira vez que chorava desde o começo da psicoterapia. Retirou uma toalha pequena de sua bolsa, a qual usou durante toda a sessão para secar as lágrimas. Ela estava muito magoada com o marido porque ele não estaria dando nenhuma importância para aquela situação. Perguntei-lhe o que aconteceu quando deu a ele notícia, e ela me respondeu que, como estavam brigados, não falou nada para ele.

De acordo com o seu relato, mais uma vez D. Lúcia interveio entre os dois, contando para o genro. Andréa disse que ele ficou bravo porque queria ter sabido por ela. Andréa defendeu-se dizendo que os agendamentos de consultas e exames ficavam expostos na geladeira e que ele deveria se interessar em saber. Da mesma forma, Andréa não falou nada a respeito de sua saúde com sua chefia ou colegas de trabalho. Comentou que estava sendo repreendida por estar muito abatida e desatenta. Porém, disse que seria obrigada a falar, pois de qualquer forma em breve entraria em licença para a realização da cirurgia.

Quando voltamos a falar sobre o quadro clínico, Andréa disse que a princípio não havia se abalado com a notícia. Apenas naquele momento, em virtude da proximidade da cirurgia, começara a se sentir preocupada. Assim, chorou muito quando falou que teria que ficar dez dias afastada da filha. Naquele momento falamos sobre o apoio da sua família, sobre como estavam se organizando para passarem aqueles dias. Como ela continuava falando na separação, disse-lhe que entendia o quanto estava magoada e fragilizada, mas pensava que talvez lhe ajudasse mais se concentrar nas questões da sua saúde, podendo contar com a sua família e também com Luciano. Andréa falou que sabia que ele estava preocupado, mas que não demonstrava. Sobre isso disse também que ele até tentava se aproximar, mas ela estava muito irritada e, com isso, acabava brigando com o marido.

Tendo em vista a minha preocupação com o seu estado, no final da sessão perguntei se concordava que convidássemos a sua mãe e Luciano para estarem presentes no próximo encontro. Andréa disse que ele dificilmente iria, mas que falaria com a mãe. Falei também a respeito da utilização de medicamento antidepressivo, o que estaria na dependência dos resultados dos seus exames e dos procedimentos clínicos que realizaria. Por fim, quando voltamos a falar sobre a rede de apoio de que ela dispunha naquele momento, coloquei-me inteiramente à disposição para que me ligasse caso fosse preciso e contasse comigo para o que julgasse necessário.

Décima primeira sessão

Esta sessão aconteceu uma semana após o último atendimento. Durante aquela semana, na supervisão clínica, discutimos a idéia de que naquele momento o foco das dificuldades da família de Andréa estava voltado para as questões da sua saúde. Assim, entendemos que o meu papel naquele momento seria principalmente o de apoiá-la. Além disso, na medida das suas possibilidades, eu poderia encaminhá-la para o atendimento psicológico do hospital que a acompanharia a partir de então, uma vez que durante aquele período ela teria que se ausentar das sessões.

Conforme havíamos combinado na sessão anterior, Andréa compareceu com a sua mãe. Ao longo da sessão, os temas do *relacionar-se primário* e da *matriz de apoio* foram abordados mais uma vez, mas naquele momento estiveram diretamente associados à situação da doença, como será visto a seguir.

Referências a respeito do tema do *relacionar-se primário* apareceram nas falas de Andréa e de sua mãe sobre o comportamento do bebê naquele momento tão delicado. Andréa mencionou que Laura estava muito mais manhosa, pois choramingava por qualquer motivo e queria mais colo do que antes. Andréa mencionou também que estava evitando deixar a filha com o marido, como mostra o trecho a seguir:

“Eu cortei, sabe? Eu cortei porque eu fico preocupada deixando ela com ele. Eu fico preocupada no sentido assim: eu acordo ele num horário. Enquanto ele acorda eu fico arrumando a Laura. Tá, arrumo ela, daí ele fica ainda enrolando, vai lá fora, cuida dos peixes, acende um cigarro, vai tomar um café. E ali vai passando as horas, tu entendeu? Daí eu não consigo deixar”.

Já D. Lúcia mencionou que a neta não estava brincando como costumava fazer e que parecia estar sempre cansada. Sobre isso disse que “o emocional da Andréa” estava sendo transmitido para a neta. Quando disse isso, o tom de D. Lúcia não me pareceu acusatório, mas, sim, preocupado.

O tema da *matriz de apoio* também foi abordado nessa sessão. D. Lúcia falou bastante sobre a sua preocupação com a atual situação da filha, relatando as iniciativas de todos os familiares no sentido de ajudá-la. Conforme o seu relato, todos estavam muito angustiados não apenas pela doença, mas pelo comportamento de Andréa frente à doença, como mostra o trecho a seguir:

“Ela já é calada, mas nessa última semana o silêncio foi total (...). Nenhum comentário, sabe? O sol tá vermelho, amarelo, verde, nada... eu comento com os meus meninos que tá chegando a um ponto que a gente tá numa preocupação!”.

Segundo a sua fala, Andréa não tinha iniciativa alguma em relação aos exames e consultas, mostrando-se acomodada, descuidada consigo mesma. Ela disse que não se

conformava com o fato de Andréa ter sangrado durante um ano inteiro sem ter buscado ajuda para isso. Sobre isso ainda falou:

“Quando chega no médico ela não questiona nada. Foi devido a esse silêncio que estamos agora, toda a família, enfrentando esse problema com ela. Foi dela ficar calada, esperando que um dia melhorasse. Eu não tô acusando ela de ter deixado a gente ficar nessa angústia, mas ela precisa mudar esse procedimento. Eu sei que não vai ser da noite pro dia, mas tem que melhorar, não pode se entregar desse jeito”.

Naquele momento, D. Lúcia falou que aquela apatia também prejudicava o relacionamento de Andréa com Luciano. Para ela, o genro tinha feito o que bem entendia com a filha, por ela se mostrar muito passiva diante dele. Quando fez esse comentário, falou também sobre a sua mágoa com Luciano, por entender que ele não estava respeitando a fragilidade de Andréa, uma vez que continuava tratando-a com grosseria e indiferença, não lhe dando apoio. D. Lúcia considerou que havia tentado de todas as formas se aproximar dele para ajudá-lo, porém não obteve sucesso.

Quando D. Lúcia mencionou a sua preocupação com o silêncio da filha (e ela naquele momento permanecera em silêncio ouvindo a mãe), perguntei para Andréa o que pensava a respeito das coisas que a mãe estava dizendo. Andréa respondeu que sempre fora daquele jeito, que fazia parte da sua personalidade ficar quieta, não falar muito, justamente para não preocupar a mãe. O diálogo ocorrido naquele momento é ilustrado a seguir:

Mãe: *“Muita coisa eu não falei... eu não digo assim que ele me bateu, sabe? Isso nunca aconteceu. Mas nas vezes em que a gente brigava, que ele se estourava por uma coisa ou outra, eu nunca falei pra mãe, justamente pra não causar mais problemas, mais preocupação. Claro que isso aí não justifica, porque mesmo assim ela sempre se preocupou”.*

Terapeuta: *“Acabava preocupando igual, né?”.*

Mãe: *“Exatamente”.*

Avó: *“Mais, mais”.*

Mãe: *“Até mais, né?”.*

Avó: *“Porque eu até imagino que ele já tenha ameaçado, talvez até batido, entendeu?”.*

Mãe: *“Não, ele nunca me ameaçou”.*

Avó: *“Porque pela maneira dela querer me poupar, como é que eu vou dizer? Pelo comportamento dele no dia a dia, pelas atitudes dele. Isso aí me liquida, gurria!”.*

É possível pensar que o *setting* de terapia tenha favorecido esse diálogo entre mãe e filha. Naquele momento pensei que de alguma forma o silêncio do qual D. Lúcia se queixava havia sido rompido. Da mesma forma, o cuidado de Andréa em poupar a mãe também. Perguntei a mim mesma qual seria o impacto daquele momento na relação estabelecida entre as duas.

Como o assunto da separação acabou surgindo mais uma vez, voltei a falar que me parecia muito importante que naquele momento pudesse cuidar de si e resolver as questões que a preocupavam. Contudo, questionei se ambas as situações não seriam

muito delicadas e dolorosas para serem pensadas ao mesmo tempo, uma vez que Andréa estava associando o fato de que ficaria na casa dos pais após a cirurgia com a efetivação da separação. A esse respeito mencionou também que a sua família apoiava aquela decisão. Ao final da sessão, ela falou que esperaria os resultados que ainda faltavam, encaminharia a cirurgia e depois voltaria a pensar no que fazer a respeito do seu casamento.

Décima segunda sessão

Andréa compareceu sozinha a esta sessão, realizada 40 dias depois do último encontro. Ela estava com uma boa aparência, apesar da cirurgia recente. Nas semanas em que não nos vimos falei por telefone com ela e com D. Lúcia, a fim de ter notícias sobre a sua saúde. Assim que nos encontramos perguntei-lhe como estava. Andréa disse-me que estava bem e que naquele momento estava se preparando para mais uma nova etapa, que seria a da separação. As cobranças das suas principais figuras de apoio (D. Lúcia e Luciano) no sentido de que tomasse uma decisão sobre a separação possibilitaram que refletisse sobre o que realmente queria fazer naquele momento. Como será visto a seguir, os temas da *matriz de apoio* e da *reorganização da identidade* apareceram fortemente associados nesta sessão.

O tema da *matriz de apoio* apareceu no relato de Andréa acerca da possibilidade de separação. De acordo com a sua fala, Luciano a estava pressionando para que voltasse para casa enquanto que D. Lúcia a pressionava para que ela encaminhasse a separação. Em relação a isso, falou inicialmente que havia dito ao marido que não voltaria para casa porque a mãe estava prestes a fazer uma cirurgia na coluna e precisaria da sua ajuda. Mas D. Lúcia teria dito que não tinha estrutura para fazer a cirurgia naquele momento porque estava muito envolvida com os problemas da filha. Sobre a saúde da mãe, Andréa disse: “*esse problema na coluna é emocional, é tudo em função de mim*”. Andréa afirmou que se culpava pelo problema da mãe.

Logo a seguir, Andréa relatou que estava muito magoada com a mãe, em função de uma discussão na qual D. Lúcia lhe acusara de ser insensível e apática. Segundo o seu relato, a mãe havia lhe cobrado que tomasse uma decisão em relação ao seu casamento, pois não agüentava mais aquela situação. A “*gota d’água*” para a discussão se deu quando Andréa solicitou ajuda para Luciano em relação ao encaminhamento de papéis do INSS e ele não teria atendido prontamente a sua solicitação, colocando algumas condições, como, por exemplo, pedir que no dia em que ele fosse ao INSS ela se

encarregasse de levar a filha na creche. D. Lúcia julgou que Andréa mais uma vez havia cedido em silêncio, pois estava pedindo ajuda justamente porque não poderia se locomover. Conforme mencionou, a mãe considerava que a decisão pela separação já havia sido tomada no hospital e agora deveria ser colocada em prática. Além disso, D. Lúcia queixou-se de que ela não era capaz de demonstrar reconhecimento pelas coisas que a família estava fazendo por ela.

O tema da *reorganização da identidade* foi identificado nas reflexões de Andréa acerca da discussão com a mãe. Andréa disse que depois dessa discussão voltou a se sentir deprimida. Para ela, a mãe também não estaria sendo sensível, uma vez que não respeitara o fato de que estava no período pós-operatório, não se sentindo em condições de resolver uma questão delicada. Porém, mencionou que estava analisando as coisas que a mãe havia lhe dito. Sobre isso, falou que não se considerava uma pessoa insensível, mas entendia que estava mais amarga.

Depois de ouvi-la, perguntei-lhe o que queria realmente fazer. Andréa respondeu-me que estava certa de que iria se separar. Disse que não queria mais deixar a mãe pensando que ela estava acomodada e indecisa. Sobre isso chegou a dizer: *“Se ela quer que eu tome uma decisão, então eu vou tomar”*. Naquele momento, perguntei se tomar a decisão para responder a pressão da mãe e não decepcioná-la não seria de novo não poder pensar por si, fazendo justamente aquilo que a mãe tanto criticava: a sua aparente dificuldade de fazer escolhas e tomar decisões por si mesma. Andréa disse que era muito fácil as pessoas *“de fora”* lhe cobrarem uma decisão, sem enxergarem que ela estava melhorando, conseguindo falar um pouco mais o que pensava. A esse respeito mencionou que a terapia a estava ajudando, embora entendesse que aquela melhora talvez não fosse tão facilmente vista por sua família. Sobre a mágoa com a mãe, disse-me *“isso eu tô falando pra ti, eu não falei pra ela”*.

No final da sessão, por iniciativa de Andréa, falamos sobre o término da psicoterapia. Ela perguntou como *“nós”* ficaríamos, pois sentia que agora alguma coisa havia mudado em relação ao foco do tratamento. Fiquei bastante impressionada com aquela percepção e iniciativa e lhe perguntei o que havia pensado a respeito. Andréa disse que gostaria de continuar fazendo psicoterapia porque percebia que estava conseguindo expressar um pouco melhor os seus sentimentos. Contudo fez uma ressalva: *“eu tô conseguindo aqui contigo, com eles não”*. Como resposta, assinali que aquilo que estava conseguindo era uma conquista sua, a qual levaria consigo e provavelmente faria parte também de outros relacionamentos. Assim, terminamos a sessão falando sobre o seu

encaminhamento para a Clínica Psicológica da UFRGS e sobre nos vermos ainda por duas semanas antes de encerrarmos o tratamento.

Décima terceira sessão

Na semana que antecedeu este atendimento, encontrei-me casualmente com D. Lúcia em uma rua próxima à Universidade. Eu estava me dirigindo para o atendimento de uma outra família e ela estava em uma parada de ônibus quando nos vimos. D. Lúcia disse que *Deus* havia permitido o nosso encontro, pois ela estava muito magoada com Andréa porque ela havia voltado para casa. Como estávamos na rua, perguntei-lhe se gostaria de combinar um horário para que nos encontrássemos e ela pudesse falar sobre aquilo. D. Lúcia concordou, mas me disse que Andréa não poderia saber de nada. A minha atitude naquele momento foi a de lhe dizer que eu entendia a sua aflição, mas que não teria sentido nos encontrarmos sem que Andréa soubesse. Pedi que pensasse um pouco melhor e que a atenderia sem problema desde que pudesse falar a respeito com sua filha. Porém, D. Lúcia não aceitou a condição que eu coloquei, motivo pelo qual acabou não agendando o atendimento. Três semanas após o último encontro, Andréa compareceu sozinha à sessão. Como será visto a seguir, mais uma vez os temas da *matriz de apoio* e da *reorganização da identidade* apareceram interligados.

Em relação ao tema da *matriz de apoio*, assim que a sessão começou, Andréa falou que algumas coisas haviam acontecido, mas que talvez eu já soubesse. Respondi que havia encontrado a sua mãe na rua, que ela havia contado da sua volta, e que eu lhe propus que falássemos sobre aquilo em uma sessão, caso desejasse. Andréa disse que imaginou que ela diria que gostaria de falar comigo sem a sua presença porque estava muito brava. Logo após, contou que teve uma discussão muito feia com a mãe, quando lhe comunicou que voltaria para casa. Segundo relatou, a reação de D. Lúcia foi “*a pior possível*”. De acordo com a sua fala, a mãe chegou a lhe dizer que ela nunca tinha sido a sua filha, que nunca foi sua amiga e que cada vez estava mais distante. Andréa a ouviu em silêncio e chorando. No dia seguinte voltou para casa. Enquanto arrumava suas coisas, a mãe lhe disse ainda que ela a esquecesse, pois não iria nunca mais interferir na sua vida, nem mesmo ir à sua casa e que só sentia muito pelo fato de não poder acompanhar o desenvolvimento de Laura. No dia seguinte ligou e pediu desculpas. Sobre esse episódio, falamos:

Terapeuta: “*O que foi mesmo que ela disse sobre tu ser a filha...*”.

Mãe: “*Que eu nunca tinha sido a filha dela. Isso me magoou muito*”.

Terapeuta: “*Ela quis dizer que esperava outra coisa?*”.

