

# Depressão Pós-Parto: Evidências a partir de dois Casos Clínicos

## *Postpartum Depression: evidence from two clinical cases*

Giana Bitencourt Frizzo<sup>\*,a</sup>, Luiz Carlos Prado<sup>b</sup>, Juan Luis Linares<sup>c,d</sup> & Cesar Augusto Piccinini<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, <sup>b</sup>Instituto da Família de Porto Alegre

<sup>c</sup>Universidad Autónoma de Barcelona &

<sup>d</sup>Escola de Terapia Familiar do Hospital de la Sant Creu i Sant Pau

### **Resumo**

O presente estudo examinou a conjugalidade em duas famílias em que a esposa apresentava depressão pós-parto, com base no Inventário Beck de Depressão e em uma entrevista diagnóstica. Os maridos não apresentavam depressão. Foi utilizado delineamento de estudo de casos para investigar como a conjugalidade era vivenciada nesse contexto. As entrevistas foram realizadas individualmente com ambos membros do casal, tendo sido gravadas e posteriormente transcritas. Os resultados revelaram que a conjugalidade estava sendo experienciadas com dificuldades em ambas as famílias, mas de maneira particular em cada caso, especialmente com relação à comunicação entre o casal e conseqüente estrutura da relação conjugal. Os resultados corroboraram a literatura, que associa a depressão com dificuldades na conjugalidade, mas indicam que há diferentes aspectos que podem ser afetados em cada família.

*Palavras-chave:* Depressão pós-parto; Conjugalidade; Relacionamento conjugal.

### **Abstract**

The present study investigated the conjugality in two families in which the wife had postpartum depression, according to the Beck Depression Inventory and a diagnostic interview. The husbands did not have depression. A case-study design was used in order to analyze how conjugality was being experienced in this context. The interviews were individually conducted with both members of the couple. They were audiotaped and transcribed. The results revealed that the conjugality was being experienced with difficulties in both families, but in a particular way in each case, especially regarding the communication between the couple and the structure of the matrimonial relationship. The results corroborated with the literature, which associates the depression with difficulties in the conjugality, but they indicate that there are different aspects that may be affected in each family.

*Keywords:* Postpartum depression; Conjugality; Marital relationship.

O objetivo do presente estudo foi compreender a conjugalidade em famílias cuja esposa apresentava depressão pós-parto. Existem muitos estudos que investigaram a maternidade nesse contexto (Field, 1995; Schwengber, 2007; Schwengber & Piccinini, 2005), mas poucos têm examinado a conjugalidade. De forma geral, os estudos que investigaram a conjugalidade nesse contexto (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Cummings, Keller, & Davies, 2005; Linares & Campo, 2000; Mayor, 2004; Prado, 1996; Trad, 1997), indicaram uma associação entre depressão e problemas conjugais. Há um certo consenso na literatura de que, independente de eventuais

quadros clínicos, existe um efeito de contaminação de problemas conjugais na parentalidade (Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini, & Bosa, 2005; Kitzmann, 2000; Minuchin 1974/1982), assim, a compreensão da conjugalidade nesse momento pode também ajudar num melhor exercício da parentalidade, em um momento quando as primeiras relações com o bebê estão se estabelecendo.

A depressão pós-parto é um diagnóstico relativamente recente na literatura (Nonacs & Cohen, 2005). No entanto, os autores têm sido consistentes em considerar seus aspectos relacionais, especialmente quanto a seu impacto na família. O puerpério é um momento especial do ciclo vital, quando grandes mudanças acontecem e por isso está sujeito a crises na reorganização dos novos papéis a serem desempenhados na família (Minuchin, 1974/1982). Por vezes, essas readaptações se tornam mais difíceis e podem aparecer associadas a um processo depressivo na mãe, que pode repercutir em toda família.

A depressão pós-parto tem sido descrita internacionalmente como um transtorno que afeta em torno de 10% das puérperas (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997). No entanto, estudos brasileiros têm apontado pre-

\* Endereço para correspondência: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 124, Porto Alegre, RS, Brasil, CEP 90035-003. E-mail: gifrizzo@terra.com.br

Artigo derivado da tese de doutorado da primeira autora (Frizzo, 2008), intitulada "Contribuições da psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto", sob orientação do professor Cesar Augusto Piccinini, supervisão clínica de Luiz Carlos Prado e supervisão durante doutorado sanduíche de Juan Luis Linares.

valências mais altas, entre 24% (Souza & Daure, 1999) e 37% (Cruz, Simões, & Faisal-Cury, 2005). No *Estudo longitudinal de Porto Alegre: Da gestação à escola*, que acompanhou 80 famílias de diversas configurações familiares e de diferentes níveis socioeconômicos em Porto Alegre, desde a gestação até a entrada na escola, a incidência de indicadores de depressão materna nas 47 mães avaliadas no final do primeiro ano de vida do bebê foi de 36% (Frizzo, Brys, Lopes, & Piccinini, 2008). Ainda que as amostras dos estudos acima não sejam representativas, e que tenham utilizado diferentes períodos após o parto para avaliação da depressão, seus resultados podem ser um indicativo de que a depressão materna pode ser mais frequente em amostras brasileiras do que se preconizava com base na literatura internacional (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997).

Muitas vezes a depressão é negligenciada pela própria mãe deprimida, companheiro e mesmo familiares, que podem entender que os sintomas que ela apresenta devem-se ao cansaço e desgaste natural do processo do puerpério, causado pelo acúmulo de tarefas domésticas e pelos cuidados dispensados ao bebê (Cruz et al., 2005; Nonacs & Cohen, 2005). Dessa forma pode-se compreender porque não é comum que a mãe deprimida reconheça que seus sintomas são considerados depressão (Stein, 2001), indicando a importância da família em ajudar a mulher a buscar ajuda quando ela não se sente bem após a chegada do bebê.

Afora a relação mãe-bebê, a relação conjugal é um dos relacionamentos mais importantes para a mãe no puerpério, por isso o conflito conjugal aparece tão associado à depressão pós-parto (Cummings et al., 2005; Papp, 2002; Robila & Krishnakumar, 2005; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999; Souza & Daure, 1999; Stein, 1991). Em uma revisão da literatura realizada por Dessaulles, Johnson e Denton (2003), os autores encontraram que pessoas com conflito conjugal têm de 4 a 25 mais risco de desenvolver depressão do que pessoas que não relatam insatisfação conjugal, tanto em amostras clínicas como não clínicas. Já um estudo com amostra brasileira (Cruz et al., 2005) indicou que quanto maior a percepção de apoio social do marido ou companheiro, menor a prevalência de depressão materna. Isso significa que o apoio do companheiro pode ter um efeito protetor para a saúde mental da mãe após o nascimento do bebê.

