UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

HI RYUNG KIM

Psicoterapia Breve Operacionalizada em Puérperas com
Sintomas Depressivos no Pós-Parto

São Paulo

2014

HI RYUNG KIM

**Psicoterapia Breve Operacionalizada em Puérperas com
Sintomas Depressivos no Pós-Parto**

(Versão Corrigida)

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica**

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^ª. Kayoko Yamamoto

SÃO PAULO

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Hi Ryung Kim.

Psicoterapia breve operacionalizada em puérperas com
sintomas depressivos no pós-parto / Hi Ryung Kim; orientadora
Kayoko Yamamoto. -- São Paulo, 2014.

112f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicoterapia breve operacionalizada 2. Escala diagnóstica
adaptativa operacionalizada 3. Depressão pós-parto 4. Crise adaptativa
5. Interpretação teorizada 6. Eficácia adaptativa I. Título.

RC489.B8

Título: Psicoterapia Breve Operacionalizada em Puérperas com Sintomas Depressivos no Pós-Parto

**Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Psicologia**

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Dedico este trabalho àqueles que foram e são minha inspiração:

À minha falecida avó, de quem sinto saudades do sorriso,
principalmente do carinho, e que me deu oportunidade de mostrar a
minha profunda gratidão.

Aos meus pais que sempre incentivaram o estudo e que me apoiaram
em mais esta jornada. Com eles aprendi que o conhecimento não tem
preço e esse deve ser voltado para ajudar o próximo.

Aos meus filhos, Guilherme e George, por me ensinarem a tentar ser
uma mãe melhor e um ser humano melhor. Pelo amor, carinho e
cuidados que me ofereceram nos momentos de minha impotência e
incapacidade...

Guilherme, sensível, excelente ouvinte, inteligência e bondade
admiráveis.

George, criatividade e humor únicos, sempre me fazendo rir e
alegando os meus dias.

São meus amores, meu orgulho, minhas fontes de inspiração e
parceiros...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, criador do céu e da terra, pela minha vida, pela minha família, pelos meus amigos e por todos que me cercam. Ele me deu a oportunidade de conhecer e agradecer:

- à Prof^a Kayoko Yamamoto, minha orientadora e coordenadora do grupo de pesquisa, por tudo que me ensinou sobre a PBO, mas principalmente pela calma e paciência no lidar com as pessoas, e pelo incentivo ao aperfeiçoamento da pesquisa e à busca do conhecimento;
- ao Prof. Ryad Simon, meu supervisor, pelo seu conhecimento, carinho e paciência nas supervisões;
- às Prof^a Eliana Marcello De Felice e Prof^a Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, pelas valiosas contribuições na banca de qualificação;
- às Prof^a Elisa Medici Pizão Yoshida e Prof^a Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo pelas valiosas orientações e contribuições científicas;
- à Prof^a Ivonise Fernandes Motta, pelo incentivo ao trabalho e à vida;
- à Nirã Valentim, colega do grupo de pesquisa e amiga, companheira de trabalhos e congressos, pelas valiosas indicações e informações;
- aos colegas do grupo de pesquisa pelo companheirismo e apoio;
- aos colegas da Pós-Graduação, pelas informações;
- aos funcionários da biblioteca e da secretaria que pacientemente me auxiliaram;
- à Maria Luiza Jovanovic, pela revisão do trabalho;
- às participantes deste estudo sem as quais não seria possível sua realização.

“Para que as luzes do outro sejam percebidas por mim devo por bem apagar as minhas, no sentido de me tornar disponível para o outro.”

Mia Couto

RESUMO

Kim, H. R. (2014). Psicoterapia Breve Operacionalizada em Puérperas com Sintomas Depressivos no Pós-Parto. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O conflito entre a maternidade idealizada e a experienciada pode originar um grande sofrimento psíquico na puérpera. Os sentimentos de perda e de ganho podem resultar em sentimentos de culpa e de inadequação além da dificuldade em integrar realização profissional, vida amorosa e maternidade. De acordo com a literatura, a depressão pós-parto (DPP) no Brasil atinge entre 12 a 29% das puérperas. Segundo a Teoria da Adaptação de Ryad Simon, a DPP é uma crise adaptativa por ser um período em que o equilíbrio psicológico está perturbado por um obstáculo que a pessoa não sabe como superar e que gera grande sofrimento. A puérpera, diante da intensa pressão emocional e das situações imprevistas da maternidade, pode buscar soluções pouco ou pouquíssimo adequadas e, conseqüentemente, agravar a crise. A DPP pode acarretar problemas no relacionamento do casal e familiar. Na relação mãe-bebê, a puérpera pode reduzir a afetividade e cuidados que são direcionados ao bebê, o que pode causar prejuízos em seu desenvolvimento cognitivo e social, além de comprometimento da saúde física do bebê. O objetivo do estudo foi verificar a aplicação da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) em puérperas com sintomas da DPP. Os objetivos específicos foram: compreender os dinamismos inconscientes ; averiguar os efeitos das *interpretações teorizadas*. Os instrumentos utilizados foram: Entrevistas, Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) e Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO). A PBO foi realizada na Clínica Durval Marcondes do Instituto de Psicologia da USP, na cidade de São Paulo. O estudo realizado foi clínico qualitativo e constituiu-se de três puérperas com idades variando entre 19 e 29 anos, que apresentavam sintomas da DPP. Todas tiveram seus partos realizados no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Duas delas participaram de pesquisa sobre depressão pós-parto neste hospital e foram selecionadas conforme os critérios de inclusão e convidadas para a participação no presente estudo. A terceira participante foi encaminhada por profissional da saúde do Departamento de Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). O resultado apresentado foi uma melhora na eficácia adaptativa após a PBO em todos os três casos: duas puérperas (A e C) do grupo 4 (adaptação ineficaz severa) passaram para o grupo 2 (adaptação ineficaz leve); uma puérpera (B) do grupo 5 (adaptação ineficaz grave) para o grupo 1 (adaptação eficaz). Na entrevista de retorno a participante A manteve-se no Grupo 2 e a participante B passou do Grupo 1 para o Grupo 3. Não foi possível entrevistar a participante C. Conclui-se que as entrevistas pormenorizadas são importantes para a compreensão psicodinâmica que, por sua vez, foi fundamental para o estabelecimento da *situação-problema* e para a formulação das *interpretações teorizadas*. A motivação e a *interpretação teorizada* auxiliaram as participantes a encontrarem soluções mais adequadas para as suas situações-problema e a superarem a crise adaptativa. A compreensão das interpretações pelas puérperas foi percebida através das descrições dos sonhos e nas buscas de soluções mais adequadas. A PBO mostrou-se eficaz nos três casos com melhoras significativas na classificação pela EDAO e essas melhoras foram mantidas

nas entrevistas de retorno. A aplicação da PBO em puérperas com sintomas depressivos é possível e recomendável.

Palavras-chave: Psicoterapia Breve Operacionalizada. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada. Depressão pós-parto. Crise adaptativa. Interpretação teorizada. Eficácia adaptativa.

ABSTRACT

Kim, H. R. (2014). Operationalized Brief Psychotherapy (Psicoterapia Breve Operacionalizada) in postpartum women with Depressive Symptoms. Dissertation, Department of Clinical Psychology at the Institute of Psychology, São Paulo University, São Paulo.

The conflict between the idealized motherhood and the lived experience can cause a great psychological distress in postpartum women. The feelings of loss and gain can result in feelings of guilt and inadequacy besides the difficulty in integrating professional fulfillment, love life and motherhood. According to the literature, postpartum depression (PPD) in Brazil affects between 12-29% of postpartum women. According to the Ryad Simon's Theory of Adaptation, the PPD is an adaptive crisis (crise adaptativa) because it is a period where the psychological equilibrium is disturbed by an obstacle that the person does not know how to overcome and causes great suffering. The postpartum women that suffer with intense emotional pressure and unforeseen situations of motherhood, may seek solutions little or very little appropriated (soluções pouco ou pouquíssimo adequadas) which will exacerbate the crisis. The PPD may cause problems to the couple and to the family relationship and to the mother and baby relationship. The woman with PPD's symptoms can reduce the affection and care to the baby, which can cause damage to their cognitive and social development and impaired baby's physical health. The aim of the study was to verify the application of Operationalized Brief Psychotherapy (OBP) among women with PPD's symptoms. The specific objectives were: to understand the unconscious dynamics and to investigate the effects of theorized interpretations.. The instruments used were: Interviews, Operationalized Adaptive Diagnostic Scale (OADS) (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - EDAO) and Operationalized Brief Psychotherapy (OBP). The OBP was performed at the Durval Marcondes Clinic, at the Institute of Psychology of the USP, in São Paulo. This study case was clinical qualitative and consisted of three postpartum women aged between 19-29 years who had symptoms of PPD. They all gave birth at the University Hospital of the University of São Paulo. Two of them took part in a research on postpartum depression in this hospital and were invited to the present study. Health professional of Obstetrics Department, University Hospital-São Paulo University (HU-USP), sent the third participant.

The result presented was an improvement in adaptive efficacy (eficácia adaptativa) after OBP in all three cases: two women (A and C) group 4 (severe ineffective adaptation) (adaptação ineficaz severa) passed to group 2 (mild ineffective adaptation) (adaptação ineficaz leve); one postpartum (B) of group 5 (grave ineffective adaptation) (adaptação ineficaz grave) to group 1 (effective adaptation) (adaptação eficaz). In the interview the participant's return remained in Group 2 and participant B went from Group 1 to Group 3. It was not possible to interview the participant C. It was concluded that the detailed interviews are important to psychodynamic understanding that, in turn, was instrumental in the establishment of the problem-situation (situação-problema) and the formulation of theorized interpretations. The motivation and the interpretations helped the participants to find appropriate solutions to their problem-situations and overcome the adjustment crisis. The understanding the interpretations by the women was perceived through the descriptions of their dreams and in the search of more appropriate solutions. The OBP was effective in all three cases with significant improvements in classification by OADS and these improvements were maintained in return interviews. The application of OBP in mothers with depressive symptoms is possible and recommended.

Keywords: Operationalized Brief Psychotherapy. Operationalized Adaptive Diagnostic Scale. Postpartum Depression. Adaptive crisis. Theorized Interpretation. Adaptive Efficiency.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantificação dos setores adaptativos A-R e Pr	39
Quadro 2 – Classificação quantitativa da EDAO	40
Quadro 3 – Dados das participantes do estudo	45
Quadro 4 – Queixas e crises adaptativas apresentadas pelas participantes	59
Quadro 5 – Sintomas apresentados por cada participante	59
Quadro 6 – Adequação setorial das participantes em cada setor da EDAO	60
Quadro 7 – Pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO antes da PBO	60
Quadro 8 – <i>Situação-problema</i> e objetivo terapêutico possível de cada participante	60
Quadro 9 – <i>Interpretações teorizadas</i> realizadas e respostas e reações das participantes durante as sessões da PBO	63
Quadro 10 – Pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO após a PBO	61
Quadro 11 – Pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO após a entrevista de retorno	61

LISTA DE SIGLAS

ABC	Santo André, São Bernardo e São Caetano do Sul
A-R	Afetivo-Relacional
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DPP	Depressão Pós-Parto
EDAO	Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
FMU	Faculdade Metropolitana Unida
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IP-USP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
IPT	Psicoterapia Interpessoal
ISCA	Infertilidade Sem Causa Aparente
O	Orgânico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBO	Psicoterapia Breve Operacionalizada
Pr	Produtividade
S-C	Sóciocultural
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIP	Universidade Paulista

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	A Maternidade e a Depressão Pós-Parto.....	17
1.2	Classificação da Depressão Pós-Parto.....	20
1.3	Tratamento da Depressão Pós-Parto.....	22
1.4	Crise Adaptativa.....	23
1.5	História sobre a Origem da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada e da Psicoterapia Breve Operacionalizada.....	25
1.6	Utilização da Psicoterapia Breve Operacionalizada.....	29
1.7	Justificativa e Objetivos.....	31
2	MATERIAL E MÉTODO.....	34
2.1	Participantes.....	34
2.2	Local.....	35
2.3	Instrumentos.....	36
2.4	Procedimento.....	40
2.5	Análise dos Dados.....	42
2.6	Análise dos Aspectos Éticos.....	43
3	RESULTADOS.....	44
3.1	Dados de Identificação e dos Familiares.....	46
3.2	Queixa Manifesta.....	46
3.3	Anamnese.....	47
3.4	Resumo das Entrevistas.....	48
3.5	Avaliação Adaptativa antes da Psicoterapia Breve Operacionalizada..	49
3.6	Situação-problema.....	50
3.7	Compreensão Psicodinâmica.....	50
3.8	Correlações Adaptativas Psicodinâmicas.....	51
3.9	Processo Terapêutico com a Psicoterapia Breve Operacionalizada: resumo das sessões.....	52
3.10	Avaliação Adaptativa após a Psicoterapia Breve Operacionalizada...	57
3.11	Entrevista de Retorno.....	57
3.12	Avaliação Adaptativa de Retorno.....	58
3.13	Análise dos Dados Referentes às Três Participantes.....	58

4 DISCUSSÃO.....	66
5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A – Relatórios sobre as Participantes B e C.....	87
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Maternidade e a Depressão Pós-Parto

A maternidade funciona como um momento de mutação na trama identificatória de uma mulher e consiste no processo da construção da feminilidade, um percurso bebê-menina-mulher (Ribeiro, 2009). A gravidez representa um momento marcante na vida de uma mulher e envolve transformações no seu organismo, no seu psiquismo e no seu papel social e familiar (Beretta et al., 2008 ; Camacho et al., 2006; Maldonado *in* Mello Filho, 1992; Pereira & Lovisi, 2008).

A sensibilidade da mulher aumentada durante a gravidez e no puerpério e evocação de sua própria infância bem como as relações com a própria mãe, levam-na a identificar-se com o bebê e com a sua mãe e trazem à tona as vivências do seu próprio passado (Solis-Ponton, 2006; Moraes & Crepaldi, 2011).

Essas lembranças de ter sido um bebê e de ter sido cuidada podem ajudar ou atrapalhar sua experiência como mãe (Winnicott, 1994). De Felice (2006) relata sobre a influência da relação com a mãe internalizada sobre os sentimentos e atitudes da mulher no puerpério. Nesta experiência atuam vários fatores da realidade psíquica da mãe que podem ou não favorecer o desenvolvimento de uma maternidade mais saudável e gratificante.

Desde a infância, a menina é treinada para ser uma mulher capaz de sacrifícios, ser amável e feminina. Espera-se um modelo de mãe perfeita numa imagem romanceada da maternidade e ditada pela cultura. Desta forma, surge o conflito entre a maternidade idealizada e a vivida que pode originar um grande sofrimento psíquico (Iaconelli, 2005; Azevedo & Arrais, 2006).

As transformações da filha em mãe, da autoimagem corporal e da relação entre a sexualidade e a maternidade demandam uma grande elaboração psíquica (Iaconelli, 2005). Além da perda do status de gestante ser rápida e dolorosa, a mãe deve elaborar a perda de seu “bebê ideal” para lidar com o “bebê real”, bem como de suas expectativas em relação a si mesma como mãe (De Felice, 2000; Iaconelli, 2005; Moraes & Crepaldi, 2011).

A experiência da maternidade em si pode trazer risco para o desenvolvimento da depressão materna devido ao seu caráter conflituoso com sentimentos de perda e de ganho,

além da dificuldade em integrar realização profissional, vida amorosa e maternidade que podem resultar em sentimentos de culpa e de inadequação. Os resultados apontados nos estudos sugerem uma importante relação entre a presença de sintomas de depressão materna e relatos de uma experiência de maternidade conflituosa (Azevedo & Arrais, 2006; Schwengber & Piccinini, 2005).

A mulher com DPP estaria expressando sua frustração em não suprir as expectativas do mito da mãe perfeita. A culpa, proveniente da dificuldade de enfrentar sentimentos complexos e contraditórios, próprios da ambivalência materna, e o sentimento de incapacidade deixam as mulheres ansiosas e culpadas predispondo-as à depressão pós-parto (Azevedo & Arrais, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão está entre as doenças que agravam cada vez mais a qualidade de vida das pessoas. No Brasil, a depressão é considerada um dos grandes problemas de Saúde Pública, atingindo cerca de 5% da população geral com predominância do sexo feminino. Muitas vezes é precedida por uma experiência marcante na vida do indivíduo, tal como, a descoberta da gravidez, o parto e as consequências deste evento (Ruschi et al., 2007).

A literatura internacional e a brasileira relatam que entre 10 e 20% das mulheres são atingidas pela depressão pós-parto (DPP) (Felix, Gomes & França, 2008; Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005; Zinga, Phillips & Born, 2005). Alguns autores brasileiros chegam a relatar índices que variam entre 12 e 29,5%, sendo considerada uma questão de Saúde Pública também no Brasil (Baptista Baptista & Torres, 2006; Moraes et al., 2006; Ruschi et al., 2007).

O *baby blues*, também denominado como melancolia pós-parto, *maternity blues*, *blues puerperal*, tristeza puerperal, tristeza materna e *postpartum blues* (Iaconelli, 2005; Moraes & Crepaldi, 2011; Sampaio Neto & Alvares, 2013) atinge de 50% a 80% das puérperas e se caracteriza pela fragilidade e volatilidade das emoções, tendo início entre o segundo e o quinto dia após o parto e perdurando até a segunda semana pós-parto (O'Hara, 1997; Iaconelli, 2005; Schmidt et al., 2005; Felix et al., 2008; Sampaio Neto & Alvares, 2013). É um período de preparação da mãe para apreensão e compreensão das necessidades do bebê, o que explica a sua universalidade (Moraes & Crepaldi, 2011)

A puérpera pode apresentar sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e de sono, sensação de incapacidade de lidar com situações novas e queixas psicossomáticas (Schmidt et al., 2005).

Os principais sintomas da DPP são humor deprimido, choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades habituais, sentimento de culpa e capacidade de concentração prejudicada (Ruschi et al., 2007; Schwengber & Piccini, 2003). Apesar dos sintomas serem os mesmos, o que difere a DPP do *baby blues* é a gravidade dos sintomas que, além de não cederem após segunda semana pós-parto, são mais intensos e duradouros (Iaconelli, 2005; Moraes & Crepaldi, 2011; Sampaio Neto & Alvares, 2013).

Quando a mãe sofre de DPP, o bebê é acometido de interferências negativas, tais como, redução da afetividade e cuidados que lhe são direcionados, podendo causar prejuízos em seu desenvolvimento cognitivo e social, possíveis transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos. Os estudos revelam que os filhos de mães deprimidas costumam apresentar alterações fisiológicas, empobrecimento dos contatos interpessoais com as mães e com estranhos, menor vocalização, reduzida curiosidade em relação ao ambiente externo que os cerca e maior possibilidade de desenvolver depressão (Motta, Lucion & Manfro, 2005).

Beck (2002) descreve a DPP como “ladrão que rouba a maternidade de mães acometidas por esse distúrbio”. Aponta também para as sequelas significativas que se observam no decorrer do desenvolvimento emocional e cognitivo dos bebês. Soifer (1980) e Maldonado (1992) descrevem como o estado emocional da mãe afeta as relações com o bebê, as relações intrafamiliares e as relações conjugais.

A depressão no puerpério pode acarretar problemas nos cuidados da mãe com o bebê, no relacionamento conjugal e familiar, na relação com os filhos anteriores, em particular, com ações punitivas mais frequentes (Beck, 2002; Cunningham & Zayas, 2002).

Vários autores enfatizam que a combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos pode significar risco para a DPP (Schwengber & Piccini, 2003). Os estudos têm evidenciado uma associação entre a DPP e fatores como: pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento; a gravidez não planejada; o nascimento prematuro e a morte do bebê; a dificuldade em amamentar; a dificuldade no parto; problemas de saúde da criança; dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho; adversidades sócioeconômicas; pouca idade da puérpera; mães solteiras sem apoio social; raça negra¹; baixo nível educacional; suporte social inadequado; história prévia de doença psiquiátrica ou problema psicológico prévio da mãe; histórico pessoal ou familiar de DPP (Schwengber & Piccini, 2003; Camacho et al., 2006; Santos, Almeida & Souza, 2009).

¹ Termo utilizado por Deal e Holt (1998) *apud* Schwengber e Piccini (2003), p. 404.

1.2 Classificação da Depressão Pós-Parto

De acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10, 1993), a depressão pós-natal e a depressão pós-parto estão classificadas como Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério, não classificados em outros locais (F 53) no subitem Transtornos mentais e de comportamento, leves, associados ao puerpério, não classificados em outros locais (F 53.0). Devendo ser usada apenas para transtornos mentais associados ao puerpério e iniciando dentro de 6 semanas após o parto e que não satisfaçam os critérios para os outros transtornos classificados em outros locais do CID-10 devido à insuficiência de informações disponíveis e por considerar os aspectos clínicos adicionais especiais presentes.

É possível classificar os transtornos mentais associados ao puerpério pelo código do capítulo V (F) e indicando o tipo específico de transtorno mental, geralmente transtornos de humor (afetivo) (F30 – F39) e pelo código O99.3 de transtornos mentais e doenças do sistema nervoso complicando gravidez, parto e puerpério que inclui condições em F00 (Demência em doença de Alzheimer), F99 (Transtorno mental, sem outra especificação) e G00 – G99 (Doenças do sistema nervoso) (CID-10, 1993).

Para a depressão, o CID-10 estabelece diferenças entre episódios depressivo leve, moderado e grave de acordo com o número, tipo e gravidade dos sintomas.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua 4ª edição, texto revisado (DSM-IV-TR, 2002) da Associação Psiquiátrica Americana tem finalidades clínicas, de pesquisa e de ensino apoiado por ampla base empírica e de uso multiprofissional.

Esse manual utiliza o especificador “com início no pós-parto” que pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto atual do Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II ou ao Transtorno Psicótico Breve, se o início ocorrer no período de quatro semanas após o parto. Tem a mesma sintomatologia dos Episódios de Humor que não ocorrem no pós-parto (DSM-IV-TR, 2002).