Mãe: *“Provavelmente. Que eu falasse mais, como uma vez ela te falou, né? Porque ela fica preocupada com essa minha falta de falar. De fato, esse meu silêncio prejudicou um monte de coisas. Depois, dando uma visão de tudo o que eu passei, eu percebo que a culpada de tudo sou eu, por não falar, entendeu? Ai as pessoas ficam pensando coisas, como é o caso dela, ela fica pensando porque eu não falo, eu deixo margem pra isso (...). Mas nessas duas semanas que eu tô lá com o Luciano eu tô cobrando mais dele, não tô com medo de falar, a gente tá se falando (...). Eu vou melhorar. Mas eu quero melhorar longe deles e quero mostrar pra eles que eu vou ter condições de sair dessa”.*

Depois disso, Andréa falou sobre algumas atitudes que a mãe tinha tomado após o desentendimento. Segundo o seu relato, ela ligou para duas das pessoas mais próximas de Andréa, a sua irmã e também uma amiga. Para a amiga, contou sobre a discussão e pediu que ela não visitasse Andréa porque poderia parecer que ela estava mandando a amiga até lá. Andréa julgou a atitude da mãe controladora e infantil. O momento em que falamos a esse respeito é destacado a seguir:

Mãe: *“Ela me dá a sensação de que ao mesmo tempo em que quer que eu me vire sozinha, ela também tem vontade de ficar participando, né? Mas ela ainda tá muito magoada”.*

Terapeuta: *“Ela está bastante presente na tua vida, sempre te apoiou muito, tu falas que em geral é uma pessoa muito calma. Parece que tu sempre viu a mãe assim, parece que isso era inquestionável. Quer dizer, era difícil questionar, afinal de contas ela tá sempre ali, apoiando. Mas talvez esse jeito dela de tomar a frente tenha contribuído pra que tu te inibisse um pouco em ter as tuas próprias posições, porque às vezes parece que a mãe acabava...”.*

Mãe: *“Decidindo”.*

Terapeuta: *“Decidindo por ti. Por te parecer sábia, ponderada”.*

Mãe: *“Eu confesso que quase sempre tomei as decisões em virtude do que me falavam, não era uma coisa que partia de mim”.*

Terapeuta: *“Esse desentendimento talvez só mostre um pouquinho de um movimento que tá acontecendo dentro de ti, de romper um pouco com isso, de poder mostrar um pouco mais o que tu queres. Eu lembro que tu me disse que tinha ficado magoada com a mãe. Que bom, a gente se magoa mesmo com as pessoas. E pode continuar se relacionando depois, contando com elas”.*

Esse mesmo “movimento” parecia estar acontecendo também no seu relacionamento com Luciano. Andréa relatou que quando voltou para a sua casa não estava voltando para retomar em definitivo o relacionamento conjugal. A esse respeito falou que queria voltar para o seu espaço para poder pensar melhor no que iria fazer. Em um primeiro momento mencionou que decidiu retornar para não sobrecarregar seus pais, uma vez que a rotina da casa havia sido alterada desde que ela e Laura estavam lá. Depois falou que se sentia sem privacidade e que estava literalmente *“fora da casinha”*.

De acordo com o seu relato, o relacionamento não havia mudado muito desde o seu retorno para casa, tendo em vista que em alguns momentos estavam bem e em outros se desentendiam. Porém, os episódios que contou deixaram a impressão de que estava se posicionando um pouco mais em relação ao marido. Ainda assim, Andréa mantinha o discurso de que ele precisaria mudar e não estava se esforçando nesse sentido. O trecho a seguir ilustra parte desse momento:

Terapeuta: *“E quando tu falas que não voltou pra retomar o relacionamento... voltou por quê, então?”*.

Mãe: *“Pela casa, pela, pela, pela... pra ele tomar responsabilidade pelas coisas”*.

Terapeuta: *“Por ele também, por vocês?”*.

Mãe: *“Não digo por nós, mas pra ele me ajudar, já que ele falou que ia me ajudar, que ia cuidar de mim, que ele queria assumir as coisas, eu voltei por isso. Agora, eu não iludi ele de voltar. Eu tô certa de que não existe possibilidade nenhuma”*.

Na supervisão clínica, quando discutimos o término da psicoterapia, cogitamos a possibilidade de sugerir à Andréa a realização de uma terapia de casal. Naquele momento da sessão, diante da sua ambivalência em relação a Luciano, perguntei se não lhe parecia interessante que fizessem uma terapia juntos, considerando que ela já havia falado da sua disposição para continuar se tratando. Ela respondeu que ele dificilmente aceitaria, pois não havia feito nenhum esforço para participar dessa terapia que estava se encerrando.

No que se refere ao tema da *reorganização da identidade*, cabe destacar que em vários momentos deste atendimento, Andréa reafirmou o seu desejo de se tornar mais independente e poder cada vez mais expressar os seus sentimentos. No final da sessão falou:

“Daqui pra frente eu quero buscar a minha independência. Chega de ficar sob pressão, que foi o que eu passei todo esse tempo. Parece que eu tô enxergando umas coisas que eu não enxergava antes, como isso de poder me abrir mais, expor mais as coisas. É isso o que eu pretendo fazer agora, daqui pra frente”.

Como pôde ser visto, Andréa estava passando por um momento de mudanças na maneira de se relacionar com as principais figuras de apoio. Pode-se pensar que essas mudanças estariam indicando um importante movimento de reajuste psíquico, no sentido da busca de um funcionamento mais ativo, que lhe permitisse encontrar maior satisfação nas suas relações afetivas.

Décima quarta sessão

Na última sessão, que ocorreu com um intervalo de uma semana em relação à anterior, Andréa compareceu com Laura. Fiquei bastante impressionada com o crescimento e desenvolvimento do bebê. Na última vez em que a vi ela estava com oito meses e, naquele momento, com um ano e cinco meses de idade. Laura caminhava com segurança e vocalizava o tempo todo. Apesar de ainda não falar, algumas palavras podiam ser compreendidas claramente, como *“mãe”*, *“é”*, *“papá”* e *“cocó”*. Durante quase toda a sessão Laura explorou a sala, brincou e buscou interagir comigo e com a mãe.

Os temas do *relacionar-se primário*, da *matriz de apoio* e da *reorganização da identidade* foram abordados nesta sessão. Em relação ao primeiro, desde o começo da sessão foi possível perceber que Andréa e Laura estavam bastante ligadas uma à outra. Laura explorava a sala, mexia nos brinquedos, e retornava à mãe. Apesar de discreta, Andréa era responsiva ao retorno da filha, sorrindo ou segurando a sua mão. Ela repetiu esse movimento inúmeras vezes. Nas vezes em que se dirigiu a lugares ou coisas que a mãe julgava que ela não deveria mexer, Andréa logo chamava a atenção da filha, sendo que algumas vezes se mostrou bastante ríspida e impaciente com ela. Andréa disse que Laura estava muito teimosa e, se não melhorasse, entraria “*no laço*”.

Quando lhe perguntei que coisas Laura fazia que ela julgava como teimosia, Andréa falou que a filha não aceitava que ela conversasse com outras pessoas, sendo que logo começava a vocalizar bastante alto. Andréa interpretava esse comportamento de Laura como uma necessidade de chamar a sua atenção. Coincidentemente, quando Andréa contava a respeito das suas decepções com o marido, Laura vocalizou bastante alto. No mesmo instante Andréa, visivelmente irritada, lhe disse “*não grita, a mãe tá conversando*”. Como a mãe continuou o que estava falando, Laura voltou-se para mim e “falou” bem alto comigo, segurando a minha mão. Naquele momento eu me virei para ela e lhe disse que a estava ouvindo e que entendia que também queria conversar, mas que a mamãe não gostaria que gritasse naquele momento.

No momento seguinte, Andréa ofereceu um iogurte para a filha e depois lhe mostrou um brinquedo. Laura voltou a brincar e chamou a nossa atenção para o barulho de uma moto. Logo a seguir, a mãe falou que era exatamente aquilo que acontecia: tinha que falar uma, duas, três vezes com Laura até começar a gritar, pois ela não obedecia. Depois falou que o único jeito seria “*entrar no laço*”. Perguntei se dizia aquilo por não encontrar outro recurso para resolver a situação. Com um tom de voz um pouco elevado, Andréa me perguntou que outro recurso teria, mostrando-se irritada com a minha intervenção. Disse-lhe que aquilo que acabara de fazer, chamando a atenção da filha para outras coisas, tentando entender o que a estava irritando, me parecia um bom recurso, e me parecia que o estava fazendo muito bem. Embora eu tenha ficado preocupada com a sua rispidez com Laura, pensei que Andréa conseguia ser autêntica com a filha e dava sinais de que não estava tão passiva e tolerante frente à intervenção de outros, o que também poderia ser positivo no seu caso.

Em relação ao tema da *matriz de apoio*, Andréa disse que continuava decidida pela separação, uma vez que Luciano não havia mudado e também continuava sem ajudá-

la como gostaria. O fato de estar em casa, para ela, não significava que estava tentando retomar o relacionamento conjugal, embora Luciano estivesse fazendo algumas tentativas nesse sentido. Andréa mencionou também que sua mãe não sabia dessa decisão. A esse respeito disse que apenas eu e dois de seus irmãos estávamos cientes. Perguntei-lhe o que seus irmãos pensavam sobre isso. Ela respondeu que não haviam interferido, e acreditava que isso ocorreu porque em outras vezes ela disse a mesma coisa e não se separou. Assim, decidi que não falaria nada para outras pessoas, inclusive para a mãe, até que estivesse mais segura a respeito de como encaminharia as coisas. No momento em que Andréa falava sobre isso, Laura parou de brincar e olhou para a mãe, que achou graça. Em outros momentos, porém, falou tão alto que irritou a sua mãe, como foi exemplificado em relação ao tema do *relacionar-se primário*.

Em relação ao tema da *reorganização da identidade*, Andréa falou que na próxima semana começaria a trabalhar. A esse respeito, disse que não via a hora de voltar ao trabalho, pois sentia que precisava “*arejar*”. Naquele momento, Laura deu um grande sorriso para a mãe, que a beijou. Disse-lhe que quando estava com Laura me parecia muito ativa e autêntica, pois assim como em alguns momentos lhe chamava a atenção com firmeza em outros demonstrava com muita espontaneidade a sua afeição. Sobre isso, Andréa disse que estava “*acordando*”. Disse que naquele ano havia vivido sob grande pressão devido aos problemas conjugais, os desentendimentos com a família e os problemas de saúde. Avaliou que todos aqueles acontecimentos haviam permitido que visse as coisas mais claramente. Disse que agora tinha certeza de que não poderia ser feliz ao lado do marido, mas que conduziria a separação a seu tempo.

No final da sessão, falamos mais uma vez sobre o seu encaminhamento para a Clínica Psicológica da UFGRS, tendo em vista que Andréa já havia manifestado interesse em continuar se tratando. Quando nos despedimos, Andréa falou: “*Quando eu quiser passar aqui pra te dar um oi, eu posso passar?*”. Como resposta, a abracei e me despedi dizendo-lhe que poderia contar comigo.

3.2.3. As representações de Andréa após a psicoterapia

Nesta seção serão examinadas as representações de Andréa acerca da maternidade, a partir da análise das entrevistas que ocorreram duas semanas após o encerramento da psicoterapia. Como foi mencionado anteriormente, estas entrevistas foram feitas por outra terapeuta do grupo de pesquisa, e não pela autora. A seguir, apresentam-se os seus sentimentos e impressões, conforme relatados naquele momento.

Como será visto, as falas de Andréa apontaram para os temas do *relacionar-se primário*, da *matriz de apoio* e da *reorganização da identidade*, sendo que não fez referência a preocupações com o tema da vida-crescimento.

Em relação ao tema do *relacionar-se primário*, cabe destacar que na avaliação final Andréa falou bastante a respeito do desenvolvimento de Laura e do seu relacionamento com a filha. Andréa considerou que Laura estava se desenvolvendo muito bem, que era esperta e muito inteligente. Contudo, mencionou que estava na hora da filha começar a falar, como pode ser visto abaixo:

“Tá bom [o desenvolvimento]. Mas eu acho que ela tem condições de evoluir um pouquinho mais em falar, digamos. Não é que ela esteja atrasada, mas ela tem condições porque ela é muito inteligente, é esperta”.

Diferentemente do que ocorreu na avaliação inicial e nas primeiras sessões da psicoterapia, Andréa não mencionou preocupações com eventuais atrasos no desenvolvimento da filha, o que ocorria quando ela ficava somente aos cuidados do pai. A esse respeito, mencionou que a interação entre os dois havia melhorado bastante, embora não fosse ainda a que julgava mais adequada.

No que se refere à comunicação entre as duas, Andréa relatou que geralmente podia compreender a filha, pois Laura sempre conseguia mostrar o que queria. Além disso, falou que dava bastante carinho e atenção para ela.

A análise de suas falas permite constatar também que Andréa mostrou-se ambivalente ao falar do temperamento de Laura. Ao mesmo tempo em que considerou que ela era um bebê muito tranqüilo e fácil de lidar, Laura teria um “*temperamento forte*”, difícil como o do pai. A fala a seguir ilustra esse sentimento de Andréa:

“Ela tem um gênio bem forte, ela puxou mais o lado dele. Ela é bem autoritária, se eu não começar a cortar, futuramente eu vou ter muita dor de cabeça. Mas assim, no mais, ela é uma criança tranqüila, só tem essa parte um pouco”.

Ao falar sobre o momento atual de separação, mencionou que se preocupava com a possibilidade de Laura perceber a sua tensão. Quando a entrevistadora lhe perguntou como imaginava que sua filha perceberia, Andréa respondeu que Laura ficava mais chorona e solicitava o seu colo justamente nas vezes em que estava mais ansiosa.

No que se refere ao tema da *matriz de apoio*, ao falar sobre como estava se sentindo naquele período, Andréa contou à entrevistadora que havia estado deprimida porque não podia contar com o apoio do seu marido. Disse que no momento atual não se sentia mais daquela forma, mas considerava que a falta de apoio de Luciano havia

desencadeado a sua depressão já na gravidez. Parte da sua fala pode ser conferida logo abaixo:

“Foi tudo relacionado a não ter o apoio dele, do meu companheiro, isso que desencadeou essa depressão. Foram muitas discussões, sabe? E eu sempre esperando que ele melhorasse. Melhorava e depois voltava tudo a mesma coisa. Então isso vai esgotando a pessoa, né? Muita incomodação, muito estresse (...). Eu nunca tive o apoio que precisava dele. Tinha da minha mãe, dos meus irmãos, do meu pai, mas a figura paterna nunca teve presente como deveria”.

Andréa referiu-se ao apoio atual do marido também com insatisfação. Porém, disse que naquele momento a sua ajuda era indiferente para ela, uma vez que pouco solicitava o seu apoio, procurando se organizar sozinha ou contando com os seus familiares. O trecho abaixo ilustra a sua fala:

“Agora eu peço pouco, muito pouco. Mas agora isso não tem a menor importância, pra mim é indiferente”.

Andréa falou também que estava vivendo na mesma casa que o marido, mas que estavam separados. Luciano tentava se reaproximar, tomando algumas iniciativas tanto para ajudá-la com a filha como para retomar a vida conjugal. Contudo, ela estava decidida a se separar dele:

“Agora, de um mês pra cá, ele anda fazendo alguma coisa, mas não é aquela coisa diária, entendeu? Um dia sim, dois não (...). Às vezes quando eu tô fazendo alguma coisa ele vem e me dá um abraço, mas eu não quero mais”.

Como foi dito, Andréa voltou a mencionar que contava bastante com a ajuda da sua mãe e dos seus irmãos, e que se sentia tranqüila com esse apoio. Quando foi questionada a respeito de como imaginava ser vista pelas pessoas que a apoiavam, Andréa respondeu que Luciano a via como uma mãe responsável e que a sua família também a via como uma boa mãe. O que falou a respeito de como via o marido como pai é destacado a seguir:

“Ele é muito distante. Não tem aquela... pra ele, ela é um adulto. Então ele não trata ela como criança. Eu imaginava que ele ia ser um pai normal, como todos, que desse apoio, que desse carinho”.

Além do apoio dos familiares, Andréa referiu-se também à creche, mencionando mais uma vez que optou por esse cuidado alternativo porque temia que a filha não se desenvolvesse adequadamente da forma como vinha sendo cuidada pelo pai durante o dia.

O tema da *reorganização da identidade* foi identificado inicialmente na fala de Andréa sobre como estava se sentindo como mãe naquele momento. Andréa mencionou

que havia “caído a ficha”, na medida em que se sentia mais mãe do que antes. A sua fala pode ser conferida a seguir:

“Antes não tinha caído a ficha, sabe? Custou um pouco, mas agora eu já tô me sentindo mais mãe. Não que eu não tenha me sentido nunca desde o nascimento dela, mas agora mais do que nunca”.

Andréa julgou que melhorara em muitas coisas, tornando-se mais independente. Falou também que se sentia mais decidida e que vários fatores haviam contribuído para aquela mudança, como mostra a vinheta abaixo:

“Além disso eu tô mais decidida nas coisas que eu quero. Antes eu era muito indecisa. Eu ficava em cima do muro, tu entendeu? E agora não. Agora eu tô decidida no que eu quero fazer, no que eu quero pra minha vida (...). Eu passei por muito estresse esse ano, eu tive problemas de saúde, fiz uma cirurgia no mês retrasado, então tudo isso mexeu muito, me fez ver coisas que eu não enxergava. Tive discussões com a minha mãe, então essas discussões me fizeram enxergar também outras coisas”.