Um estudo realizado por Hops et al. (1987) reforça a importância da qualidade do relacionamento conjugal em famílias com mães deprimidas, pois apenas quando havia um bom relacionamento conjugal, os pais das famílias em que a mãe estava deprimida eram mais envolvidos com seus filhos e filhas do que as mães, numa tentativa de compensar as falhas do membro com dificuldades. Ainda sobre a associação entre depressão materna e qualidade do relacionamento conjugal, Mayor (2004), em um estudo longitudinal envolvendo seis famílias da cidade de Porto Alegre, três com mães com depressão materna e três sem depressão, encontrou diferenças quanto à qualidade do relacionamento conjugal. Nas primei-

ras, houve maior relato de existência de conflitos, menor apoio do marido e menor satisfação conjugal. Interessante notar que, durante a gestação, as famílias não apresentavam maiores diferenças entre si nesses aspectos. Foi após o nascimento do bebê que as diferenças entre essas famílias apareceram, sendo que as famílias com mães deprimidas apresentaram maiores dificuldades durante essa transição para parentalidade, especialmente quanto à satisfação conjugal.

Na verdade, os ajustamentos conjugais após o nascimento do bebê, e não apenas em relação ao primeiro filho, tornam-se mais difíceis quando a mulher está deprimida. De forma geral, a mãe acaba tendo um envolvimento maior com o bebê, até mesmo por questões como a amamentação, e por sua maior disponibilidade de tempo para cuidar do bebê, por exemplo, devido à licença-maternidade (Dunnewold, 1997). No entanto, se um dos cônjuges percebe o outro como ausente, distante ou pouco envolvido, criam-se ressentimentos e mágoas que podem gerar problemas futuros. Nesses casos, mesmo que a relação conjugal pareça não ser afetada, o apoio do parceiro pode ser muito importante para a recuperação de sua esposa. Dessa forma, investigar como a conjugalidade se organiza em famílias em que esposa apresenta depressão é de grande importância, dado sua influência nos diversos aspectos dos relacionamentos do casal e da família. Neste sentido, o presente estudo buscou investigar qualitativamente a conjugalidade, através de estudo de caso coletivo com duas famílias, destacando-se as particularidades e semelhanças entre elas (Stake, 1994).

## Método

### Participantes

Participaram deste estudo duas famílias, cujas esposas apresentavam indicadores de depressão com base nos escores da mãe no Inventário Beck de Depressão ([BDI], Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) e em uma entrevista diagnóstica. Os bebês eram saudáveis e tinham até um ano de idade quando do início da psicoterapia. Eles foram avaliados pelas Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil (Bayley, 1993) e apresentaram desenvolvimento adequado para suas faixas etárias. O casal residia junto em Porto Alegre. As duas famílias foram recrutadas no mesmo hospital público, por indicação de enfermeiras do serviço de amamentação, a pedido das próprias mães, que perceberam que se sentiam tristes e mais irritadas após o nascimento de seus filhos.

A Família 1 era composta pela esposa, 31 anos e pelo marido, 36 anos, e pelo filho que tinha cinco meses de vida quando do primeiro encontro com a família. Eles tinham ainda outra filha mais velha, de 9 anos. O marido era auxiliar administrativo e a esposa, dona de casa. A avaliação inicial evidenciou que a esposa apresentava indicadores de depressão moderada (BDI=31), o que foi confirmado pela *Entrevista diagnóstica* (Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia & Núcleo de Infância e Família [GIDEP & NUDIF], 2003a).

O marido não apresentava indicadores de depressão, nem pelo BDI (=2), nem pela entrevista. O casal namorou por seis meses e estava casado no civil e no religioso há 12 anos. O principal motivo que levou a esposa buscar atendimento foram as intensas crises de descontrole emocional que vinha apresentando. As entrevistas dessa família foram realizadas em dois encontros.

A Família 2 era composta pela esposa, 40 anos, pelo esposo, 35 anos, pais de um bebê de dois meses, quando do primeiro encontro com a família. Era o primeiro filho do casal, embora ambos já tivessem sido casados anteriormente. Ele tinha um cargo de nível técnico e ela era auxiliar administrativa. Na avaliação inicial, a esposa apresentava indicadores de depressão moderada (BDI=24), confirmados pela Entrevista Diagnóstica (GIDEP & NUDIF, 2003a). Ele não apresentou indicadores nem no BDI (=3), nem na entrevista. O casal estava junto há dois anos, mas só passaram a morar juntos quando ela engravidou. O principal motivo que levou a esposa buscar atendimento foram suas crises de choro e uma sensação de vazio. As entrevistas dessa família foram realizadas em quatro encontros.

As famílias selecionadas faziam parte do projeto intitulado “*O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê – PSICDEMA*” (Piccinini et al., 2003), que acompanhou 22 famílias com mães com depressão pós-parto. Este estudo investigou vários fatores relacionados à depressão pós-parto materna nos primeiros meses após o nascimento do bebê, tais como: o impacto da depressão materna para a qualidade do relacionamento conjugal; a relação existente entre a depressão materna e a interação mãe-bebê e pai-bebê; e o impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para o desenvolvimento do bebê, para a experiência da maternidade e para a interação pai/mãe-bebê. O estudo envolveu quatro fases de coleta de dados. A Fase I, durante o primeiro ano de vida do bebê, contemplou a avaliação e caracterização dos aspectos psicológicos dos participantes. A Fase II compreendeu a realização da Psicoterapia Breve Pais-bebê, visando melhorar as relações familiares. As Fases III e IV foram realizadas, respectivamente, uma semana e seis meses após a psicoterapia, quando houve uma nova avaliação psicológica dos participantes.