Os sintomas comuns em episódios com início no pós-parto, mas não exclusivos deste período, incluem flutuações e instabilidade do humor e preocupação com o bem estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a delirante, presença de ruminações graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê com risco de danos ao bebê. Podem ou não ter características psicóticas e seu risco é maior em mulheres com episódios de humor anteriores no pós-parto ou com histórico prévio de Transtorno de Humor. O risco de recorrência a cada

parto subsequente varia entre 30 % e 50%. As mulheres com histórico familiar de Transtornos Bipolares também podem ter um risco aumentado (DSM-IV-TR, 2002).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), o Transtorno Depressivo Maior é caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores e está dividido em: 1) Transtorno Depressivo Maior Episódio Único e 2) Transtorno Depressivo Maior Recorrente. Os sintomas são os mesmos do Episódio Depressivo Maior, além de não haver Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Hipomaníaco, não estar sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação, bem como o Episódio Depressivo Maior não é mais bem explicado por Transtorno Esquizaafetivo. Uma vez satisfeitos os critérios, especifica-se a condição clínica e/ou característica, no caso deste estudo, com Início no Pós-Parto.

As mulheres com Episódios Depressivos Maiores no pós-parto podem apresentar ansiedade grave e ataques de pânico. As atitudes maternas são variáveis e podem incluir desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê, ou excesso de intrusão, o que atrapalha o descanso adequado do bebê (DSM-IV-TR, 2002).

A diferença entre os episódios de humor e a tristeza pós-parto (*baby blues*), que afeta em torno de 70% das puérperas nos dez dias após o parto, é que a tristeza pós-parto é transitória e não prejudica o funcionamento (DSM-IV-TR, 2002).

Estudos demonstram que os sintomas de humor e ansiedade durante a gravidez e a tristeza pós-parto, bem como o histórico prévio pessoal e histórico familiar de Transtorno de Humor aumentam o risco de um Episódio Depressivo Maior no pós-parto. Os fatores de risco, as taxas de recorrência e os sintomas dos Episódios de Humor com início no pós-parto são similares àqueles que não são do período pós-parto. O período pós-parto é singular devido às alterações neuroendócrinas e ajustamentos psicossociais, ao planejamento do tratamento devido à influencia na amamentação e às implicações no planejamento familiar futuro (DSM-IV-TR, 2002).

No CID-10, a depressão pós-parto é classificada como transtorno mental e de comportamento, leve, associado ao puerpério e devendo ser usada apenas para transtornos mentais associados ao puerpério e iniciando dentro de seis semanas após o parto.

Em relação ao DSM-IV-TR, que utiliza como especificador o termo “com início no pós-parto”, quando o início é dentro do período de quatro semanas após o parto e persistindo por, no mínimo, duas semanas para todos os episódios de humor, a classificação da DPP fica associada ao período em que inicia e perdura, sem estar associada ao puerpério em si. Para a classificação da DPP no CID-10, o parto é o fator desencadeante, enquanto no DSM-IV-TR

pode abranger outro fator desencadeante, não relacionado ao parto, mas com início no período pós-parto.

As diferenças existentes entre o CID-10 e o DSM-IV-TR podem interferir no diagnóstico. Por exemplo: uma mulher com histórico de depressão anterior à gravidez, está feliz com o seu bebê, porém seus sintomas depressivos retornam quatro semanas após o parto. Como esta puérpera seria diagnosticada? Segundo o CID-10, o diagnóstico seria transtorno depressivo. Segundo o DSM-IV-TR, o diagnóstico seria episódio depressivo com início no pós-parto. Neste exemplo há diferença de diagnóstico.

Outra diferença é em relação à gravidade da depressão. No caso de uma puérpera, cujo fator desencadeante é o nascimento do bebê, apresentar sintomas de depressão grave ou de depressão com sintomas psicóticos, como ela seria diagnosticada? O CID-10 considera a DPP como transtorno mental e de comportamento, leve, associado ao puerpério, portanto esta puérpera não seria diagnosticada como DPP. No entanto, seria diagnosticada como episódio depressivo maior no pós-parto pelo DSM-IV-TR.

O CID-10 e o DSM-IV-TR consideram a DPP após o parto, não considerando a continuidade da depressão gestacional durante e após o parto. Estas e outras diferenças podem causar dúvidas no diagnóstico da DPP.

Várias questões geraram dúvidas na pesquisadora quanto à classificação da depressão e à seleção das participantes deste projeto. No entanto, o DSM-V² (2013) esclarece que o especificador pode ser aplicado mesmo que não atenda a todos os critérios do episódio depressivo maior, se os sintomas ocorrerem durante a gravidez ou dentro de quatro semanas após o parto. Os episódios de humor podem surgir tanto durante a gravidez como no pós-parto. Também esclarece que entre 3% e 6% das mulheres pode haver episódio de depressão maior durante a gestação ou em semanas ou meses após o parto. Cerca de 50% dos episódios de depressão maior no pós-parto começam no parto e são especificados como episódios com início no pós-parto.

O critério de classificação da DPP adotado neste estudo foi do DSM-IV-TR.

1.3 Tratamento da Depressão Pós-Parto

² No momento deste estudo, o DSM-V estava indisponível no Brasil e foi utilizado a versão norte americana com tradução da própria pesquisadora.

A revisão de literatura de Santos et al. (2009) mostra que o tratamento da DPP baseia-se em métodos semelhantes aos utilizados em transtornos depressivos tais como farmacologia, psicoterapia, eletroconvulsoterapia e terapias alternativas (acupuntura, massoterapia, exposição à luz). Tanto no uso de Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC), quanto no atendimento a grupos de puérperas foram detectadas melhoras significativas em puérperas.

A terapia familiar e de casal tem se mostrado eficiente no tratamento da DPP, uma vez que a mulher com sintomas leves para moderado de depressão prefere tratamento psicoterapêutico aos riscos da exposição do bebê ao tratamento medicamentoso na amamentação (Meltzer-Brody, 2011).

A psicoterapia interpessoal (IPT), uma modalidade de psicoterapia breve, e a TCC aliviam os sintomas depressivos ao ajudar as pacientes a melhorar as relações interpessoais e focando a assistência social, mudanças ocorridas na vida da paciente, fatores estressantes e relação marido-mulher (Pearlstein, 2008).

Para o manejo preventivo é importante detectar os fatores desencadeantes da DPP e/ou identificar as mulheres com risco elevado para DPP que poderão participar de grupos focais, acompanhamento terapêutico e reunião de equipe (Sampaio Neto & Alvarez, 2013).

1.4 Crise Adaptativa

Tanto Caplan (1980) quanto Simon (1989) citam o conceito de crise, de desenvolvimento e acidentais de Erikson (1959). A crise de desenvolvimento é referente às diferentes fases com mudanças agudas do padrão de comportamento que ocorrem de tempos em tempos no decorrer da vida de uma pessoa. Já as crises acidentais são períodos de perturbação psicológica e comportamental ocorridos por fatalidades da vida e envolvem uma súbita mudança de suprimentos básicos, a ameaça de perda ou o desafio associado a uma chance de obter maiores suprimentos com aumento de exigências ao sujeito.

Caplan (1980) chama de problema quando o padrão ou equilíbrio do indivíduo é perturbado. O problema demanda solução e nesse período que antecede a solução, o organismo fica em estado de tensão. Numa crise, o estímulo do problema é maior e as forças reequilibradoras não são bem-sucedidas no tempo usual. Há um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos disponíveis para resolver o problema.

Essa tensão e perturbação no indivíduo geram sentimentos subjetivos de desconforto, tais como, angústia, medo, culpa ou vergonha, além de sensação de impotência e ineficácia diante do problema insolúvel. Isso está associado a uma relativa desorganização do funcionamento (Caplan, 1980). A doença mental será o resultado imediato ou final. O autor cita como exemplo:

a mãe pode enfrentar a tensão de um nascimento prematuro acusando-se por sua excessiva atividade durante a gravidez, tornando-se uma pessoa cheia de remorsos. Alternativamente, ela poderá projetar a culpa em um de seus outros filhos, a quem responsabiliza por provocar sua hiperatividade. Ao retirar dele seu amor e atenção, como punição, ela pode privá-lo de suprimentos psicossociais essenciais e pôr em perigo o desenvolvimento de sua personalidade. (p. 59).

A crise pode alterar a saúde mental do indivíduo bem como dos outros que o cercam, sendo importante enfatizar o diagnóstico e encaminhamento precoces (Caplan, 1980).

Para Simon (1989, 2005) e Yamamoto (2006), a crise adaptativa ocorre quando o sujeito se vê diante de uma *situação-problema* vital, nova e desconhecida para ele. Pode ser por perda ou por aquisição de espaço significativo no universo pessoal do sujeito e causa angústia intensa. O universo pessoal é o conjunto composto pela pessoa (psicossomático) e pelos objetos externos (outras pessoas, bens materiais ou espirituais e situações culturais) emocionalmente significativos. Entende-se como significativo algo relativo ao sujeito particular, uma incógnita.

A perda ou a aquisição de espaço significativo depende do julgamento perceptivo do sujeito em relação ao espaço ocupado pela situação vivida e da significação que ele atribui a essa variação (Simon, 1989, 2005).

As crises podem ser: 1) por perda ou expectativa de perda: predomínio de sentimento de culpa; 2) por aquisição ou expectativa de aquisição: predomínio de sentimento de inadequação, de insegurança ou de inferioridade.

Sendo que o sujeito pode julgar as circunstâncias e a si mesmo das seguintes formas:

1. Crise com julgamento realista: visão dos próprios recursos internos e externos coerente com a realidade de si mesmo e bom senso na avaliação das condições do objeto;

2. Crise por julgamento irrealista: ou superestima a si mesmo e subestima do objeto ou subestima de si mesmo e superestima do objeto. Indicando percepção distorcida da autoimagem (Simon, 2005).

Segundo Caplan (1980), nos períodos de crise podem ocorrer mudanças significativas no desenvolvimento da personalidade com manifestação de um esforço de ajustamento e adaptação diante de um problema novo. Sendo assim, a crise pode apresentar-se como uma oportunidade de crescimento (Simon, 1989, 2005; Yamamoto, 2006) ou como um risco e vulnerabilidade ao distúrbio mental (Caplan, 1980; Simon, 1989).

Nas crises adaptativas, o autor recomenda a Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO). Nesta modalidade terapêutica, o psicoterapeuta concentra-se na situação crítica, dando apoio inicial, ou concomitante às *interpretações teorizadas*; e acolhimento, evitando o *acting out* precipitado e destrutivo. Em caso de urgência, pode atender duas ou mais vezes por semana. Após a redução da tensão, volta à entrevista para detectar *situações-problema*: *situação-problema* nuclear, origens psicodinâmicas, conexões entre estas e as *situações-problema* anteriores e atuais (Simon, 2005).

1.5 História sobre a Origem da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada e da Psicoterapia Breve Operacionalizada

1.5.1 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)

Em 1962, o Prof. Walter Leser, catedrático do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM, atual Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP), tentava restabelecer o modelo de médico de família e transmitir uma visão biopsicossocial da medicina aos estudantes. O Prof. Walter convidou o Prof. Ryad Simon, por indicação do Prof. Durval Marcondes, para formar e supervisionar uma equipe multidisciplinar e coordenar o Setor de Saúde Mental do Serviço de Saúde dos Alunos do Departamento de Medicina Preventiva (Simon, 1989, 2000, 2005).

Simon (1989, 2000, 2005) inspirou-se no modelo História Natural da Evolução da Doença proposto por Leavell e Clark (1965) para compor a história natural da evolução da adaptação humana e apresentar um programa de prevenção nele baseado.

Na década de 70, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) começou a ser idealizada a partir da necessidade de organizar a triagem no Setor de Saúde Mental do Serviço de Saúde dos Alunos do Departamento de Medicina Preventiva e organizar um programa de prevenção para todos os estudantes (Simon, 1989, 2000, 2005).

Alertando sobre o perigo ao qual os estudantes de Medicina e de áreas afins (Enfermagem, Ortóptica, Fonoaudiologia e Biomédicas) estão expostos no exercício da profissão, assumindo compromissos onipotentes de impedir a morte, chamou de “Complexo Tanatolítico”. Eles estão sujeitos à pressão interna proveniente do narcisismo e onipotência e à pressão externa em que a cultura os idealiza como mantenedores da imortalidade dos indivíduos diante do inevitável, a morte, formando um ciclo de sentimentos de culpa pelo fracasso e consolidando um quadro depressivo. Aqueles estudantes com menor contato com a realidade, principalmente interna, seriam mais vulneráveis a este complexo (Simon, 1971, 1989, 2005).

Com um grupo de 15 colaboradores, o Prof. Ryad Simon aprimorou o uso da EDAO e da Psicoterapia Breve Operacionalizada. Como o grupo era pequeno para a população de alunos, ele escolheu os alunos do primeiro ano como foco, pois era a forma mais precoce de prevenção baseado na concepção de Leavel e Clark sobre Medicina Preventiva (Simon, 2005).

Segundo Simon (2000),

Os diagnósticos psiquiátricos não se aplicavam a uma população jovem e universitária. Diagnósticos como neurose, psicose, psicopatias, mal se adequavam a 1% ou 2% dessa população. Restavam 98% a 99% de ‘normais’; dentre os quais, não obstante, 10% a 20% tinham necessidade de alguma espécie de ajuda psicológica imediata. Como localizá-los? (p. 168)

Partindo do conceito de adaptação como um conjunto de respostas que o sujeito apresenta para satisfazer suas necessidades, o Prof. Ryad Simon escolheu o critério adaptativo para nortear a EDAO por três razões principais: 1) Melhor enfoque para verificar o funcionamento de um sujeito em relação a si mesmo e em relação ao ambiente; 2) Todo comportamento visa um fim e assim, a adequação da adaptação pode ser considerada coerente a esse fim; 3) A partir do comportamento, observável ou comunicável, verifica-se o estado de integração dos diversos sistemas (intelectual, afetivo, conativo e anátomo-fisiológico) e da coerência para atingir seu fim e concluir sobre a adaptação global do sujeito (Simon, 1989).

O autor construiu um sistema flexível, individualizado e mutável, distanciando da rigidez do diagnóstico psicopatológico clássico, que avalia o sujeito interagindo com os fatores internos e externos (Simon, 2000). O objetivo era detectar aqueles para os quais visava evitar (impedir) a diminuição da eficácia adaptativa e de conseguir (alcançar) melhora da eficácia adaptativa. Ou seja, aqueles em estado de crise constituem a população de maior risco de sofrer a redução da eficácia adaptativa. E, por isso, um programa de prevenção deve priorizar o atendimento psicoterápico imediato e breve às pessoas em crise (Simon, 1989).

A EDAO é uma escala que possibilita, através dos dados obtidos em entrevistas psicológicas, determinar a eficácia adaptativa do sujeito a partir da análise das soluções que ele utiliza para responder às necessidades dos quatro setores adaptativos: Afetivo-Relacional (A-R); Produtividade (Pr); Orgânico (O); Sócio cultural (S-C). Verifica-se o grau de adequação das soluções que varia de adequado a pouquíssimo adequado, grau de satisfação e se gera ou não conflitos. De acordo com o resultado, é classificado em um dos cinco grupos adaptativos: grupo 1 – adaptação eficaz; grupo 2 – adaptação ineficaz leve; grupo 3 – adaptação ineficaz moderada; grupo 4 – adaptação ineficaz severa; grupo 5 – adaptação ineficaz grave (Simon, 1989).

1.5.2 Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)

A Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) foi desenvolvida concomitante a EDAO, pois uma vez realizada a triagem e separados aqueles que precisariam de ajuda mais imediata, como ajudá-los? Ao consultar diversos autores e suas abordagens e técnicas, e não ficando satisfeito o Prof. Ryad Simon foi descobrindo um método próprio de psicoterapia breve mais apropriado a essa população triada e aos seus objetivos adaptativos. Levando em consideração o mundo interno e seus componentes ambientais e o mundo externo permeado pelas significações pessoais, tratou de decidir a proporção de realidade psíquica e de realidade objetiva implicadas na *situação-problema* (Simon, 2005).

A *situação-problema* é uma situação nova e significativa na vida do sujeito que vai além de um problema a ser resolvido e engloba um complexo de variáveis, que coexistem e interagem simultaneamente. O sujeito, diante desta situação, recorre ao seu repertório adquirido ao longo de sua vida na busca de uma solução que cesse a tensão. Dessa forma, as soluções são repetitivas diante de problemas novos, levando a um ciclo vicioso ao longo da vida. Um quadro clínico não surge do nada, pressupondo-se a existência de fatores antecedentes com significado emocional para o paciente, que foram reprimidos ou não chegaram à consciência (Simon, 2005).

Diante de cada problema no decorrer da vida, o sujeito precisa encontrar soluções. Estas determinam a eficácia da adaptação global do sujeito. A teoria adaptativa, na qual se baseia a eficácia adaptativa, decorre de fatores internos e externos do indivíduo (Simon, 2005).

Nos fatores internos, considera-se o aspecto hereditário, genético, o fator constitucional, o instinto de vida e o instinto de morte que podem ou não ser reduzidos ou aumentados por influências químicas, hormonais e ambientais (Simon, 2005).

O instinto de morte é necessário para a sobrevivência e para a agressividade como defesa. Para uma adaptação eficaz, é preciso o instinto de morte em intensidade regular e interagindo com o instinto de vida. O instinto de vida promove o movimento, a ação bem como a integração da personalidade e a reparação do que foi destruído. É desse instinto que emana o amor do qual deriva a gratidão, o respeito e a preocupação com o outro. Em intensidade suficiente predispõe ao contato adequado com a realidade, preside a saúde mental e a busca de soluções adequadas (Simon, 2005).

Quanto aos fatores externos, o autor classifica-os em ambiente rejeitador e ambiente acolhedor. O ambiente rejeitador é aquele que agride fisicamente, com maus tratos e frustrações, ou afetivamente. Pode ser permissivo, sem estabelecer limites ou sem disciplina, o que impede o indivíduo de enfrentar situações de angústias que são tão necessárias para o contato com a realidade. O ambiente acolhedor é aquele que propicia ao indivíduo sentir-se amado e respeitado na sua individualidade e que frustra o suficiente para ensinar a respeitar os limites, assim como encoraja a enfrentar as situações atemorizantes. Favorece a integração do ego e a evolução para uma adaptação eficaz (Simon, 2005).

O terapeuta deve investigar, através das entrevistas, os fatores que poderiam estar associados aos sintomas. No entanto, a memória do paciente pode falhar e deixar lacunas que poderiam esclarecer um ponto importante ou embaralhar os fatos, deixando pistas falsas que confundem o terapeuta. Geralmente, esses quadros ocultam situações sexuais e/ou culpa e são chamadas de *situações-problema ocultas*. O emparelhamento da cronologia e da sequência temporal dos acontecimentos com os sintomas e ocorrências atuais vividas com muita tensão poderão fornecer indicativos para o esclarecimento do quadro (Simon, 2005).

As *situações-problema* são delimitadas para serem trabalhadas por meio de clarificação e uso de interpretações intelectualizadas, tendo por base conjecturas psicodinâmicas, ajudando o paciente a compreender as razões inconscientes do seu comportamento pregresso e atual. A posição do terapeuta é mais ativa e diretiva do que nas

psicoterapias tradicionais. De acordo com as circunstâncias, são utilizados recursos suportivos tais como: sugestão, reassseguramento, orientação e catarse (Simon, 1989).

A terapia é realizada na posição face a face e possui tempo pré-determinado (até 12 sessões de 50 minutos). A terapia é individual e não regressiva, não sendo estimulada a transferência. Porém, deve-se interpretar a transferência negativa para evitar impasse terapêutico e estimular a transferência positiva, da qual se retira a possibilidade de colaboração e confiança do paciente (Simon, 2005).

A *interpretação teorizada*, anteriormente chamada de *interpretação intelectualizada*, é baseada na teoria analítica para reconstruir a história do paciente com as informações obtidas nas entrevistas, na compreensão dos dinamismos inconscientes considerando a sua vida pregressa e que interferem na situação-problema atual. A *interpretação teorizada* é o principal recurso no processo de PBO e pode dar ao paciente a convicção de que aquilo é verdadeiro, funcionando terapeuticamente como a recordação de um conteúdo reprimido (Gebara, 2003).

A escolha do termo *teorizada* na PBO, segundo Gebara (2003):

corresponde a uma reconstrução baseada nos dados colhidos nas entrevistas, na compreensão dos dinamismos inconscientes do paciente. Considerando sua vida pregressa, apreciada sob a óptica das teorias analíticas, principalmente kleiniana, que possa estar interferindo na situação-problema atual. Dessa forma, exige do terapeuta uma maior experiência e conhecimento da teoria. (p. 45, nota de rodapé).

Segundo Simon (2010), o uso das *interpretações teorizadas* com base nas conjecturas psicodinâmicas, ajudam o paciente a compreender as razões inconscientes de seu comportamento pregresso e atual e, a partir disso, podem provocar associações e ressonâncias do significado emocional que levaram o paciente a soluções pouco e/ou pouquíssimo adequadas, podendo estimulá-lo a buscar soluções mais adequadas.

1.6 Utilização da Psicoterapia Breve Operacionalizada

Younes (2011) observou que a PBO ofereceu contribuições importantes para a solução das crises e que as *interpretações teorizadas*, bem como as intervenções suportivas mostraram-se eficientes para a adoção de soluções mais adequadas. Após as entrevistas de

acompanhamento, o autor relatou sobre a manutenção dos ganhos obtidos através da PBO em todos os cinco casos atendidos.

Simon e Yamamoto (2009) citam o uso da PBO na clínica privada, para atender à demanda dos convênios de saúde, obrigados por legislação a concederem atendimento psicoterápico aos seus filiados (através do reembolso integral ou parcial dos pagamentos efetuados pelos atendimentos, de acordo com o plano do filiado), bem como o seu uso em situação de crise adaptativa (Simon & Yamamoto, 2008). Em ambos artigos, os autores relataram sobre como a PBO auxiliou na busca de soluções mais adequadas e sobre a sua eficiente aplicabilidade.

Também há utilização da PBO em caso de crise por expectativa de perda (Younes et al., 2010). O autor enfatizou como a PBO pontuada e focada na situação de crise resultou na redução da intensidade da crise e permitiu a paciente fazer uso de seus recursos sem se precipitar numa atuação destrutiva.

Já Munhoz e Motta (2012) relatam o uso da PBO para o tratamento de pessoas com deficiência física como uma opção para atender à demanda deste público. Possibilitando mudanças das atitudes e comportamentos e alcançando melhor adaptação aos setores da vida. A deficiência física, setor orgânico, traz limitações e necessidade de reaprendizagem e pode gerar crise em um ou mais dos setores. As autoras ressaltaram a importância da motivação, do foco e da brevidade do tratamento como aliados para a adesão do paciente ao mesmo.