A respeito dessas discussões, Andréa falou que muitas coisas haviam mudado no seu relacionamento com a mãe, embora continuasse contando com o seu apoio, como mostra a fala abaixo destacada:

“Entre a gente mudou muito porque agora eu não sou tão presa a ela como antes. Não é que eu não seja mais, mas eu era muito grudada nela e agora já não me sinto tanto mais”.

É interessante ressaltar que quando lhe foi perguntado se seguia algum modelo de mãe na sua maneira de lidar com o seu bebê, Andréa respondeu que não seguia e tampouco evitava algum modelo. Disse que imaginava ter sido muito bem cuidada por sua mãe e que provavelmente cuidasse a sua filha de forma semelhante. Em relação ao pai, Andréa falou que ele havia se tornado um homem muito mais comunicativo com ela e com os outros filhos depois do nascimento da neta.

Sobre as mudanças no relacionamento conjugal, Andréa disse que Luciano estava se mostrando mais tolerante e atencioso diante das suas ameaças de separação. Porém, ela havia percebido em si uma mudança profunda, no sentido de que não era mais a mulher paciente que sempre fora em relação a ele. Luciano reclamava que ela não lhe dava carinho e atenção. Andréa julgou que não o fazia porque já não sentia mais nada pelo marido.

Ainda no que se refere às mudanças em si, Andréa mencionou que com a maternidade a sua rotina havia se transformado, principalmente porque passara a pensar bem mais na filha do que em si mesma. Já em relação à vida profissional e ao relacionamento com os amigos, não mencionou nenhuma mudança.

3.2.4. A constelação da maternidade em Andréa ao longo do processo psicoterápico

Nesta seção busca-se fazer um entendimento dinâmico a respeito das representações de Andréa, com base em todo o material obtido antes, durante e após a psicoterapia. Assim como no primeiro caso, serão examinados longitudinalmente os mesmos temas descritos anteriormente: *vida-crescimento, relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da identidade*.

Vida-crescimento

Examinando-se conjuntamente as entrevistas e sessões destacadas, pode-se verificar que este tema foi trazido por Andréa em diversos momentos do processo psicoterápico, tendo em vista a sua constante preocupação com a saúde da filha. Andréa referiu-se inicialmente ao medo que sentiu na gravidez de que o bebê tivesse a saúde prejudicada pelo uso do cigarro. Assim, mencionou sentir-se culpada por ter fumado algumas vezes e ressentida com Luciano porque ele não respeitava o seu desejo de que ele não fumasse dentro de casa. Referiu-se também ao medo de não saber cuidar adequadamente de sua filha após o nascimento, bem como ao receio de que ela não mamasse em seu peito, o que não ocorreu.

De fato, a literatura aponta que as novas mães comumente referem-se a preocupações com a sobrevivência do bebê e com o seu crescimento e desenvolvimento físico nos primeiros dias após o seu nascimento, sentindo-se diretamente responsáveis por essa tarefa (Stern, 1997). Porém, no caso de Andréa, chama a atenção o fato de que as preocupações com a saúde de sua filha foram recorrentes por um período prolongado, ultrapassando os primeiros dias e meses. Esses resultados apóiam a literatura no que se refere à ocorrência desse tipo de relato entre mães com depressão ao longo do primeiro ano de vida (Brown et al., 1994; Schwengber & Piccinini, 2005). Como foi visto, essas preocupações estiveram presentes na segunda, na quarta, na sexta, na sétima, na oitava e na nona sessão de psicoterapia, quando Laura já contava com um ano de vida.

Como mostraram os relatos, Andréa muitas vezes não levou a filha à psicoterapia por julgar que ela estaria “*enjoada*” ou poderia adoecer. Na sexta sessão, ela referiu-se à preocupação com as recusas de Laura diante da alimentação. Já na sessão seguinte, Andréa mostrou-se mais aliviada em relação a isso, porém mencionou que Laura não estaria tão gorda quanto a avó gostaria. A menção de Andréa sobre o que a sua mãe estaria pensando a esse respeito permitiu que se pensasse na importância que teria para ela ser reconhecida como uma boa mãe pela sua principal figura de apoio. É possível

pensar que o seu receio em falhar como mãe e, conseqüentemente, desapontar a sua própria mãe poderia estar associado ao zelo extremado que tinha com a saúde de Laura. Como foi visto, Andréa evitava expor o bebê a situações que julgava representarem risco para a filha. Em relação a isso, Stern (1997) mencionou que comentários superficialmente “irritantes” da nova avó, como por exemplo dizer que as bochechas do bebê não estão muito rechonchudas, podem ser interpretados pela mãe como recriminações profundas, em virtude do seu desejo de aceitação.

Ainda em relação a isso, desde as primeiras sessões inferiu-se que as constantes referências de Andréa a eventuais adoecimentos do bebê poderiam indicar alguma forma de identificação projetiva de sua própria vulnerabilidade naquele momento, uma vez que se sentia muito deprimida, cansada e sem energia. Destaca-se também a minha impressão inicial de que ela lhe parecia uma pessoa “sem cor”. Porém, na oitava sessão, tornou-se mais evidente o quanto identificava e projetava em seu bebê essa vulnerabilidade, mencionando que ambas estavam com grande desânimo ou, como ela mesma disse, que estavam “*indo a reboque*”.

A fala de Andréa permite pensar na possibilidade de que não conseguisse naquele momento enxergar a si mesma e ao bebê de maneira diferenciada. Essa possibilidade remete à concepção de Cramer e Palacio-Espasa (1993) acerca da identificação projetiva funcionando como uma defesa patológica, caracterizada pelo esvaziamento de aspectos de si próprio no objeto e pela atribuição ao *self* de aspectos do objeto. Contudo, é importante considerar que naquele momento Andréa ignorava o diagnóstico de câncer que seria revelado algumas semanas depois. Embora estivesse passando por um período de importantes conflitos em suas relações familiares, é bastante provável que alguns de seus sintomas estivessem fortemente associados à presença da doença.

A análise das falas de Andréa acerca do tema da vida-crescimento permitiu a constatação de que preocupações sobre a saúde e o desenvolvimento físico de Laura foram gradativamente perdendo espaço ao final do processo psicoterápico. Além disso, representações acerca desse tema também não foram referidas na avaliação após a psicoterapia. É possível pensar que a psicoterapia tenha proporcionado à Andréa uma redução nas identificações projetivas mais patológicas sobre o bebê à medida que conseguia acessar os seus conflitos e, assim, enxergar o bebê de maneira menos indiferenciada. Essa questão será mais profundamente analisada a seguir, a partir da discussão a respeito do tema do relacionar-se primário.

Relacionar-se primário

Representações acerca deste tema estiveram presentes em quase todo o processo psicoterápico, considerando-se que foram referidas na avaliação inicial, nas sessões um, dois, cinco, sete, oito, nove, onze, catorze e também na avaliação final. Como foi visto, inicialmente Andréa falou sobre o seu receio de que o desenvolvimento da filha fosse prejudicado em virtude dela não receber estímulos adequados por parte do pai. Para Andréa, aquela situação “*doía*” em sua mãe, que, justamente por isso, tomou a iniciativa de buscar o atendimento. Além dessa preocupação, Andréa referiu-se também ao sentimento de que não dava a devida atenção à filha, pois trabalhava fora e se via muito envolvida com as tarefas domésticas. Contudo, afirmou que tinha uma boa interação com Laura, que era “*a única coisa boa*” entre todas as coisas que haviam acontecido desde a gestação, contrariando a sua expectativa de que, pelas adversidades, ela não fosse um bebê tranqüilo.

A decisão de colocar a filha na creche foi discutida por Andréa e Luciano nas duas primeiras sessões. Na primeira, quando Laura esteve presente, Andréa mostrou certa intrusividade ao interagir com a filha, apertando-a, fazendo cócegas e vocalizando bastante alto nas vezes em que o marido falava, como se fizesse aquilo para não dar atenção à sua fala, tendo em vista que ele defendia argumentos diferentes em relação àquela questão. Já na segunda, quando apenas o casal compareceu, Andréa referiu-se ao receio de que as suas freqüentes discussões afetassem o desenvolvimento de Laura. Na quinta sessão, quando esse tema foi novamente abordado, D. Lúcia esteve presente, falando na maior parte do tempo. Enquanto sua mãe falava, Andréa interagiu com a filha de forma semelhante à observada na primeira sessão, deixando a impressão de que a presença da mãe impunha que silenciasse e se recolhesse à interação com Laura. Quando falou, referiu-se ao bom desenvolvimento da filha, o que atribuiu a melhora na qualidade do relacionamento conjugal e a entrada do bebê na creche.

Em relação à intrusividade antes mencionada, cabe ressaltar que esse tipo de interação observada entre Andréa e Laura nas vezes em que outro familiar esteve presente na sessão contrastava com um padrão mais apático de interação que mantinha nas vezes em que estava só com a filha. Corroborando essa constatação, a literatura aponta para dois estilos distintos de interação que podem ser observados no contexto da depressão materna (Hart, Jones, Field & Lundy, 1999): o primeiro é caracterizado pelo afastamento, falta de engajamento e pouca estimulação, enquanto o segundo caracteriza-se por comportamentos intrusivos e de superestimulação.

A revisão do vídeo da sétima sessão permitiu a constatação de que Andréa mostrou-se um tanto impaciente diante da atividade de Laura na sessão. Também chamou a atenção que no momento em que se referiu à sua tristeza e cansaço, Laura aproximou-se e aquela aproximação mobilizou em Andréa o desejo de que a terapeuta soubesse de todas as coisas que sua filha já sabia fazer, como, por exemplo, mandar beijos. Laura animava a mãe enquanto esta falava sobre o seu sentimento de que a filha lhe dava forças, tanto quanto a sua família de origem. Esse fato corrobora a concepção de que o bebê pode atuar como um reanimador diante da depressão da mãe (Stern, 1997). Como o autor mencionou, diante de uma situação de microdepressão da mãe, o bebê tenta fazer com que ela volte à vida, esforçando-se no sentido de manter um contato ativo. Stern também chamou a atenção para o fato de que, por vezes, as mães tendem a ficar aflitas por sua relativa falta de disponibilidade com o bebê, contra o que tendem a lutar com sucesso variável. Isso parece ter ocorrido com Andréa ao se render às tentativas de contato de Laura.

A partir da oitava sessão tornou-se bastante evidente que Andréa referia-se aos seus sentimentos e aos eventuais sentimentos de sua filha de forma indiferenciada. Nessa sessão, afirmou que Laura não gostaria de sair “*do seu canto*”, caso ocorresse uma separação conjugal, que culminasse na saída da casa em que moravam. Na medida em que falava a esse respeito, falava também de si, dizendo que, assim como ela, Laura gostava de estar em silêncio e não gostava de agitação. Na sessão seguinte, associou a impaciência de Laura à sua própria impaciência. Naquela sessão, busquei assinalar para Andréa a ocorrência dessa associação, o que parece ter possibilitado que entrasse em contato com a sua necessidade de se manter retraída. Essa necessidade havia sido mencionada tanto por ela mesma como por sua mãe na vez em que esteve presente. Conforme foi relatado, nessa sessão Andréa falou a respeito das suas impressões sobre o temperamento difícil de Laura, que mostrava o seu descontentamento quando era contrariada. Andréa julgou que o temperamento da filha poderia ser igual ao de Luciano e “*totalmente oposto*” ao seu.

É interessante lembrar que na avaliação inicial Andréa revelou que se sentia surpresa por sua filha mostrar um temperamento fácil, pois considerava que as dificuldades que passara durante a gestação acabariam por “*agitá-la*”. Alguns meses depois, Andréa começou a considerar que Laura tinha um temperamento difícil, uma vez que estaria ficando parecida com o seu pai. Esse movimento na representação de Andréa sobre sua filha apóia a literatura no que se refere à concepção de que a identificação

projetiva pode ser evidenciada nas expectativas da mãe diante do comportamento de seu bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). De acordo com os autores, é possível que os pais “forcem” o filho a adotar as imagens sobre ele projetadas, o que fariam com o intuito de recuperar os vínculos com os objetos do passado. Como foi mencionado, em algumas sessões Andréa referiu-se à frustração de D. Lúcia com a sua falta de iniciativa, assim como sua mãe mencionou o desejo de que fosse menos apática. Nesse sentido, pode-se inferir que Andréa buscava restaurar o vínculo com a sua própria mãe, o qual fora ameaçado pela frustração da mesma diante da sua passividade. Assim, estaria identificando e projetando em Laura as características de comportamento desejadas por sua própria mãe. Ainda que algumas vezes a imagem de um bebê difícil e impaciente lhe afligisse, Andréa orgulhava-se de ter um bebê ativo e “esperto”, como ela mesma mencionou.

Contudo, é importante ressaltar que a literatura aponta também para a bidirecionalidade da interação pais-bebê, ao considerar que o bebê não está passivo diante das identificações e projeções parentais (Brazelton & Cramer, 1992). Em relação a isso, cabe também destacar a concepção de que após o nascimento do bebê as representações sobre quem ele é e quem ele irá se tornar passam a ser reconstruídas pela mãe, mas agora conforme os dados oferecidos pelo bebê real, como, por exemplo, aqueles que se referem ao seu temperamento, ou seja: a mãe permite-se um reajustamento em seu mundo representacional a fim de abrir um espaço para a construção de novas representações (Stern, 1997).

Na décima primeira sessão, Andréa mencionou que Laura estava mais manhosa, o que atribuía à emergência dos seus problemas de saúde. D. Lúcia, que também esteve presente, mais uma vez falou sobre a apatia de Andréa, denotando preocupação com a sua indiferença e descuido em relação à própria saúde. Na última sessão da psicoterapia, ocorrida vários meses depois em virtude da realização da cirurgia de retirada do tumor, Andréa e Laura mostraram-se bastante ligadas uma a outra. Contudo, algumas vezes Andréa mostrou-se ríspida e impaciente com Laura, mencionando que a filha precisaria “*entrar no laço*”. Quando lhe perguntei se teria algum outro recurso em vista, Andréa mostrou-se um tanto irritada com a minha pergunta, como se estivesse menos tolerante em relação às intervenções na sua relação com Laura. Apesar disso, buscou algumas alternativas para resolver na sessão situações em que julgava que a filha estava sendo teimosa, chamando a sua atenção para outras coisas.

A observação daquele momento interativo permitiu avaliar que, no caso de Andréa, o fato de se mostrar tão firme e ativa na interação com o seu bebê poderia ser entendido como um necessário rompimento do silêncio e da passividade tantas vezes mencionados ao longo do tratamento ou, ao menos, o indicativo de que aquele movimento começara a ocorrer. Contudo, considerou-se imprescindível incentivá-la em seu interesse em continuar se tratando, tendo em vista a prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com Laura. Como sugere a literatura, a exposição contínua à rigidez e hostilidade poderia representar risco para a qualidade da interação mãe-bebê, bem como para o desenvolvimento posterior da criança (Marques, 2003).

Na avaliação final, Andréa falou que considerava sua filha muito inteligente e não mencionou preocupações com eventuais atrasos no seu desenvolvimento, como havia ocorrido no começo do processo, a não ser o desejo de que Laura começasse a falar. A maior preocupação de Andréa em relação ao desenvolvimento da filha naquele momento referia-se a eventuais tensões que ela poderia estar sentindo em virtude da possibilidade de separação do casal. No que se refere ao seu relacionamento com Laura, mencionou que se comunicavam muito bem e que dava bastante carinho e atenção para a filha. Embora na avaliação inicial Andréa também não se referisse a dificuldades na comunicação com o seu bebê, sentia-se culpada por julgar que não lhe dava suficiente atenção, o que não mais relatou. Um outro aspecto a ser ressaltado diz respeito à sua impressão sobre a interação de Luciano com Laura. Andréa considerou que a interação entre pai e filha havia melhorado, ainda que não lhe parecesse totalmente satisfatória.

Matriz de apoio

O tema da *matriz de apoio* esteve presente nas duas avaliações e em quase todas as sessões, com exceção do terceiro, do quarto e do nono atendimento. Na avaliação inicial Andréa referiu-se, por um lado, à falta de apoio do seu marido e, por outro, ao apoio encontrado na sua família de origem. As questões referentes às representações de Andréa sobre o apoio do marido serão discutidas a seguir. Já as suas representações sobre o apoio da família, personalizado na figura de sua mãe, serão discutidas junto ao tema da *reorganização da identidade*, uma vez que foram relevantes para esse processo.