Como parte do PSICDEMA, foram inicialmente contactadas 27 famílias. Essas famílias inicialmente contactadas foram encaminhadas por unidades sanitárias de saúde (11%), por hospitais da rede pública de Porto Alegre (36%), através da mídia (32%) e por indicação (21%). Das 27 mães avaliadas, 37% apresentavam depressão leve, 48% depressão moderada e 15% depressão severa, de acordo com avaliação feita pelo Inventário Beck de Depressão. Destas, cinco desistiram ainda na fase de avaliação inicial, ou não tinham indicação para psicoterapia breve (uma mãe apresentou Transtorno de Personalidade Borderline, uma recebeu indicação de psicoterapia

individual e uma mãe não sentiu mais a necessidade de tratamento). Dentre as 22 que fizeram a avaliação inicial e que receberam a indicação de psicoterapia, 19 (86%) passaram por todo o processo psicoterápico e participaram de pelo menos uma das avaliações pós-atendimento, enquanto 3 (14%) desistiram até a terceira sessão. Todas as mães viviam com seus maridos ou companheiros, com exceção das solteiras. Exceto nesse último caso, a presença do pai era obrigatória, pelo menos durante a avaliação inicial, onde, dentre outros aspectos se avaliava também a sua depressão e eram encorajados a participar das sessões de psicoterapia, conforme indicação do caso. Os pais e as mães eram todos adultos e de escolaridade e níveis socioeconômicos variados. Os bebês tinham entre um e doze meses de idade, quando ingressavam no estudo, e não apresentavam intercorrências clínicas anteriores. O estudo longitudinal contou com cinco terapeutas, dentre elas a autora do presente estudo<sup>1</sup>, todas treinadas na teoria e técnica da Psicoterapia Breve Pais-bebê.

Para fins do presente estudo, foram selecionadas as duas primeiras famílias atendidas pela autora, nas quais o pai participou de todas as sessões de psicoterapia junto com sua esposa e o bebê<sup>2</sup>.

#### *Delineamento, Procedimentos e Instrumentos*

Foi utilizado um delineamento de estudo de casos coletivos (Stake, 1994) para investigar como a conjugalidade estava sendo vivenciada nas duas famílias, antes do início da psicoterapia.

O procedimento de coleta de dados deste estudo seguiu as etapas descritas no projeto longitudinal, do qual faz o presente estudo faz parte, cujos detalhes encontram-se em Piccinini et al. (2003). No presente estudo foram analisados, apenas os dados derivados da avaliação inicial destas famílias (Fase I). Detalhes do atendimento psicoterápico podem ser encontrados em Frizzo (2008). Assim sendo, destacam-se aqui, apenas os instrumentos e procedimentos que foram usados no presente estudo.

Inicialmente, cada uma das famílias preencheu a *Ficha de contato inicial* (GIDEP & NUDIF, 2003b), que visou examinar se as famílias atendiam critérios para participar do projeto. Com as famílias selecionadas, foram então agendados dois encontros na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No primeiro encontro, as mães e pais responderam, individualmente, ao *Inventário Beck de Depressão* (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001)

<sup>1</sup> Psicóloga, Especialista em Terapia de Casal e Família pelo Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA) doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e docente do curso de Psicologia da UFRGS.

<sup>2</sup> Sete famílias foram atendidas pela autora como integrante do PSICDEMA, sendo que cinco concluíram o processo psicoterápico. A primeira família atendida, ainda como caso piloto, desistiu após a terceira sessão e uma das famílias concluiu apenas a avaliação inicial e não quis continuar o processo por morar em outra cidade, na região metropolitana de Porto Alegre.

e à *Entrevista diagnóstica* (GIDEP & NUDIF, 2003a) para confirmar ou não o diagnóstico de depressão, através de questões sobre: sintomas atuais do pós-parto (sentimentos de culpa/inutilidade, alterações de sono, apetite, capacidade de concentração); humor deprimido (triste ou irritado, ideação suicida); história imediata da mãe e do pai na gestação; qualidade de seus relacionamentos (com o bebê, com sua família e companheiro/a); e o histórico médico prévio. Eles também responderam individualmente à *Entrevista de dados demográficos* (GIDEP & NUDIF, 2003c). Na sequência a mãe respondia à *Entrevista sobre a gestação e o parto* (GIDEP & NUDIF, 2003d) cujo objetivo era investigar as impressões maternas e paternas sobre a gestação e o parto; e à *Entrevista sobre o relacionamento conjugal* (GIDEP & NUDIF, 2003e), que abordava a qualidade do relacionamento conjugal após o nascimento do bebê, a sexualidade, a comunicação e os sentimentos dos cônjuges em relação ao companheiro. Com o pai, também foi realizada a *Entrevista sobre a experiência da paternidade* (GIDEP & NUDIF, 2003f), que buscava investigar os sentimentos do pai a respeito da paternidade. No segundo encontro com as famílias, a mãe respondeu à *Entrevista sobre a maternidade* (GIDEP & NUDIF, 2003g), que tinha por objetivo os sentimentos da mãe a respeito da maternidade<sup>3</sup>. Todos os pais deveriam participar desta primeira fase, para que as famílias pudessem participar do presente estudo.

O Projeto Longitudinal do qual o presente estudo faz parte, foi aprovado por diversos comitês de ética (Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ Proc. n° 03-068, 14.02.2003; Hospital Materno Infantil Presidente Vargas/ Proc. n°05-03, 02.04.2003; UFRGS/Proc. n°200396, 15.05.2003), tendo sido considerado adequado e metodologicamente de acordo com a resolução 196/96 de Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e Discussão

A análise realizada no presente estudo teve como objetivo investigar a conjugalidade nas famílias em que a esposa apresentava depressão pós-parto. Todas as entrevistas foram transcritas e posteriormente analisadas através de uma análise de conteúdo qualitativa dos conteúdos manifestos e latentes das verbalizações do pai e da mãe. Para fins de análise, a categoria conjugalidade é aqui definida, como envolvendo três subcategorias, derivada de vários autores que trabalharam com este tema: *companheirismo* (Waldemar, 1998), subdividida em *tempo para o casal e cuidar um do outro; comunica-*

*ção* (Linares & Campo, 2000; Menezes & Lopes, 2007; Walsh, 2002), que engloba também o conceito de confirmação de Linares e Campo (2000); e a *atração física e paixão romântica* (Waldemar, 1998), subdividida, após análise preliminar do material, em *percepção sobre si e sobre o outro no subsistema conjugal e qualidade do relacionamento conjugal e sexual*. A seguir, apresenta-se a caracterização de cada categoria, ilustrando-as com os relatos das esposas e dos maridos<sup>4</sup>. Após a apresentação dos resultados de cada categoria busca-se discutir os achados articulando-os à literatura disponível.

### Companheirismo

*Tempo para o Casal.* Em relação ao tempo do casal, nas duas famílias houve relatos de dificuldade na organização desse momento, em função das demandas de cuidado do filho, embora em ambas também houvesse vontade expressa de que esse tempo do casal pudesse ser retomado. Por exemplo, um dos maridos (Família 2), relatou que não conseguiam mais organizar o tempo deles enquanto casal e que isso acontecia em função do filho: “Ah, eu acho que a gente tem muitas coisas em comum, assim. Agora com o [filho] que a gente não pode sair, não pode ir pra qualquer lugar, viajar.”