Altman, Yamamoto e Tardivo (2007) verificaram a eficácia da PBO aplicada a uma mulher idosa, contribuindo com o encontro de formas mais adequadas de lidar com os conflitos. Estes autores constataram que através da localização da *situação-problema* e da identificação dos conflitos foi possível ajudar a paciente a encontrar soluções e saídas para os seus problemas existenciais. Constataram também a importância de adequar as técnicas da PBO para as pessoas idosas.

Gebara (2008) utilizou a PBO na sua pesquisa sobre a eficácia terapêutica da *interpretação teorizada* com um grupo experimental de 30 participantes. Concluiu que há evidências da eficácia do tratamento com a PBO: 86,66% dos participantes apresentaram melhora na eficácia adaptativa enquanto que, no grupo controle, 86,66% permaneceu no grupo adaptativo, 6,66% piorou e 6,66% melhorou. A evolução espontânea dos participantes não tratados não foi significativa. A evolução dos grupo tratado foi superior à evolução dos grupo controle. Uma vez verificada a eficácia da PBO e a interpretação teorizada sendo seu principal instrumento, ficou também verificada a eficácia da *interpretação teorizada*.

Justi e Neme (2010) fizeram uso da PBO em grupo com dez pacientes com líquen plano oral (LPO), no manejo de estresses destes pacientes. Neste grupo, a PBO auxiliou no enfrentamento das situações estressantes e contribuiu para a redução ou remissão das lesões de LPO. Os ganhos terapêuticos dos participantes foram observados no decorrer dos cinco anos entre as avaliações realizadas neste estudo. Simon (2009) relatou a prevenção da insônia em bebês a partir do uso da PBO nas gestantes e familiares do grupo de maior dificuldade adaptativa.

Nukui (2012) utilizou a PBO em mulheres em situação de violência doméstica e concluiu que a PBO e a interpretação teorizada parecem ter contribuído para a melhoria na eficácia adaptativa das duas participantes do estudo. Assinalou também a participação ativa das mesmas durante o processo terapêutico. Alves (2001) atendeu adolescentes da rede pública escolar.

Oliveira (2001) concluiu que a PBO utilizada em cinco pacientes com hipertensão essencial foi eficaz. Bechara (2011) utilizou a PBO em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e concluiu que houve uma evolução no diagnóstico adaptativo após a intervenção terapêutica, mostrando a importância do atendimento em PBO.

Neder Filha e Simon (2004) utilizou a PBO em 30 pacientes submetidos ao transplante de fígado, no período pré e pós da cirurgia. Os autores concluíram que a PBO trouxe benefícios psicossociais, menor preocupação com o doador, menor grau de rejeição do enxerto e melhor qualidade de vida após a cirurgia.

Gebara (2014) apresentou o atendimento a casal através da PBO como uma possibilidade no I Simpósio de Psicoterapias Breves, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em maio de 2014. Valentim (2014b) apresentou a pesquisa em PBO no atendimento de mulheres com câncer de mama no II Simpósio de Psico-Oncologia em outubro de 2014.

1.7 Justificativa e Objetivos

A escolha do tema-problema da pesquisa envolve determinantes objetivos e principalmente fatores subjetivos. Ao optar por um tema-problema a ser investigado como em qualquer opção humana, há motivações pessoais envolvidas, conscientes e inconscientes.

Os critérios de valor idealizados para a escolha do tema-problema para pesquisa são comprometimento, prioridade, oportunidade e novidade (Turato, 2008).

No caso específico desta pesquisa, o engajamento no projeto de pesquisa “Estudo piloto da validade de predição da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo” coordenado pela Prof^a Dr^a Kayoko Yamamoto e pelo Prof^o Titular Ryad Simon, desde a sua elaboração até os dias atuais e cujos resultados preliminares deram origem a diversos trabalhos³ apresentados em congressos nacionais e internacionais, alguns resumos e trabalhos completos disponíveis nos sites dos congressos, bem como a publicação de um artigo em revista científica⁴, foram motivação suficiente para a escolha desta investigação.

O interesse pela depressão pós-parto (DPP) e a importância do tema levaram à elaboração do projeto de pesquisa de Mestrado. A prioridade foi melhorar a qualidade de vida das mulheres com sintomas da DPP, pois a DPP demanda um programa de prevenção secundária com diagnóstico precoce, encaminhamento e atendimento imediato frente à urgência de solução para o problema da puérpera em crise.

A oportunidade para a realização deste projeto de pesquisa surgiu à medida em que as puérperas com sintomas da DPP do projeto “Estudo piloto da validade de predição da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo” eram encaminhadas para a Clínica Durval Marcondes e para o Hospital Universitário sabendo das dificuldades que teriam para serem atendidas nas suas necessidades. Tanto a Clínica como o Hospital estão com espera devido à alta demanda dos serviços psicológicos e psiquiátricos.

A escolha da PBO foi baseada na especialização em PBO, na eficiência da utilização da PBO em diversos estudos citados anteriormente e no encontro das necessidades: das puérperas com sintomatologia da DPP, de seus familiares e do bebê, da realidade da saúde pública brasileira e da condição econômica da população assistida no HU-USP.

A DPP é um problema sério de saúde pública atingindo mais de 15% das puérperas. Além do sofrimento da puérpera, a DPP pode gerar problemas nas relações familiares e na relação mãe-bebê, ocasionando problemas no desenvolvimento do bebê, conforme a literatura abordada na introdução deste estudo.

As puérperas com sintomas depressivos podem ter a saúde mental comprometida e agravada. Elas se vêm diante de uma *situação-problema* vital, nova e desconhecida para elas. Sendo assim, conforme Simon (1989, 2005) elas se encontram em crise adaptativa. Caplan

³ (Kim et al., 2012a); (Kim et al., 2012 b); (Kim et al., 2012c); (Kim et al., 2012d); (Kim et al., 2013a); (Kim et al., 2014); (Valentim et al., 2013); (Stella et al., 2013); (Valentin et al., 2014a)

⁴ (Kim et al., 2013b)

(1980) enfatizou o diagnóstico e encaminhamento precoces. Nas crises adaptativas, Simon (2005) recomendou a Psicoterapia Breve Operacionalizada. A PBO foi utilizada nos estudos de: Younes (2009 e 2011) em situações de crise por perda ou por expectativa de perda, e de Simon e Yamamoto (2008) em situação de crise adaptativa, bem como nos estudos de: Alves (2001), Oliveira (2001), Neder Filha e Simon (2004), Altman, Yamamoto e Tardivo (2007), Gebara (2008), Justi e Neme (2010), Bechara (2011), Munhoz e Motta (2012) e Nukui (2012). Todos estes estudos concluíram que a PBO contribuiu para a melhora na eficácia adaptativa e na qualidade de vida dos participantes.

Dessa forma, justifica-se o estudo do tratamento psicoterápico breve operacionalizado em puérperas com sintomas da depressão pós-parto.

1.7.1 Objetivo

O objetivo do presente estudo é verificar a aplicação da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) em puérperas com sintomas da depressão pós-parto.

17.2 Objetivos Específicos

1.7.2.1 Compreender os dinamismos inconscientes das puérperas com sintomas depressivos.

1.7.2.2 Averiguar os efeitos das *interpretações teorizadas* nas puérperas com sintomas depressivos.

2 MATERIAL E MÉTODO

Neste estudo foram seguidas as diretrizes para a apresentação de dissertações da Universidade de São Paulo (USP), parte II de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) (Funaro et al, 2009).

Este estudo utilizou o método clínico-qualitativo. Segundo Turato (2008) as características do método clínico-qualitativo são: 1) Interpretação dos sentidos e significações dos fenômenos da saúde-doença em contraposição à enunciação de fatos; 2) O *setting* como ambiente do sujeito para a coleta de dados; 3) Valorização das angústias e ansiedades do paciente; 4) Valorização de elementos psicanalíticos como ferramenta; 5) Pesquisador como instrumento da investigação em campo; 6) Pesquisador junta os fragmentos encontrados em campo para poder produzir sua teoria; 7) Preocupação com o processo; 8) Conhecimento teórico e prático como ponto de partida; 9) Processo dialético indutivo e dedutivo; 10) Validade dos fatos como força do método; 11) Apresentação dos resultados e interpretação como fases concomitantes; 12) Pressupostos revistos como conclusão da pesquisa.

Um estudo de caso pode parecer uma base pobre para a generalização, mas o estudo de um único caso ou de poucos casos pode ser estudado de forma mais exaustiva e aprofundada. Dessa forma, pode ajudar a refinar a generalização ou até mesmo modificá-la ou refinar a compreensão da generalização. A maior característica da análise qualitativa é a ênfase da interpretação com o objetivo de compreender o caso. O foco é progressivo à medida que se percebe que as perguntas prévias estão inadequadas, que novas questões surgem, e assim, o desenho do foco é gradualmente modificado. Um bom estudo de caso é paciente, reflexivo e enseja outros pontos de vista. O pesquisador de análise qualitativa deve tentar preservar as diversas realidades, as diferenças e até contraditórias visões sobre os acontecimentos (Stake, 1995).

2.1 Participantes

A amostragem proposital é definida metodologicamente como aquela em que os sujeitos ou ambientes são escolhidos deliberadamente. Estando ambientado num serviço de saúde, o pesquisador tem a liberdade de estudar os casos emergentes neste campo (Turato, 2008).

Desta forma, os casos deste estudo foram encaminhados por profissionais da área da Saúde: após atendimento das puérperas no Setor de Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) (participante C) e por triagem das entrevistas das participantes do projeto “Estudo piloto da validade de predição da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo”, de acordo com os critérios de inclusão (participante A e B). Foram analisadas 40 entrevistas clínicas preventivas realizadas pelas psicólogas do projeto citado.

Foram solicitadas as colaborações das participantes, com o esclarecimento dos objetivos, da forma de participação, do anonimato e da livre escolha quanto à participação na pesquisa, e interrupção a qualquer momento sem prejuízo nos atendimentos médicos. As participações iniciaram-se após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado de forma a assegurar seu pleno entendimento a respeito do conteúdo.

Participaram deste estudo três puérperas com sintomas da DPP, que aceitaram participar voluntariamente e que receberam atendimento obstétrico no HU-USP.

Os critérios de inclusão foram:

- faixa etária entre 18 e 35 anos;
- apresentar sintomas da DPP nas entrevistas clínicas preventivas realizadas pelas psicólogas participantes do projeto em andamento na ocasião, no período máximo de onze meses;
- ser encaminhada pelos profissionais da saúde do Setor de Obstetrícia do HU-USP com diagnóstico ou suspeita de DPP;
- concordar em participar voluntariamente segundo as cláusulas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- disponibilizar um horário semanal e comprometer-se a comparecer na Clínica Durval Marcondes do IP-USP.

2.2 Local

As participantes foram entrevistadas e atendidas em Psicoterapia Breve Operacionalizada nas salas para atendimento de adultos, com ou sem divã, localizadas na Clínica Durval Marcondes do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP).

2.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram:

- Entrevistas;
- Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO);
- Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO).

2.3.1 Entrevistas

2.3.1.1 Entrevista Clínica

Ocampo e Arzeno (1981) caracterizam a entrevista inicial como semidirigida na qual o paciente inicialmente expõe seus problemas livremente, mas o entrevistador pode intervir para assinalar vetores quando o paciente não sabe como começar ou continuar e em situações de bloqueio ou paralização devido ao aumento da angústia, com o intuito de assegurar os objetivos da entrevista, para indagar sobre aspectos da conduta não falados, contradições, ambiguidades e verbalizações obscuras, bem como sobre as lacunas na informação do paciente. Os objetivos da entrevista semidirigida são conhecer exhaustivamente o paciente e extrair dados suficientes para formular hipóteses.

Arzeno (1995) considera que, na primeira entrevista, o entrevistado deva conhecer e comprovar que o profissional não irá acusá-lo por seus erros e fracassos, podendo ser centralizada na descrição do motivo da consulta. O motivo da consulta é considerado o motivo manifesto. Ao confiar no profissional, o entrevistado talvez consiga mencionar os motivos que lhe são mais difíceis de mencionar. O motivo latente surge à medida que o estudo for sendo realizado, podendo ou não ser relatado pelo entrevistado.

Tavares (2000) define a entrevista clínica como:

um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos

(indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas. (p. 45).

O entrevistador, ao ouvir o outro de modo diferenciado, possibilita a escuta de material latente na fala do entrevistado. Segundo Cordioli (1993 *apud* Tavares, 2000) “esta escuta diferenciada, por si só, é considerada um dos elementos terapêuticos” (p.52). É importante que o entrevistado perceba o entrevistador receptivo às suas dificuldades e que o entende e aceita, reconhecendo suas capacidades e seu potencial. Essa percepção facilita a relação, a colaboração do entrevistado e a expressão de experiências, sentimentos e pensamentos relevantes (Tavares, 2000).

2.3.1.2 Entrevista preventiva

Segundo Simon (1989), na entrevista clínica tradicional, o entrevistado busca o entrevistador com uma queixa. Na entrevista preventiva, não há uma queixa e muito menos a procura do entrevistado pelo entrevistador. Procurar o entrevistado dá à entrevista preventiva seu caráter profilático e permite alcançar os entrevistados antes do período patogênico, prevenção primária, e também aqueles já no período patogênico, mas que não se consideram doentes. Nestes últimos, o diagnóstico precoce na fase de prevenção secundária permite intervenção terapêutica antes que o processo patogênico se agrave e produza maiores danos. Quando o entrevistado é procurado e comparece à entrevista sem saber por que foi procurado, sem saber o que o espera, pode preencher o vazio da desinformação com fantasias que, em geral, são de natureza persecutória e podem dificultar a tarefa do entrevistador.

Simon (1989) considera essencial o esclarecimento sobre os motivos da entrevista, o que inclui conhecer o entrevistado para saber se está bem e se pode melhorar ainda mais, verificar o que não está bem e como pode ajudar a melhorar ou encaminhar para alguém que possa ajudá-lo, esclarecer dúvida ou informação especializada sobre si mesmo, ou alguém de sua relação, e tentar eliminar preconceito sobre a ajuda psicológica. Caso a fantasia persecutória persista, o uso de medidas suportivas se faz necessário.

Segundo Yamamoto (2006), as técnicas suportivas incluem o reassseguramento, orientação e externalização de interesses. Elas são utilizadas: quando as famílias mostram-se incapacitadas para suportar a angústia diante do confronto com seus conflitos inconscientes; para restabelecer o equilíbrio diante de uma crise ou acontecimento repentino.

Para Simon (1989, 2005), as técnicas de reassseguramento indicadas incluem a garantia de sigilo sobre as informações e que essas informações não serão utilizadas para

prejudicá-lo, como também garante a inexistência de conexão do serviço de prevenção com o resto da instituição. Um temor observado nas entrevistas é o medo do entrevistado de ser considerado louco. O uso do esclarecimento e informações técnicas podem reduzir as angústias e até aliviá-lo de algo que o atormentava, o que indica que a entrevista pode ter um efeito psicoterápico.

As técnicas reeducativas são utilizadas para: obter alterações positivas na dinâmica familiar e um maior desenvolvimento de suas potencialidades sem lidar com os processos inconscientes profundos; promover mudanças adaptativas resultante da experiência vivida com o terapeuta. É útil para o terapeuta que se sente despreparado para lidar com material mais perturbados (Yamamoto, 2006).

As técnicas reconstrutivas são usadas quando as famílias possuem capacidade para *insight* e muita motivação para conhecer os aspectos inconscientes de seu funcionamento e quando o terapeuta se sente preparado para utilizar as interpretações. Visa à resolução de conflitos inconscientes e modificações duradouras na adaptação familiar (Yamamoto, 2006).

2.3.1.3. Entrevista em Psicoterapia Breve Operacionalizada

De acordo com Simon (2005), a entrevista em PBO requer um longo e pormenorizado trabalho de entrevista, pois o terapeuta, para planejar esta psicoterapia, precisa de um minucioso exame a fim de detectar as situações-problema e determinar a situação-problema nuclear, se houver uma, bem como necessita compreender as conexões entre as mesmas. Pela história pregressa, o terapeuta consegue formular algumas conjecturas sobre os possíveis padrões psicodinâmicos, cristalizados inconscientemente, que influem as soluções pregressas e atuais.

Uma entrevista padrão inicia deixando o paciente falar livremente sobre a sua queixa, inclui as dificuldades ou sintomas que levaram o paciente a procurar ajuda. Segue com a história e a evolução das queixas, o que as faz piorar ou melhorar e o que estava acontecendo no entorno, investigando os fatores internos e externos e a intensidade dos fatores tensionais, defensivos e suas interações que facilitam ou dificultam a adequação das soluções às situações-problema. O próximo passo é conhecer a história pregressa do paciente desde a infância e acompanhar as relações e acontecimentos significativos para o paciente. Isso possibilita elaborar as conjecturas psicodinâmicas para formular as *interpretações teorizadas*. O passo final é o interrogatório complementar para investigar em quais outras áreas haveria sintomas ou dificuldades (Simon, 2005).

2.3.2 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - EDAO

É uma escala que, através de dados obtidos em entrevistas psicológicas, determina a eficácia adaptativa do sujeito a partir da análise das soluções que ele utiliza para responder às necessidades dos quatro setores adaptativos: **setor A-R** (*afetivo-relacional*), **setor Pr** (*produtividade*), **setor Or** (*orgânico*) e **setor S-C** (*sóciocultural*). Para tanto, essa escala verifica a *adequação* das soluções a cada setor, utilizando os seguintes critérios: tipo de solução, grau de satisfação, e conflitos intra e/ou extra-psíquicos. Com base nesses três critérios, as soluções podem ser: *adequadas*, quando solucionam com satisfação e sem produzir conflitos intra e/ou extra-psíquicos; *pouco adequadas*, quando solucionam com satisfação, mas acabam produzindo conflitos intra e/ou extra-psíquicos, ou, solucionam insatisfatoriamente, embora sem conflito algum; e, *pouquíssimo adequadas*, quando solucionam de forma insatisfatória e provocam conflitos intra e/ou extra-psíquicos. Pelo conjunto das soluções – adequadas, pouco ou pouquíssimo adequadas, ou, pelo predomínio de uma delas, cada setor adaptativo é avaliado como estando adequado, pouco adequado ou pouquíssimo adequado (Simon, 2005).

Na fase final do processo de avaliação da EDAO, para fins operacionais, são atribuídos pesos aos setores A-R e Pr, conforme estejam avaliados como adequados, pouco ou pouquíssimo adequados (aos setores Or e S-C não são atribuídos pesos; eles são considerados qualitativamente) de acordo com o quadro 1 de Simon (2005).

Quadro 1 – Quantificação dos setores adaptativos A-R e Pr

SETOR	Adequado	Pouco	Pouquíssimo
A-R	3	2	1
Pr	2	1	0,5

Desse processo de avaliação resultam cinco grupos adaptativos: **grupo 1** - adaptação eficaz; **grupo 2** - adaptação ineficaz leve; **grupo 3** - adaptação ineficaz moderada; **grupo 4** - adaptação ineficaz severa; e **grupo 5** - adaptação ineficaz grave representados no quadro 2 do autor (Simon, 2005).

Quadro 2 – Classificação quantitativa da EDAO

Grupo	Classificação Diagnóstica	Soma	Pontuação
1	Adaptação Eficaz	A-R adequado 3 + Pr adequado 2=	5
2	Adaptação Ineficaz Leve	A-R pouco 2 + Pr adequado 2= A-R adequado 3 + Pr pouco 1=	4 4
3	Adaptação Ineficaz Moderada	A-R pouco 2 + Pr pouco 1= A-R adequado 3 + Pr pouquíssimo 0,5= A-R pouquíssimo 1 + Pr adequado 2=	3 3,5 3
4	Adaptação Ineficaz Severa	A-R pouquíssimo 1 + Pr pouco 1= A-R pouco 2 + Pr pouquíssimo 0,5=	2 2,5
5	Adaptação Ineficaz Grave	A-R pouquíssimo 1 + Pr pouquíssimo 0,5=	1,5

Há situações, no entanto, em que não existe solução para ser avaliada. As soluções para tais situações levam tempo para serem elaboradas em virtude de sua novidade e da intensa carga emocional envolvida. Essas situações são chamadas de crise adaptativa (Simon, 2005).

2.3.3 Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO

Essa modalidade de psicoterapia breve é baseada na concepção da evolução adaptativa e tem como objetivo melhorar a eficácia da adaptação do paciente. A avaliação da adequação das soluções (frente às situações-problema e onde estas se encontram e o planejamento do processo terapêutico) é realizada com o auxílio da teoria evolutiva da adaptação. A terapia é realizada na posição face a face e possui tempo predeterminado (até 12 sessões de 50 minutos). A terapia é individual e não regressiva, não sendo estimulada a neurose de transferência, porém deve-se interpretar a transferência negativa para evitar impasse terapêutico e estimular a transferência positiva, da qual se retira a possibilidade de colaboração e confiança do paciente.

As *situações-problema* são delimitadas para serem trabalhadas por meio de clarificação e uso de *interpretações teorizadas*, tendo por base as conjecturas psicodinâmicas, ajudando o paciente a compreender as razões inconscientes de seu comportamento pregresso e atual. A posição do terapeuta é mais ativa e diretiva do que nas psicoterapias tradicionais.

2.4 Procedimento

O projeto inicialmente estava programado com três fases: contato, entrevista e PBO. Contudo, foi acrescentada a quarta fase caracterizada por uma entrevista de retorno após, pelo menos, dois meses da finalização do atendimento psicoterápico, pois, segundo Gebara (2004), as entrevistas de retorno confirmaram que as mudanças favoráveis mantiveram-se estáveis.

2.4.1 Contato telefônico

Foram realizados contatos por telefone com as puérperas encaminhadas pelos profissionais de saúde citadas anteriormente. Elas foram convidadas a participar do estudo e foi agendado um horário para cada puérpera conforme a conveniência de ambas as partes na Clínica Durval Marcondes. Foram também brevemente informadas e esclarecidas a respeito dos objetivos e procedimentos adotados no presente estudo; e, principalmente, que a concordância ou não em participar do mesmo não lhes traria nenhum prejuízo no atendimento que vêm recebendo no hospital ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

2.4.2 Entrevistas

Conforme o agendamento, as puérperas compareceram ao local combinado. Foram solicitadas as colaborações das participantes, com esclarecimento dos objetivos, da forma de participação, do anonimato e da livre escolha quanto à participação na pesquisa, e interrupção a qualquer momento sem prejuízo nos atendimentos médicos.

Para as mulheres que concordaram em participar, as participações iniciaram-se após a leitura e esclarecimentos, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE em apêndice), apresentados de forma a assegurar seu pleno entendimento a respeito do conteúdo contido no Termo. Em seguida, foram entrevistadas individualmente para verificar os sintomas da DPP.