Embora reconhecesse o esforço de Luciano para cuidar da filha, Andréa estava muito magoada pela sua indiferença desde que souberam que teriam uma menina. Na primeira sessão da psicoterapia, Andréa e Luciano queixaram-se um do outro, dizendo não se sentirem mutuamente apoiados. Na segunda sessão, quando Luciano também

esteve presente, o casal trouxe as mesmas queixas. Na quinta sessão, a insatisfação de Andréa com o apoio do companheiro voltou a ser tratada, embora ela tenha mencionado que estavam conseguindo conversar um pouco melhor e negociar algumas coisas em relação aos cuidados de Laura. Na sexta sessão, Andréa mantinha-se mais satisfeita com o apoio de Luciano, atribuindo aquela mudança ao fato de que havia ameaçado se separar caso ele não mudasse. A partir daí, nas sessões seguintes, verificou-se uma oscilação em seus sentimentos, uma vez que ora falava que estavam bem, ora dizia que não via outra saída para o casal, a não ser a separação.

A décima sessão teve como principal assunto a revelação do diagnóstico de câncer. Andréa chorou ao longo de todo o atendimento, denotando uma tristeza muito grande pela indiferença de Luciano. Porém, as suas falas permitiram a constatação de que ela não havia falado com ele sobre o problema por entender que *ele* deveria se interessar e perguntar a respeito. Naquela sessão, considerei que seria fundamental que Andréa pudesse contar com uma rede de apoio, motivo pelo qual busquei me certificar a respeito de quem efetivamente a estava ajudando, principalmente em virtude da sua dificuldade para solicitar ajuda. Assim, as presenças da sua mãe e do seu marido foram por mim solicitadas. De fato, Andréa mostrava-se tão frágil (e “sem cor”) que em uma das sessões anteriores lhe perguntei se estava se alimentando e dormindo bem. Como foi relatado, ela comentou que a mãe também estava preocupada com a sua saúde e sorriu quando eu lhe disse que, pelo jeito, duas pessoas estavam com a mesma preocupação (sua mãe e eu).

Este momento do tratamento remete à uma importante questão da técnica da psicoterapia pais-bebê. Como foi abordado, é fundamental o desenvolvimento e a manutenção da aliança terapêutica, da empatia e de uma transferência positiva (Cramer & Palacio-Espasa, 1993, Stern, 1997). Para os autores, o *setting* de psicoterapia pais-bebê envolve a elaboração de um desejo maior de apoio por uma figura materna, a qual é buscada na figura do terapeuta. Isso explicaria a sua liberdade para pode atuar de forma mais ativa e menos abstinente emocionalmente, centrando-se mais nos recursos, capacidades e forças do que na patologia e nos conflitos. Nesse sentido, o próprio terapeuta se constituiria em uma forma especial de matriz de apoio, capaz de sustentar a mãe a fim de que suas funções maternas pudessem ser facilitadas.

Na sessão seguinte D. Lúcia compareceu e mostrou toda a sua preocupação com aquela situação, principalmente por considerar que Andréa estava ainda mais retraída. Como foi mencionado anteriormente, D. Lúcia não se conformava com o fato de que Andréa não havia cuidado adequadamente de si mesma, não tomando as precauções

necessárias diante de um sangramento que teve por um ano inteiro. O *setting* da psicoterapia parece ter favorecido que mãe e filha “dialogassem” ainda que Andréa tenha permanecido calada a maior parte do tempo da sessão.

As três últimas sessões ocorreram alguns meses depois, tendo em vista que Andréa submeteu-se à cirurgia naquele período. De acordo com o que foi relatado, Andréa sentia-se muito pressionada a tomar uma decisão em relação ao casamento: de um lado D. Lúcia a pressionava no sentido de que se separasse e, de outro, Luciano pedia que voltasse para não só para a casa, mas para o relacionamento conjugal. Aquele impasse havia causado duas discussões entre mãe e filha, as quais parecem ter possibilitado um importante movimento no sentido da reorganização da sua identidade, como será discutido mais profundamente adiante. No final da psicoterapia, Andréa afirmou que estava decidida a se separar porque Luciano não a estava ajudando como gostaria.

Na avaliação final Andréa mencionou mais uma vez que a sua depressão havia sido desencadeada pela falta de apoio de Luciano durante a gestação. Disse que naquele momento o marido estava tomando algumas iniciativas para ajudá-la, mas ela não se sentia satisfeita com isso. Assim como ocorreu na avaliação inicial, Andréa referiu-se novamente à importância do apoio recebido de seus familiares.

A discrepância de pontos de vista e o distanciamento afetivo entre Andréa e Luciano apontavam para uma insatisfação mútua com o relacionamento conjugal que mantinham. Para Feldman (2000), tal insatisfação pode contribuir para a pobreza do diálogo e para a baixa influência mútua entre os cônjuges, impedindo inclusive que se apercebam da tristeza do outro. Como pôde ser visto, no presente caso, tanto Andréa como Luciano estavam deprimidos no momento em que a família buscou a terapia, mas não davam sinais de poder reconhecer o sofrimento do parceiro. Para agravar esse quadro, Luciano não aderiu ao tratamento, embora várias tentativas tenham sido feitas nesse sentido. É possível pensar que, naquele momento, ele não poderia atender às expectativas de Andréa, uma vez que também se mostrava profundamente desorganizado em relação a parentalidade e, assim como ela, precisava de ajuda.

Conforme foi mencionado anteriormente, o presente estudo não teve como objetivo examinar e discutir as representações do pai no contexto da transição para a parentalidade e da depressão materna. Contudo, fez-se fundamental considerar a intensa mobilização psíquica vivida por Luciano, uma vez que estava diretamente associada às dificuldades enfrentadas pela família naquele momento. De fato, assim como ocorre com a mãe, o pai pode experimentar angústia e dúvida frente ao nascimento de um filho,

também desenvolvendo sintomas de depressão (Szejer & Stewart, 1997). No caso de Luciano, a frustração com a descoberta do sexo do bebê pode ter contribuído para a emergência de um conflito que dizia respeito à sua história familiar pregressa, a qual foi apenas brevemente abordada na psicoterapia. Luciano referiu-se às mulheres de sua família como “*loucas*”, evidenciando sofrimento frente ao distanciamento da irmã e ao suicídio da mãe, que lhe batia “*com um pedaço de pau*”. É plausível pensar que esse sofrimento estivesse de alguma forma associado à sua ansiedade e isolamento afetivo em relação à filha. Quando falou sobre os projetos que tinha para um filho menino, Luciano falou também sobre o seu desejo frustrado de ter seguido uma carreira militar. No contexto daquele relato, perguntei-lhe se seus pais também tinham projetos para ele. Como foi visto, naquela sessão Luciano afirmou que seus pais não faziam nenhum plano pra ele. Na sessão seguinte, no entanto, mencionou que desde o seu nascimento estaria previsto que seria um oficial do exército. Embora essa questão não tenha sido mais profundamente explorada, supõe-se que o seu desejo de ter um filho que seria um “*general do exército*” estivesse fortemente associado aos conflitos vividos no seio da sua família de origem.

Uma recente revisão de literatura a respeito da depressão materna revelou que os poucos estudos que consideraram o papel do pai nesse contexto sugeriram que ele pode exercer um papel protetor para o desenvolvimento infantil nessas situações (Frizzo & Piccinini, 2005). Isso porque uma interação positiva pai-bebê poderia compensar parcialmente uma interação mãe-bebê negativa ou insuficientemente boa. Nesse sentido, o pai poderia prover um modelo positivo, tanto aumentando os cuidados com seus filhos quanto apoiando a mãe deprimida, o que contribuiria para uma melhor parentagem. Na mesma direção, Stern (1997) e Feldmam (2000) afirmaram que o principal papel do marido seria o de funcionar como matriz de apoio, protegendo a mãe fisicamente, provendo suas necessidades e, por algum tempo, afastando-a das exigências da realidade externa para que pudesse atender o seu bebê. Porém, no caso de Luciano, a sua depressão e os seus conflitos o impediam de exercer esse papel.

Como mostrou a análise dos relatos, em alguns momentos da psicoterapia Andréa se referiu de forma positiva a respeito do apoio de Luciano nos cuidados de Laura. Porém, na maioria das vezes demonstrou decepção por seu comportamento instável e agressivo. Um outro aspecto examinado refere-se à sua resistência diante de qualquer tentativa de reaproximação do marido. Andréa mostrava-se muito ressentida pela indiferença de Luciano desde a gestação. Esse ressentimento parece ter sido re-atualizado

quando da indiferença do marido em relação à sua doença, embora ela também não tenha se disponibilizado a falar a respeito. Assim, continuava a atribuir a ele a responsabilidade de mudar atitudes e comportamentos, sendo essa mudança a condição para a continuidade do casamento. Como foi visto, Andréa evidenciava uma grande dificuldade em se colocar no relacionamento, não reconhecendo a sua contribuição para aquele estado de coisas. No final da psicoterapia, constatou-se que pôde sinalizar mais firmemente um desejo de mudança em si, embora ainda atribuísse as suas dificuldades principalmente à falta de apoio do marido.

A insatisfação de Andréa com o relacionamento conjugal e com o apoio do seu marido parece ter sido de certa forma compensada pelo apoio recebido de sua família de origem, bem como pela confiança no atendimento dado à Laura na creche de seu cunhado. Esse dado apóia a literatura no que se refere à concepção de que o apoio encontrado na família ampliada e nos cuidados alternativos, como a creche, pode ser considerado um fator de proteção para a mãe e para o bebê em situações estressantes, como é o caso da depressão materna (Marques, 2003; Rapoport & Piccinini, 2006).

Como foi mencionado anteriormente, Andréa falou que D. Lúcia passou a acompanhá-la nas ecografias e demais consultas médicas depois da reação negativa de Luciano à revelação do sexo do bebê. Da mesma forma, a sua presença foi fundamental quando da descoberta do tumor, tendo em vista que tomou a iniciativa de organizar e acompanhar a filha em todas as consultas e demais procedimentos. Além disso, D. Lúcia e seus filhos com frequência dispunham-se a cuidar de Laura, com o intuito de ajudar Andréa a conciliar os cuidados do bebê com o trabalho. Ao falar sobre a matriz de apoio com que conta uma nova mãe após o nascimento do bebê, Stern (1997) afirmou que o principal envolvimento psicológico ativo da mãe é geralmente com as figuras maternas de sua vida. Para o autor, esse envolvimento acabaria contribuindo para uma reativação e reorganização do relacionamento mãe-filha, como de fato parece ter ocorrido entre Andréa e D. Lúcia.

Reorganização da identidade

Este tema ocupou um espaço importante no processo psicoterápico de Andréa e sua família, estando presente nas duas avaliações e em quase todas as sessões. Ao falar sobre a gestação, o parto e o puerpério, Andréa evidenciou uma dificuldade em expressar os seus sentimentos, o que despertou em mim a impressão de que parecia reagir com certo embotamento afetivo diante das mudanças. Embora essa impressão não tenha sido

assinalada naquele momento, Andréa mencionou que a maior preocupação de seus familiares quando souberam da gravidez foi justamente com o fato de que a consideravam uma pessoa apática e com pouca iniciativa na resolução dos problemas. Para ela, o fato de ser muito calada havia contribuído para a atual crise conjugal. Assim, Andréa referiu na avaliação inicial e em diversas sessões que se sentia culpada por estar passando por aquelas dificuldades, uma vez que teria se acomodado diante dos problemas.

Ainda em relação a isso, Andréa mencionou na avaliação inicial que via a si mesma como uma pessoa muito calma. Ela julgava ter herdado do pai essa característica de personalidade, identificando-o como “*pacato*”. Nesse sentido, considerou que era bastante diferente da mãe, à medida que ela era mais ativa, falante e não ficava esperando que os problemas se resolvessem sozinhos. É possível pensar que a representação do próprio pai como uma pessoa pacata esteja associada ao fato de que ele praticamente não foi mencionado por Andréa durante a psicoterapia.

O tema da “passividade” de Andréa foi abordado ao longo de todo o processo psicoterápico. Conforme foi relatado anteriormente, na primeira e na segunda sessão da psicoterapia Andréa e Luciano falaram sobre as suas discordâncias em relação aos cuidados de Laura, sobre a crise conjugal e sobre as suas famílias de origem. Andréa demonstrou saber muito pouco a respeito da história de vida de Luciano, evidenciando certa indiferença em relação a isso. Mesmo no momento em que ocorria uma das sessões, quando ele falava do suicídio da mãe, Andréa mostrou-se indiferente, pondo-se a brincar com a filha. Quando lhe perguntei se sabia daqueles acontecimentos, respondeu que havia “*ouvido falar*”, pois não conversavam sobre a família de Luciano e ele raramente procurava seus familiares. Ela, ao contrário, era muito ligada aos seus pais e irmãos. Em relação a isso, mencionou que três de seus irmãos ainda moravam com os pais e que, se não tivesse engravidado, também estaria morando com eles.

Na terceira sessão, Andréa mais uma vez demonstrou que desconhecia a história de Luciano. Mencionei que me parecia estranho o fato de que se conheciam havia tantos anos e sabiam tão pouco a respeito um do outro. Andréa falou que Luciano costumava reclamar-lhe mais atenção, carinho e interesse. De acordo com o seu relato, ele gostaria de ser “*paparricado*”. Porém, ela não correspondia às suas expectativas, na medida em que não se considerava uma pessoa que “*adulava*” o outro. Na mesma linha de associação, passou a falar mais uma vez sobre ser uma pessoa reservada. Disse que buscava poupar a mãe, evitando falar-lhe sobre os seus problemas, e que era culpada da

situação difícil que estava passando porque não fazia cobranças a Luciano. Naquele momento assinalo que Luciano poderia se sentir tão agredido com a sua “passividade” quanto ela se sentia agredida quando ele tinha explosões de raiva. Na mesma direção, mencionei que talvez D. Lúcia se sentisse da mesma forma, uma vez que entendia o silêncio de Andréa como falta de atenção. Conforme abordado anteriormente, considere que as questões tratadas nessa sessão apontavam para uma importante dificuldade de Andréa em reconhecer a sua contribuição para a criação de situações que descrevia como se delas não fizesse parte. Andréa descrevia a si mesma como uma pessoa passiva e, assim, parecia negar as suas próprias escolhas. Embora eu tenha considerado que a intervenção não teria sido suficientemente significativa naquele momento, na sessão seguinte Andréa falou que estava conseguindo conversar mais com Luciano e que percebia algumas mudanças positivas no seu comportamento.

A representação que tinha de si mesma como uma pessoa passiva também foi mencionada na quarta sessão. Ao falar de sua carreira, Andréa trouxe o sentimento de que não havia feito uma escolha profissional, pois considerava que o seu trabalho com computação gráfica foi “*acontecendo*” e se encaminhando ao acaso. Cabe ressaltar que esse mesmo sentimento voltou a ser mencionado na sexta sessão, quando falou a respeito de como se deu a escolha do nome de Laura e dos seus padrinhos. Andréa falou que permitia que algumas pessoas tomassem a frente das suas decisões, principalmente sua mãe. Ainda em relação a isso, na sétima sessão falou sobre o seu sentimento de não poder frustrar as expectativas da mãe, tendo em vista que era a pessoa que mais lhe apoiava.

É possível afirmar que as representações de Andréa a respeito do seu relacionamento com a própria mãe foram fundamentais no seu processo de reorganização da identidade. Na avaliação inicial, Andréa considerou que o seu relacionamento com a mãe havia mudado desde que ficara grávida, pois esta intervinha muito mais nos seus problemas. Ainda no primeiro contato, Andréa falou que a mãe era o seu modelo de maternagem. Porém, afirmou que a mãe poderia lhe considerar “*uma mãe meio fraca*”, no sentido de que talvez não atendesse às suas expectativas. Como foi discutido em relação ao tema da *vida-crescimento*, a representação de Andréa sobre o que a sua mãe estaria pensando a esse respeito remeteu à inferência de que ela desejava ser reconhecida como uma boa mãe pela sua principal figura de apoio.

Ao responder sobre o que sabia a respeito da maneira como era cuidada por sua mãe, Andréa falou que, quando bebê, não incomodava, não dava trabalho e praticamente embalava-se sozinha no carrinho. Ao longo da psicoterapia, no entanto, Andréa mostrou-

se preocupada com o trabalho que dava à mãe ao permitir que ela se envolvesse em seus problemas. Em algumas sessões chegou a afirmar que se sentia culpada por suas dores na coluna. A esse respeito mencionou que a mãe estava “*carregando muito peso nos ombros*”.

É importante lembrar que D. Lúcia esteve presente na quinta sessão, demonstrando o quanto estava envolvida com os problemas da filha. Ficou evidente que muitas vezes acabava intervindo na relação de Andréa com Luciano, bem como na tomada de algumas decisões, tais como a entrada da neta na creche. Um aspecto muito importante a ser destacado refere-se ao relato de D. Lúcia a respeito da sua preocupação com o isolamento e apatia de Andréa, assim como a sua frustração diante da gravidez da filha. Ao falar da situação da filha, D. Lúcia faltou também sobre as suas próprias escolhas em relação à maternidade, mostrando que os conflitos de Andréa colocavam-na diante de uma intensa mobilização em relação à sua história de vida.