Na Família 1 tanto a esposa como o marido relataram que, algumas vezes, até era possível organizar um tempo a sós, mas somente quando as crianças já estavam dormindo, “*momentos relâmpagos*”, como definiu o marido. Ambos disseram sentir falta desses momentos a sós e que gostariam de retomá-los, como pôde ser visto na seguinte fala da esposa:

*Ah, eu acho que, às vezes, a gente precisava conversar, assim, só eu e ele. Até assuntos que também não interessam nem pra [filha mais velha], nem pro [bebê], nem pra ninguém. Às vezes, acontece da gente conseguir conversar. Mas não que a gente tivesse planejado aquele momento. Então, também não tem muito.*

Os relatos acima indicam que muitos casais acabam delegando a conjugalidade para um segundo plano, quando nascem os filhos (Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Waldemar, 1998) e isso parece ser independente da presença de sintomas depressivos e está mais ligada a essa etapa do ciclo vital das famílias (Frizzo et al., 2008). Isso pode acontecer porque os pais de filhos pequenos recebem demandas bastante contraditórias, ao serem estimulados a dedicarem-se bastante ao trabalho, prover muita atenção ao filho, cuidar de si mesmos e aproveitar a vida (Féres-Carneiro, 1998; Waldemar, 1998).

<sup>3</sup> No segundo encontro foi realizada também a avaliação do desenvolvimento do bebê pelas *Escala Bayley do Desenvolvimento Infantil* (Bayley, 1993), a *Entrevista sobre o genograma* (GIDEP & NUDIF, 2003f) e a *Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê* (GIDEP & NUDIF, 2003h), que não foram utilizadas no presente estudo.

<sup>4</sup> Na tese de doutorado, na qual se baseou este trabalho, são apresentados inúmeros outros exemplos de relatos das esposas e dos maridos, que não foram incluídos no presente artigo por falta de espaço. Em função disto, aqui também se buscou editar algumas citações, excluindo partes que não eram fundamentais para o seu entendimento. Salienta-se também que todos os nomes utilizados nas vinhetas são fictícios.

*Cuidar Um do Outro.* Nas duas famílias houve semelhanças quanto ao cuidar um do outro, pois os maridos estavam bastante preocupados com suas esposas, ainda que na Família 1 isso tenha sido mais intensamente expressado pelo marido:

*Eu fico muito triste porque a [esposa] tá passando por um momento ruim. Eu quero dar um jeito de resolver isso que tá acontecendo com ela, porque eu tô triste de ver ela assim. Porque ela não é assim do jeito que ela tá nesse momento. Hoje ela tá bem. Hoje ela tá super bem. Tá alegre e brincando. Mas daqui a um pouco, ela se fecha de novo!*

Preocupar-se com o bem-estar e o desenvolvimento emocional do parceiro é muito importante para o relacionamento conjugal (Waldemar, 1998). Nesta mesma direção, Papp (2002), assinalou que o relacionamento conjugal é um dos mais importantes para a mulher no puerpério enquanto Walsh (2002) afirma que em um relacionamento conjugal satisfatório, deveria haver um compromisso partilhado com a relação e com sua continuidade, e uma expectativa de que cada um seja a coisa mais importante para o outro. Juntos, esses diferentes autores são enfáticos ao afirmar a importância dos cônjuges se apoiarem nos diferentes momentos da vida conjugal.

Possivelmente isso esteja intensificado quando os maridos percebem que suas esposas estão deprimidas. Na Família 1 a preocupação do marido com a esposa era intensa e ele relatou que estava abalado emocionalmente, especialmente porque em função dos sintomas depressivos, a esposa falava constantemente em separação:

*É lógico que eu tô abalado emocionalmente porque, tu imagina chegar em casa e começar a conversar com a [nome da esposa]. E ter que ficar ouvindo ela falar que acha que não dá mais, que não agüenta mais sofrer assim e que a gente tem que separar. Com certeza, eu ando ansioso... um dia eu chego em casa e não consigo mais entrar. Tô sujeito...*

Já na Família 2, o marido relatou que se sentia inútil, pois, muitas vezes, a esposa lhe pedia para fazer algo, eles acabavam se desentendendo e ela já começava a chorar. Ele reconhecia que podia ser desnecessariamente incisivo às vezes, e que notava que isso magoava a esposa:

*Talvez uma coisa que agora eu reconheça que eu estou errando um pouco, é que eu sou muito confiante nas minhas colocações, nas minhas idéias. E eu falo muito com ela. Eu coloco as minhas idéias. Sou determinado nas minhas defesas. Então, quanto a isso, eu esteja talvez um pouco... Com a [minha] determinação, com a coisa da minha forma de ser, assim, ela por estar mais sensível, sente um pouco.*

Os relatos acima retratam o que a literatura tem evidenciado sobre o impacto da depressão nos demais familiares e não apenas no indivíduo deprimido (Benazon & Coyne, 2000; Fritsch et al., 2005; Linares & Campo, 2000; Papp, 2002; Silva, 2007) que inclui sofrimento também para seu cônjuge. Para Fritsch et al. (2005), conviver com uma pessoa deprimida pode ser uma fonte

importante de tensão e angústia emocional para os cônjuges. Esse sofrimento pode ser por não saber como controlar ou ajudar o paciente a superar seus sintomas (Linares & Campo, 2000), como estava ocorrendo com um dos maridos do presente estudo (Família 1):

*Eu notei que tinha alguma coisa de diferente com a minha esposa! Achei que pudesse ser alguma coisa que eu tivesse feito ou que eu estivesse fazendo que não estivesse agradando muito... Não sei! Eu não consegui definir, não consegui entender exatamente o que estava acontecendo.*

*Comunicação.* A comunicação talvez tenha sido um dos aspectos que mais diferiu nas duas famílias deste estudo. Na Família 1 praticamente não houve relatos de conflitos entre o casal, apenas algumas divergências que eram dialogadas entre o casal de maneira bastante compreensiva. Já a característica mais marcante na Família 2 era a intensidade de conflitos abertos e não solucionados. Por exemplo, a esposa da Família 2 se chateou com o marido, porque ele falou para ela não se estressar tanto com os cuidados com a casa, algo que a incomodava muito, e nenhum dos dois conseguiu compreender o ponto de vista do outro:

*Aí ele disse: 'Tu tá muito preocupada com a casa!' Eu disse: 'Mas eu não estou conseguindo lavar, limpar. Eu estou vendo que as coisas tão sujas.' Daí ele disse: 'Não tá tão suja. Quem tem criança em casa tem que saber que a casa não vai ficar vinte e quatro horas organizada. Tu tem que pôr isso na tua cabeça agora.' E daí eu mesmo assim me desesperei. Chorei um meia hora. Eu fiquei sentida por ele ter dito isso.*

Essa presença de conflitos abertos contraria a literatura (Linares & Campo, 2000) que sugere que, geralmente, nas famílias com mulheres deprimidas, não ocorrem conflitos explícitos, pois haveria uma importante fachada harmoniosa a ser mantida nos relacionamentos. Tal fachada serviria para a pessoa não evidenciar que não se sente à altura das ilusões e expectativas tanto suas como do marido, as quais são vivenciadas com sentimentos de culpa e frustração, por não conseguir cumprir suas supostas responsabilidades. Assim, pessoas deprimidas evitariam transparecer esses conflitos para seus parceiros e outras pessoas, possivelmente numa tentativa de preservar essa aparência.