Foram agendadas quatro entrevistas com cada puérpera em dias e horários previamente combinados. As participantes foram informadas que cada entrevista duraria 50 minutos e as faltas e atrasos não seriam repostos. Com base nos dados obtidos, foi realizado o diagnóstico da eficácia adaptativa com o uso da EDAO.

2.4.3 Psicoterapia Breve Operacionalizada

As participantes foram atendidas individualmente em PBO com 12 sessões semanais de 50 minutos realizadas na Clínica Durval Marcondes. Na primeira sessão, foi feito o enquadre em que foram apresentados: a *situação-problema* detectada nas entrevistas; o

número de sessões semanais necessário (duração, local e horário) e que as faltas e atrasos não seriam repostos. Diante da concordância de ambas as partes, deu-se o andamento das sessões semanais.

A PBO foi finalizada na 12ª sessão ocasião em que as participantes foram avisadas sobre a entrevista de retorno depois de, no mínimo, dois meses.

2.4.4 Entrevista de retorno

Após pelo menos dois meses da 12ª sessão, as participantes foram contatadas, e agendando-se as entrevistas de retorno com a participante para verificar sua eficácia adaptativa neste período pós PBO.

2.5 Análise dos Dados

Segundo Stake (2006), em estudos de caso único, o pesquisador cria uma imagem do caso e a interpreta para que outros possam visualizá-lo. Em estudo de múltiplos casos, torna-se necessário uma palavra que represente o objetivo do coletivo. Estuda-se os casos para verificar as similaridades e diferenças entre eles para compreender o objetivo do coletivo. Se o propósito da pesquisa é obter uma visão geral, o desenho deve ser formalizado e, dessa forma, seleciona-se algumas variáveis e não o caso como um todo.

Por se tratar de um estudo de três casos, cujo objetivo central foi verificar se a aplicação da PBO favorece o encontro de soluções mais adequadas para as *situações-problema/crise* das participantes, e os objetivos específicos referiam-se às *interpretações teorizadas*, Stake (2006) afirma que se estudam os casos para verificar as similaridades e diferenças para compreender o objetivo do coletivo.

Foram verificadas as queixas manifestas e as *interpretações teorizadas* de cada sessão, bem como as reações e/ou respostas de cada participante em cada entrevista e sessão. Apesar das análises de dados de cada participante, foi apresentado um caso para compreensão da elaboração dos quadros, sendo que as demais análises de casos foram colocadas no apêndice. Para ilustrar, foram elaborados quadros com os dados obtidos durante as entrevistas e sessões de PBO de todas as participantes e as entrevistas de retorno de duas participantes que permitiram a discussão focando os objetivos deste estudo.

As avaliações adaptativas obtidas antes da aplicação da PBO através da EDAO foram comparadas às avaliações adaptativas obtidas após PBO. As avaliações obtidas pelas informações da entrevista de retorno foram analisadas com o intuito de verificar se a eficácia adaptativa se mantém ou não sem a PBO e se as mudanças decorrentes da PBO se mantiveram ou não.

2.6 Análise dos Aspectos Éticos

O projeto está cadastrado na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, tendo sido submetido e aprovado pelo Conselho de Ética com Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 18 de abril de 2013, número de CAAE 10168912.0.0000.5561, número do parecer 248.911.

Este estudo atendeu aos requisitos descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde a respeito dos procedimentos referentes às pesquisas que envolvem seres humanos.

Os casos das três participantes foram supervisionados por profissional especialista em PBO e de reconhecida competência. Nas supervisões foram discutidas: as entrevistas; as compreensões psicodinâmicas; as *situações-problema*; as classificações adaptativas pela EDAO antes e depois da PBO; as sessões e *interpretações teorizadas* da PBO; as entrevista de retorno e as classificações adaptativas das entrevistas de retorno.

3 RESULTADOS

Foram examinadas 44 entrevistas clínicas preventivas das participantes do projeto “Estudo-piloto da validade de predição da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo”. Dessas 44 entrevistadas foram selecionadas 10 participantes que apresentavam sintomas da DPP. Essas 10 participantes estavam classificadas: cinco no Grupo 3, adaptação ineficaz moderada; cinco no Grupo 4, adaptação ineficaz severa.

Dessas 10 participantes, três foram excluídas por seus bebês terem mais de 12 meses de idade, e assim restaram sete participantes. Após, foram realizados contatos telefônicos com essas sete puérperas restantes, das quais duas aceitaram prontamente a participar deste estudo e agendaram as entrevistas. Foram as participantes A e B, ambas com adaptação ineficaz moderada, Grupo 3. Das cinco demais participantes, duas não foram localizadas nos telefones disponibilizados para contato. As três participantes restantes alegaram estarem bem e recusaram-se a participar.

A terceira participante, participante C, foi encaminhada pela enfermeira do HU-USP devido aos sintomas depressivos. No entanto, constatou-se que ainda estava no período do *baby blues* e após um mês depois do parto foi realizado um novo contato e verificou-se que os sintomas permaneciam. Sendo assim, foi agendada a entrevista.

Uma outra puérpera, de 19 anos, casada e com um filho de 3 anos, foi encaminhada pelo médico obstetra do HU-USP com histórico de Depressão Maior anterior e diagnóstico de DPP. Após contato inicial no próprio HU-USP, agendou-se entrevista, porém a puérpera não compareceu. No contato telefônico, justificou dizendo “está chovendo e não posso sair com bebê na chuva”. Novos agendamentos foram feitos e a puérpera faltou em todos e cada falta foi justificada de uma maneira: “não tenho com quem deixar os filhos”, “ahhhh, esqueci...”, “estava saindo, mas chegou visita...”. No contato telefônico da última falta, a pesquisadora solicitou à puérpera que ligasse para agendar quando estivesse disponível. A puérpera não retornou a ligação, fato este considerado como indisponibilidade para participar da pesquisa.

Sendo assim, o presente estudo foi constituído de três participantes, com idades entre 19 e 29 anos e todas, casualmente, eram primíparas.

Quadro 3 - Dados das participantes do estudo

PARTICIPANTE	IDADE	RENDA	EST.CIVIL	NÍVEL ESCOLAR	PARTO
A	29	5.000	CASADA	DOUTORANDA	NORMAL
B	19	DESEMPREGADA	SOLTEIRA	MÉDIO	NORMAL
C	21	3.000	AMASIADA	MÉDIO INCOMPLETO	NORMAL C/ FÓRCEPS

Por ocasião das realizações das primeiras entrevistas, o bebê da participante A estava com onze meses, o bebê da participante B com sete meses e o da participante C estava com 45 dias, portanto todas as participantes estavam fora do período da tristeza puerperal.

No quadro 3, constam os dados de todas as três participantes. Os quadros seguintes apresentam: queixas e crises adaptativas; sintomas; adequação setorial; pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO antes da PBO; *situação-problema* e objetivo terapêutico possível de cada participante; *interpretações teorizadas* e respostas e reações das participantes durante as sessões da PBO; pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO após a PBO; pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO após a entrevista de retorno.

Será a seguir apresentado o atendimento completo resumido da participante A para ilustrar como foram os atendimentos. As demais participantes, B e C, foram atendidas da mesma forma e esses dados constam do apêndice.

Para ilustrar como foram realizadas as análises, segue o passo a passo do caso da **participante A** que apresentou os seguintes sintomas da DPP:

- humor oscilante;
- irritabilidade aumentada;
- cansaço aumentado;
- desmotivação (em relação ao trabalho, mas não em relação ao bebê);
- choro fácil;
- apetite aumentado;
- dificuldades de concentração e organização;
- sentimento de incapacidade;
- pensamentos negativos tais como: se algo de ruim acontecesse com a participante ou o cônjuge, o que aconteceria com o bebê; se ela poderia fazer “algo de ruim” (*sic*) ao seu bebê.

3.1 Dados de Identificação e dos Familiares

A participante A é sul-americana, não brasileira, casada, veio com o marido como bolsistas pós-graduandos na área da Saúde. É filha caçula, tendo dois irmãos casados. A mãe faleceu há 10 anos e desde então o pai está com depressão e busca refúgio no álcool. Demonstrou preocupação com a hipótese diagnóstica de DPP, confundindo com psicose puerperal. A participante A teve um aborto espontâneo na primeira gestação.

A família era comandada pela mãe, engenheira e professora universitária. O pai era técnico de aviação. Quando estudante, foi recrutado pelas Forças Armadas e teve que interromper o curso de Engenharia que nunca foi concluído. Possuíam boa condição financeira, porém, devido às mudanças políticas ocorridas no país de origem, a família entrou em crise financeira. Os pais ficaram desempregados e abriram uma empresa que faliu. Mudaram de cidade e houve perda do padrão de vida. Em 1998, a mãe foi diagnosticada com hepatite autoimune e vários cistos. Apesar da indicação cirúrgica, a mãe não quis operar devido à condição financeira e ao medo da cirurgia. Em 2003, a mãe faleceu em decorrência da doença não tratada. O falecimento dela abalou a estrutura familiar.

A educação familiar foi rígida, seguindo os dogmas religiosos do catolicismo, principalmente em relação à sexualidade. O irmão mais velho é casado e mora com esposa e dois filhos. O irmão do meio é músico e graduou-se na faculdade onde a mãe lecionava.

3.2 Queixa Manifesta

A principal queixa era “não dar conta da casa e do trabalho” (*sic*). O marido diz que ela está conseguindo, mas ela se sente incapaz de realizar as tarefas devido à sua desorganização. Isso a deixa irritada e ansiosa, o que acaba gerando discussões com o marido.

3.3 Anamnese

Apesar de gostar muito do seu trabalho, A sentia-se sobrecarregada com as tarefas do laboratório. Alegava que a equipe não sabia trabalhar em grupo e não conseguia colaboração dos colegas. Sentia-se pressionada em finalizar o doutorado. Em casa, poupou o marido dos trabalhos domésticos e dos cuidados com o bebê para que ele pudesse finalizar o doutorado e se preparar para o pós-doutorado.

A respeito de sua família de origem, relatou que após o falecimento da mãe em 2003, ela assumiu as funções da mãe, cuidando do pai, alcoolista e depressivo, e preocupando-se com os irmãos. Após sair de seu país para estudar no Brasil com o marido, sentiu-se impotente por não estar perto da família. Sentia-se culpada por não ligar para o pai e irmãos com a frequência que gostaria. Ficou indignada com os irmãos por eles priorizarem as próprias vidas e famílias e não disporem de tempo para o pai.

Lembrou que o irmão mais velho brigava com a mãe por ela tentar controlar a vida dele. Ele fez faculdade pública em outra cidade e trabalhou para se manter, mas recusou a ajudar os pais nas dificuldades financeiras. A era muito apegada ao irmão e ele a protegeu até os 10 anos, época em que ele foi para a faculdade. A partir daí, aproximou-se do outro irmão através da música.

O irmão formava dueto com a mãe e ambos excluía A, pois era considerada desafinada. O irmão do meio foi morar com o mais velho e estudar na mesma faculdade, porém os irmãos brigaram e o irmão do meio retornou após um ano. A partir daí, A passou a formar dueto com ele, pois sua mãe já não cantava mais devido à sua condição de saúde. Sentiu ciúmes do irmão pela atenção que ele sempre recebia da mãe.

A participante disse: “fui muito feliz na infância e adolescência”. Seus pais eram líderes religiosos e, semanalmente, haviam reuniões de conselho e orientação para casais. Ela gostava de acompanhar os pais para brincar com outras crianças. A mãe era muito ativa e organizava atividades familiares e sociais. Relatou muito sofrimento devido às perdas: padrão de vida, espaço físico, amizades, ânimo dos pais e morte da mãe. A mãe conversava com os filhos e o pai com a filha.

Atualmente, a relação do pai com os filhos é distante, o pai decepcionou os filhos, pois ao visitá-los alcoolizado ele assustava os netos e as noras. O pai sofreu um acidente de carro por dirigir embriagado. Os irmãos evitavam a visita do pai e também não levavam suas

famílias para visitá-lo. Apesar de A ter recebido apoio paterno durante o namoro, lembrou-se do pai dizendo que ela “não precisava mais do pai por ter um namorado” (*sic*).

A relação com o marido costumava ser boa, conversavam muito e havia muita cumplicidade. Ele foi o primeiro e único namorado. Sentiu-se muito culpada por ter tido relação sexual antes do casamento.

3.4 Resumo das Entrevistas

Na primeira entrevista, demonstrou dúvidas e desconfiança. Solicitou explicações sobre o projeto. Após a explicação, preencheu e assinou o TCLE. Relatou pensamentos negativos e receio de fazer “algo ruim” (*sic*) para o seu bebê, e medo de falar sobre o seu passado. Após o enquadre e a explicação sobre a DPP, *baby blues* e psicose puerperal, sua postura física mudou, parecendo mais calma e disse: “É a primeira vez que faço terapia”.

Havia discutido com o marido no dia anterior e ele sugeriu que ela deveria procurar ajuda. Estava disposta a procurar ajuda, mas tinha receio. Quando recebeu a ligação com o convite para participar do estudo, sentiu alívio e pensou “era providência dos céus” (*sic*). Chorou muito ao falar da morte da mãe e finalizou a entrevista dizendo: “não queria falar do passado para não chorar”. Foi feita uma pontuação sobre ocupar o lugar deixado pela mãe.

Iniciou a segunda entrevista relatando: “senti vulnerável e, ao chegar em casa, procurei os álbuns de fotos e vi que não lembrava da fisionomia da minha mãe, mas lembrava do toque macio dela”. Durante a primeira metade da entrevista, os relatos eram saudosos sobre sua infância e sobre uma família idealizada. O problema financeiro foi pouco a pouco destruindo seu lar e sua família. Finalizou falando de sua raiva e ciúmes dos irmãos pela atenção da mãe. Foi pontuado sobre como ela assumiu a função materna preocupando-se com o pai e os irmãos, sobre a competição entre irmãos pela atenção da mãe e questão edípica sobre como ela era próxima ao pai e competia com a mãe.

A terceira entrevista começou com dez minutos de atraso que ela justificou dizendo: “minha filha pegou catapora e está mais manhosa”. Relatou alívio em conversar e sentir-se compreendida, percebeu estar mais paciente com o marido e conversando mais. Reclamou da falta de compreensão e cobrança do marido por atenção. Percebeu sua dificuldade em solicitar ajuda no trabalho e como sempre recusava a ajuda oferecida. Começou a aceitar e solicitar ajuda, conseguindo chegar mais cedo em casa. Disse que estava focada no bebê,

sentindo-se culpada por não dar atenção ao seu pai e por esperar demais dos outros. Foi pontuado o ciúme do marido e competição dele com o bebê, gerando conflito nela sobre para quem dar atenção. Também foi pontuado à participante sobre a sua onipotência e o seu pensamento mágico em atender as demandas da família nuclear, da família de origem e do trabalho, o que demonstrava muita voracidade dela.

Chegou com quinze minutos de atraso na quarta entrevista. Relatou maior reflexão sobre a entrevista anterior e percebeu o quanto é explosiva e controladora. Conseguiu explicar para o marido dizendo: “falei que não é pessoal, eu acabo descarregando nele as frustrações em relação ao meu pai”. Reconheceu o marido mais compreensivo e solícito em ajudá-la. Foi pontuada a inversão de papéis em relação ao pai e quanto se sentia frustrada por não conseguir substituir a mãe. Finalizou relatando: “minha bisavó morou com a gente até a minha adolescência e foi embora porque ela se sentia só. Eu não precisava mais dela, porque tinha muitas atividades na escola e saía com as minhas amigas”. Comparou a frieza de sua família em relação à bisavó com a falta de atenção dos seus irmãos em relação ao pai.

3.5 Avaliação Adaptativa antes da Psicoterapia Breve Operacionalizada

No setor afetivo-relacional, A estava pouquíssima adequada, pois suas respostas não a satisfaziam e geravam conflitos. Isso ocorreu na relação com o marido, com o pai, com o bebê, com os colegas e com os amigos. A participante tinha expectativas elevadas e impossíveis de serem alcançadas, gerando frustração e sentimentos de impotência e de incapacidade. Temia fazer mal ao bebê, sentia culpa por não poder cuidar do pai e por não dar atenção suficiente ao marido.

No setor da produtividade, gostava muito do que fazia, porém estava em conflito por não produzir tanto quanto gostaria. Apesar de satisfeita com o que fazia, havia conflitos por não alcançar as expectativas internas, portanto a classificação era pouco adequada. Criava expectativas acima da sua capacidade, sem perceber sua própria limitação.

No setor orgânico, não havia problemas de saúde, mas sua libido estava baixa e não sentia prazer sexual.

No setor sociocultural, demonstrou superego rígido devido à educação religiosa. Sentia-se culpada durante as relações sexuais como ela se sentia antes do casamento.

A equação EDAO era: A-R pouquíssimo adequado 1+ Pr pouco adequado 1= 2

Portanto, a classificação adaptativa neste caso foi Grupo 4, ou seja, adaptação ineficaz severa.

3.6 Situação-problema

O nascimento do bebê gerou uma crise adaptativa. Ao focar a atenção nos cuidados com o bebê, não tinha disponibilidade de tempo e nem de energia para cuidar do marido, do pai e do doutorado. Percebeu-se o predomínio de sentimento de incapacidade em ser uma mãe, mulher, filha e aluna perfeita.

Numa fase tão trabalhosa como a defesa de tese, ela decidiu engravidar, assumindo, na sua onipotência, mais responsabilidades do que seus recursos internos e condições ambientais permitiam. Seu sentimento de culpa impedia-a de desistir do que estava acima de sua limitação. Era uma crise por julgamento irrealista, por superestimar a si mesma, com predomínio da onipotência e voracidade, e subestimar os objetos, no caso os cuidados com o bebê e o empenho no doutorado.

3.7 Compreensão Psicodinâmica

Apesar de ter sido uma filha muito desejada, teve pouca atenção da mãe e sentia-se excluída pela mãe que privilegiava os irmãos. Isso gerava competição com os irmãos e sentimentos de raiva e ciúmes em relação aos irmãos. Também podia indicar raiva e inveja da mãe.

Tinha uma boa relação com o pai e para conseguir o que queria da mãe, ela pedia para o pai falar com a mãe. Com o falecimento da mãe, passou a ocupar o seu lugar assumindo sua função nos cuidados e preocupações com a família, seguindo o modelo de identificação com uma mãe idealizada e santificada. Essa identificação com a mãe que teve um aborto espontâneo antes do nascimento do primeiro filho foi repetido pela participante, que também teve um aborto espontâneo e relatado como “igual à minha mãe” (*sic*). Ao manter relações sexuais com o então namorado e atual marido, A sentia-se culpada por trair a confiança da mãe muito religiosa.

Mesmo casada e morando longe da família, continuou cuidando da família de origem e reclamava do fato de os irmãos priorizarem suas próprias famílias em detrimento da família de origem. Achava que conseguiria cuidar das famílias, do bebê e do doutorado, superestimando suas capacidades e subestimando as tarefas e responsabilidades, afinal sua mãe fora perfeita e ela também seria uma mãe perfeita.

Reclamava da falta de ajuda e compreensão do marido da mesma forma como reclamava dos irmãos e projetando o próprio pai no marido. Tendo, assim, uma crise por aquisição por julgamento irrealista, sentindo-se cansada, irritada, incapaz e distante da mãe idealizada.

3.8 Correlações Adaptativas Psicodinâmicas

No setor sociocultural, os valores religiosos rígidos impossibilitavam a relação sexual prazerosa, pois, segundo a Bíblia, a relação sexual tem a procriação como objetivo único. A mágoa em relação à mãe, cujo falecimento desestruturou a família, e os sentimentos infantis de inveja e raiva pela falta de atenção para com A seriam pecados imperdoáveis que a levavam à formação reativa de adoração da mãe, porém percebido “por esquecer a fisionomia da mãe” (*sic*).

Encontrou-se uma *situação-problema* de idealização e santificação da função materna, na qual havia esquiva da relação sexual, negando a satisfação sexual para si mesma e para o marido, o que gerava discussões e abalava a relação conjugal. Afetou também o setor orgânico no qual faltava o prazer sexual.

No setor afetivo-relacional, apresentou dificuldades nos relacionamentos interpessoais tanto com o marido, bebê e família de origem como com os colegas de trabalho. Havia um conflito entre priorizar a família nuclear ou a família de origem. Isso podia ser devido ao conflito edípico em que cuidar do marido seria abandonar o pai. Relatou não pensar em ter mais filhos o que pode ser indício da identificação projetiva no bebê do seu desejo de ter sido filha única e foco de toda a atenção dos pais.

A identificação com a mãe autoritária e controladora dificultava a aceitação da opinião alheia e de ajuda, deixando-a cada vez mais sobrecarregada de tarefas que assumia devido à voracidade e onipotência. Dessa forma, no setor da produtividade, a participante estava aquém das suas próprias expectativas tanto em casa como no trabalho. Com tantas

responsabilidades irrealizáveis, ficava frustrada pela sua incapacidade e impotência, projetando-as nos colegas e no marido.

3.9 Processo Terapêutico com a Psicoterapia Breve Operacionalizada: resumo das sessões

A participante faltou na primeira e na décima sessão. A entrevista inicial foi marcada pelo medo e pela desconfiança, fazendo questão de frisar nunca ter feito terapia. Apesar do aparente vínculo formado com a terapeuta durante as entrevistas, este não foi suficiente para superar o medo da terapia.

No início da segunda sessão, foi feito um interrogatório complementar sobre o desejo de ter mais filhos e sobre a vida amorosa e sexual. Foi realizado o enquadre da PBO, envolvendo explicações sobre o número de sessões, duração das sessões e que as faltas não seriam repostas. A sessão prosseguiu com relatos marcados pelas cobranças de si e dos outros, inclusive da terapeuta. Diante da dificuldade de comunicação, foram feitas *interpretações teorizadas* sobre a onipotência do bebê e sobre o pensamento mágico. Ela percebeu que cobrava do marido sem falar o que gostaria que ele fizesse e relatou como se sentia cobrada. Ao ser explicada a realidade objetiva da vida adulta (fazer escolhas e lidar com as consequências da escolha), ela ficou em silêncio. Foi verificado o excesso de frustrações e de desejos devido à voracidade.