Na primeira sessão ocorrida depois da cirurgia, Andréa falou que estava muito magoada com a mãe em virtude de uma discussão que haviam tido. Segundo o seu relato, D. Lúcia havia lhe cobrado que tomasse uma decisão em relação ao seu casamento porque não tolerava mais aquela situação. Além disso, falou que a filha era incapaz de reconhecer o apoio da família e que estava cada vez mais apática e insensível. Andréa mencionou que se sentiu muito deprimida após a discussão, mas que estava avaliando aquele acontecimento e o discurso da mãe. Considerou que não era insensível, mas que estava mais “*amarga*”. Além disso, avaliou que a mãe não havia respeitado o momento delicado que estava passando, uma vez que se recuperava da intervenção cirúrgica. Quando lhe perguntei o que queria de fato fazer em relação à separação, Andréa mencionou que iria tomar uma decisão porque era aquilo que a mãe desejava. Naquele momento questionei se uma decisão tomada com aquele intuito não significaria que não podia decidir por si, que era justamente o que a mãe lhe cobrava. Depois dessa intervenção, Andréa tomou a iniciativa de falar a respeito do seu interesse em continuar se tratando quando do término da psicoterapia pais-bebê. Ela avaliava que a terapia havia lhe ajudado a expressar melhor os próprios sentimentos e que precisaria continuar aquela caminhada.

Na sessão seguinte, Andréa relatou que havia voltado para casa, contrariando o desejo de sua mãe. O seu retorno havia desencadeado mais uma discussão com D. Lúcia, que mencionou, entre outras coisas, que Andréa nunca fora sua filha, embora tenha se desculpado pelo que disse alguns dias depois. Porém, diante daquela situação, Andréa

deparou-se com certo incômodo em relação às intervenções da mãe, conseguindo dizer que gostaria de decidir o que fazer a seu tempo. Assim, evidenciou que desejava ser mais independente em relação à mãe. Na última sessão esse sentimento se mantinha bastante presente, pois Andréa falou que parecia ter “*acordado*” e que os problemas que havia enfrentado possibilitaram que pensasse mais claramente sobre a maneira como vinha conduzindo a sua vida.

Na avaliação final, Andréa mencionou que muitas coisas haviam mudado no seu relacionamento com a mãe, embora continuasse contando com o seu apoio. Porém, avaliou que não seguia e tampouco evitava algum modelo de mãe, embora provavelmente cuidasse a sua filha de forma semelhante a que havia sido cuidada. Em relação ao pai, falou que ele havia se tornado um homem muito mais comunicativo com ela e com os outros filhos depois do nascimento da neta, não mais se referindo a ele como um homem “*pacato*”. Em relação ao seu relacionamento com Luciano, avaliou que embora ele estivesse se mostrando mais tolerante e atencioso, ela havia mudado profundamente e não se via mais como a mulher paciente que sempre fora em relação a ele. Ainda no que se refere às mudanças em si, Andréa mencionou que com a maternidade a sua rotina havia se transformado, principalmente porque passara a pensar bem mais na filha do que em si mesma. Além disso, afirmou que se sentia “*mais mãe*” do que em outros momentos.

Em relação a eventuais mudanças no trabalho, Andréa afirmou na avaliação inicial que se sentia culpada por trabalhar fora e que todos a sua volta percebiam que estava mais triste e retraída do que o usual, além de descuidada consigo mesma. Esta questão voltou a ser abordada na quarta sessão, quando mencionou que se sentia muito sobrecarregada no trabalho e que estava mais impaciente com as exigências da sua função. Para ela, era bastante difícil conciliar o trabalho e as preocupações com a filha. Na avaliação final, ocorrida após o seu afastamento devido à cirurgia, Andréa não fez referências a mudanças relacionadas à profissão, apenas mencionou que estava motivada em relação ao retorno para o trabalho, pois desejava “*arejar*”.

É interessante pensar o processo de reorganização da identidade vivido por Andréa à luz de algumas formulações de Stern (1997) acerca das mudanças nas representações maternas a partir da chegada do bebê. Conforme foi referido anteriormente, o autor considerou que esse evento colocaria a mãe, consciente ou inconscientemente, diante de uma reavaliação dos esquemas sobre o bebê, sobre si mesma, sobre o marido e sobre os próprios pais. Assim, o nascimento de um filho possibilitaria à mãe um realinhamento psíquico, no qual surgiriam novas e mais

elaboradas redes de esquemas de *estar-com*. Porém, como foi mencionado, as mudanças mais significativas ocorreriam em relação à própria mãe, em virtude dela comumente representar a sua principal figura de apego.

No caso de Andréa, pode-se dizer que algumas dessas representações foram amplamente referidas ao longo do processo psicoterápico, ainda que ao final da psicoterapia estivessem em pleno movimento no sentido de uma elaboração: a representação sobre um bebê apático e pouco estimulado que poderia vir a se tornar “difícil” devido às circunstâncias de toda a crise; a representação de si mesma como uma pessoa passiva desde o nascimento, uma vez que no passado “*não incomodava*”, pois se embalava sozinha, e no presente não fazia escolhas, apesar de atualmente pesar “*nos ombros da mãe*”; a representação do marido como uma pessoa indiferente e agressiva, mas que desde a adolescência lhe despertara sentimentos de pena e compaixão; a representação da própria mãe como uma figura ativa e presente, cuja eventual intrusividade não poderia ser questionada, pois poderia representar algum tipo de mágoa ou ruptura; e, por fim, a representação do pai como um homem pacato, o qual pouco foi mencionado, ainda que ela se identificasse profundamente com essa característica.

É possível pensar que os eventos negativos vividos por Andréa desde a gestação de Laura tenham contribuído significativamente para a sua depressão, assim como a presença da doença diagnosticada cerca de um ano após o nascimento de Laura. Porém, as mudanças advindas com a maternidade colocavam-na frente a uma importante reavaliação de si mesma e dos seus vínculos familiares. Nesse contexto, pode-se inferir que a psicoterapia tenha exercido o importante papel de servir como um palco onde todas aquelas mudanças eram encenadas e, gradativamente, elaboradas. Em todas as representações acima mencionadas, identificou-se uma espécie de tema dominante, que poderia aqui ser nomeado como “conflito passividade x atividade”. Stern (1997) postulou que na situação clínica o mundo representacional dos pais pode ser compreendido a partir de diversos modelos, incluindo-se, entre eles, o que chamou de “modelo do tema dominante”. Para o autor, temas dominantes ocupariam um espaço e tempo representacionais excessivos no discurso materno. Isso parece ter ocorrido com Andréa, ao trazer à tona a problemática contínua da apatia e da intrusividade identificada em si mesma e nas pessoas que a rodeavam, inclusive em sua filha.

A representação de si mesma como uma pessoa passiva parece ter sofrido certa modificação no processo da psicoterapia, o que foi observado tanto na sua interação com Laura e comigo quanto nas suas falas a respeito do seu relacionamento com o marido,

com a mãe e com o pai. Além disso, destaca-se também o seu desejo de retornar ao trabalho, não mais mencionando o sentimento de culpa por não estar com a filha. É possível constatar que todas essas representações sofreram um impacto direto das alterações na representação de si mesma, à medida que, ao se ver menos entrelaçada em relação a esse conflito, pôde se colocar perante o mundo externo de forma menos vitimada. É possível pensar que essas mudanças estivessem, de alguma forma, associadas à redução dos sintomas de depressão, considerando-se que na avaliação final, uma nova avaliação apontou para a ausência de indicadores de depressão (Beck = 9 pontos).

Em relação a isso, pode-se inferir que as intervenções feitas com o objetivo de ajudá-la a se colocar nas relações reconhecendo o seu papel ativo nas mesmas tenham de alguma forma contribuído para essa mudança. Como exemplo dessa mudança, destaca-se a sua representação acerca do pai, comparando-se a sua fala na avaliação inicial e na avaliação final: na primeira, Andréa falou que o pai era pacato; já na última mencionou que ele havia se tornado um homem mais comunicativo com ela e com a neta. Isso coloca em discussão a possibilidade de que ao se ver como uma pessoa mais capaz de comunicar os próprios sentimentos estaria enxergando também uma mudança na forma de comunicação do pai, com quem se identificava justamente pela passividade.

Um outro exemplo dessa mudança encontra-se no relacionamento conjugal. Embora reconhecesse o esforço do marido no sentido de se aproximar dela e de Laura, Andréa não se sentia paciente com Luciano como antes, indicando que podia reconhecer em si sentimentos de impaciência e indiferença antes atribuídos apenas ao marido.

Quanto às representações em relação à própria mãe, verificou-se um importante movimento. Mesmo com dificuldade, Andréa começou a manifestar o seu desejo de se tornar mais independente e, portanto, mais separada de sua mãe. Durante a psicoterapia, inferi que esse movimento de independização (observado inclusive na relação comigo) representaria para ela a angustiante possibilidade de ser abandonada, caso se mostrasse uma filha voluntariosa, que contrariasse sua mãe (tome-se aqui a sua representação como um bebê que embalava a si mesmo no carrinho, sem incomodar). É possível pensar que esse realinhamento em relação à própria mãe estivesse diretamente relacionado à maneira como se referia ao temperamento de Laura, ora valorizando a sua atividade, ora irritada com a forma como demonstrava as suas vontades. Nesse sentido, apesar das mudanças acima enfatizadas, a representação de Andréa sobre a possibilidade de Laura se tornar uma criança “*difícil*” parece ter ganhado corpo com o passar dos meses, o que apontava

para a importância da realização de um tratamento cuja ênfase estivesse em continuar o seu processo de diferenciação em relação à filha e à mãe.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

O fenômeno da depressão materna após o nascimento de um filho tem sido amplamente examinado nas últimas décadas. Como mostraram os estudos revisados, a maior parte das investigações acerca desse tema centrou-se mais no impacto do humor depressivo da mãe para a interação com o bebê do que na investigação da experiência da maternidade nesse contexto (Schwengber & Piccinini, 2003). Contudo, esses estudos foram consistentes ao afirmar que mães com depressão relataram mais dificuldade no exercício da maternidade do que mães sem depressão, mencionando o sentimento de incapacidade para cuidar do bebê e para lidar com as mudanças advindas da maternidade, bem como insatisfação com o apoio social recebido (Brown et al., 1994; Lovejoy et al., 2000; Reading & Reynolds, 2001; Schwengber & Piccinini, 2005). Diante dessas evidências, diversos autores apontaram para a importância da realização de intervenções no contexto da depressão materna, tendo em vista o apoio à mãe e aos demais familiares nesse momento importante de transição, assim como a prevenção contra o estabelecimento de padrões negativos de interação com o bebê (Cummings & Davies, 1994; Dodge, 1990; Field, 1998; Schwengber & Piccinini, 2003; Schwengber & Piccinini, 2004; Schwengber & Piccinini, 2005; Trad, 1997).

A psicoterapia breve pais-bebê tem sido amplamente referendada como uma importante alternativa entre as intervenções para as dificuldades do pós-parto (Dunnewold, 1997). Como foi mencionado anteriormente, um dos objetivos dessa abordagem é o de modificar eventuais representações negativas acerca da maternidade, uma vez que a presença do bebê no *setting* da psicoterapia permitiria às mães acessarem rapidamente as suas memórias e representações, ligando-as ao interagido com a criança (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado, 1996a; Stern, 1997). Embora a teoria e a técnica da psicoterapia breve pais-bebê tenham sido bastante difundidas nos últimos anos, poucos estudos foram desenvolvidos a respeito do seu impacto no contexto da depressão materna. Associado a isso, os estudos revisados privilegiaram a discussão dos resultados e não dos fatores envolvidos no processo de mudança, o que parece ser uma tendência nas investigações sobre os efeitos das psicoterapias (Araújo & Wiethaeuper, 2003).

Assim, o presente estudo investigou as alterações nas representações acerca da maternidade de mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve

pais-bebê. Esperava-se que a psicoterapia proporcionasse às mães uma modificação nas eventuais representações negativas a respeito da maternidade, assim como uma melhora em relação à depressão materna, aos eventuais sintomas do bebê, bem como nos comportamentos interativos. Para tanto, examinou-se o processo psicoterápico de duas famílias com bebês no primeiro ano de vida, ambas com a mãe apresentando indicadores de depressão. Conforme foi descrito anteriormente, procedeu-se a uma análise de conteúdo qualitativa das entrevistas realizadas antes, durante e até um mês após o final da psicoterapia. Também foram examinados os vídeos de todas as sessões, particularmente quando as falas das mães apontavam para representações que poderiam ser encenadas na interação com o bebê e com os demais membros presentes no *setting*. A análise de todo o material baseou-se fundamentalmente nos quatro temas que constituem a constelação da maternidade (Stern, 1997): 1) *vida-crescimento*; 2) *o relacionar-se primário*; 3) *a matriz de apoio*; 4) *a reorganização da identidade*.

Como mostraram os resultados anteriormente discutidos, importantes mudanças nas representações maternas foram identificadas ao final do processo psicoterápico das duas famílias. Porém, uma digressão acerca daquilo que poderia se chamar de “resultado” e das limitações da intervenção não teria sentido sem o exame de algumas semelhanças e particularidades nas mudanças verificadas em cada um dos casos ao longo da psicoterapia. Para essa análise conjunta, tomar-se-á como referência os mesmos temas da constelação da maternidade utilizados na análise de cada caso separadamente (Stern, 1997).

Em ambas famílias atendidas, as mães eram primíparas, casadas e tinham quase a mesma idade por ocasião da busca por atendimento. Suas filhas também tinham praticamente a mesma idade no início do atendimento psicoterápico (sete e seis meses de vida, respectivamente). A primeira família atendida tinha uma situação financeira um pouco melhor do que a segunda. O pai (Valdir) era bancário e a mãe (Paula) trabalhava como secretária em uma empresa. Além disso, ambos cursavam faculdade, embora no começo do atendimento ela estivesse com a matrícula trancada. Na segunda família, tanto a mãe (Andréa) como o pai (Luciano) também trabalhavam, mas não estudavam desde a conclusão do ensino médio. Ela trabalhava como arte-finalista em uma empresa de computação gráfica e ele como auxiliar de escritório em uma empresa de transporte coletivo.

O tema da **vida-crescimento** foi trazido por ambas as mães nas avaliações iniciais, quando falaram sobre o sentimento de inadequação em relação aos cuidados com

o bebê nos primeiros dias após o nascimento. Como foi discutido anteriormente, Stern (1997) considerou que preocupações com a manutenção da vida do bebê e com o seu desenvolvimento físico são esperadas nesse período. Porém, apenas na segunda família (Andréa) verificou-se que essas preocupações continuaram a ser mencionadas ao longo da psicoterapia. Conforme a análise das suas representações, inferiu-se que as constantes referências a eventuais problemas de saúde da filha estariam fortemente associadas ao seu desejo de ser reconhecida como uma boa mãe por sua matriz de apoio, assim como à maciça identificação projetiva no bebê da sua própria vulnerabilidade naquele momento. Na medida em que as intervenções apontaram para aquela indiferenciação, e também que a mãe pôde dar atenção à sua própria saúde, as referências acerca desse tema diminuíram gradativamente. Essa diminuição poderia indicar tanto uma mudança nas suas representações sobre si mesma como mãe e sobre a sua própria mãe, bem como uma redução nas identificações projetivas mais patológicas sobre o bebê.

O tema do **relacionar-se primário** foi identificado em diversos momentos dos processos psicoterápicos das duas famílias. A análise dos relatos possibilitou a constatação de que as duas mães consideraram ter um bom relacionamento com suas filhas, no sentido de que se sentiam afetivamente ligadas a elas, assim como mantinham uma boa comunicação. Uma outra semelhança entre os casos refere-se ao sentimento inicial de ambas as mães de que os desentendimentos que tinham com os seus cônjuges poderiam prejudicar o desenvolvimento dos bebês. Além disso, ambas referiram-se ao sentimento de que não davam às suas filhas a devida atenção, com o que se sentiam culpadas.

É plausível pensar que ao menos uma importante representação materna acerca do bebê foi identificada em cada um dos casos. Na primeira família (Paula), inferiu-se que a dificuldade da mãe em se separar da filha estaria na base da sua representação de que a mesma estava “colada” a ela. Assim, entendeu-se que essa representação estaria associada a uma fantasia de que a história das mortes dos bebês de sua mãe, que se afastou para trabalhar, poderia ser repetida na sua história com a própria filha. Na segunda família (Andréa), verificou-se a representação sobre um bebê apático e pouco estimulado que poderia vir a se tornar “difícil” dadas as circunstâncias adversas da gravidez e dos primeiros meses após o parto, particularmente em relação aos problemas conjugais.