Outra explicação para essa diferença na conjugalidade nas Famílias 1 e 2 pode ser o envolvimento emocional entre eles. Em um estudo realizado por Menezes e Lopes (2007), que investigou a transição para a parentalidade da gestação ao primeiro ano de vida da criança, observou-se que casais que apresentavam inicialmente um bom envolvimento emocional na gestação, apresentavam uma comunicação mais apoiadora e com poucos conflitos, como na Família 1. Já casais que apresentavam distanciamento emocional, tiveram aumento nas categorias de não apoio e conflitos após o nascimento do filho, como foi

o caso da Família 2. Apesar das dificuldades pelas quais estavam passando, na Família 1 havia relatos de um bom relacionamento conjugal durante a gestação, conforme a seguinte fala do marido: “*Acho que a gente ficou mais próximo ainda um do outro na gestação dela.*” Já na Família 2, havia relatos de distanciamento, como nesse relato da esposa:

*A nossa relação, assim, íntima, mesmo, já não é mais a mesma coisa. E essa madrugada eu acordei e conversei com o Pedro: ‘Ah, Pedro, a gente não conversa mais, a gente não tem mais diálogo. A gente chegava do trabalho meia-noite, da faculdade, a gente ficava horas conversando, horas se acariciando e conversando e a gente não tem mais isso. Tu tá te afastando, eu tô me afastando de ti também, tu tá muito parecido com teu pai . . .’ [Eu sinto] que eu tô me afastando dele!’*

Paradoxalmente, nessa família ambos membros do casal relataram que se sentiam valorizados pelo outro, embora não respeitassem suas opiniões.

Um outro fator que parecia estar influenciando os conflitos na Família 2 eram as adversidades financeiras, pois ambos relataram que estas estavam atrapalhando o relacionamento do casal:

*Questão de dinheiro. Eu disse [para esposa]: ‘Bah, amor. Tá, vamos conversar então, porque vai ter uns problemas de dinheiro aí.’ Bah, mas ela fica mal: ‘Antes não tinha esse...’ Eu disse: ‘Não, antes tinha. Então a gente tem que conversar, acertar essas quantias que a gente paga por mês, o que a gente não paga...’ E daí parece que ela não pode passar por uma dificuldade.*

Essa fala corrobora a literatura, a qual aponta que adversidades financeiras são um importante fator de risco para a depressão pós-parto (Robila & Krishnakumar, 2005), aparecendo associada a esse transtorno freqüentemente, e, no caso dessa família, afetava ambos os membros do casal.

#### *Atração Física e Paixão Romântica*

*Percepção Sobre Si no Subsistema Conjugal.* Os sintomas depressivos das mães foram extensamente relatados desde o início do atendimento. Por exemplo, na Família 1 os sintomas principais apresentados pela mãe eram a intensa irritabilidade e os sentimentos de desvalia. A esposa dessa família relatava que se sentia tão feia que tinha ficado “*inválida como amante*”. A desvalia se traduzia também em um temor de que o marido pudesse se interessar por outra mulher:

*Eu me sinto horrorosa. Eu fiquei um bofe medonho. Então, embora o [marido] diga que não, eu sei que ele não é cego. Ele enxerga o meu corpo como é que ficou. A minha barriga ficou despencada, o seio, não posso me mexer, porque senão salta líquido pra tudo que é lado!*

A partir da vinheta acima, se pode apreender a dificuldade em aceitar seu corpo após a gestação. Isso pode-

ria se manifestar em relutância em ser vista em público ou como vergonha de ficar nua em frente ao parceiro ou ao espelho (Brockington, 2004), sentimentos estes relatados pela esposa da Família 1. Além disso, para Szejer e Stewart (1997), essa busca por um corpo mais desejável estaria relacionada com um desejo de se reencontrar e de restabelecer o equilíbrio perdido durante a gestação. Podemos pensar que isso poderia ficar exa-cerbado quando surge uma depressão pós-parto, pois durante um episódio depressivo, a pessoas difere da maneira que costumava ser.

Já na Família 2 os sintomas principais eram os medos dos pensamentos agressivos em relação ao bebê, a sensação de vazio e as crises de choro. Sobre esses medos a esposa dessa família relatou que:

*[Tenho medo] De eu fazer alguma coisa com ele. De jogar ele, ou largar ele, sair sozinha e deixar ele dentro de casa chorando. Então, eu ficava toda hora me questionando, me perguntando. Policiando, na realidade, os meus pensamentos: ‘Não vai me acontecer nada, eu não vou fazer nada com ele, nem vai acontecer nada comigo...’*

Este relato mostra o sofrimento desta mãe com esses pensamentos, embora parecesse que isso não afetava negativamente o exercício da parentalidade. No caso desta mãe, sua dificuldade não era estabelecer contato com o filho, mas com o marido, o que acarretava sofrimento e muito conflito entre o casal. As esposas das duas famílias comentaram que tinham muita dificuldade em conciliar os cuidados da casa e dos filhos. Na Família 1, ela afirmou que sua casa era um “*chiqueirão*”, porque não conseguia mais limpá-la direito e nem tinha muita disposição para isso. Já a esposa da Família 2 relatou com muito sofrimento essa dificuldade:

*Primeiro atendo ele. Mas ao mesmo tempo, se ele tá dormindo um soninho... Ah, agora eu vou dobrar a roupa, vou passar a roupa. Passa o dia e espero a meia-noite o [marido] chegar pra eu dobrar a roupa, guardar, e passar. Lavar a louça, que às vezes eu não consigo. Aí, se eu estou dentro de casa o dia todo, aí eu começo a chorar por saber que eu tinha que lavar o banheiro, que eu tinha que arrumar a cozinha. Tinha que fazer um monte de coisa que eu não consegui. Pra mim já é mais difícil.*

Estas dificuldades parecem endossar as idéias de Linares e Campo (2000), de que a identidade da pessoa deprimida é marcada por uma hipertrofia das funções normativas em detrimento das afetivas, o que causa um desequilíbrio na dimensão entre o prazer o dever, com excessiva ênfase nesse último, como pode ser visto na vinheta acima.