A terceira sessão foi sobre a viagem do marido naquela manhã. Os relatos foram sobre a cumplicidade e a competição do casal em relação ao trabalho. Apresentou angústia de separação quando falou sobre a sua insegurança em ficar só com o bebê. A interpretação foi sobre a parentalidade: as diferenças das funções e dos gêneros sexuais, pois ela queria assumir as funções de pai e mãe para a filha. Além disso, dizia-se aliviada por estar livre das demandas sexuais do marido durante a ausência dele. Isso foi associado pela participante à sua educação religiosa na qual o prazer gerava culpa. Foi verificada a dissociação entre o prazer e a procriação em relação ao ato sexual, quando contou sobre como o nascimento de Jesus era santificado e satisfazendo-se com prazer no trabalho e com o bebê.

Na quarta sessão, ela relatou sobre as suas escolhas, priorizando os cuidados com o bebê e consigo mesma. Refletiu sobre a última sessão e percebeu gostar de ser mulher e

querer criar a filha diferente de como ela foi criada. Ao relatar sobre o desejo de que a filha tenha mais experiências sexuais, falou sobre a existência de uma trava na sua sexualidade.

A bisavó era criticada pela avó por abandonar a filha para namorar. A avó era muito rígida e desaprovava a relação sexual. A mãe namorou e casou com o pai, condicionando o namoro ao casamento. Após o falecimento da mãe, ficou surpresa com o pai por ele consentir que A fosse morar com o namorado. Foi pontuado que o pai concordava com o ponto de vista da mãe para não traí-la e não por ter a mesma opinião. A *interpretação teorizada* foi realizada sobre os valores sexuais e religiosos transmitidos de geração a geração sem reflexão e sobre a idealização do casamento dos pais.

Na quinta sessão, a participante sentia-se aliviada pelo retorno do marido com quem pudera compartilhar os cuidados com o bebê. Ela sentiu melhora na comunicação com o marido e na percepção dos sentimentos, tanto dos seus como do outro.

Falou sobre como a mãe era considerada modelo de filha pela avó e como a participante, além de ser parecida fisicamente com a mãe, tentou ser igual à mãe. Ao ser pontuado o fardo de ser exemplo, a paciente associou com o flagrante do pai adentrando em seu quarto durante a relação sexual com o marido, na época, namorado.

Naquela ocasião, em conversa entre o pai e o namorado, ficou sabendo que os pais haviam tido relação sexual antes do casamento. Foi pontuada a humanização dos pais e como era difícil para ela desmistificar a mãe santificada, quando ela se justificou dizendo que a mãe não era culpada pela sua trava sexual.

A explicação sobre o inconsciente na transmissão transgeracional em relação à sexualidade (da avó para a mãe e da mãe para A) pareceu aliviar a paciente da culpa de desmistificar a mãe. Mesmo assim, preferiu desmistificar o “casal perfeito” (*sic*) formado pelos pais, relatando sobre a infidelidade do pai quando a mãe estava grávida dela.

A mãe escreveu uma carta de desabafo onde falava da traição e apropriava-se do bebê só para ela. O casal permaneceu junto e passou a auxiliar outros casais da igreja em reuniões matrimoniais dos quais eram mentores. Após o falecimento da mãe, o pai questionou se a mãe realmente o teria perdoado e a filha respondera dizendo: “sim, ela perdoou meu pai e eu mesma tinha perdoado ele”.

A *interpretação teorizada* foi sobre a mãe ser o modelo de identificação da filha e sobre a idealização da família. Ao que a paciente comentou sobre o referencial elevado que ela mesma teve com a idealização da mãe, e que a filha teria em relação ao seu doutorado e por isso, estaria repensando a respeito da própria carreira e como é “difícil abrir mão” (*sic*).

Na sexta sessão, relatou sobre as brigas dos pais por causa do problema de bebida do pai. Levou um tapa da mãe no rosto aos 15/16 anos quando recusou participar da reunião familiar enquanto os pais não se falassem.

Relatou sobre a raiva que sentira com a interpretação da sessão anterior sobre a família perfeita, idealizada, porém percebera que os pais passaram esta imagem e reconheceu que sua família não era perfeita. Isso causou alívio e possibilitou relaxar.

Reconheceu que impõe ao marido o jeito de ser da sua família de origem e percebeu a competição entre o jeito de ser da família de cada um. Foi pontuada a importância do ambiente familiar de origem de cada um na relação do casal. Ela trazia os valores da sua família e o marido trazia os valores da família dele. Como casal teriam que conversar sobre as escolhas de soluções mais adequadas para cada situação.

Na sétima sessão, relatou sobre situações em que se sentiu excluída quando não cantava junto com a mãe e o irmão. A interpretação foi sobre ela se sentir como o terceiro excluído e como ela se identificou com mãe, quando ela mesma excluiu a cunhada para formar um dueto com o irmão.

Na oitava sessão, expressou raiva pela comparação feita pelo marido com outras mães dizendo: “eu estava preparando as coisas da G e arrumando ela. Aí ele falou que eu demorava muito e as outras mães não demoravam tanto. Fiquei muito brava com ele. Ao invés de me ajudar, ficou falando como se eu não fosse boa!”. Foram pontuadas situações do passado, em que ela deveria ter sentido raiva ao ser excluída e comparada. Associou com a demanda da filha pela atenção dos pais e ao mesmo tempo demonstrou preocupação com a independência da filha e mostrando ter vontade própria.

Ao ser interpretada a angústia de separação, a participante associou-a com sua infância, quando a mãe foi fazer pós-graduação em outra cidade e as visitas eram nos finais de semana. Em uma ocasião, a família toda foi visitar a mãe e como não havia com quem deixar o cachorro da família, o pai abandonou o animal de estimação no aeroporto. Lembrou ter ficado com muita raiva do pai e de ter chorado muito. Tivera outro cachorro antes de deixar o seu país, porém o animal desapareceu sob os cuidados dos familiares. Identificou-se com os sentimentos dos animais abandonados.

Interpretados a angústia de separação em relação à mãe e o sentimento de abandono, a participante reagiu com choro e relatou medo da filha sentir a mesma mágoa que ela sentia quando era pequena e sua mãe viajava a trabalho. Foi pontuado que cada um faz a própria escolha e sua mãe fizera a dela, apesar da participante não aceitar a escolha da mãe. Repetição da *interpretação teorizada* sobre a santificação da mãe e da maternidade.

A nona sessão foi marcada por perdas e lágrimas, com comparações entre a fantasia e a realidade. Deu como exemplos: o filme a que ela assistiu sobre a desestruturação familiar por causa de um filho dependente químico; a morte de um ator, ocorrida na época, causada por *overdose* de drogas. O papel exercido deste ator em seriado norte-americano no qual ele era o homem ideal num casal feliz. Ela achava que o papel vivido pelo ator correspondia à vida real dele.

A *interpretação teorizada* abordou a idealização presente na fantasia e que gerava frustração na vida real. As associações feitas pela participante foram em relação às expectativas internas elevadas e ligadas aos sentimentos de culpa e de incapacidade frente à frustração em não atingir tais expectativas.

Também foi feita a interpretação sobre a desmistificação da mãe perfeita. A informação sobre os artigos científicos relativos aos conflitos emergentes da idealização da maternidade e o sentimento de incapacidade e impotência das puérperas diante desta idealização, foi recebida como tranquilizadora e inclusiva ao “saber que outras sentem como ela” (*sic*). A filha continuava “birrenta” (*sic*), mas conseguiu lidar melhor com a situação. Foi pontuada a empatia com a filha, conseguindo entender e atender as demandas do bebê.

A décima sessão foi agendada em horário diferente ao habitual devido à viagem da terapeuta. A participante faltou no dia agendado. Essa falta foi interpretada como sentimento abandonado por parte da terapeuta, abandono que estaria revidando com a falta à sessão.

Na décima primeira sessão, a participante justificou a falta e questionou sobre a reposição. Contou que deverá viajar sozinha ao exterior a trabalho. Relatou sobre a preocupação em deixar o bebê sob os cuidados do marido e o receio de magoar a filha.

A *interpretação teorizada* abordou a projeção na filha de suas experiências passadas e do sentimento de abandono. Associou dizendo: “eu sofro até quando os amigos vão embora”. Apesar de saber que o marido cuidará bem do bebê, relatou um medo infundado de deixar a filha. Não quer perder os seus primeiros passos. A interpretação foi baseada no desejo de sentir-se importante e necessária, projeção da dependência da participante no bebê. Repetiu a fala do marido, de que o problema maior é se ela “gostar de ficar sozinha” (*sic*). Referiu-se a uma melhora na relação conjugal, na comunicação e no desejo de ter mais filhos.

Ela percebeu como eles, o casal, se preocupavam com as famílias de origem, imaginando situações e isso aumentava a ansiedade. Eles telefonavam para as famílias de origem e nada do que imaginavam havia ocorrido. Gastavam dinheiro em ligações internacionais. Atualmente estão mais relaxados e caso surja oportunidade de trabalho no Brasil, planejam ficar no país.

A *interpretação teorizada* foi sobre o amadurecimento dela, passando do papel de filha para mulher. Se ela antes questionava a postura dos irmãos, de priorizarem as próprias famílias nucleares, ela começou a priorizar a sua família nuclear. Apesar da ligação telefônica do pai para lembrá-la do aniversário do irmão, ela esqueceu de ligar para parabenizá-lo. Justificou-se dizendo que seu dia a dia é “muito corrido” (*sic*).

Foram verificadas a referência do término da PBO, o medo de ser abandonada e as fantasias de estar longe da terapeuta. Verificou-se também a fantasia desfeita em relação ao pai, de que ele só pensava nela e o ciúme da relação do pai com o irmão.

Na décima segunda e última sessão, a participante relatou problema de pele e gripe, sonhos e apreensão com a viagem, de tal forma que abraçava tanto a filha que esta rejeitava a mãe. A *interpretação teorizada* sobre a angústia da separação em relação à sua viagem e ao término da PBO foi associada à separação da família de origem e ao desejo de se reunir à família. Relacionou-se com a dificuldade de lidar com as perdas no trabalho, resultantes do nascimento do bebê. Sentiu-se incapaz diante da pouca produtividade no trabalho. O marido tentou ajudar, mas a ajuda é limitada.

Diante da *interpretação teorizada* sobre escolhas, relatou estar mais tranquila com as escolhas e conseguindo lidar melhor com as consequências. Contou sobre as dificuldades no trabalho, a partida do coordenador da área, do sentimento de abandono e insegurança e do desejo de realizar um trabalho perfeito, “incontestável” (*sic*). Foi pontuada a ação permanente da onipotência e da idealização no setor afetivo-relacional e no setor da produtividade. Concordeu e reconheceu a necessidade de melhorar a comunicação com os colegas e superiores.

Foi pontuada a melhora na relação familiar a partir da sua humanização, confessou a angústia causada pela viagem em detrimento da melhora na relação com o marido tanto no setor afetivo quanto no sexual, conseguindo expressar seus desejos e angústias. Foi verificada a somatização da angústia de separação tanto em relação à filha como em relação à terapia. Percebeu-se que houve a inversão, pois a mãe fica aflita com a separação enquanto a filha fica aversiva à mãe. A queixa dela em relação à limitação da ajuda da terapia breve pode reafirmar a voracidade e onipotência. Ela continuava a necessitar de ajuda, devendo procurar terapia.

3.10 Avaliação Adaptativa após a Psicoterapia Breve Operacionalizada

No setor afetivo-relacional, a eficácia adaptativa estava adequada. A relação familiar com o marido e com o bebê estava satisfatória e o casal conversava mais. A paciente manifestou desejo de ter mais filhos. Priorizou a sua família nuclear em detrimento da família de origem, sem sentir culpa por isso.

No setor da produtividade, relatou gostar muito do que fazia, porém estava em conflito por não produzir tanto quanto gostaria.

No setor orgânico, não relatou problemas de saúde, sua libido melhorou e tem sentido prazer sexual.

No setor sociocultural, mantém o superego rígido, porém desmistificando a santidade da mãe.

A equação pela EDAO ficou: A-R adequado 3 + Pr pouco adequado 1 = 4

Portanto, a classificação adaptativa neste caso era Grupo 2, ou seja, adaptação ineficaz leve. Do Grupo 4 antes da PBO, a participante A passou para o Grupo 2 após a PBO.

3.11 Entrevista de Retorno

Após três meses e 45 dias do término da PBO, no começo do mês de dezembro de 2013, foi realizada a entrevista de retorno com a participante A.

Ela viajou com a família para o país de origem durante este período, para apresentar o bebê para as famílias de origem. Na volta, trouxeram a sogra para ajudá-la com o bebê e afazeres domésticos (pois estava no final de sua tese) e também para auxiliá-los na mudança. Em relação à mudança, justificou dizendo “enquanto estávamos lá, visitamos a universidade federal e conseguimos emprego como professores. Meu marido fará pós-doutorado sanduíche e terá que viajar mais, mas será uma oportunidade que não temos no Brasil. Além disso, teremos ajuda das famílias” (*sic*).

Relatou que, no começo, sentiu ciúmes da sogra na relação com o bebê e também sentiu-se culpada por estar ausente e focada na tese. Achou que a filha sentiu sua falta e culpou-se por isso. Passarão as festas no país de origem e a participante retornará ao Brasil somente para defender a tese. Em março, começará o novo emprego no país de origem.

3.12 Avaliação Adaptativa de Retorno

No setor afetivo-relacional, a eficácia adaptativa estava pouco adequada. Apesar da relação familiar, com o marido e com o bebê, manter a melhora e o diálogo, não estava satisfatória o “suficiente” (*sic*). A relação com os colegas de trabalho estava melhor também. A paciente manifestou desejo de ter mais filhos, assim que estivesse melhor estabilizada financeiramente. Percebeu-se expectativas elevadas em relação às famílias de origem.

No setor da produtividade, estava adequada. Gostava do que fazia e estava produtiva. Conseguiu realizar o desejo de lecionar e não apresentava conflitos.

No setor orgânico, não relatou problemas de saúde, porém o desejo sexual estava reduzido devido ao estresse.

No setor sociocultural, mantém o superego rígido.

A equação pela EDAO ficou: A-R pouco adequado 2 + Pr adequado 2 = 4

Portanto, a classificação adaptativa neste caso era Grupo 2, ou seja, adaptação ineficaz leve. A participante manteve-se no Grupo 2, porém houve mudanças nos setores A-R e Pr. Houve uma diminuição da satisfação na relação com o marido, afetando o setor A-R, porém a satisfação com o trabalho aumentou e melhorou o setor da Pr.

3.13 Análise dos Dados Referentes às Três Participantes

Seguindo o exemplo da participante A apresentado acima, foram verificadas, individualmente, os sintomas da DPP, dados de identificação e familiares, queixa manifesta, anamnese, resumo das entrevistas, EDAO, *situação-problema*, compreensão psicodinâmica, correlações adaptativas psicodinâmicas, evolução da PBO com o resumo das sessões, reaplicação da EDAO, entrevista de retorno e reaplicação da EDAO.

As razões que as participantes apresentaram para participar da pesquisas foram diversas. Durante as entrevistas clínicas preventivas, verificaram-se as queixas manifestas e, seguindo os critérios de Simon (2005), as crises adaptativas conforme o quadro 4.

Quadro 4- Queixas e crises adaptativas apresentadas pelas participantes

CASO	QUEIXA MANIFESTA	CRISE ADAPTATIVA
A	DISCUSSÃO COM MARIDO, SENTE INCAPAZ E DESORGANIZADA	AQUISIÇÃO. DECIDIU ENGRAVIDAR FAZENDO DOUTORADO
B	SENTE SOLIDÃO, DESAMPARO, ESTÁ DESEMPREGADA E ENDIVIDADA	PERDA POSTERGADA. ENGRAVIDOU PARA RECONQUISTAR O EX-PARCEIRO
C	SENTE FEIA, PERDEU LIBERDADE.E DESEJO DE LARGAR TUDO	EXPECTATIVA DE PERDA. ENGRAVIDOU PARA MELHORAR RELACIONAMENTO

Foram verificados os sintomas apresentados, de acordo com o DSM-IV, por cada participante, após o período de *baby blues* de pelo menos um mês pós-parto, descritos no quadro abaixo.

Quadro 5 - Sintomas apresentados por cada participante

SINTOMAS DEPRESSÃO DSM-IV	A	B	C
HUMOR DEPRIMIDO	X	X	X
PERDA INTERESSE/PRAZER	X	X	X
PERDA/GANHO PESO	X		X
INSÔNIA/HIPERSONIA		X	
AGITAÇÃO/RETARDO PSICOMOTOR			
FADIGA/PERDA ENERGIA	X		X
SENTIMENTO INUTILIDADE/CULPA EXCESSIVA OU INADEQUADA	X		
CAPACIDADE PENSAR OU CONCENTRAR DIMINUÍDA	X	X	X
PENSAMENTO DE MORTE, IDEAÇÃO SUICIDA OU TENTATIVA ⁵	X	X	X
PÓS-PARTO			
ANSIEDADE	X	X	X
ATAQUE DE PÂNICO			
DESINTERESSE			
MEDO DE FICAR A SÓS COM BEBÊ			
EXCESSO DE INTRUSÃO	X		

Após as entrevistas, foi realizada a análise de eficácia adaptativa através da EDAO. No quadro 6 que segue abaixo, verificou-se a adequação de cada participante aos setores o que possibilitou a pontuação e a classificação nos grupos da escala EDAO, conforme o quadro 7.

⁵ Os pensamentos negativos relatados pelas participantes foram considerados neste sintoma: participante A – o que aconteceria com o bebê se um dos pais viesse a falecer; participante B – visão negativa do futuro e sem vontade de viver; participante C – abandonar o bebê e o parceiro

Quadro 6- Adequação setorial das participantes em cada setor da EDAO

SETOR	A	B	C
A-R	POUQUÍSSIMO ADEQUADO. TEME FAZER MAL AO BEBÊ, SENTE CULPA POR NÃO CUIDAR DO PAI E NÃO DAR ATENÇÃO AO MARIDO, SOBRECARREGA POR NÃO ACEITAR AJUDA	POUQUÍSSIMO ADEQUADO. MEDO DE DISTANCIAR DO EX-PARCEIRO, RELAÇÃO SIMBIÓTICA COM O BEBÊ, MEDO DE ROMPER VÍNCULOS IMPEDE DE FALAR O QUE DESEJA E SUBMETE-SE A EXPLORAÇÃO	POUCO ADEQUADO. RELAÇÃO COM PARCEIRO ESTÁ BEM, MAS SENTE DORES E FALTA DE LIBIDO. DESEJA VOLTAR PARA CASA DOS PAIS APESAR DE CASADA E COM BEBÊ
Pr	POUCO ADEQUADO. GOSTA DO TRABALHO, MAS NÃO PRODUZ COMO GOSTARIA. RECUSA AJUDA DO MARIDO E DOS COLEGAS	POUQUÍSSIMO ADEQUADO. NÃO GOSTAVA DO TRABALHO E ESTÁ DESEMPREGADA E ENDIVIDADA, SEM RECEBER RESCISÃO	POUQUÍSSIMO ADEQUADO. SENTE SOBRECARREGADA COM BEBÊ E CASA. QUER TRABALHAR E TER PRÓPRIO DINHEIRO
S-C	RIGIDEZ DEVIDO À EDUCAÇÃO RELIGIOSA	SEGUE LEIS SEM SENTIR QUE TEM DIREITOS	USOU DROGAS ILÍCITAS PARA ALIVIAR DOR DAS PERDAS NO PASSADO
O	LIBIDO BAIXO E SEM PRAZER SEXUAL	PRAZER SEXUAL ESPORÁDICO COM O EX-PARCEIRO	DORES NAS RELAÇÕES SEXUAIS E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Quadro 7 - Pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO antes da PBO

EDAO	A	B	C
A-R	POUQUÍSSIMO ADEQUADO=1	POUQUÍSSIMO ADEQUADO=1	POUCO ADEQUADO=2
Pr	POUCO ADEQUADO=1	POUQUÍSSIMO ADEQUADO=0,5	POUQUÍSSIMO ADEQUADO=0,5
TOTAL	2	1,5	2,5
GRUPO	4	5	4
ADAPTAÇÃO	INEFICAZ SEVERA	INEFICAZ GRAVE	INEFICAZ SEVERA

Através da compreensão psicodinâmica e das suas correlações adaptativas (Simon, 2005) foram determinadas as situações-problema e os objetivos terapêuticos de cada participante de acordo com as informações das entrevistas (vide quadro 8) para determinação do enquadre terapêutico da PBO.

Quadro 8 - Situação-problema e objetivo terapêutico possível de cada participante

PARTICIPANTE	SITUAÇÃO-PROBLEMA	OBJETIVOS TERAPÊUTICOS
A	TEVE BEBÊ DURANTE DOUTORADO SEM TER RECURSOS INTERNOS E EXTERNOS	PERCEBER AS PRÓPRIAS LIMITAÇÕES E DIMINUIR ONIPOTÊNCIA E VORACIDADE
B	USA O BEBÊ PARA RECUPERAR O AMOR PERDIDO	DESPRENDER DE ALGUÉM QUE A EXPLORA E DIMINUIR IDEALIZAÇÃO DE FAMÍLIA

C	TEM CIÚME DO BEBÊ QUE VIROU O FOCO DAS ATENÇÕES	PERCEBER REPETIÇÃO DO CIÚME NA RELAÇÃO COM A MÃE E ASSUMIR A POSIÇÃO DE MÃE DO BEBÊ
----------	---	---

As *situações-problema* foram trabalhadas na PBO por meio de clarificações e *interpretações teorizadas* em cada uma das doze sessões das participantes. Para facilitar a visualização, criou-se o quadro 9 onde estão relacionados as *interpretações teorizadas*, bem como as respostas e reações de cada participante em cada sessão, lembrando que algumas respostas e reações foram relatadas na sessão seguinte e outras na própria sessão.

Após a PBO, a eficácia adaptativa das participantes foi reavaliada através da EDAO conforme o quadro 10.

Quadro 10 - Pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO após a PBO

EDAO PÓS PBO	A	B	C
A-R	ADEQUADO=3	ADEQUADO=3	ADEQUADO=3
Pr	POUCO ADEQUADO=1	ADEQUADO=2	POUCO ADEQUADO=1
TOTAL	4	5	4
GRUPO	2	1	2
ADAPTAÇÃO	INEFICAZ LEVE	EFICAZ	INEFICAZ LEVE

Passados pelo menos um mês do término da PBO, foram realizadas entrevistas de retorno com as participantes A e B para uma nova avaliação da eficácia adaptativa através da EDAO. Não foi possível contatar e entrevistar a participante C, apesar das inúmeras tentativas, em dias e horários diferentes. Seguem os resultados no quadro 11.