Embora essas duas representações apontassem para conteúdos distintos, em ambos os casos verificou-se que estavam atreladas às histórias de vida das mães,

sugerindo uma estreita associação entre os seus conflitos infantis e a interação atual com o bebê. Esse dado aponta para a concepção de que o *setting* da psicoterapia breve pais-bebê pode favorecer a busca de uma conexão temática entre os conflitos infantis da mãe, seus temas conflituais atuais e a interação mãe-bebê atual, sendo a interpretação desses conflitos pelo terapeuta a força maior de mudança (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). De fato, pode-se pensar que algumas das intervenções feitas nas sessões dos dois casos buscaram criar um espaço para a reflexão acerca da interpenetração do psiquismo das mães e dos bebês. Essas intervenções estiveram pautadas nos pontos coincidentes entre a escuta de suas representações e o interagido com o bebê.

Apesar dessas semelhanças, verificou-se nos dois casos uma evolução diferente em relação às representações sobre o relacionamento com o bebê. No caso da primeira família, ao final da terapia, a mãe (Paula) mostrou-se um tanto mais “livre” das representações mais negativas, uma vez que se mostrou consideravelmente “descolada” da filha, podendo cuidar de si e retomar planos e atividades que tinha antes do nascimento do bebê. No caso da segunda família (Andréa), porém, a representação inicial parece ter evoluído para dois caminhos, um mais positivo e outro nem tanto: de um lado, a mãe não se sentia tão preocupada com a possibilidade de que o desenvolvimento da filha fosse atrasado pela falta de estímulos. Além de contar com a creche, provavelmente a redução dos sintomas de depressão tenha contribuído para que se sentisse mais ligada à filha e, portanto, menos culpada por suas ausências. Por outro lado, a mãe mostrava-se mais irritada e intolerante com a filha e passara a atribuir a ela um temperamento difícil, que seria semelhante ao do marido. Nesse sentido, incentivou-se a sua iniciativa de continuar se tratando após o término da psicoterapia breve pais-bebê.

O tema da **matriz de apoio** foi amplamente referido nos dois casos. Embora as duas mães tenham feito queixas em relação ao apoio de seus companheiros, verificou-se que essas queixas adquiriram uma tonalidade mais grave na segunda família. No primeiro caso, a mãe referiu-se ao apoio do marido na gestação, no parto e no puerpério, embora no início do tratamento demonstrasse algumas insatisfações nesse sentido. Porém, ao longo da psicoterapia, constatou-se que a sua insatisfação estava mais associada à frustração diante da instabilidade emocional do marido (que, de acordo com o seu ponto de vista, se estressava facilmente) do que propriamente à sua ajuda nos cuidados com a filha. Na medida em que a representação sobre estar colada ao bebê era afrouxada, ela demonstrou uma abertura à participação do marido. Além disso, a participação efetiva dele nas sessões parece ter contribuído de forma expressiva para uma evolução positiva

desse conflito, uma vez que o casal fez do *setting* da psicoterapia um importante espaço de diálogo e de profundas reavaliações. No final da psicoterapia breve pais-bebê, tanto a esposa como o marido demonstraram motivação para a realização de uma terapia de casal, caso eventualmente não conseguissem lidar adequadamente com os conflitos.

No segundo caso atendido, a mágoa da esposa (Andréa) pela indiferença do marido desde a revelação do sexo do bebê era tão intensa que a impedia de reconhecer as suas tentativas de apoiá-la. O seu ressentimento era tão grande que ela sequer conseguiu falar para o marido sobre a sua doença. De fato, a expectativa frustrada de ter um menino parecer tê-lo abalado tão intensamente, que ele mesmo reconheceu o seu distanciamento durante a gestação e primeiros meses de vida da filha. Algumas falas da esposa durante a psicoterapia apontaram para indícios de que o marido tentara aproximar-se dela e da filha, mas ela reagiu de forma ambivalente a essas tentativas, ora decidida pela separação, ora disposta a uma reconciliação, desde que “ele” mudasse. Algumas das intervenções feitas por mim nas sessões em que esse tema foi tratado tiveram como foco a tentativa de que ela pudesse se colocar no seu relacionamento conjugal de forma menos passiva, como foi discutido anteriormente. Pode-se constatar que essas intervenções parecem ter surtido um efeito positivo, uma vez que ela mostrou, ao final do tratamento, sinais de que conseguia reconhecer, ao menos em parte, a sua contribuição para aquele estado de coisas. Da mesma forma, considerou que caberia a ela decidir se continuaria ou não com aquele relacionamento.

Embora esses resultados não sejam passíveis de generalização, a análise da evolução dos conflitos conjugais nos dois casos permite pensar que a adesão do companheiro à psicoterapia poderia ser indicativo de um melhor prognóstico para o casal em processo de transição para a parentalidade, particularmente no contexto de depressão materna. Essa afirmação pode ser discutida a partir das concepções de alguns autores (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997) acerca da participação do pai na psicoterapia breve pais-bebê. Esses autores postularam que a presença do pai é variável, dependendo muito mais da demanda da família (a forma como se apresentam e o que decidem sobre quem irá participar ou não) do que de uma condição estabelecida pelo terapeuta. Assim, mesmo que ele não estivesse presente, uma vez que comumente é a mãe quem busca e melhor adere ao tratamento, as suas representações a respeito do companheiro estariam ali colocadas. Nesse sentido, o pai faria parte do sistema clínico pais-bebê de qualquer forma, estando presente ou não.

No presente estudo, a constante presença do pai (Valdir) na primeira família atendida e a sua ausência (Luciano) na segunda família permitem considerar que a presença real do pai na sessão contribuiu para que as representações negativas da mãe acerca do seu apoio fossem modificadas mais profundamente pela colocação em ato. Além disso, a presença do pai na primeira família possibilitou que os seus conflitos em relação à paternidade também pudessem ser ouvidos e, eventualmente, elaborados. Conforme Frizzo e Piccinini (2005), o pai pode exercer um papel protetor para o desenvolvimento infantil nas situações de depressão materna. Porém, entende-se que, para que ele possa exercer esse papel protetor em um momento no qual passa por profundas transformações, faz-se necessário que ele também seja escutado. Afinal, é fundamental que a sua saúde mental seja igualmente preservada.

O apoio encontrado nas famílias de origem também foi referido por ambas as mães do presente estudo, embora de forma bastante distinta. No caso da primeira família, a mãe contou com o apoio da avó materna, principalmente nos primeiros dias após o parto, quando chorava muito e se sentia incapaz de cuidar da filha. Porém, após esse período inicial passou a tomar conta do bebê principalmente com a ajuda do marido e de uma babá. Já na segunda família, a mãe contou fundamentalmente com o apoio da avó materna desde a gestação, tendo em vista que não podia contar com o marido. Conforme foi descrito anteriormente, no decorrer da psicoterapia ela reviu uma série de aspectos do seu relacionamento com a própria mãe. Embora em alguns momentos essa revisão desencadeasse algumas ansiedades em relação a uma possível ruptura com a mãe, no final do tratamento ela mencionou que a mesma continuava a apoiá-la.

O tema da **reorganização da identidade** constituiu o cerne do processo psicoterápico das duas famílias. Em ambas as mães, o processo de realinhamento psíquico desencadeado a partir do nascimento do bebê era evidente. Essa constatação remete à concepção de Stern (1997) de que com o nascimento do bebê o *status* e a identidade básica da mãe sofrem uma importante modificação, na medida em que se dá um processo radical de reorganização das representações do *self* como mulher, mãe, esposa, profissional, amiga, filha e neta. Para o autor, essa mudança de identidade de *filha-de-sua-mãe* para *mãe-de-sua-filha* pode estar relacionada a um sentimento de perda que explicaria, em parte, o surgimento dos sintomas de depressão.

Em relação aos casos estudados, pode-se afirmar que o relacionamento das novas mães com as suas próprias mães esteve no centro desse realinhamento, corroborando a concepção de que a transformação na identidade de filha para mãe merece uma atenção

especial (Stern, 1997). Na primeira família, a mãe (Paula) associou a sua história de vida à história de vida da própria mãe, demonstrando uma dupla identificação: ao mesmo que se identificava com sua mãe (que teve um aborto e a perda de uma filha com seis meses de vida – idade bastante semelhante a de sua filha naquele momento), identificava-se também com o seu bebê (que, assim como ela, sofreria a “perda” da mãe que se afastaria para trabalhar). Pode-se pensar que, de alguma forma, ela associasse as perdas vividas pela própria mãe ao fato de ter se afastado de casa para trabalhar. Também se verificou que as suas representações sobre o relacionamento conjugal de seus pais em alguns momentos pareciam estar indiferenciadas do seu próprio relacionamento atual com o marido. Como exemplo, destaca-se o momento em que falava do seu casamento e logo a seguir falou do casamento de seus pais. Naquela sessão, ao perder o eixo associativo, o próprio marido disse-lhe que estavam falando sobre os seus “esquemas” e não dos pais dela. À medida que se tornou mais segura a respeito das transformações na própria identidade, ela começou a encaminhar vários projetos, denotando que podia conciliar mais adequadamente os papéis de mãe, filha, esposa e profissional.

Na segunda família atendida, o relacionamento da mãe (Andréa) com sua própria mãe (D. Lúcia) também foi profundamente realinhado durante a psicoterapia. Assim, constatou-se que a dependência inicialmente referida gradativamente cedeu espaço à busca de uma maior diferenciação por parte da nova mãe, o que ocorreu com grande sofrimento para ambas. Isso porque, neste caso, esse processo de individuação parecia representar a possibilidade de um grande rompimento. Pode-se pensar que essa fantasia de rompimento da nova mãe em alguns momentos foi reforçada por sua própria mãe, tendo em vista que o novo papel de avó também a colocava em um processo semelhante de reorganização psíquica e, portanto, de grande vulnerabilidade.

Essa constatação encontra apoio em um estudo recente que examinou a experiência de *tornar-se avó* e sua importância no processo de individuação (Dal Kipper & Lopes, 2006). Esse estudo consistiu na avaliação de onze avós maternas cujas filhas tiveram o seu primeiro filho. A entrevista realizada investigava aspectos pessoais da história de vida das avós, os seus sentimentos sobre o momento em que se tornaram avós, as mudanças experimentadas a partir do nascimento do neto, bem como a relação com a filha antes e depois dela ter o bebê. A partir dos resultados encontrados, as autoras sugeriram que o *tornar-se avó* possibilita que antigos conflitos sejam repensados, tornando possível a renovação de antigos vínculos e desejos. Com relação ao segundo caso aqui atendido, o nascimento da neta parece ter colocado a avó diante de uma

profunda reelaboração, considerando-se que nas vezes em que esteve presente nas sessões mostrou-se muito mobilizada em relação à história da sua maternidade. Nesse sentido, por vezes evidenciou dificuldade em separar a sua própria experiência de mãe daquela vivenciada pela sua filha, agora também mãe.

Durante a psicoterapia, as intervenções relacionadas a esse intenso movimento entre avó, mãe e bebê tiveram como principal objetivo auxiliar a mãe (Andréa) a encontrar um equilíbrio entre duas representações aparentemente ambivalentes a respeito de sua própria mãe: a de que era generosa e apoiadora, mas, ao mesmo tempo, se mostrava controladora e intrusiva. Nesse sentido, as intervenções realizadas tiveram como objetivo promover um suporte para a mãe diante da difícil tarefa de conciliar em seu mundo interno os aspectos positivos e negativos do seu modelo de maternagem. No final da psicoterapia, as suas falas indicaram que ela estava conseguindo fazer esse movimento sem que se sentisse tão desestruturada, uma vez que havia conseguido “discutir” com sua própria mãe alguns pontos de vista e, ainda assim, continuar contando com o seu apoio, que lhe era imprescindível.

A questão do “suporte” acima mencionada permite que se discuta um ponto fundamental da técnica da psicoterapia breve pais-bebê: a concepção de que o trabalho psicoterápico deve priorizar a manutenção da aliança terapêutica e de uma transferência positiva (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997). Para os autores, a maternidade coloca a mãe diante de uma situação única em sua vida. Assim, a sua busca por figuras de apoio está associada tanto à necessidade de proteção física e emocional para que possa cuidar do seu bebê como ao desejo de que essas figuras lhe ajudem a se contruir como mãe. Nesse sentido, a transferência dirigida ao terapeuta pode ter o caráter dessa busca de uma figura apoiadora, motivo pelo qual a interpretação da transferência negativa seria inadequada. De acordo com Cramer e Palacio-Espasa (1993), o período que envolve o nascimento de um filho é tão particular, que as transferências negativas da mãe no contexto da psicoterapia breve pais-bebê dirigem-se mais ao próprio bebê e às figuras que lhe cercam nesse momento de sua vida do que propriamente ao terapeuta.

Em relação às situações analisadas na primeira família, pode-se pensar que as falas da mãe (Paula) não apontaram para o desenvolvimento de uma transferência negativa comigo, mesmo nas vezes em que esteve mais deprimida. Assim, verificou-se que em vários momentos falou a respeito da importância que a psicoterapia estava adquirindo na sua vida (dados os reflexos na dinâmica conjugal), mesmo em se

considerando a brevidade do tratamento. Na última sessão, por exemplo, mencionou que o seu bebê “*gostava*” de mim.

Processo semelhante ocorreu com a segunda família atendida, no sentido de que as falas da mãe (Andréa) também sugeriram o estabelecimento de uma aliança terapêutica e de uma transferência positiva, como quando buscou em mim o apoio para a tomada da decisão sobre colocar o bebê na creche. O mesmo pode se dizer a respeito do seu sorriso quando da minha preocupação em relação à sua saúde, e também da maneira como se despediu na última sessão. Esses momentos interativos permitiram constatar que um bom vínculo havia se formado. Porém, parece que o movimento psíquico que esta mãe fazia em relação às suas representações sobre a sua própria mãe (tentando conciliar aspectos bons e ruins) em alguns momentos era feito também em relação a mim, sua terapeuta. Nesse sentido, poderia se pensar que a sua dificuldade em aderir ao tratamento, uma vez que várias sessões foram desmarcadas, poderia estar relacionada com sua ansiedade em relação ao que eu representava para ela, quiçá vista também como apoiadora em algumas situações, mas não em outras.

Como exemplo de uma situação que permitiu tal inferência, destaca-se a sua irritação quando questionada por mim se teria outro recurso para lidar com as vontades da filha, que não fosse a punição. Note-se que de maneira alguma esse movimento transferencial foi interpretado. Ao contrário, buscou-se assinalar as alternativas positivas que ela estava encontrando para lidar com aquela dificuldade. Como já foi abordado anteriormente, foram verificadas importantes modificações nas representações desta mãe (Andréa) sobre si mesma, sobre sua própria mãe e sobre a filha. Contudo, no final do tratamento constatou-se que seria muito importante que continuasse sendo acompanhada. O seu encaminhamento aponta para uma reflexão acerca dos fatores de mudança e das limitações da psicoterapia breve pais-bebê. De acordo com Cramer e Palacio-Espasa (1993), essa psicoterapia não pode ser considerada a “panacéia” nos distúrbios do pós-parto. Para os autores, o critério mais importante para a indicação ou não de um tratamento individual ao final da terapia conjunta pais-bebê refere-se à natureza da transferência materna em relação ao terapeuta. Conforme destacaram, em algumas situações verifica-se que ela se torna ruidosa e sintomática, colocando-se, portanto, a serviço da resistência. Nesses casos, indica-se a realização de uma psicoterapia convencional.

A indicação para a realização de outra psicoterapia dá-se também quando se verifica que a mãe apresenta dificuldades para elaborar mentalmente o que é reintrojado

no seu espaço psíquico depois da redução das projeções sobre o filho (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Essa reintrojeção só seria possível quando a mãe possui boas capacidades de elaboração: ao diminuir as projeções sobre a criança, a mãe se depara com uma nova representação de si mesma e do bebê, o que implica em um movimento de reintrojeção, de “descoberta”. Nesse sentido, nos casos positivos, essa reintrojeção possibilitaria a retomada das trocas gratificantes (e não persecutórias) entre a mãe e o bebê. No caso da segunda família, considerou-se em supervisão que a mãe (Andréa) provavelmente se beneficiaria com a realização de um tratamento individual, uma vez que teria a oportunidade de examinar uma série de questões referentes às mudanças que enfrentaria a partir de então, como, por exemplo, a possibilidade de uma separação.

Assim como a transferência, o trabalho psicoterápico realizado apoiou a concepção de que a contratransferência assume um contorno muito peculiar e importante na psicoterapia breve pais-bebê (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Nos casos atendidos, o meu sentimento inicial em relação às mães colocou-se como um instrumento fundamental para a compreensão do foco e da dinâmica de suas psicoterapias. Cabe aqui destacar que o grupo de supervisão teve um papel central na decodificação desses sentimentos.