*Percepção Sobre o Cônjuge no Subsistema Conjugal.* Praticamente não houve relatos de como o marido da Família 1 se via no subsistema conjugal ou de como sua esposa o percebia nesse subsistema. Nesse sentido, essa foi uma particularidade da Família 2, na qual houve

muitos relatos da esposa sobre o marido, pois ela inicialmente se queixava que ele havia mudado após o nascimento do filho, mas ela reconheceu que, às vezes, também era agressiva com ele:

*Daí, então, ele disse: 'Eu não mudei. Tu que tá mudando comigo!'. Eu disse: 'Não. Porque se eu falo com calma contigo, eu falo...', sabe? A mínima coisa que a gente vai falar, ele sempre tem que discordar. 'Mas por que tu tá discordando agora? Por que tu não discordou há um ano atrás, dois, quando a gente se conheceu. Podia ter discordado de mim. Não aceito que tu fique só com as minhas palavras. Não! Amém, amém... Eu não quero isso. Só queria que tu fosse mais verdadeiro comigo, que tu me mostrasse essa pessoa que tu tá mostrando agora, né? [Eu fico] Largando pedra nele do nada e ele diz: 'Tu vai te arrepender do que tu tá falando. Pensa bem. Tu tá pensando no que tu tá falando? Essas palavras doem e tal.' E eu disse: 'Não estou nem aí com os problemas!'. Então, quer dizer, é uma coisa do vazio, sabe? Tu não tem o que raciocinar. Tu não raciocina bem. Isso aí é o ruim!*

Por outro lado, ela também fez uma avaliação muito positiva do marido, dizendo que gostaria que o filho se parecesse com o pai:

*Eu queria que ele [bebê] fosse calmo. E até mesmo, assim, que puxasse um pouco do [marido], porque ele é uma pessoa super calma. Tomara que ele seja assim também. A índole dele, o jeito dele. Ele é uma pessoa muito honesta, muito íntegra nas coisas que ele faz, que ele fala. Ele é muito generoso.*

O marido percebeu que a esposa estava um pouco irritada nos primeiros dias após o nascimento do filho e pensava que isso se devia ao cansaço. Ele achava que a esposa estava mais sensível e, por isso, ela lhe dizia que ele estava diferente: *"Eu coloco o meu ponto de vista. Talvez tu vá me dizer assim: 'Ah, mas eu também já estou notando que talvez não seja esse o momento certo de eu colocar meu ponto de vista.'* Muitas vezes, quando o casamento está insatisfatório, o parceiro, em geral, atribui a responsabilidade pelo mau funcionamento das relações conjugais ao outro conjuge (Braz, Dessen, & Pereira-Silva, 2005). Ou seja, o que não está suficientemente bom e agradável no casamento é 'responsabilidade' do outro parceiro e parece haver um certo consenso, independente de classe social e sexo, que a presença ou ausência de negociação e de semelhanças entre os cônjuges, influenciam na avaliação positiva ou negativa das relações conjugais.

Além disso, pode-se pensar, a partir dos relatos acima, que não há como permanecer imune às mudanças da transição para parentalidade, pois essa condição envolve várias readaptações em nível individual (Stern, 1997) e conjugal, inclusive para construir o subsistema parental, (Minuchin, 1974/1982) especialmente quando do nascimento do primeiro filho, como na Família 2. Talvez na queixa da esposa da Família 2 estivesse implícito tam-

bém que estava sendo muito difícil para os dois se adaptarem à nova situação de ser efetivamente uma família, com um bebê que dependia muito do cuidado deles.

*Qualidade do Relacionamento Conjugal.* O relacionamento conjugal foi avaliado de forma negativa inicialmente pelas duas famílias, especialmente pelas esposas, sendo que ambas expressaram que pensaram em separação. A esposa da Família 2 relatou:

*Está péssimo, porque ele faz as cobranças, como sexo, porque a gente já não tá tendo muita coisa. E ao mesmo tempo, a gente falava mais. E agora, não. Só chega assim: 'Bah, estou cansado. 'Aí vai pra cama, ou então vai lá no computador, vai fazer algumas coisas que tem do trabalho dele lá que tem que pesquisar. E eu fico em função. Dobro roupinha, faço isso, faço aquilo, lavo a louça.*

Isto mostra o que é bastante freqüente, que pessoas deprimidas relatem insatisfação conjugal, corroborando a literatura que tem sido bastante consistente na associação entre depressão e relacionamento conjugal (Dessalles et al., 2003; Linares & Campo, 2000; Mayor, 2004).

*Qualidade do Relacionamento Sexual.* Assim como o relacionamento conjugal não estava sendo considerado satisfatório nas duas famílias, o mesmo ocorreu com o relacionamento sexual. Cramer e Palácio-Espasa (1993) indicaram que não é incomum que imagens parentais muito exigentes perturbem a vida erótica e afetiva do casal. Além disso, se a depressão é caracterizada por diminuição de prazer ou interesse (American Psychiatric Association [APA], 2002; Dunnewold, 1997) seria esperado que afetasse também a vida sexual. As esposas das duas famílias relataram que sentiam que estavam com seu desejo sexual diminuído. A esposa da Família 1 comentou que eles mantinham relações sexuais eventualmente, mas por iniciativa do marido:

*Ah, eu não sinto mais vontade! Não sinto mesmo. Se ele insiste muito, claro, daí rola carinho, rola beijo, tal, aí vai. Aí gosto, claro. Mas se dependesse de eu tomar uma iniciativa, jamais. Acho que nós não teríamos feito mais nada.*

Na Família 1 a esposa atribuía a diminuição da libido aos seus sentimentos de desvalia e baixa auto-estima, enquanto na Família 2, ao cansaço, às dificuldades financeiras e à desarmonia conjugal. Ela relatou que eles estavam com dificuldades até mesmo na expressão de afeto:

*Ele que tá mais frio. Eu estou toda hora: 'Bah, não vai me beijar?' Às vezes, ele diz: 'Tchau.' Mas ele nunca disse tchau, assim, quando saía. Ele sempre beijava: 'Ah, vou ficar com saudades. Ah, já estou saindo com saudades.' E agora, não. É 'tchau' e eu: 'Pô, [marido], nem um beijo? Mudou tanto assim?' E ele: 'Ah, amor, é que eu estou apressado. Já estou atrasado. Mas na chegada é: 'Ah, não vai dar um beijo?' E ele: 'Ah, estou cheio de química aqui. Tu*