Quadro 11 - Pontuação dos setores e classificação das participantes nos grupos adaptativos de acordo com a EDAO após a entrevista de retorno

EDAO RETORNO	A	B
A-R	POUCO ADEQUADO=2	POUCO ADEQUADO=2
Pr	ADEQUADO=2	POUCO ADEQUADO=1
TOTAL	4	3
GRUPO	2	3
ADAPTAÇÃO	INEFICAZ LEVE	INEFICAZ MODERADA

Vale ressaltar que a participante A foi entrevistada após três meses e 15 dias da última sessão de PBO, enquanto a participante B foi entrevistada após sete meses e 10 dias.

Quadro 9 – *Interpretações teorizadas realizadas e respostas e reações das participantes durante as sessões da PBO*

	PARTICIPANTE A	PARTICIPANTE B	PARTICIPANTE C
PBO- SESSÃO	INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	INTERPRETAÇÃO TEORIZADA
1	FALTOU	FALTOU	COMPLEXO DE ÉDIPLO: PAI CUIDOU DA NETA, CIÚME DO BEBÊ
RESPOSTA /REAÇÃO	HIPÓTESE: RECEIO DO TÉRMINO DA PBO E/OU DESCONFIANÇA EM RELAÇÃO À TERAPIA	HIPÓTESE: DIFICULDADE EM ELABORAR TRAÇÃO DO PAI	SENTIU MAIS CALMA DEPOIS DAS ENTREVISTAS E PERCEBE MELHOR OS FATOS. MOTIVADA PARA AS SESSÕES
2	ONIPOTÊNCIA, PENSAMENTO MÁGICO E REALIDADE OBJETIVA (ESCOLHAS)	FALTA LIMITE: COM BEBÊ E COM EX. IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA	CIÚME E COMPETIÇÃO COM A CUNHADA
RESPOSTA /REAÇÃO	DIFICULDADE DE CONVERSAR. FUNÇÃO MATERNA GERA CULPA EM RELAÇÃO AO SEXO. CASAL INSATISFEITO. COBRANÇA MÚTUA	LIGADA AO BEBÊ E AO EX. PROCURA EMPREGO E IRÁ COM MÃE BUSCAR SEUS DIREITOS. INSATISFEITA COM O EX COMO PAI. DESCARREGA FRUSTRAÇÕES NO BEBÊ. OBTVE AJUDA. SENTIU-SE CUIDADA E MENOS SÓ	CUNHADA ATRAPALHA A RELAÇÃO DO CASAL. ELE PERDEU A MÃE Cedo E IRMÃ CUIDOU DELE. SONHO RECORRENTE: SEPARANDO DO MARIDO E indo embora com outro homem e com BEBÊ
3	PARENTALIDADE, DIFERENÇAS SEXUAIS E RELAÇÃO SEXUAL	FALTOU	PERSECUTORIEDADE E INSEGURANÇA
RESPOSTA /REAÇÃO	ATRASOU 25 MIN. VIAGEM DO MARIDO GEROU INSEGURANÇA E VORACIDADE EM ASSUMIR FUNÇÕES. RELACIONA PRAZER COM PECADO	FOI PROCURAR EMPREGO	PARCEIRO E MÃE INSEGUROS: O QUE ACONTECE NA PBO. ELE TEM MEDO DAS MUDANÇAS DELA. PAI CULPAVA MÃE PELOS ERROS DOS OUTROS. EMPATIA COM PARCEIRO E RECONHECE NÃO SER FÁCIL. NÃO É BONITO, MAS GOSTA DELE. ENSINA E ELOGIA O PARCEIRO
4	VALORES FAMILIARES. IDEALIZAÇÃO DO CASAMENTO. TABU SEXUAL	DESLOCA NO BEBÊ, AMBIVALENCIA E IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA	FALTOU
RESPOSTA /REAÇÃO	PRIORIZA BEBÊ, PEDE AJUDA AOS AMIGOS, PERCEBE PRÓPRIA FORÇA E FRAGILIDADE. PRAZER NO LAZER SOZINHA. RELEMBRA ORIGEM DA TRAVA SEXUAL	COBRA DOS OUTROS, NÃO CONSEGUE EXPRESSAR O QUE QUER, FRUSTRA POR NÃO SER COMPREENDIDA. QUER QUE A ACEITEM COM O BEBÊ. CULPA BEBÊ POR NÃO SAIR E CONHECER GENTE. AS PESSOAS APROVEITAM DELA	LEVOU BEBÊ AO MÉDICO
5	VALORES FAMILIARES. ESCOLHAS. IDENTIFICA COM MÃE E BEBÊ. IDEALIZAÇÃO DA MÃE	FALTOU	IDENTIFICAÇÃO COM A MÃE, CIÚMES E AMBIVALENCIA

RESPOSTA /REAÇÃO	RETORNO DO MARIDO, ESPERA AJUDA DELE. ASSOCIA TRAVAS SEXUAIS COM HISTÓRIA FAMILIAR. CIÚME: ASSOCIA COM CASO EXTRACONJUGAL DO PAI E PERDÃO DA MÃE. MÃE É EXEMPLO. PERCEBE REFERENCIAL ELEVADO	HIPÓTESE: DIFICULDADE EM ASSUMIR A REALIDADE	QUER AS COISAS DO SEU JEITO COMO A MÃE. COBRADA PELO PARCEIRO. QUER SAIR, SENTE CULPA EM DEIXAR BEBÊ. ELE A TRATA COMO FILHA E CONTROLA OS GASTOS DELA. ELA AMEAÇA DE IR EMBORA COMO BEBÊ.
6	BRIGA DOS PAIS E <i>INSIGHT</i> SOBRE OS PAIS	FALTOU	FALTOU
RESPOSTA /REAÇÃO	LEMBRANÇA DA VIDA SEXUAL DOS PAIS. SENTIU RAIVA NA SESSÃO 5: PAIS- IMAGEM DA FAMÍLIA PERFEITA, MAS NÃO ERA. RELAXOU E PRIORIZOU A SI SEM CULPA. MEDO EM SER SUBMISSA AO MARIDO E A COMPETIÇÃO.	ENTREVISTA DE EMPREGO	RETORNO MÉDICO DO BEBÊ
7	IDENTIFICAÇÃO COM MÃE E CUNHADA. TERCEIRO EXCLUÍDO	CIÚME, NARCISISMO E AMOR-PRÓPRIO	OLHAR DA MÃE, ESCOLHAS E AMBIVALÊNCIA: ASSUMIR PAPEL DE MULHER OU DE FILHA
RESPOSTA /REAÇÃO	ASSOCIA SUA NECESSIDADE DE ELOGIOS COM SEU PASSADO. RECONHECE: DIFICULDADE EM FALAR E COBRANÇAS. ASSOCIA O TERCEIRO EXCLUÍDO COM CUNHADA E IRMÃO, E ASSUMIU LUGAR DA MÃE. CONDICIONA SEXO POR AJUDA DO MARIDO.	REVOLTA: FALTA DE ATENÇÃO DO EX COM O BEBÊ. ASSOCIA FALTA DO PAI EM SUA VIDA. SENTE QUE NÃO VALIA NADA PARA O PAI. RAIVA DO IRMÃO POR IR ATRÁS DO PAI. SILENCIA POR LONGO TEMPO E SENTE ALÍVIO POR FALAR DO PAI.	AGRAÇA PARA RECEBER ELOGIOS E FICA BRAVA QUANDO NÃO OS RECEBE. "ENCHE O SACO SER MÃE". DIFICULDADE DE ASSUMIR RESPONSABILIDADES. RECONHECE SUA INFANTILIDADE. NÃO SABE O QUE QUER E SE FEZ ESCOLHAS CERTAS
8	TERCEIRO EXCLUÍDO, ANGÚSTIA DE SEPARAÇÃO, IDEALIZAÇÃO DA MÃE E ESCOLHA	DESLOCAMENTO, ANGÚSTIA DE SEPARAÇÃO	FALTOU
RESPOSTA /REAÇÃO	BRIGOU COM MARIDO: COMPAROU-A COM OUTRAS MÃES. BEBÊ INDEPENDENTE ASSOCIADO COM SEPARAÇÃO DA MÃE E ABANDONO DE CÃO: RAIVA DO PAI. COLOCOU-SE NO LUGAR DO CÃO. MEDO DE DEIXAR O BEBÊ E SER ESQUECIDA.	RAIVA DO EX: NÃO CUIDA DO BEBÊ. DESEJO DE LIVRAR-SE DO BEBÊ. NÃO SAI DA CASA DO EX E ISSO DIFICULTA ESQUECER DELE	HIPÓTESE: DIFICULDADE EM LIDAR COM A REALIDADE E RESPONSABILIDADES
9	IDEALIZAÇÃO DE CASAL, DOS PAIS E ESCOLHAS	LIMITE E ESCOLHAS, E AMBIVALÊNCIA	COMPETIÇÃO, CIÚME E MEDO DE ENGRAVIDAR

RESPOSTA /REAÇÃO	CHOROU AO EMPATIZAR COM SEPARAÇÕES E MORTES DOS NOTICIÁRIOS. CULPA DIANTE DA IMPOTÊNCIA. MELHORA NO DIÁLOGO COM MARIDO E EMPATIA COM BEBÊ. INSEGURANÇA NOS CUIDADOS COM BEBÊ.	NÃO PODE CONTAR COM EX E MÃE DELE. CABISBAIXA E EM SILÊNCIO. NÃO TEM PARA ONDE IR, SENTE SOLIDÃO E EXCLUÍDA.	ELE A TRATA COMO CRIANÇA E QUERER CONTROLÁ-LA. PENSA NO FUTURO E NO SUSTENTO DO LAR. PROVOCAM UM AO OUTRO E ELA AMEAÇA DE IR EMBORA. REPULSA PELO PARCEIRO. MEDO DE ENGRAVIDAR: MAL DÁ CONTA DE UM BEBÊ.
10	FALTOU	ANGÚSTIA DE SEPARAÇÃO, LIMITES, ESCOLHAS E REPARAÇÃO	COMPLEXO EDÍPICO, PARENTALIDADE E IMPOTÊNCIA
RESPOSTA /REAÇÃO	HIPÓTESE: PUNIÇÃO PELA AUSÊNCIA DA PESQUISADORA (VIAGEM)	DIFICULDADE DE SEPARAR DO EX. AFASTOU-SE DA CASA DELE. PRIORIZA SUAS NECESSIDADES E COLOCANDO LIMITES NA MÃE DO EX.	MEDO: PERDER PARCEIRO SONHO: PAI BUSCA-A COMO MULHER. DIVISÃO DE FUNÇÕES: ELE- SUSTENTO E ELA- BEBÊ E CASA. CASAL SENTE IMPOTENTE COM AS RESPONSABILIDADES. LIMITAÇÕES EM TRABALHAR E CUIDAR DE CASA.
11	ANGÚSTIA DE SEPARAÇÃO, ATO FALHO, PROJEÇÃO E CRESCIMENTO	IDENTIFICAÇÃO COM A MÃE: SEM LIMITES E SEM DIREITOS. ANGÚSTIA DE SEPARAÇÃO	CIUME, NEM BEBÊ A RESPEITA E ANGÚSTIA DE SEPARAÇÃO
RESPOSTA /REAÇÃO	PERCEBEU COMO REPETE EXPERIÊNCIAS DO SEU PASSADO NO BEBÊ. MEDO DE FICAR SOZINHA . ADMITE SEUS ERROS	PERCEBE QUE SE PREJUDICA POR NÃO BUSCAR SEUS DIREITOS. MEDO DE PERDER AMIZADE: ACEITA SER USADA. CONSEGUIU EMPREGO MELHOR. NÃO SABE SE CONSEGUIRÁ SEGUIR ADIANTE SEM A PBO.	TODOS QUEREM ATENÇÃO. DETESTA COMPARAÇÕES. PROBLEMA É ELA: TEIMA PARA NÃO PERDER BRIGA. NÃO PEDE DESCULPAS E ESPERA ELOGIOS. ORA MULHER E ORA CRIANÇA. TEM VONTADE DE FUGIR. PROLONGAR A PBO POR MAIS UM MÊS
12	ANGÚSTIA DE SEPARAÇÃO, ESCOLHAS, IDEALIZAÇÃO DO TRABALHO	FALTOU	COMPETIÇÃO, CIUME, TERCEIRO EXCLUÍDO E INSEGURANÇA
RESPOSTA /REAÇÃO	SONHOS. PRIORIZA MARIDO E BEBÊ. COBRANÇA INTERNA NO TRABALHO. RELAÇÃO SEXUAL:ESPONTÂNEA, EXPRESSA DESEJOS. ANGUSTIADA POR SEPARAR DO BEBÊ PELA PRIMEIRA VEZ. INSEGURA SE CONSEGUIRÁ SEGUIR SEM A PBO	HIPÓTESE: NÃO ACEITAÇÃO DO TÉRMINO DA PBO	RAIVA DE VIDEO GAME. VOLTOU DESEJO SEXUAL. ELE RECLAMA DA FALTA DE CONVERSA. MEDO DE BRIGA: TREINA FALANDO SOZINHA. ESTUDAR PARA BUSCAR FUTURO MELHOR. RELAÇÃO DO CASAL MELHOROU. CONSEGUE CUIDAR DO BEBÊ E DA CASA. PENSA EM TER MAIS FILHOS. ELE CONFIA NELA.
13		ANGÚSTIA DE SEPARAÇÃO E LIMITE	
RESPOSTA /REAÇÃO		FELIZ NO NOVO EMPREGO. RECEBEU SEUS DIREITOS. ACEITOU O FIM DA RELAÇÃO COM O EX. ESTÁ EM NOVO RELACIONAMENTO. COLOCOU LIMITES NO EX E NA MÃE DELE. RECEIO DE REPETIR OS ERROS COM O ATUAL.	

4 DISCUSSÃO

Dentre as cinco puérperas participantes do projeto “Estudo-piloto da validade de predição da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo” que apresentaram sintomas depressivos e estavam classificadas no Grupo 3, adaptação ineficaz moderada, somente duas aceitaram participar deste estudo e serem atendidas em PBO. As demais puérperas do Grupo 3 e as outras cinco do Grupo 4, contatadas e convidadas a participar deste estudo, recusaram o convite justificando a não participação das seguintes formas: estar sentindo-se melhor, não precisar de terapia, e até mesmo aceitar e faltar na entrevista inicial. Percebeu-se que os sintomas da DPP podem dificultar a adesão ao tratamento, como foi o caso de uma puérpera, diagnosticada e encaminhada por um médico obstetra do HU-USP.

As duas puérperas que aceitaram participar deste estudo foram denominadas, respectivamente, participantes A e B. Ambas haviam sido entrevistadas pelas psicólogas do Estudo-piloto sobre a EPDS e avaliadas nos dois primeiros meses após o parto através da EDAO. A participante A relatou temor do diagnóstico da DPP e achou que poderia fazer algum mal ao bebê como os noticiados na mídia.

A participante C foi encaminhada por uma das enfermeiras do Setor de Obstetrícia do HU-USP, quando ela ainda estava no período do *baby blues*, pois havia se passado somente 10 dias do parto. Após em torno de 20 dias, ela foi contatada novamente. Como os sintomas depressivos persistiam, ela foi convidada a participar do estudo. Ela aceitou o convite e participou deste estudo. A participante C sentiu-se inibida, quando o parceiro disse que ela não era “louca” (*sic*).

Quando da participação deste estudo, a participante A estava com 11 meses pós-parto e a participante B com sete meses após o parto, ou seja, passaram-se nove e cinco meses respectivamente das entrevistas e avaliações anteriores (durante o projeto EPDS citado acima), nas quais ambas foram classificadas no Grupo 3, adaptação ineficaz moderada. Sendo assim, ao serem entrevistadas e avaliadas pela EDAO neste estudo, a participante A foi classificada no Grupo 4 (adaptação ineficaz severa) e a participante B no Grupo 5 (adaptação ineficaz grave).

Em ambos os casos, percebeu-se a situação desesperadora em que as participantes A e B se encontravam já no contato inicial por telefone. Elas aceitaram prontamente o convite para participar deste estudo e se mostraram disponíveis para qualquer dia e horário a serem agendados para os atendimentos. No caso da participante A, o relacionamento conjugal estava sendo minado pelas dificuldades de diálogo que causavam as brigas frequentes. Além disso, ela não conseguia realizar o seu trabalho, o que a deixava frustrada e com sentimentos de impotência e incapacidade. A participante B, no Grupo 5, estava sozinha com o bebê, desempregada e endividada. Estava frustrada por não estar com o ex-namorado e ficava impaciente e irritada com o seu bebê, culpando-o pelos seus problemas. Contrariando o que Caplan (1980) preconizou sobre a importância do diagnóstico, encaminhamento precoce e atendimento imediato, as participantes A e B não foram atendidas. Consequentemente, os seus respectivos sintomas não só perduraram, mas também agravaram-se. Assim, as adaptações das participantes A e B pioraram. A participante A passou do Grupo 3 para o Grupo 4, enquanto a participante B passou do Grupo 3 para o Grupo 5. Houve aumento do desequilíbrio entre as dificuldades dos problemas e os recursos disponíveis destas participantes no período entre as duas avaliações. Já a participante C, em concordância à ênfase dada por Caplan (1980), foi identificada com sintomas de DPP e encaminhada precocemente pela enfermeira, e, assim, pôde ser entrevistada e avaliada como Grupo 4 e atendida prontamente, evitando-se o agravamento de suas condições adaptativas como ocorreu com as participantes A e B.

Todas as três participantes deste estudo eram primíparas e tiveram partos normais; porém durante o parto de C foi utilizado o fórceps de alívio. Isso pode ter causado as dores e dificuldade na recuperação pós-parto por ela relatadas. Por serem primíparas, tanto o parto como o nascimento do bebê foram eventos novos e marcantes na vida de cada uma delas que, conforme o mencionado por Simon (1989, 2005) e Yamamoto (2006), originou uma *situação-problema* vital e desconhecida para elas, ou seja, uma crise adaptativa.

Os fatores: renda familiar; idade; estado civil e nível de escolaridade foram variadas (Quadro 3) e não parecem ter influenciado o surgimento ou agravamento dos sintomas depressivos, diferente dos achados nos estudos de Schwengber e Piccini (2003), de Camacho et al. (2006) e de Santos, Almeida e Souza (2009), que evidenciam uma associação entre os fatores mencionados e a DPP. No entanto, outros fatores tais como: pouco suporte do parceiro e ser mãe solteira sem apoio social, também citados naqueles estudos, podem ter

influenciado o surgimento e agravamento dos sintomas da DPP relatados por B. As participantes A e C relataram somente pouco apoio dos seus parceiros.

Segundo os relatos das três participantes, os familiares e parceiros tinham dificuldade em ouvi-las e compreendê-las, mas eles também reclamavam que elas não os ouviam. Muitas vezes, o apoio oferecido tanto pelos familiares como pelos parceiros, ou não eram percebidos pelas participantes ou não eram da forma esperada por elas causando frustrações e sentimentos de desamparo. Por exemplo: A dizia que o marido a ajudava, mas ele não sabia cuidar “direito” (*sic*) do bebê; B recebia uma ajuda financeira da mãe do ex-namorado, mas não era “dele” (*sic*) como ela queria; C relatou que o parceiro não a ajudava e as irmãs dele só a criticavam, afirmando que o apoio vinha somente de sua família de origem.

A necessidade não suprida das puérperas de se sentirem compreendidas e acolhidas pelos parceiros, familiares e amigos aumentava a ansiedade e a irritabilidade delas, fato este percebido durante as entrevistas e sessões quando diziam: “ele não foi junto ao hospital. Como eu ia ao banheiro sozinha com o bebê?” (participante B); “fica em casa tomando conta pra ver como é bom!” (participante C); “não percebe que estou cansada?” (participante A); “ele chega em casa reclamando da bagunça e eu nem tinha almoçado” (participante C). Todas elas pareceram regredidas, de forma não saudável, à condição infantil.

As queixas manifestas variaram entre as participantes, assim como a natureza das crises adaptativas (Quadro 4). Essa variação decorre das histórias e experiências vivenciadas por cada uma delas. As expectativas desenvolvidas antes e durante a gravidez em relação ao bebê idealizado (bebê que não dá “trabalho” de A e C) e à família idealizada (constituída por pai, mãe e filho de B) não foram supridas e deram origem a sofrimento e conflitos, conforme citado por Azevedo e Arrais (2006). A participante C desejava voltar à casa dos pais, onde ela “não precisava fazer nada” (*sic*), mas não podia por estar “casada” (*sic*). Ela queria trabalhar para fugir das responsabilidades de cuidar do bebê e da casa, refletindo o difícil percurso bebê-menina-mulher (Ribeiro, 2009). No caso de B, ela culpava o bebê por não trazer o “namorado para junto dela” (*sic*) da mesma forma como ela se culpava pela traição e abandono do pai, o que vai ao encontro da identificação com o bebê e evocação do seu passado, mencionados por Solis-Ponton (2006) e Moraes e Crepaldi (2011). A identificação com a mãe, segundo esses mesmo autores, trouxe à tona o referencial inatingível da falecida e santificada mãe da participante A. Dessa forma, após o parto, as expectativas dessas puérperas foram frustradas e desencadearam vários sintomas depressivos.

Os sintomas da DPP, de acordo com o DSM-IV-TR (2002), presentes em comum nas participantes foram:

- humor deprimido: “choro muito sem motivo”; “fico triste” (*sic*)
- perda de prazer: “não tenho vontade pra nada”; “desanimada”; “nem TV, que gostava de ver, assisto” (*sic*)
- capacidade de concentração diminuída: “não consigo estudar”; “fico distraída”; “esqueço” (*sic*)
- pensamento de morte ou negativo: “algo ruim pode acontecer”; “sem futuro”; “queria morrer”; “largar ele com o bebê e ir embora” (*sic*)
- ansiedade: “ver que tem tanta coisa pra fazer”; “será que vou conseguir?”; “meu caso é muito grave?”; “o que você acha, doutora?” (*sic*)

Outros sintomas em comum e citados pela literatura foram:

- sentimento de culpa: A sentia-se culpada por não “dar conta” (*sic*) dos cuidados com o bebê, dos afazeres domésticos e do trabalho de pesquisa. Enquanto a participante B projetava a sua culpa no bebê, por não conseguir emprego e por não trazer o pai (o ex-namorado) e no pai do bebê (o ex-namorado), por não exercer as funções paternas como ela desejava. Já a participante C sentia-se culpada pelo uso da mamadeira.
- inadequação: C pelos choros “desesperadores” (*sic*) do bebê e por isso, não se achava uma boa mãe; B por não buscar os direitos trabalhistas.