No caso da primeira família atendida, destacou-se no encontro inicial o meu incômodo frente às mudanças na sala da psicoterapia levadas a cabo pela mãe (Paula). Conforme foi descrito anteriormente, a forma como se acomodou na sala para que pudesse ficar com a filha em seu colo tornou necessária uma alteração na organização do esquema de filmagem que era usualmente utilizado. Assim, senti a necessidade de uma adaptação frente a toda aquela reorganização, a qual descrevi como “rápida e inusitada”. É interessante pensar que aquele sentimento acabou por traduzir de uma maneira muito especial o processo de desorganização e busca de reorganização que aquela mãe estava vivendo, sem poder, inicialmente, se separar de seu bebê.

No que se refere à segunda família atendida, destacou-se o meu estranhamento inicial em relação à tonalidade da pele da mãe (Andréa), bem como à postura do pai e aos olhos pouco expressivos da filha. De imediato, uma preocupação com o funcionamento familiar foi levada à supervisão de grupo, ainda que eu não entendesse exatamente o que aquelas impressões sugeriam. O sentimento de estar diante de uma mãe “sem cor” gradativamente foi sendo traduzido como a dor e a apatia daquela mãe que se exteriorizavam em seu corpo. Mais do que isso, arrisco-me a sugerir que aquela impressão inicial poderia ter uma importante relação com o câncer que seria revelado alguns meses depois. Para Araújo e Ferreira (2006), o maior desafio para o terapeuta ao

atender uma família consiste em estabelecer empatia e identificação com os elementos mais agressivos e destrutivos da integração familiar. Assim, as autoras consideram fundamental que o terapeuta possa reconhecer as suas reações contratransferenciais aos padrões de interação familiar, uma vez que esse conhecimento possibilitaria a compreensão das relações de cada membro da família com o sistema interacional.

Como foi visto, essa análise conjunta permitiu a identificação de semelhanças e particularidades nos processos psicoterápicos de cada uma das duas famílias atendidas no presente estudo. Em relação aos resultados encontrados ao final do tratamento, chama a atenção o fato de que no caso da primeira família algumas mudanças no mundo representacional da mãe (Paula) foram verificadas rapidamente e apontaram para uma importante superação dos conflitos antes mencionados. Já no caso da segunda família atendida (Andréa), a psicoterapia teve o dobro de sessões e ocorreu em um ritmo bastante lento. Essas particularidades apontam para o fato de que as mães contavam com estruturas familiares e recursos pessoais bastante distintos, o que pode ter contribuído para as diferenças encontradas ao longo dos dois processos psicoterápicos.

Porém, apesar dessas diferenças, parece importante destacar que na avaliação realizada cerca de um mês após o final da psicoterapia verificou-se, em ambas as mães, uma importante redução nos escores da escala utilizada para avaliar a depressão materna. A entrevista diagnóstica realizada nesse período também apontou para uma melhora em relação aos sintomas descritos no período que antecedeu o atendimento. Esses resultados apóiam algumas pesquisas desenvolvidas com o intuito de avaliar os efeitos da psicoterapia breve pais-bebê para o estado afetivo da mãe, as quais também encontraram uma importante redução nos sintomas de depressão ao final do tratamento (Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Murray, Cooper, Wilson & Romaniuk, 2003). Além disso, apóiam em parte os estudos descritos por Cramer (1997) e Cramer et al. (1990), os quais encontraram uma melhora significativa no estado subjetivo e na auto-estima das mães no final da psicoterapia breve pais-bebê, embora não tenham verificado uma remissão completa da depressão.

Em última instância, a análise dos dois processos psicoterápicos relatados no presente estudo remete fundamentalmente à constatação de que os discursos de ambas as mães estiveram voltados para os mesmos temas: as suas preocupações com o bebê, com o apoio de seus familiares e com a necessidade de conciliar antigos e novos papéis. Assim, verificou-se nas falas das duas mães um importante movimento de reorganização mental,

o qual corrobora a literatura a respeito da constelação da maternidade que envolve a mãe após o nascimento de um filho (Stern, 1997).

Nesse sentido, é plausível pensar que o modelo de entendimento das vicissitudes da maternidade proposto por Stern (1997) é de grande valia para a compreensão das interações iniciais entre mãe e bebê e das mudanças que se operam nas demais instâncias da vida da mulher nesse período. Porém, mais do que isso, os resultados do presente estudo sugerem que a escolha dos quatro temas da constelação da maternidade como eixos interpretativos para o exame das mudanças ocorridas ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê pode ser bastante útil nos estudos de avaliação de processo psicoterápico. Apesar da vasta literatura acerca da maternidade, poucos estudos trabalharam longitudinalmente o processo de construir-se como mãe, particularmente ao longo de uma psicoterapia.

Conforme foi mencionado anteriormente, este estudo não teve como objetivo a realização de uma pesquisa de avaliação de resultados da psicoterapia breve pais-bebê. Nesse sentido, limitou-se ao exame de alguns aspectos do processo psicoterápico em apenas duas famílias. Contudo, entende-se que esta análise pormenorizada pode contribuir para uma profunda reflexão a respeito da teoria e da técnica da psicoterapia breve pais-bebê como uma efetiva intervenção no contexto da depressão materna. Além disso, espera-se que esse estudo estimule a realização de novas pesquisas sobre a psicoterapia breve pais-bebê, as quais possam contar com um número maior de participantes e também com grupos de comparação, seja em relação à presença ou não de depressão, ou mesmo em relação a outras abordagens.

Na mesma direção, estudos futuros poderiam também examinar outros fatores não contemplados na presente investigação. Dentre eles, destaca-se a possibilidade de se examinar as vicissitudes de uma eventual “constelação da paternidade”, considerando-se que a participação dos pais nas sessões de psicoterapia apontou para a existência de um mundo representacional também muito rico e particular a ser explorado.

Um outro ponto que poderia ser ampliado em novos estudos que também utilizassem abordagens longitudinais seria a verificação dos benefícios da psicoterapia breve pais-bebê em momentos posteriores do ciclo familiar. Como foi abordado anteriormente, a literatura revela algumas inconsistências em relação à extensão a longo prazo das melhoras encontradas em situações de depressão materna. Contudo, é preciso considerar que famílias com crianças podem precisar de auxílio psicológico em diferentes momentos do seu desenvolvimento, em função de eventuais dificuldades que ocorram,

especialmente nos diversos momentos de transições pelos quais passarão. Assim, dificuldades futuras não representariam necessariamente o fracasso de um tratamento anteriormente realizado, mas, sim, a abertura de uma nova “janela clínica” (Stern, 1997).

Enfim, diante das evidências das repercussões da depressão materna para a interação familiar e as delicadas transformações inerentes ao processo de construção da maternidade, é muito importante que os psicoterapeutas e os demais profissionais da área da saúde atentem cada vez mais para a necessidade de se intervir precocemente nessas situações. Nesse sentido, a pesquisa sobre os processos e resultados das psicoterapias torna-se imprescindível para o planejamento de estratégias de prevenção e intervenções voltadas à saúde pública. É fundamental que as investigações a respeito das diversas abordagens para as dificuldades do pós-parto e primeiros anos de vida do bebê sejam ampliadas, particularmente aquelas que se propõem a intervir de maneira breve e pontual, como é o caso da psicoterapia breve pais-bebê.

Para finalizar, torna-se importante ressaltar que o presente estudo buscou proporcionar aos participantes uma escuta sensível, respeitosa e digna da riqueza de suas histórias de vida. Ao final dessa caminhada, uma delicada descoberta: para escutar uma família com bebê é preciso permitir-se ao encontro. É preciso querer ler o gesto, oferecer-se como parceiro na construção dos sentidos. É preciso ouvir aonde talvez ainda não exista o verbo. É preciso encontrar-se com a mãe, o pai e o bebê que cada um carrega em si. É preciso, portanto, simplesmente *estar-com*.

REFERÊNCIAS

- Alvarado, M., Vera, C., Monardes, J., Rojas, M. Olea, E., & Neves, E. (1993). El Inventário de Depression de Beck en los cuadros depressivos del embarazo y del postparto. *Revista de Psiquiatria*, 2, 4-13.
- Anderson, V., Fleming, A., & Steiner, R. (1994). Mood and the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12 (2), 69-77.
- Andolfi, M. (1984). *Por trás da máscara familiar: um enfoque em terapia familiar*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Appleby L., Warner, R., Whitton, A., & Faragher, B. (1998). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 314, 932-936.
- Araújo, M.S., & Ferreira, M.H.M. (2006). Contratransferência no atendimento de pais, casais e famílias. In: J. Zaslavsky, & M.J.P. dos Santos (Eds.). *Contratransferência: teoria e prática clínica* (pp. 186-192). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Araújo, M.S. & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das autais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (1), 33-52.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, C.T., Reynolds, M.A., & Rutowsky, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 21 (4), 287-293.
- Bellak, L., & Small, L. (1980). *Psicoterapia de emergência e psicoterapia breve* (J.A. Cunha, trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Bettes, B.A. (1988). Maternal depression and motherese: Temporal and intonational features. *Child Development*, 59, 1089-1096.
- Bion, W. (1994). Uma Teoria sobre o Pensar. In: *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp. 127-137). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1962)
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes. (Original published in 1969)
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura-aplicações clínicas da teoria do apego*. (S.M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1989)
- Braier, E. A. (1997). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1987). O bebê: parceiro na interação. In: T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schäppi, & M.A. Soulé. *A dinâmica do bebê* (pp. 9-23). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Breznitz, Z., & Friedman, S.L. (1988). Toddler's concentration: Does maternal depression make a difference? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29 (3), 267-279.
- Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Brown, S., Lumley, J., Small, R. & Astbury, J. (1994). *Missing voices: The experience of motherhood*. New York: Oxford University Press.
- Calil, H.M., & Pires, M.L.N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação da depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (1), 240-244.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- Caplan, H.L., Cogill, S.R., Alexandra, H., Robson, K.M., Katz, R., & Kumar, R. (1989). Maternal depression and the emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry*, 154, 818-822.
- Carnes, J.W. (1983). Psychosocial disturbances during and after pregnancy: Helping the patient cope with prenatal stress and postpartum blues. *Postgraduate Medicine*, 73 (1), 135-145.
- Caron, N. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. Em: Caron, N. *A relação pais-bebê: da observação à clínica*. (pp. 119-134). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Cohn, J.F., Campbell, S.B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806.

- Cooper, P.J., & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 191-195.
- Cooper, P.J., & Murray, L. (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: L. Murray, & P. Cooper (Eds). *Postpartum depression and child development* (pp. 201-220). New York: Guilford.
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 412-419.
- Cox, J.L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 27-31.
- Cramer, B.G. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health Journal*, *14*, 283-297.
- Cramer, B.G. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In: L. Murray & P.J. Cooper (Eds), *Postpartum depression and child development* (pp.237-261). New York, NY: The Guilford Press.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D.N, Serpa-Rusconi, S., Muralt, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J.P., Knauer, D., Berney, C., & D'arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, *11*(3), 278-300.
- Cummings, M.E., & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*, 73-112.
- Cunha, J.A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A., Prieb, R.G.G., Goulart, P.M., & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico*, *27* (1), 107-115.
- Cutrona, C., & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, *57*, 1507-1518.
- Dal Ri Kipper, C. & Lopes, R.S. (2006). O tornar-se avó no processo de individuação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *22* (1), 29-34.

- Deal, L.W., & Holt, V. L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health, 88* (2), 266-269.
- Del Porto, J.A. (1999). Depressão: conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*, 6-11.
- Dodge, K.A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology, 26*, 3-6.
- Dolto, F. (2002). *Tudo é linguagem*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Downey, G., & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 108*, 50-76.
- Dractu, L. (1997). Transtornos psiquiátricos do puerpério e a escala de Edinburgh para depressão puerperal. *Revista Brasileira de Medicina, 8* (5), 255-261.
- DSM-IV (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Eizirik, C.L., Wilhelms, F.M., Padilha, R.T.L., & Gauer, R.H. (1998). Psicoterapia breve dinâmica. In: A.V. Cordioli (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 145-152). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Feldman, R. (2000). Parent's convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal, 21*, 176-191.
- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 7*, 527-532.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 18*, 1-13.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine, 27*, 200-203.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology, 26* (1), 7-14.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E.A., & Kunh, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non-depressed adults. *Child Development, 59*, 1569-1579.

- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology, 21*, 1152-1156.
- Fowles, E. (1996). Relationships among prenatal attachment, presence of postnatal depressive symptoms and maternal role attainment. *Journal of the Society of Pediatric Nurses, 1* (2), 75-82.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1994). Fantasmas no quarto do bebê: uma abordagem psicanalítica dos problemas que entravam a relação mãe-bebê. *Publicação CEAPIA, 7*, 12-34.
- Frizzo, G.B., & Piccinini, C.A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, 10*, 47-55.
- Gianlupi, A.G. (2003). *Tornar-se mãe: a constituição da maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Unpublished doctoral dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- GIDEP/NUDIF (1998). *Ficha de Contato Inicial*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003a). *Consentimento Livre e Esclarecido*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista Diagnóstica*. Instituto de Psicologia - Ufrgs, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003c). *Entrevista sobre a Gestação e o Parto*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003d). *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003e). *Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Instrumento não publicado.
- Goldsmith, D.F., & Rogoff, B. (1997). Mother's and toddler's coordinated joint focus of attention: Variations with maternal dysphoric symptoms. *Developmental Psychology, 33*, 113-119.

- Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E., & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development, 64*, 515-531.
- Goodman, S.H., & Brumley, E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology, 26*, 31-39.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25* (5), 245-250.
- Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Hart, S., Field, T., Del Valle, C., & Pickens, J. (1998). Depressed mother's interactions with their one-year-old infants. *Infant Behavior and Development, 21*, 519-525.
- Hart, S., Jones, N.A., Field, T., & Lundy, B. (1999). One-year-old infants of intrusive and withdraw depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development, 30* (2), 111-120.
- Hartke, R. (1989). Psicoterapia de orientação analítica – resumo histórico de contribuições importantes. In: C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky, (Ed.). *Psicoterapia de Orientação Analítica* (pp. 22-48). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Hay, D.F., & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects of mother's postnatal depression on children's intelligence: A critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human Development, 25* (3), 165-181.
- Hock, E., & DeMeis, D. (1990). Depression in mothers of infants: The role of maternal employment. *Developmental Psychology, 26*, 285-291.
- Hopkins, J., Campbell, S.B., & Marcus, M. (1987). Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 237-241.
- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S.B. (1984). Postpartum depression: A Critical review. *Psychological Bulletin, 95*, 498-515.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Del Valle, R., & Pickens, J. (1994). Infants of depressed mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal, 15* (4), 348-357.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Kumar, R., & Robson, K. (1984). A prospective study of emotional disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry, 144*, 35-47.

- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo: Estudo psicanalítico e psicossomático*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Laplanche, J.B., & Pontalis, I. (1992). *Vocabulário de psicanálise* (P. Tamen, Trans.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Lawson, R., Parrinello, R., & Ruff, H. (1992). Maternal behavior and infant attention. *Infant Behavior and Development, 15*, 209-229.
- Leadbeater, B.J., Bishop, S., & Raver, C.C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology, 32* (2), 280-288.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Lieberman, A.F., & Pawl, J.H. (1993). Infant-parent psychoterapy. In: Zeanah, C. (ed.). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford, p. 427-442.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal behavior and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 20*, 561-592.
- Mahler, M. (1993). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1975)
- Maldonado, M.T. (1990). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica, 1* (11), 85-94.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- McDonough, S. (1993). Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbance. In: C. Zeanah (Ed.). *Handbook of infant mental health* (pp. 414-426). New York: Guilford.
- Mebert, C.J. (1991). Dimensions of subjectivity in parent's ratings of infant temperament. *Child Development, 62*, 352-361.
- Milgron, J. & McCloud, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine, 12* (3), 177-186.

- Murray, L., Cooper, P.J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 420-427.
- Murray, D., Cox, J., Chapman, G., & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry*, *166*, 595-600.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, *67*, 2512-2526.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F., & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *38*, 109-119.
- Nachmias, C., & Nachmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnolds.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J., & Zekoski, E.M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 158-171.
- O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L. & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, *57* (11), 1039-1045.
- Oliveira, I.T. (1999). Psicoterapia psicodinâmica breve: Dos precursores aos modelos atuais. *Psicologia: teoria e prática*, *1* (2), 9-19.
- Panzarine, S., Slater, E., & Sharps, P. (1995). Coping, social support and depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*, *17* (2), 113-119.
- Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A., & Clasky, S. (1994). Infants of depressed mothers show less depressed behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal*, *15* (4), 358-367.
- Pfost, K.S., Stevens, M.J., & Lum, C.U. (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression and stress to postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, *46* (5), 588-592.