*sabe que eu uso aqueles produtos.' Aí assim. Essas coisas, assim, eu cobro bastante dele.*

No entanto, no relato do marido, ele relatou que conseguia expressar carinho um pelo outro. Ainda sim ele referiu que percebia que a esposa estava mais resguardada:

*Não teve, assim. Continuamos mantendo relações sexuais. Vida sexual normal, né? Nesse período, agora, assim, que estamos mais afastados. Eu chego em cima dela e ela diz: 'Não, não quero. Não...', sabe? Ela tá mais resguardada. Mas a gente conversa bastante.*

Já na Família 1 o marido relatou que percebia que a esposa estava diferente após o nascimento do filho, com a libido bastante diminuída e que não queria insistir quanto à retomada da vida sexual:

*Assim, meio conturbado, não é uma coisa natural, não tá como era. Ela tem me rejeitado um pouco... Não me deixa, às vezes, não me deixa nem pegar na mão dela não, eu pego a mão dela, ela deixa a mão aberta, ela não fecha a mão pra pegar na minha, eu beijo ela e ela não move os lábios, ela fica estática, às vezes, ela até vira o rosto pra não deixar eu beijar a boca dela, no máximo, deixa eu dar um beijo no rosto dela. Sexo só quando ela tá a fim e, ainda assim, a gente tá numa situação que eu tenho que tá com a sensibilidade à flor da pele pra ver, pra sentir, pra saber se ela tá a fim ou não tá a fim, porque ela não fala e não age mais como normalmente faria.*

A esposa da Família 1 percebia que estava com dificuldade de expressar afetos, especialmente em função de sua desvalia, mas entendia como positivas as aproximações do marido, pois ele queria fazer com que ela se sentisse melhor: “*Ah, a todo o momento, ele me beija e me abraça e me chama de linda, gostosa, maravilhosa. Mas daí eu acho que é tudo mentira.*”

É interessante destacar que embora nas duas famílias os maridos tivessem referido que percebiam suas esposas mais resguardadas após o nascimento do filho, a forma como lidavam com isso foi bastante diferente. Na Família 1 o marido falou que além de perceber que a esposa não estava muito disposta para o relacionamento sexual, ele referiu que, como o filho ainda era pequeno – tinha cinco meses na época, ficava difícil ter um momento de mais intimidade sem que ele os interrompesse:

*Perto do como é o normal, não. Também bem devagar, ou às vezes porque ela não tá legal, ou porque quando a gente assim está nas preliminares na coisa, o [filho] chama pela mamãe e aí tu... Ela vai dar atenção pro bebê, a gente volta às preliminares assim, e o bebê chama pela mamãe outra vez, então, aquilo chega uma hora que a gente desiste. Vamos deixar pra amanhã, vamos dormir porque já é tarde demais.*

Já na Família 2 o marido chegou a se queixar da pouca atividade sexual, mas à época da entrevista, o filho

estava apenas com dois meses de vida: “*Eu estou achando estranho. Mas eu estou um pouco preocupado, não totalmente satisfeito. Muda um pouco. Parece que fica meio regrado. Não pode ser qualquer hora. Tem que esperar um tempo maior. Mas o desejo continua.*”

Claro que uma ressalva deve ser feita, pois o bebê era o segundo filho da Família 1, enquanto na Família 2 era o primeiro. Isso pode explicar porque na primeira família o marido, de certa forma, já esperava essa situação e talvez lidasse melhor com isso. No entanto, também podemos pensar que quando as mudanças após o nascimento do filho são consideradas positivas, ainda que signifiquem um certo prejuízo da conjugalidade, pois o tempo para casal fica diminuído, intensificam-se sentimentos de companheirismo e união entre o casal (Menezes & Lopes, 2007), mesmo em casais em que a esposa não está deprimida. No entanto não era isso que estava ocorrendo na Família 2, e talvez por isso a dificuldade manifestada pelo marido quanto às mudanças no relacionamento sexual.

### Considerações Finais

Os resultados do presente estudo apontaram uma associação entre depressão pós-parto e diversos aspectos da conjugalidade. Embora a literatura não deixe claro qual a direção desta relação (Cummings et al., 2005; Linares & Campo, 2000; Mayor, 2004; Prado, 1996; Trad, 1997), nos casos aqui atendidos, a depressão parece ter afetado uma dinâmica conjugal que vinha funcionando mais ou menos bem no primeiro caso, mas não tão bem no segundo. Uma possível explicação para isso poderia ser a qualidade da estrutura conjugal anterior ao nascimento do filho, a qual possui grande influência no ajustamento após o nascimento do filho (Menezes & Lopes, 2007). Para essas autoras, a história do casal e a qualidade de seu relacionamento afetivo podem ou não deflagrar uma crise nesse momento. Essa asserção foi parcialmente corroborada pelo presente estudo, pois embora na Família 1 houvesse indicativos de um bom relacionamento conjugal anterior ao nascimento do bebê, isso não foi um fator de proteção suficiente para a depressão pós-parto da mãe. Já na Família 2 havia relatos de dificuldades já na gestação, o que seria um fator de risco após o nascimento do filho.

Se considerarmos o nascimento do filho como um evento estressor para o casal, na medida em que implica em mudanças e readaptações, podemos pensar que isso também pode ter um impacto em como o casal vai responder a outras dificuldades que podem surgir ao longo do seu convívio, como no caso do presente estudo, a uma situação de depressão pós-parto. No presente estudo, embora houvesse relato de dificuldade na conjugalidade nos dois casos analisados, podemos perceber, mais pormenorizadamente, que no primeiro caso as dificuldades eram menos intensas e estavam bastante relacionadas aos sintomas depressivos da esposa, por exemplo, na

percepção negativa de si, na avaliação do relacionamento conjugal e sexual; mas não na comunicação e no cuidar um do outro. Já no segundo caso, isso também aconteceu, mas havia relato de dificuldades intensas na comunicação do casal e um fator estressor associado, que eram as dificuldades financeiras que surgiram após o nascimento do bebê. Mesmo os relatos na subcategoria quanto ao cuidar um do outro nessa família se referiam a um cuidado quanto à dificuldade na comunicação. Nesse sentido, podemos pensar que a comunicação diferenciou os dois casos analisados, e pode ser um indicador da estrutura conjugal, a qual se relaciona com o ajustamento após o nascimento do bebê. É possível que as dificuldades na comunicação prejudiquem a percepção de apoio da esposa, uma vez que o apoio do companheiro pode ter um efeito protetor na saúde mental da mãe (Cruz et al., 2005).