As crises adaptativas, conforme assegura Simon (2005), envolveram aquisição e, conseqüentemente, perdas. Apesar do nascimento do bebê, as puérperas tiveram de lidar com as frustrações, seja pela diminuição da capacidade produtiva no trabalho (caso A), seja pela expectativa de melhorar (caso C) ou reatar o relacionamento com o parceiro (caso B), e pela perda da beleza do corpo em comparação às amigas sem filhos (caso C). As participantes B e C reclamaram da perda de liberdade e de vida social, sentindo-se presas aos seus respectivos bebês. Todas as três puérperas relataram sobre o aumento de responsabilidades, que no caso de C, gerou o desejo de fuga e de retorno à família de origem.

Todas as três participantes apresentaram julgamento irrealista na situação de crise. De acordo com Simon (2005), a crise por julgamento irrealista envolve a subestimação de si mesma e superestimação do objeto (participantes B e C) ou a superestimação de si mesma e subestimação do objeto (participante A). No caso da participante A, ela onipotentemente superestimou sua capacidade de organizar-se e cuidar do bebê, do trabalho e da casa. Ela

achava que o bebê não daria “tanto trabalho” e nem demandaria tanto do seu tempo. A participante B atribuiu ao seu bebê a tarefa onipotente de trazer o namorado para ela. Já a participante C atribuiu a tarefa de melhorar o relacionamento conjugal “esfriado” (*sic*) ao seu bebê. Tarefas essas que, impossíveis de serem realizadas pelos bebês, provocaram em suas mães muitas frustrações e “acusações” de sua incapacidade. No caso da participante C, o bebê conseguiu atender a mãe “conquistando” o pai. Porém, aconteceu o inesperado: a mãe passou a ter ciúmes do pai com o bebê. O bebê de B, além de não conseguir suprir tal expectativa materna, tornou-se alvo da frustração da mãe. A participante B teve uma crise por perda postergada do namorado. A participante C teve uma crise por expectativa de perda do parceiro para o bebê. Já a participante A teve uma crise por aquisição.

Tanto a participante B como a C, relataram autoestima diminuída. A participante B, por exemplo, considerava-se não merecedora de ajuda e dos direitos trabalhistas. Enquanto C sentia-se feia e achava que seu corpo estava deformado após o parto. Ela sentiu ciúmes do bebê quando percebeu o parceiro “encantado” (*sic*) com o bebê. Ambas imaturas e infantis, B e C, culpavam seus bebês por suas respectivas perdas delas, tais como: liberdade, atrativos físicos, emprego, entre outros. Todas as participantes relataram sentimentos de culpa: a participante A por não conseguir atingir as suas expectativas de cuidar do bebê, do trabalho e da sua família de origem como a sua falecida mãe; B por não poder criar a filha com um pai mais presente e projetando seu próprio sofrimento no bebê; C por não amamentar o bebê. Percebeu-se que as três participantes apresentavam um superego materno severo, preconizado por Klein (1996), prevalecendo o sentimento de culpa e a ansiedade persecutória que são as principais causas da “repressão do orgulho e da alegria no papel feminino, que são originalmente muito fortes. Essa repressão resulta na depreciação da capacidade de ser mãe, de início tão valorizada” (p.224).

Para a aplicação da PBO foram agendadas quatro entrevistas com cada participante para identificar as *situações-problema* e elaborar as *interpretações teorizadas*. A quantidade de quatro entrevistas foi preestabelecida pela pesquisadora/terapeuta devido à sua insegurança na coleta de informações. O número de sessões foi estabelecido em doze, por ser o número máximo indicado pelo autor para os casos de crise adaptativa.

Como a entrevista em PBO requer um trabalho minucioso de entrevista, de acordo com Simon (2005), a quantidade de quatro entrevistas preestabelecida pela pesquisadora/terapeuta foi insuficiente, sendo necessário complementar as informações

durante as sessões com todas as participantes. Percebeu-se que este número deveria ter sido deixado em aberto, pois a participante C faltou na última entrevista agendada.

Apesar deste contratempo, a escuta durante as entrevistas foi considerada terapêutica pelas participantes. Elas relataram terem se sentido mais calmas, compreendidas e mais reflexivas.

Verificou-se a importância de uma escuta mais apurada para detectar, nas entrelinhas das falas, as necessidades e os sofrimentos das participantes. Simon (1989) relatou como o medo do entrevistado de ser considerado louco pode ser uma das formas de resistência; e, principalmente quando a iniciativa de procura terapêutica não partiu das participantes, mas, sim, do psicólogo/pesquisador e da enfermeira. Isso foi percebido nas três participantes deste estudo, bem como o medo de não serem boas mães. Em concordância com as recomendações de Simon (2005) e Yamamoto (2006), em situações de crise, foi utilizada a técnica suportiva de esclarecimento sobre o *baby blues* e a DPP e sobre a PBO durante as entrevistas. Assim, pôde-se reduzir as angústias e proporcionar certo alívio para as participantes, confirmando o achado de Younes (2011) sobre a eficiência das intervenções suportivas.

Através das entrevistas, foi possível conhecer a vida pregressa e compreender a psicodinâmica de cada uma das participantes. Conforme os objetivos deste estudo, foi possível detectar a *situação-problema* das participantes, que foi a crise adaptativa, cuja psicodinâmica, ao ser compreendida por meio das informações obtidas nas entrevistas, tornou possível as conjecturas interpretativas e as soluções possíveis para essas *situações-problema*.

Percebeu-se que a interpretação do pesquisador sobre os dados obtidos nas entrevistas e sua compreensão da *situação-problema* de cada participante dependem de seu conhecimento e experiência de vida, bem como da supervisão realizada. Conforme Stake (1995), a análise qualitativa é interpretativa e o pesquisador deve tentar preservar as diversas realidades e até contraditórias visões sobre os acontecimentos. Em acordo com as citações de Gebara (2008) e Simon (2005) no tocante à competência e habilidade do terapeuta serem indispensáveis na fase de entrevistas.

Com relação às faltas, as participantes A e B faltaram na primeira sessão. Uma hipótese levantada para a falta de A na primeira sessão foi a resistência devido ao medo da terapia tomando por base o fato de que ela disse nunca ter feito terapia e, quando chorava durante as entrevistas, dizia: “por isso eu não queria fazer”. Como o número de sessões foi pré determinado, também pode ter contribuído para a resistência devido ao medo de ser

abandonada pela terapeuta e a angústia de separação. A resistência é uma peculiaridade do método breve e o terapeuta deve ficar atento às manifestações precoces da angústia de separação (Simon, 2005). As participantes A e B manifestaram, mais claramente a angústia de separação, faltando à primeira sessão. Essas faltas são compreensíveis se considerar a história pregressa das participantes, por exemplo: quando o pai de A abandonou o cão; quando a mãe de A faleceu, deixando a família desestruturada; como o pai de B traiu e abandonou a família. Gebara (2008) alertou que nas personalidades muito regredidas ou disfuncionais as interpretações podem reforçar resistências ou atacar o vínculo terapêutico.

A falta da participante A na décima sessão e a falta da participante B na décima segunda sessão podem ter ocorrido em concordância ao que Simon (2005) relatou sobre “o afã de retardar ou impedir o final da terapia” (p.179). O autor previa a ocorrência desse fato na nona ou décima sessão. As falas das participantes sobre o desejo de “continuar por mais um mês” (participante C) e sobre a insegurança de seguirem adiante sem a terapia (participantes A e B) podem ser “a revivência da posição depressiva infantil” (p.179) citada pelo autor. Dessa forma, percebeu-se que a angústia de separação se fez presente em todos os três casos estudados. A participante C relatou o desejo por mais um mês de PBO, o que poderia indicar que ela estava mais em contato com as suas emoções. As participantes A e B não falaram, mas faltaram. Esse *acting out* denotaria que elas estavam mais distantes de suas emoções. O que fortalece a hipótese da resistência presente na falta à primeira sessão.

Por motivos familiares, a terapeuta viajou e houve um intervalo maior entre a nona e a décima sessão. Sendo assim, também foi levantada a hipótese de que a participante A estaria punindo a terapeuta pelo *suposto abandono* faltando na décima sessão.

Quanto à *interpretação teorizada*, um dos objetos específicos deste estudo, verificou-se que algumas faltas e atrasos nas sessões justificadas pelas participantes de diversas maneiras, podiam indicar a dificuldade delas em elaborar as *interpretações teorizadas* das sessões anteriores.

As participantes após ouvirem as *interpretações teorizadas* trouxeram associações livres, tais como: lembranças do passado e reconhecimento da distorção de suas percepções. A participante A lembrou-se das brigas entre os pais devido ao problema de bebida do pai, da leitura da carta escrita pela mãe sobre a traição do pai e o abandono do cão no aeroporto. Ela relatou ter sentido, na quinta sessão, raiva da terapeuta pela interpretação realizada sobre a idealização da sua família como perfeita. Refletiu e reconheceu que achava a sua família perfeita por seus pais tentarem manter a aparência como tal, mas que sabia que a sua família

não era perfeita. A partir daí, ela “se acalmou e relaxou” (*sic*). A participante B lembrou-se do dia da descoberta da traição do pai. Ela lembrou e sentiu raiva do pai pela traição e pelo abandono da família quando ele partiu com a amante. A participante C percebeu que repetia as críticas que a sua mãe fazia quando ela arrumava a casa em obediência à mãe e lembrando-se de como se sentia diante das críticas maternas. As lembranças e os reconhecimentos indicavam os *insights* que elas obtiveram, confirmando que as *interpretações teorizadas* realizadas haviam sido compreendidas.

Verificou-se que nem sempre a *interpretação teorizada* era compreendida, principalmente nas primeiras sessões. Toda vez que a fala das participantes trazia determinada situação anteriormente interpretada, esta mesma interpretação era repetida.

A interpretação envolvendo a idealização foi a mais repetida pela terapeuta, cinco vezes, com a participante A (sessões 4, 5, 8, 9 e 12) e a angústia de separação foi interpretada três vezes (sessões 8, 11 e 12). Com a participante B, a interpretação sobre a identificação (sessões 2, 4 e 11) foi repetida três vezes pela terapeuta e sobre a angústia de separação (sessões 8, 10, 11 e 13) foram repetidas quatro vezes. Contudo, com a participante B, a interpretação mais repetida foi sobre limites entre ela e o outro (sessões 2, 9, 10, 11 e 13). A interpretação mais frequente nas sessões da participante C (sessões 1, 2, 5, 9, 11 e 12) foi sobre o ciúme: seja dela em relação ao bebê, seja do marido em relação a ela, seja entre ela e a mãe.

A participante A relatou sentir raiva da terapeuta (transferência negativa) na sexta sessão após as interpretações realizadas na quinta sessão sobre: a identificação com a mãe, pois ambas se pareciam na voz, fisicamente e pelo gosto pelos estudos (relatadas pela participante) e ambas controladoras (apontada pela terapeuta); a idealização do casamento, acreditando que a mãe fora perfeita e casara virgem. Mas ela mesma se acalmou e relaxou ao refletir sobre o assunto em casa. Reconheceu que a mãe não era virgem quando casou, que o pai traía a mãe e que a mãe era “certinha” (*sic*) para agradar a mãe dela, sua avó. Assim, ela conseguiu perceber que a sua família de origem não era perfeita.

Percebeu-se que a *interpretação teorizada* é como uma semente que é lançada na participante para germinar e crescer no momento adequado para a participante. Isso foi percebido na participante B, que compreendeu, na décima primeira sessão, a interpretação relativa à falta de amor próprio e narcisismo. Na sétima sessão, a interpretação ocorrera após a fala da participante de como o “pai trocou os filhos pela amante, mas os filhos são para sempre e mulher e namorada podem ser trocadas” (*sic*). A *interpretação teorizada* foi sobre

como o abandono do pai deixara uma grande ferida narcísica. Era como se o pai tivesse levado o amor próprio dela embora, deixando-a esvaziada. Percebeu-se a compreensão dela quando ela priorizou as suas necessidades e percebeu o quanto cedia aos seus desejos em prol do ex- namorado e da mãe dele.

Em relação à participante C, a *interpretação teorizada* sobre o complexo edípico e o ciúme baseou-se no ciúme da menina pelo pai e na sua competição com a mãe para obter a atenção do pai foi realizada na primeira sessão e devido à *situação-problema* em que ela sentia ciúmes da atenção do parceiro para com o bebê. Sempre que a participante relatava um fato envolvendo ciúme, essa interpretação era repetida pela terapeuta. Isso permitiu que a interpretação fosse elaborada aos poucos pela participante no decorrer da PBO até o relato, na décima sessão, sobre o sonho em que o pai procurava-a como mulher.

No que tange aos *sonhos*, apesar de não ser usual em pacientes de terapia breve o relato de sonhos nas sessões e nem a interpretação dos mesmos (Simon, 2005), tanto a participante A como a participante C trouxeram seus sonhos. Segundo o autor, isso “tanto pode indicar que os sonhos seriam corroboradores do acerto da *interpretação teorizada*, quanto pode indicar outro caminho interpretativo não cogitado” (p.178).

A participante A relatou seus sonhos na última sessão, os quais refletiam o momento vivido do término da PBO e foram interpretados pela terapeuta. No primeiro sonho relatado, ela ia embora da dentista e deixava vários dentes nas mãos da profissional. No segundo sonho, ela relatou que estava com toda a família no aeroporto, partindo para uma viagem de férias. O sonho relatado na décima sessão pela participante C foi sobre ela fugindo das investidas do seu pai que a procurava como mulher o que refletia a questão edípica citada acima. Já o sonho relatado na segunda sessão em que a participante ia embora com outro homem não foi interpretado pela terapeuta.

Em ambos os casos, pareceu que os sonhos indicaram o acerto do caminho interpretativo. No caso da participante A era sobre o término da PBO, deixando seus problemas com a terapeuta e tirando férias da terapia. Apesar de não relatar qualquer sonho, a participante B indicou a compreensão da interpretação na ansiedade em relatar seu *insight* na penúltima sessão. A mãe estava sendo criticada e rejeitada pela sua família de origem pelo atraso no enterro da bisavó e a participante defendeu a mãe mostrando a forma injusta como as tias tratavam-na. Ela estava reivindicando os direitos da mãe e dela mesma de serem avisadas com antecedência sobre o enterro por fazerem parte da família. Ela percebeu que a mãe ficava passiva e não brigava com as tias mesmo quando injustiçada. Diante desta

situação, ela compreendeu a sua própria dinâmica passiva e submissa na identificação com a mãe. A ansiedade foi demonstrada antes da sessão nas repetidas ligações feitas para a terapeuta, confirmando a sessão e informando que estava a caminho da Clínica.

O resultado das avaliações da eficácia adaptativa das participantes após a PBO indicou melhora de todas as participantes, conforme quadro 10. Isso mostra como as *interpretações teorizadas* auxiliaram essas participantes a buscarem soluções mais adequadas para as *situações-problema* que viviam; e, corroboram os achados de Gebara (2008) sobre a eficácia e a importância da interpretação teorizada. Consequentemente, os sintomas da DPP apresentadas pelas participantes no quadro 5 tiveram sensível melhora.

Tanto a relação conjugal como a relação mãe-bebê tiveram significativa melhora com maior diálogo e compreensão das necessidades do outro e de si mesmas de acordo com os relatos de A e C.

A participante A repetia a questão da escolha e consequência da escolha, interpretadas na sessão 8 e 12, dizendo: “a escolha foi minha” ou “certo ou errado, eu escolhi”. A participante B percebeu que ela tem direitos e passou a lutar por eles, principalmente, o direito de pensar em si mesma e no que era melhor para ela e para o seu bebê. Já a participante C assumiu a função materna e de esposa, bem como as responsabilidades dessas funções. Desse modo, melhorou o seu relacionamento com o parceiro e também com o seu bebê, assumindo os cuidados do seu lar e do seu bebê.

Na reavaliação da eficácia adaptativa das entrevistas de retorno pós PBO realizadas com as participantes A e B, verificaram-se mudanças nos setores afetivo-relacional e da produtividade. A participante A manteve-se no mesmo grupo adaptativo (Grupo 2- adaptação ineficaz leve), porém houve alterações com melhoras no setor da produtividade e menor satisfação no setor afetivo-relacional. Apesar disso, ela manteve a fala de que estava fazendo as suas escolhas e preparando-se para as consequências boas ou ruins dessas escolhas. A participante A estava satisfeita pelo emprego conseguido na universidade no seu país de origem, onde ela passaria a lecionar e atuar em pesquisa científica. Já na relação afetivo-relacional, não estava tão satisfeita na relação com o marido por estar estressada com os preparativos da mudança e finalização do doutorado. Justificava que a falta de tempo era passageira e que depois teriam mais tempo para ficarem a sós.

A participante B apresentou mudança de grupo adaptativo, saindo do Grupo 1 – adaptação eficaz, e passando para o Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada. Tanto o setor afetivo-relacional passou de soluções adequadas para pouco adequadas, quanto o setor da

produtividade. Após a PBO, ela estava satisfeita e sem conflitos nas suas relações afetivas, porém, durante o período pós PBO, ela terminou o relacionamento porque seu parceiro era amigo do seu ex-namorado e ele sentia-se como traidor do amigo. Ela buscava uma solução mais adequada, mudando-se para perto da sua família de origem, pois teria mais apoio e auxílio das irmãs e da mãe. Assim, ela poderia ter uma vida social mais ativa e conhecer outras pessoas para se relacionar afetivamente. No setor da produtividade, mostrou-se insatisfeita com o ambiente de trabalho e com o salário e estava buscando outro emprego em que fosse melhor remunerada. Com sua fala, demonstrou estar em busca de “algo melhor” (*sic*) para si e para a filha.

As participantes A e B mostraram-se motivadas e esperançosas em relação ao futuro. As conquistas obtidas na PBO através das *interpretações teorizadas* encontravam-se mantidas, como os resultados obtidos por Younes (2011) sobre a manutenção dos ganhos obtidos através da PBO ao longo do tempo; e, por Justi e Neme (2010) que averiguaram os possíveis benefícios obtidos após cinco anos do término da psicoterapia. Isso denota que as interpretações possibilitaram às participantes encontrar soluções mais adequadas para as suas *situações-problema*, superando assim, a crise adaptativa decorrente do nascimento do bebê. Mostraram-se agradecidas pela ajuda obtida a partir da PBO e a participante A procurará continuar a terapia no seu país de origem.

Infelizmente não foi possível entrevistar a participante C. Este fato causou certa frustração na terapeuta por não poder acompanhar sua evolução. Parece que a angústia de separação não foi “privilégio” apenas das participantes, ocorrendo também na terapeuta que teve que lidar com a sua própria frustração.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrevista pormenorizada preconizada por Simon (2005) para conhecer a vida pregressa das participantes foi fundamental para a compreensão dos dinamismos inconscientes das mesmas. A compreensão psicodinâmica de cada uma das três participantes possibilitou o estabelecimento de suas respectivas *situações-problema* e a formulação das *interpretações teorizadas*.

As interpretações auxiliaram todas as três participantes a buscarem soluções mais adequadas para as respectivas *situações-problema* e, conseqüentemente, melhorarem as suas eficácias adaptativas. As melhorias conquistadas por todas elas foram percebidas após o término da PBO. Isso foi observado através das alterações na classificação dos grupos adaptativo em que passaram da adaptação ineficaz grave e severa para adaptação eficaz e ineficaz leve.

Observando as mudanças de todas as três participantes nos grupos adaptativos antes e depois da PBO, conclui-se que a aplicação da Psicoterapia Breve Operacionalizada em puérperas com sintomas da depressão pós-parto foi eficaz e favoreceu o encontro de soluções mais adequadas para suas *situações-problema* auxiliando as puérperas a saírem da crise adaptativa na qual se encontravam. Além disso, nos casos das participantes A e B, percebeu-se durante as entrevistas de retorno que essas mudanças foram profundas e duradouras, apesar da participante B ter passado da adaptação eficaz para adaptação ineficaz moderada.

Evidenciou-se a importância da compreensão dos dinamismos inconscientes para a formulação das *interpretações teorizadas*. À medida em que as interpretações eram compreendidas, estas possibilitaram às três participantes a descoberta de soluções mais adequadas para superarem a crise adaptativa e as respectivas *situações-problema*.

Portanto, a PBO é uma modalidade de psicoterapia breve viável de ser utilizada em puérperas com sintomas depressivos. Com os atendimentos em PBO, diminuíram os sintomas depressivos das participantes, bem como houve melhoras na relação familiar, na relação conjugal e, principalmente, na relação mãe-bebê.

Conclui-se que este estudo, realizado com três participantes, demonstra que a PBO funcionou com as puérperas em crise adaptativa e com sintomas depressivos.

Sugere-se que este estudo possa ser replicado a um maior número de participantes e, se possível, que sejam mantidas os mesmos períodos pós-parto, por exemplo, para entrevistar

e avaliar a eficácia adaptativa das participantes no primeiro mês pós-parto antes da PBO e realizar a entrevista de retorno e a avaliação adaptativa após três meses do término da PBO.

Este estudo propõe tornar-se um ponto de partida para outros estudos a serem realizados no período gestacional e em puérperas em situações especiais tais como nascimento de bebê prematuro, ou com problemas e complicações no parto, ou com mal formações congênitas, ou ainda, qualquer mulher envolvida em gravidez ou puerpério.

A PBO nunca havia sido realizada em estudos com grupo de puérperas que apresentassem sintomas depressivos. Espera-se que este estudo possa contribuir para novos campos de estudos da PBO, abrangendo outras áreas da Saúde.

REFERÊNCIAS⁶

- Altman, M., Yamamoto, K. & Tardivo, L.S.L.P.C. (2007, jul-dez). Psicoterapia Breve Operacionalizada com pessoas idosas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15 (2), 135-144. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/.../617>
- Alves, H. (2001). *Psicoterapia breve operacionalizada – PBO com adolescentes de rede pública escolar da cidade de Santos – SP: uma contribuição a psicologia clínica preventiva*. Tese de Doutorado da Universidade de São Paulo.
- Arzeno, M.E.G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições* (B.A. Neves, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, K.R. & Arrais, A.R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 269-276. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2
- Baptista, M.N., Baptista, A.S.D. & Torres, E.C.R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC, Revista de Psicologia*, Vetor Editora, 7 (1), 39-48. Recuperado em 04 de outubro de 2014 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>.
- Bechara, G.M. (2011). *Diabetes mellitus tipo 1: evolução da eficácia adaptativa e psicoterapia breve operacionalizada*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.
- Beck, C. (2002). *Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory*. *Jognn Principles & Practice*, 31(4), 394-402. Recuperado em 04 de outubro de 2014 de <http://www.hawaii.edu/hivandaids/Revision%20of%20the%20Postpartum%20Depression%20Predictors%20Inventory.pdf>
- Beretta, M.I.R., Zaneti, D.J., Fabbro, M.R.C., Freitas, M.A., Ruggiero, E.M.S. & Dupas, G. (2008). Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Rev. Eletr. Enf.*; 10 (4): 966-78. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a09.htm>.