- Piccinini, C.A., Lopes, R.C.S., Prado, L.C., Gomes, A.G., Alfaya, C.A.S, Schwengber, D.D.S., Frizzo, G., Sotto-Mayor, I.M.B., Prochnow, L.P., Silva, M.R., & Coldbella, N. (2004). *O impacto da psicoterapia breve pais-bebê para a depressão materna e para a interação pais-bebê: estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil: Projeto de pesquisa não publicado.
- Pickens, J., & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 29, 986-988.
- Pinto, E.B. (2000). Psicoterapia breve mãe-bebê. In: C.F. Rockenkohl (Ed.). *A clínica com o bebê* (pp. 125-130). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Prado, L.C. (1996a). Pontes entre concepções psicanalíticas e sistêmicas. In: L.C. Prado (Ed.). *Famílias e terapeutas*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Prado, L.C. (1996b). O bebê inaugura a família: a terapia pais-bebê. In: L.C. Prado (Ed.). *Famílias e terapeutas* (pp.97-130). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Radke-Yarrow, M., McCann, K., DeMulder, E., Belmont, B., Martinez, P., & Richardson, D. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology*, 7, 247-265.
- Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Belmont, B., & Welsh, J.D. (1993). Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 683-695.
- Rapoport, A., & Piccinini, C.A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 85-96.
- Reading, R., & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.J., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: Psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.
- Rutter (1990). Commentary: some focus and process considerations regarding the effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*, 26, 60-67.
- Schwengber, D.D.S., Alfaya, C., Lopes, R.C.S., & Piccinini, C.A. (2003). A orientação interacional como alternativa de intervenção precoce pais-bebê no contexto da depressão materna: Algumas reflexões iniciais. *Psico*, 34 (2), 297-316.
- Schwengber, D.D.S., & Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 403-411.

- Schwengber, D.D.S., & Piccinini, C.A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 233-240.
- Schwengber, D.D.S., & Piccinini, C.A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia-Natal*, 22, 143-156.
- Seiner, S.H., & Gelfand, D.M. (1995). Effects of mother's simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions. *Child Development*, 66, 1519-1528.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.
- Sotto-Mayor, I.M.B. (2004). *A qualidade do relacionamento conjugal no contexto da depressão materna*. Unpublished doctoral dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Souza, C.A.C., Burtet, C.M., & Busnello, E.A.D. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 17 (1), 38-47.
- Spitz, R. A. (1983). *O primeiro ano de vida*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes. (Original work published in 1965)
- Stake, R.E. (1994). *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage.
- Stainton, M.C. (1985). The fetus: a growing member of the family. *Family Relations*, 34, 321-326.
- Stern, D.N. (1992). *O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. conteúdo* (M.A.V. Veronese & R.E... Starosta, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Stern, D.N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tamis-LeMonda, C., & Bornstein, M. (1989). Habituation and maternal encouragement of attention in infancy as predictors of toddler language, play and representational competence. *Child Development*, 60, 738-751.
- Trad, P. (1997). *Psicoterapia breve pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1967). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Paidós.

- Winnicott, D.W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original work published in 1956)
- Whiffen, V.E., & Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274-279.
- Youngs, D.D., & Lucas, M.J. (1980). Postpartum depression: hormonal versus alternative perspectives. In: D.D. Youngs et al. (Eds.). *Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. New York: Appleton Century Crofts, p. 29-38.
- Yoshida, E. (2004). Evolução das psicoterapias breves psicodinâmicas. In: E. Yoshida, & M. Enéas. *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais* (pp. 13-36). Alínea.

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando um estudo com a finalidade de investigar os efeitos de uma psicoterapia breve realizada com mães deprimidas e o seu bebê, que visa facilitar o desenvolvimento da criança. Durante a realização deste projeto serão realizados dois estudos. O primeiro examinará a qualidade da interação mãe-pai-bebê em famílias cujas mães apresentam ou não depressão pós-parto. O segundo estudo tem como objetivo examinar o impacto de uma intervenção psicodinâmica breve mãe-bebê nas representações maternas e na interação pai-bebê e mãe-bebê. Serão realizadas entrevistas individuais com as mães e os pais, observações das mães e pais com seus bebês, observação da psicoterapia realizada com as mães e seus bebês, bem como o acompanhamento do desenvolvimento do bebê. As observações, a psicoterapia e o acompanhamento do desenvolvimento do bebê serão gravadas em videoteipe.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a interação mãe-pai-bebê e a melhor forma de facilitar o desenvolvimento da criança.

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

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

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

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

Data ___/___/___ .

Participante do Projeto

Pesquisador Responsável

ANEXO B



Prefeitura de Porto Alegre
ADMINISTRAÇÃO POPULAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

1953 2003
anos



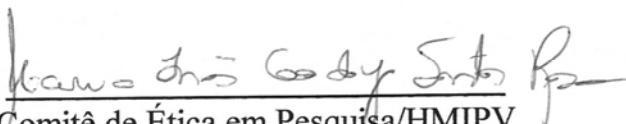
Porto Alegre, 02 de abril de 2003.

Ilmo (a) Sr. (a)

Daniela Delias de Souza Schwengber

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado "**O impacto da Psicoterapia para a depressão pós-parto e para a interação Pais-Bebê: estudo longitudinal do sexto ao décimo oitavo mês de vida do Bebê.**" do(a) pesquisador(a) **Daniela Delias de Souza Schwengber e outros** protocolado neste CEP sob n.º **05/03**, foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, em 02/04/2003, estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos - (Resolução 196/96) - do Conselho Nacional de Saúde. Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.

Atenciosamente,


Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PROPEQ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

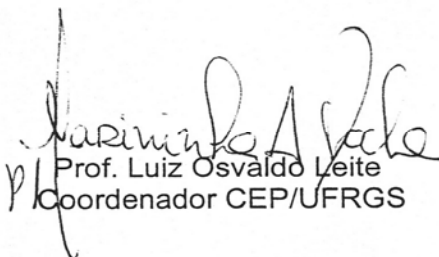
Número:200396

Título do projeto: O impacto da psicoterapia para a depressão pós-parto e para a interação pais-bebê: estudo longitudinal do 6º ao 18º mês de vida

Investigador(es) principal(ais): César Augusto Piccinini(Orientador)/Cristiane Alfaya(Doutoranda),Daniela Schwemgber(Doutoranda),Giana Frizzo(Mestranda) e Iara Sotto Mayor(Mestranda)

O mesmo foi aprovado na reunião 17, ata nº 38 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 15 de maio de 2003.


Prof. Luiz Osvaldo Leite
Coordenador CEP/UFRGS

GHC	GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. - CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Train, 596 - F.341-1300 - Porto Alegre - RS - CEP: 91350-200
	HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)
	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. - CNPJ 92.787.126/0001-76 - Rua Domingos Rubbo, 20 - F.361-3366 - Porto Alegre - RS - CEP: 91040-000
HOSPITAL FEMINA S.A. - CNPJ 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardeiros, 17 - F.311-9898 - Porto Alegre - RS - CEP: 91430-001	
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEP - GHC
RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 15 de janeiro de 2004.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS, em reunião ordinária em 14/01/2004 analisou o projeto de pesquisa:

Nº 088/03

Título Projeto: O impacto da psicoterapia para a depressão pós-parto e para a interação pais-bebê: estudo longitudinal do sexto ao décimo oitavo mês de vida do bebê.

Pesquisador(es): Cesar Augusto Piccinini

PARECER:

Documentação: Aprovada

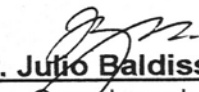
Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área temática: Projeto pertencente ao Grupo III – Área Temática: Ciências Humanas (Psicologia – 7.07).

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Dr. Julio Baldisserotto
 Coordenador
 Comitê de Ética do GHC

OK
 Jan

ANEXO C**FICHA DE CONTATO INICIAL****(GIDEP/NUDIF, 1998)**

Nome da mãe:

Data de nascimento da mãe:

Escolaridade:

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

Nome do bebê:

Sexo do bebê: ()menina ()menino

Idade do bebê:

Data de nascimento do bebê:

É teu primeiro bebê?

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

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

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

Há quanto tempo vocês vivem juntos?_____

Nome do pai do bebê:_____

Ocupação:

Idade/data de nascimento:

Ele tem outros filhos? ()sim ()não

Qual o bairro que tu moras?

Endereço:

Telefone:

Data da entrevista:

ANEXO D

INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO - BDI

Instruções para o entrevistador sobre o que deve ser dito para a mãe:

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

1

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

2

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

3

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

4

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

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

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

12

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

13

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

14

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

15

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

16

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

17

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

18

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

19

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

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

20

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

21

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

ANEXO E

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA MATERNA

(GIDEP/NUDIF, 2003c)

(Segundo Semestre de Vida do Bebê)

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

1 - Como foi a tua gestação?

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

2 - Como tu tens te sentido como mãe pela primeira vez?

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

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

- *(Em caso afirmativo:)* Quem é essa pessoa? Tu estás satisfeita com essa ajuda?
- E o teu marido, tem te ajudado? *(Se sim, ou não:)* Como tu te sentes com isto?

4 - Tu trabalhas fora?

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

5 - Como está o teu relacionamento com a tua família/amigos/colegas? *(Examinar cada um)*

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

6 - Como tu estás te sentido atualmente?

- Tens te sentido cansada ou com falta de energia? *Se sim:* Quando começou? O que te levou a isso?
- Como está o teu sono? *(Se há problemas:)* Quando começou? O que te levou a isso?
- Como está o teu apetite? *(Se há problemas:)* Quando começou? O que te levou a isso?
- Nesse momento tu tens tido algum problema como engordar ou emagrecer demais?
- Tu tens te sentido preocupada com teu corpo? Quando começou? O que te levou a isso?
- Como está a tua vida sexual? Tu estás satisfeita com a tua vida sexual?
- *(Se há problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? Como tu te sentes?

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

- Tiveste algum problema emocional *(dos nervos)* depois que o bebê nasceu? E antes disto? Qual?
- *(Em caso afirmativo:)* Tu procurou ajuda de alguém? O que fez? Como foi? Como tu te sentiste?
- Já fizeste algum tratamento para problemas emocionais *(dos nervos)*?
- Tomaste alguma medicação para isto? Qual? Duração?
- Na tua família há alguém com problemas emocionais *(dos nervos)*? Quem? O que ele(a) tem? *(Mais alguém?)*
- Tu tens sentido vontade de chorar? *(Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Por quê? Quando começou?
- Tu tens te sentido culpada por alguma coisa? *(Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou?
- Tem acontecido de tu te sentir inútil? *(Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou?
- Tu já tiveste vontade de morrer? *(Em caso afirmativo:)* Em que momentos? E agora? Isto tem se repetido?
- Tu tens te sentido preocupada ou ansiosa? *(Em caso afirmativo:)* Em que momentos? Quando começou?

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

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

ANEXO F

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO

(GIDEP/NUDIF, 2003d)

(Segundo Semestre de Vida do Bebê)

I. Eu gostaria que tu me falasses sobre a tua gravidez.

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

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

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

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

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

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

ANEXO G

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP/NUDIF, 2003e)

(Segundo semestre de Vida do Bebê)

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Como é o jeito dele lidar com o bebê?
2. Como tu achas que ele está sendo como pai? Era como tu imaginavas?
3. Ele te ajuda nos cuidados com o bebê? Como te sentes com isso?

Em caso afirmativo: Como te sentes quando ele cuida do bebê? O que mais te agrada nessa ajuda?

E o que te incomoda?

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

Em caso afirmativo: Como tu te sentes ao pedir essa ajuda?

5. Como imaginas que ele te vê como mãe?

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

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

1. Quem costuma te ajudar? Como é a ajuda dessa pessoa? No que ela te ajuda?
Quantas horas esta pessoa fica com o bebê?

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

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

4. Tu te sentes apoiada por essa pessoa?

5. O que mais te agrada nessa ajuda? Alguma coisa te incomoda?

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

7. Tem alguém que atrapalha o teu relacionamento com o bebê?

Em caso afirmativo: Quem? O que essa pessoa faz que te desagrada?

V. O bebê foi para a creche?

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

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

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

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

4. Por que vocês escolheram colocar na creche?

(Caso o bebê não tenha ido à creche) Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?

5. Quando? Por que escolheram colocar na creche?

6. Como tu achas que ele vai reagir?

7. Como tu achas que tu vais te sentir?

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

ANEXO H

ENTREVISTA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

(GIDEP/NUDIF, 2003f)

(Segundo Semestre de Vida do Bebê)

1. Eu gostaria que tu me falasses sobre o bebê nestes primeiros seis meses:

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

- Como está o desenvolvimento/crescimento do bebê?
- O que ele é capaz de fazer que te chama a atenção?
- Ele apresentou algum problema de saúde neste período? Qual foi? Ex: cólicas, dores de ouvido, garganta, gripes, problema digestivo, alergias ou problemas de pele, problemas respiratórios. Quando isso aconteceu? E o que mais ocorreu?
- Que tipo de remédio ele já precisou tomar? Por qual motivo? Quanto tempo?
- Já esteve hospitalizado? Por qual motivo? Quanto tempo?
- Já sofreu algum acidente?
- Como tu te sentiste quando ele precisou desses cuidados?

2. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre a alimentação do bebê:

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

- Como está a alimentação do bebê? O bebê mama no peito ou usa mamadeira?
- Ele tem horários regulares para comer? Desde quando?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Com que idade o bebê foi desmamado? Qual foi o motivo do desmame? Como ele reagiu? Como tu te sentistes?
- Ele já come alimentos sólidos? Como reagiu aos primeiros alimentos sólidos?
- Como é o comportamento dele durante a alimentação? Ex: alimenta-se tranquilamente, pára para olhar o ambiente, agita-se.
- Como te sentes em relação aos comportamentos dele durante a alimentação?

3. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre o sono do bebê:

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

- Como está o sono do bebê? Onde ele dorme? Com quem ele dorme?
- Como é o comportamento dele durante o sono? Ex: dorme tranquilamente, acorda durante o sono, agita-se.
- Ele tem horários regulares para dormir? Desde quando?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- No período de 24hs, quanto tempo ele fica acordado e quanto tempo ele dorme?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele durante o sono?

4. E quando ele está acordado, como é que ele fica?

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

- O que ele costuma fazer quando está acordado?
- Onde ele fica? Ex: carrinho, berço. Em que posição? Ex: sentado, deitado. Por quanto tempo?
- O teu bebê usa chupeta, paninho ou algum outro objeto ao longo do dia? E para dormir?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele quando acordado?

5. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre o choro do bebê?

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

- Como é o choro do bebê? Ele chora com frequência? Em que momentos ele chora?
- Quem o acalma? O que é feito para acalmá-lo? Como tu te sentes quando o bebê chora?
- Quando ele chora qual é a intensidade do choro dele? Ex: forte, médio, fraco.
- Tu percebes diferentes tipos de choro do bebê? Tu poderias me dar alguns exemplos?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos de choro

6. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre a troca de fraldas e de roupa do bebê:

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

- Com que frequência ele é trocado de fraldas?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Como ele reage à troca de fraldas? Ex: aceita tranquilamente ou agita-se, evitando a troca.
- O que ele costuma fazer durante a troca de fraldas?
- O bebê tem horários para fazer cocô? E para fazer xixi? Quantas vezes ao dia ele faz cocô? E xixi?
- Com que frequência ele é trocado de roupa?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Como ele reage à troca de roupas? Ex: aceita tranquilamente ou agita-se, evitando a troca.
- O que ele costuma fazer durante a troca de roupas?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele durante a troca de fraldas e roupas?

7. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre o banho do bebê:

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

- Como é o banho do bebê? O que ele costuma fazer durante o banho? Quem dá o banho?
- Com que frequência ele toma banho?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Como ele reage ao banho? Ex: aceita tranquilamente ou agita-se, evitando ser banhado.
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele durante o banho?

8. Como é a reação inicial do bebê diante de:

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

- Novos alimentos? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Novos brinquedos? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Pessoas estranhas (desconhecidas)? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Lugares estranhos (desconhecidos)? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Festas? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Mudanças na rotina de vida dele? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- De todas essas situações, existe alguma em que ele reage mais intensamente do que outra?
- E existe mais alguma situação que te lembres?

9. Como tu descreverias o humor do teu bebê ao longo do dia?

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

- Como é o humor do teu bebê? Ex: agradável, sociável, alegre, ou difícil de agradar, choroso.
- Como ele fica quando alguma coisa o desagrada? O que é necessário para ele se agradar?

10. Como tu descreverias a capacidade do teu bebê em prestar atenção nos brinquedos?

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

- Como é o teu bebê quando esta brincando?
- Ele presta atenção nos brinquedos e se concentra no que está brincando ou fazendo?
- Ele é persistente ao brincar com um novo objeto?
- *Em caso negativo:* O que tu achas que faz com que ele desiste de explorar mais o novo brinquedo ou objeto?
- Quando ele está brincando ou fazendo alguma coisa e ouve um barulho, ele modifica o comportamento ou isso não atrapalha o que ele estava fazendo?
- Tu consideras o teu bebê uma criança com um jeito de ser fácil, difícil ou tímido? Por quê? Me fale sobre isto?

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