Ao final do estudo, cabe destacar algumas das suas limitações. A primeira delas é que a estrutura de categorias aqui apresentada é uma das possíveis formas de avaliar a conjugalidade, a partir de idéias de diferentes autores da teoria sistêmica. Novos estudos podem investigar sua adequação para esse fim, assim como investigar a conjugalidade em outros contextos.

Além disso, por se tratar de um estudo de caso, apresentou-se aqui uma visão sobre o caso, dentre outras eventualmente possíveis, uma vez que, na pesquisa qualitativa pode-se pensar que existem múltiplas realidades possíveis, as quais dependem do olhar do pesquisador (Berríos & Lucca, 2006) e de sua orientação teórica. Corroborando esse ponto de vista, Féres-Carneiro e Ponciano (2005) argumentam que Nicolló, já em 1988, referia-se a um rigor elástico necessário para a construção do conhecimento na psicologia, onde a intuição e subjetividade do observador são importantes ferramentas de construção do conhecimento.

Em síntese, no presente estudo, a depressão pós-parto apareceu associada a dificuldades na conjugalidade, ainda que de maneira diferente nas famílias examinadas. Apesar disso, sugere-se que intervenções que foquem tanto na depressão pós-parto como na conjugalidade possam ser úteis no tratamento dessas mães e de suas famílias. Uma vez que a depressão pós-parto nem sempre é percebida adequadamente pelos familiares e mesmo pelos profissionais de saúde, fica aqui um registro sobre a intensidade do sofrimento envolvido nessa situação, o que merece mobilizar os profissionais que têm contato com essa população a ficarem atentos às necessidades de diagnóstico mais preciso, bem como a possíveis intervenções com essas mulheres.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-IV*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development. Manual*. San Antonio, CA: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, CA: Psychological Corporation.
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology, 14*, 71-79.
- Berríos, R., & Lucca, N. (2006). Qualitative methodology in counseling research: Recent contributions and challenges for a new century. *Journal of Counseling and Development, 84*, 174-186.
- Braz, M. P., Dessen, M. A., & Pereira-Silva, N. L. (2005). Relações conjugais e parentais: Uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*(2), 151-161.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet, 24*, 303-310.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry, 166*, 191-195.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Cruz, E. B. S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27*, 181-188.
- Cummings, M. E., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 479-489.
- Cunha, J. A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dessaullles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy, 31*, 345-353.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: O difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*(2), 379-394.
- Féres-Carneiro, T., & Ponciano, E. L. T. (2005). Articulando diferentes enfoques teóricos na terapia familiar. *Revista Interamericana de Psicologia, 39*(3), 439-448.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 18*, 1-13.
- Fritsch, R., González, J., Barrientos, X., Montt, M. E., Larraguibel, M., González, M. I., et al. (2005). Calidad de la vida familiar y armonía matrimonial en parejas de madres deprimidas. *Revista de Psiquiatria Clínica* (Santiago de Chile), *42*, 23-31.
- Frizzo, G. B. (2008). *Contribuições da psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Frizzo, G. B., Brys, I., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2008). *Conjugalidade e parentalidade ao final do primeiro ano de vida do bebê*. Manuscrito em preparação.
- Frizzo, G. B., Kreutz, C. M., Schmidt, C., Piccinini, C. A., & Bosa, C. A. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 15*(3), 84-94.

- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia., & Núcleo de Infância e Família. (2003a). *Entrevista diagnóstica*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia., & Núcleo de Infância e Família. (2003b). *Ficha de contato inicial*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia., & Núcleo de Infância e Família. (2003c). *Entrevista de dados demográficos*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia., & Núcleo de Infância e Família. (2003d). *Entrevista sobre a gestação e o parto*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia., & Núcleo de Infância e Família. (2003e). *Entrevista sobre relacionamento conjugal*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia., & Núcleo de Infância e Família. (2003f). *Entrevista sobre experiência da paternidade*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia., & Núcleo de Infância e Família. (2003g). *Entrevista sobre experiência da maternidade*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L., & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 341-346.
- Kitzmann, K. M. (2000). Effects of marital conflict on subsequent triadic family interactions and parenting. *Developmental Psychology*, 36, 3-13.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada: los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona, España: Paidós.
- Mayor, I. M. B. (2004). *A qualidade do relacionamento conjugal no contexto da depressão materna*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para parentalidade: Gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12, 83-93.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento* (J. A. Cunha, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1974)
- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (2005). Postpartum psychiatric syndromes. In B. J. Sadock & V. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8<sup>th</sup> ed., pp. 1276-1283). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Papp, P. (2002). As diferenças de gênero e a depressão: A depressão dele e a depressão dela. In *Casais em perigo: Novas diretrizes para terapeutas* (pp. 145-166). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Piccinini, C., Prado, L., Lopes, R., Schwengber, D., Alfaya, C., Frizzo, G., et al. (2003). *O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê*. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Prado, L. C. (1996). O bebê inaugura a família: A terapia pais-bebê. In L. C. Prado (Ed.), *Famílias e terapeutas: Construindo caminhos* (pp. 97-130). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Robila, M., & Krishnakumar, A. (2005). Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *Journal of Family Psychology*, 19, 246-251.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: Psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.
- Schwengber, D. D. S. (2007). *Representações acerca da maternidade em mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- 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* (Campinas), 22, 143-156.
- Silva, M. R. S. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Souza, I., & Daure, S. (1999). Importância da família na prevenção da depressão pós-parto. *Psicologia Clínica*, 11, 117-132.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). London: Sage.
- Stein, M. (2001). Selective affective response to a parent in a 6-month-old infant. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 8-14.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher* (M. N. B. Benetti, Trad.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Trad, P. (1997). *Psicoterapia breve pais/bebê* (M. C. Müller & M. E. Schestatsky, Trans.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Waldemar, J. O. C. (1998). Terapia de casal. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 187-198). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Walsh, F. (2002). Casais saudáveis e casais disfuncionais: Qual a diferença? In M. Andolfi (Ed.), *A crise do casal: Uma perspectiva sistêmico-relacional* (pp. 13-28). Porto Alegre, RS: Artmed.

Recebido: 1º/04/2008  
1ª revisão: 16/06/2008  
2ª revisão: 21/11/2008  
Aceite final: 28/11/2008