⁶ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- CID-10 (1993) *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. OMS - Organização Mundial de Saúde, Porto Alegre: Artmed, 1998, reimpressão 2008.
- Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S., Cantinilo, A.Y., Gonsales, B.K., Braguittoni, E. & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: *Rev. Psiquiatr. Clínica*, 33(2): 92-102. Recuperado em 04 de outubro de 2014 de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/92.html>.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Cunningham, M. & Zayas, L.H. (2002). Reducing depression in pregnancy: designing multimodal interventions. *Social Work*, 47(2), 114-123. Recuperado em 04 de outubro de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12019798>.
- De Felice, E.M. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda.
- De Felice, E.M. (2006). *Vivência da maternidade: e suas consequências para o desenvolvimento psicológico do filho*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda.
- DSM-IV-TR (2002) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (4ª edição), Porto Alegre: Artmed, texto revisado, reimpressão 2007.
- DSM-V (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th edition), Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Felix, G.M.A., Gomes, A.P.R. & França, P.S. (2008). Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Com. Ciência Saúde*, 19 (1): 51-60. Recuperado em 04 de outubro de 2014 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=498644&indexSearch=ID>.
- Ferreira-Santos, E. (1997). *Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise*. (4º edição), São Paulo: Editora Ágora.
- Funaro, V.M.B.O., Pestana, M.C., Garcia, E.M., Rebello, M.A.F.R., Ayello, M.A.B., Carvalho, M.J.J., Nascimento, M.M., Paschoalino, R.A., Cardoso, S.C. & Lombardi, V.V. (2009). *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso parte II (APA)*. (2a edição revisada e ampliada), São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP
- Gebara, A.C. (2003). *Como interpretar na psicoterapia breve psicodinâmica*. São Paulo: Vetor Editora Psico-pedagógica Ltda.

- Gebara, A.C. (2004). Eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve. São Paulo: *Psic – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5 (1), 6-15.
- Gebara, A.C. (2008). Pesquisa sobre a eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve operacionalizada. *Psicologia Hospitalar*, 6(2), 40-60.
- Gebara, A.C. (2014). Psicoterapia Breve Operacionalizada aplicada em atendimento a casais: uma possibilidade. Palestra apresentada no *I Simpósio de Psicoterapia Breve* realizada no IP-USP.
- Iaconelli, V. (2005, jul-ago). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. São Paulo: *Revista Pediatria Moderna*, 41 (4). Recuperado em 04 de outubro de 2014 de http://www.institutogerar.com.br/artigos/21_ARTIGO_%20DPP%20PSICOSE%20POS%20PARTO%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf
- Justi, M.M. & Neme, C.M.B. (2010). Manejo de estresse e outros fatores em diferentes populações adultas. São Paulo: *Saúde e desenvolvimento humano*. Recuperado em 20 de janeiro de 2015 de <http://books.scielo.org/id/sb6rs/pdf/valle-9788579831195-12.pdf>
- Kim, H.R., Munhoz, C.N., Ribeiro, S.R.R., Motta, I.F., Yamamoto, K. & Simon, R. (2012a). Pesquisa sobre depressão pós-parto: entrevista domiciliar- seus limites e alcances. Trabalho apresentado no *VII Encontro Brasileiro Sobre o Pensamento de D.W. Winnicott*, Fortaleza, Brasil.
- Kim, H.R., Munhoz, C., Mello, M.L.M., Motta, I.F., Yamamoto, K. & Simon, R. (2012b). Estudo sobre depressão pós-parto – a importância do ambiente. Trabalho apresentado no *X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia* (p.41), Buenos Aires, Argentina. Resumo recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://funics.org/wp-content/uploads/2011/11/Libro-de-resúmenes-SPR-LatAm.pdf>
- Kim, H.R., Munhoz, C., Motta, I.F., Ribeiro, S.R.R., Yamamoto, K. & Simon, R. (2012c). Uso da EDAO em entrevista domiciliar na pesquisa sobre depressão pós-parto. Trabalho apresentado no *X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia* (p. 42), Buenos Aires, Argentina. Resumo recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://funics.org/wp-content/uploads/2011/11/Libro-de-resúmenes-SPR-LatAm.pdf>
- Kim, H.R., Munhoz, C., Motta, I.F., Simon, R., Yamamoto, K. & Mello, M.L.M. (2012d). Estudo sobre depressão pós-parto- a importância do ambiente. Trabalho apresentado no *29º Congreso Latino Americano de Psicanálise*. Resumo expandido recuperado em 04 de outubro de 2014, de http://fepal.org/nuevo/images/611_Kim_Hi_Ryung.pdf, São Paulo.
- Kim, H.R., Munhoz, C., Nascimento, F., Leonardi, L., Alves, M.V.B., Valentim, N.S., Calau, P., Motta, I.F. & Yamamoto, K. (2013a). Análise da depressão pós-parto a partir da relação entre a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e a Escala

Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) In *Livro de resumos do VI Congresso Internacional y XI Nacional de Psicologia Clínica*, Santiago de Compostela, Espanha.

- Kim, H.R., Munhoz, C.N., Mello, M.L.M, Motta, I.F., Yamamoto, K. & Simon, R. (2013b). A importância dos fatores ambientais como facilitador do holding na relação mãe-bebê. Porto Alegre: *Rabisco Rev. Psican.*, 3 (1), 124-132. (Trabalho apresentado no VII Encontro Brasileiro Sobre o Pensamento de D.W. Winnicott, Fortaleza, CE)
- Klein, M. (1996). Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. In *Obras completas de Melanie Klein* (A. Cardoso, trad., Vol. I, p.224). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1975)
- Leavell, H.R. & Clark, E.G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community*. (3ª edição), New York: McGraw-HillBook Company, USA.
- Maldonado, M.T. (1997). *Psicologia da Gravidez* ., 9a. ed., Rio de Janeiro: Vozes.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, cap. 19.
- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13 (1), 89-100. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181972/>
- Moraes, M.H.C & Crepaldi, M.A. (2011, jan-dez). A clínica da depressão pós-parto. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19 (1-2), 61-67. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/3041/3059>
- Moraes, I., Pinheiro, R., Silva, R., Horta, B., Sousa, P. & Faria, A. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40 (01). Recuperado em 04 de outubro de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100011
- Motta, M.G., Lucion, A.B. & Manfro, G.G. (2005, mai-ago). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. Rio Grande do Sul: *Rev. Psiquiatr.*, 27 (2), 165-176. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a07>
- Munhoz, C.N. & Motta, I.F. (2012, jul-dez). A psicoterapia breve operacionalizada no tratamento de pessoas com deficiência física. São Paulo: *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 32 (83), 384-394. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94624915009>

- Neder Filha, C.R. & Simon, R. (2004, jan-jun). Diagnóstico da adaptação, teste estilocrômico e psicoterapia breve operacionalizada em transplante de fígado. *Mudanças*: 12 (1): 7-93. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=410200&indexSearch=ID>
- Nukui, S.M.M.O. (2012). *A psicoterapia breve operacionalizada de mulheres em situação de violência doméstica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde da Faculdade da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.
- O'Hara, M. & Zekoski, E. (1997). Postpartum Depression: a comprehensive review. In: Kumar, R. Brockington IF, editors. *Motherhood end mental Illnes*. London: Oxford, 17-63.
- Ocampo, M.L.S. & Arzeno, M.E.G. (1981). A entrevista inicial. In M.L.S. Ocampo, M.E.G. Arzeno & E.G. Piccolo (Orgs.), *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (M. Felzenszwalb, trad.). (21-43). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Oliveira, E.P. (2001, jul-dez). Eficácia da psicoterapia breve operacionalizada com pacientes com hipertensão essencial. *Mudanças*; 9 (16): 64-85. Recuperado em 18 de junho de 2014 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript...ase=LILACS&lang=p&nextAction=link&exprSearch=360580&indexSearch=ID>
- Pereira, P.K. & Lovisi, G.M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. São Paulo: *Revista de Psiquiatria Clínica*; 35(4): 144-53, USP. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a07>
- Pearlstein, T. (2008). Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *Rev.Psychiatr. Neurosci*, 33(4), 302-318. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440793/>
- Ribeiro, M.F.R. (2009). *De mãe em filha: a transmissão da feminilidade*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Romaro, R.A. (1999). Avaliação da psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline. *Revista Mudanças*, V7 (12), 109-133.
- Ruschi, G., Sun, S., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E. & Lima, V. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, 29 (3). Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06.pdf>
- Sampaio Neto, L.F. & Alvares, L.B. (2013). O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. Sorocaba: *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, 15 (1), 180-183. Recuperado em 04

de outubro de 2014, de
<http://www.revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/13171>

Santos, C.M.T., Almeida, G.O. & Souza, T.S. (2009, jul-dez). Depressão pós-parto: revisão de literatura. Aracaju: *Psicologia & m foco*, Fac. Pio Décimo, 3 (2).

Schaeffer, J. (2006). O percurso dos antagonismos entre feminino e maternal. In L. Solis-Ponton (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp.107-114) (2ª edição). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Schmidt, E., Piccoloto, N. & Muller, M. (2005, jan-jul). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61-68. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v10n1/v10n1a08.pdf>

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. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>

Schwengber, D.D.S. & Piccinini, C.A. (2005, abri-jun). Experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. Campinas: *Estudo de Psicologia*, 22 (2), 143-156. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=423900&indexSearch=ID>

Simon, R. (1971, dez). “O complexo tanatolítico” justificando medidas de Psicologia Preventiva para estudantes de Medicina. *Bol.de Psiq*, 4 (4), 97-128.

Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva, novos fundamentos*. São Paulo: 2EPU.

Simon, R. (2000, jan-jun). Relações entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e psicoterapia psicanalítica. *Mudanças Psicoter. Estud. Psicossociais*, 8 (13), 165-190.

Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Simon, R. (2009, jan-jun). Prevenção da insônia em bebês. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17 (1), 22-26. Recuperado em 20 de janeiro de 2015, de <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v17n1p22-26>

Simon, R. (2010). *Psicoterapia Psicanalítica: concepção original*. São Paulo: Casapsi Livraria e Editora Ltda.

- Simon, R. & Yamamoto, K. (2008, jul-dez). Psicoterapia breve operacionalizada em situação de crise adaptativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16 (2), 144-151.
- Simon, R. & Yamamoto, K. (2009, jul-dez). Psicoterapia breve operacionalizada na clínica privada. *Aletheia* 30, 172-182. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942009000200014&script=sci_arttext&tlng=es
- Soifer, R. (1980). *A psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Solis-Ponton, L. (2006). A construção da parentalidade. In L. Solis-Ponton (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp.29-40) (2ª edição). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stella, L.R., Yamada, J.A., Alves, M.V.B. & Kim, H.R. (2013). A experiência do aluno de graduação inserido na pesquisa científica Trabalho apresentado na *XXI Jornadas de Jóvenes Investigadores del Grupo Montevideo*, Corrientes, Argentina.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In J.A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico – V* (5ª edição revisada e ampliada, pp. 45-56), Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 3ª reimpressão, 2003.
- Valentim, N.S., Simon, R., Yamamoto, K., Motta, I.F., Munhoz, M.M., Chiancone, A.S. & Kim, H.R. (2013). Perfil adaptativo de puérperas de um hospital escola de São Paulo In *Livro de resumos do VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica*, Santiago de Compostela, Espanha.
- Valentim, N.S., Kim, H.R., Alves, M.V.B., Leonardi, L., Yamamoto, K., Motta, I.F. & Simon, R. (2014a). Psicologia clínica preventiva: os desafios da pesquisa In *Livro de Capítulos do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Porto, Portugal. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, v.01, 281-286.
- Valentim, N.S. (2014b). A pesquisa em psicoterapia breve – atendimento de mulheres com câncer de mama. Palestra apresentada no II Simpósio de Psico-Oncologia, organizada pela Secretaria da Saúde de São Caetano do Sul.
- Winnicott, D.W. (1994). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Yamamoto, K. (2006). *Psicoterapia preventiva da família: método e ilustrações clínicas*. São Paulo: Casa Psi Livraria, Editora e Gráfica Ltda.
- Younes, J.A. (2011). *PBO na crise adaptativa por perda*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- Younes, J.A., Lessa, F., Yamamoto, K., Coniaric, J. & Ditzz, M. (2010, out-dez). Psicoterapia breve operacionalizada e crise por expectativa de perda: um estudo de caso. *Psicologia Argumento*, v. 28, n.63. Recuperado em 18 de junho de 2014, de <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3920&dd99=view>
- Zinga, D., Phillips, S.D. & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 27 (Supl.II): S56-64. Recuperado em 04 de outubro de 2014, de http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf

APÊNDICE A – Relatórios sobre as Participantes B e C

Este apêndice foi elaborado com a finalidade de descrever as investigações realizadas nas entrevistas e sessões estipuladas para as participantes B e C, que constituem parte do material de estudo desta pesquisa.

1 PARTICIPANTE B

Os sintomas da DPP apresentados pela participante B foram:

- irritabilidade aumentada;
- choro;
- tristeza;
- sensação de vazio;
- desmotivação;
- visão do futuro pessimista;
- perda da vontade de viver;
- hipersonia.

1.1 Dados de Identificação e dos Familiares

É mãe solteira e mora sozinha com o bebê. É a terceira filha de sua mãe e filha biológica mais velha do pai. A mãe tem uma filha casada de um primeiro casamento. Teve um filho de uma relação curta e durante a gravidez deste filho conheceu o pai de B que assumiu a paternidade legal sem ser o pai biológico. Teve a B que foi muito desejada e próxima do pai, e um outro filho. O pai estava desempregado e a mãe, auxiliar de serviços gerais, era a provedora financeira enquanto o pai cuidava de B. O pai mudou de estado com a amante após ser flagrado pela mãe, quando B tinha 5 anos. Atualmente, o pai reside em outro estado com a mesma mulher e tem um filho. A mãe teve uma filha no último relacionamento.

A mãe reside em município da Grande São Paulo com os dois irmãos e a irmã caçula. A irmã mais velha, casada, reside com a família perto da casa de sua mãe. O irmão mais velho ficou agressivo após a partida do pai e a descoberta de não ser seu filho biológico, tornando-se dependente químico. A situação familiar era insuportável para B que era o alvo principal das agressões físicas do irmão. Na ocasião, a irmã mais velha saiu de casa grávida, quando foi agredida por este irmão, e foi morar com o namorado. Nessa época, a família residia nas proximidades da Cidade Universitária. Com a mudança da família para um município da Grande São Paulo, B preferiu continuar os estudos e foi morar na casa do então namorado. Com o término do namoro, B morou na casa de uma amiga até a formatura do ensino médio. Conseguiu um emprego e passou a morar sozinha. Manteve um relacionamento casual com o ex-namorado de quem engravidou. O pai do bebê reside próximo à participante. Ele está em outro relacionamento afetivo desde que terminou o namoro com B e está desempregado. Após o nascimento do bebê, a participante não conseguiu creche para o bebê e não tinha com quem deixá-lo enquanto trabalhava, o que culminou com sua demissão do emprego.

1.2 Queixa Manifesta

A principal queixa relatada foi a solidão e a preocupação com o fato de a filha crescer sem o pai. Desde o nascimento do bebê, sentia-se desamparada e como estava desempregada, estava endividada. Sentia-se perdida no meio de problemas e conflitos, não conseguindo refletir e solicitando ajuda profissional.

1.3 Anamnese

Relatou ter boas lembranças da infância até a separação dos pais. O pai era afetuoso e cuidadoso com B, brincava com ela e a levava para passear. Era a “xodó” (*sic*) do pai e não sentiu ciúmes quando nasceu o irmão. Com dois anos, ela foi para a creche onde ficou até completar 6 anos. Gostava muito da creche e foi alfabetizada aos 5 anos, sendo elogiada pelas professoras. Sempre teve facilidade em aprender e adaptou-se bem à escola. A mãe sempre trabalhou, mas o pai ficou desempregado e não procurava emprego. Após a descoberta da

traição do pai e sua partida com a amante, o irmão passou a bater muito nas irmãs e “fazia elas de empregada” (*sic*). Relatou que o pai não fez falta dizendo: “eu nem lembrava dele, só lembrava quando tinha que fazer presente na escola pro dia dos pais. Ficava pensando: vou fazer e entregar pra quem?”. Os colegas tinham histórias sobre o pai para contar e ela não tinha nada. O pai foi embora quando B tinha 5 anos.

A mãe chegou a prestar queixa na delegacia e a fazer boletim de ocorrência em diversas ocasiões devido às agressões do filho contra as irmãs. O irmão tornou-se usuário de drogas aos 17 anos, e B disse “acho que ele ficou revoltado quando ele descobriu que não era filho do meu pai” (*sic*). A mãe expulsou o filho de casa, mas após 2 meses ele pediu para voltar e a mãe aceitou. As agressões continuaram e a irmã mais velha saiu de casa grávida indo morar com o namorado, atual marido. As agressões continuaram com a B e com o irmão mais novo.

Pelo fato deste irmão mais novo ser nervoso, desligado, tremer muito e ter dificuldade de aprendizagem, ele chegou a ser levado a um psicólogo.

Com 14 anos, B namorou um rapaz de 23 anos, recém-separado e com um filho, porém a mãe e o irmão eram contra o namoro. Então ela namorou escondido por 9 meses. Em seguida, conheceu L e começaram a namorar. A família morava nas proximidades da Cidade Universitária e quando a mãe resolveu mudar para um município da Grande São Paulo, B preferiu morar na casa do namorado para fugir das agressões do irmão e para finalizar o ensino médio.

O namorado é filho único e B mantinha uma boa relação com a mãe dele. Após o término do namoro de um ano e meio, B morou na casa de uma amiga até finalizar o estudo e arrumar um emprego. Alugou um imóvel mobiliado e foi morar sozinha. Apesar de reconhecer que o ex-namorado a procurava sempre que brigava com a atual namorada, ela cedia às investidas. Engravidou na esperança de constituírem uma família, porém a relação abusiva continuava. Recebia uma pensão simbólica, pois o ex-namorado estava desempregado. Ela reclamou que o nascimento do bebê fez com que ela perdesse o emprego. Como ela estava sem rendimentos, ficou endividada. A mãe e a irmã pediam para ela voltar a morar com elas, mas B pensava na mãe do ex-namorado que adora o bebê. Também não queria que a filha crescesse sem um pai presente e também temia a agressividade do irmão.

1.4 Resumo das Entrevistas

Na entrevista inicial, chegou 30 minutos atrasada por ter se perdido no trajeto. Após o preenchimento, assinatura do TCLE e o enquadre, relatou sobre o parto e sobre a solidão. Aceitou participar do estudo por estar desempregada e precisar conversar com alguém sem se sentir julgada. Apesar do pai do bebê tê-la acompanhado ao hospital, ficou sozinha na hora do parto. A questão da solidão repetiu-se na fala: “moro sozinha com a minha filha. Eu olho para ela e penso como é triste crescer sozinha”, “durante o dia fico ocupada com a G, mas à noite sinto falta de conversar” (*sic*). Ficou sem notícias do pai até reencontrá-lo há dois meses na casa da mãe. Soube então que o pai estava procurando por ela havia quatro meses, mas relatou não ter sentido nada e disse “foi como se eu encontrasse um desconhecido na rua, não senti nada” (*sic*).

Na segunda entrevista, chegou pontualmente e com a filha. Foi observado que B e a filha vestiam a mesma cor. Relatou sobre a sua história de vida e sobre como sentia falta de alguém que cuidasse dela. Percebeu o conflito entre ficar perto do ex-namorado na esperança de constituírem uma família e a consciência da imaturidade dele e falta de perspectiva de futuro juntos. Apesar do bom relacionamento com a mãe e seu pedido de morarem juntas, B colocava obstáculos (a agressividade do irmão e a falta de privacidade) nessa opção até admitir que ainda gostava do pai de seu bebê.

A terceira entrevista foi marcada por incertezas. Avisou que estava levando a filha ao pronto-socorro e ligou novamente confirmando a entrevista. Novamente mãe e filha vestiam a mesma cor. Repetiu as questões da solidão e do medo da filha crescer sem pai. Foram percebidas as dificuldades em assumir suas emoções e desejos, deslocando-os para o bebê. Ao ser pontuado o uso do bebê como se fosse continuidade dela mesma, reconheceu dizendo “faço isso o tempo todo, tudo é pela G, mas ela nem sabe de nada” (*sic*). Nos demais relatos, assumiu a culpa pelo fracasso da relação com o ex-namorado e o receio de namorar outra pessoa e assim perder a chance de retomarem a relação. Demonstrou o medo de recomeçar após dois anos do fim do namoro e medo de repetir a história de vida da mãe.

Na quarta entrevista, relatou sobre a sua busca de soluções, tentou resolver as questões da rescisão do emprego e receber o pagamento. Demonstrou raiva do ex-chefe por sentir-se lesada por ele, apesar da lealdade dela para com a empresa, mesmo quando percebia as irregularidades que a empresa cometia. Mesmo com raiva, ela não conseguiu falar nada para o ex-chefe. As falas “não adianta falar e discutir com meu ex-chefe”, “se discuto com L ele fica sem aparecer e não muda nada” (*sic*) revelam que B sofria calada. Relatou não gostar de preocupar ou incomodar os outros, sentindo-se incapaz em se cuidar e cuidar do bebê. A avó do bebê comentou: “você está passando o seu estresse para a G e por isso ela ficou com

febre e gripada”. B acabou discutindo com ela, mas não conseguiu brigar com o ex-namorado, quando ele recusou-se em acompanhá-las no exame de imagem da filha. B ficou remoendo a raiva. Respondeu sobre como soubera da traição do pai, dizendo: “lembro que meu pai sempre me levava para a casa da tia Maria e eu gostava de brincar com as sobrinhas dela. Um dia minha mãe perguntou se eu tinha visto o secador de cabelo e falei que estava na casa da tia Maria. Ela perguntou quem é essa tia Maria?”. Foi assim, através de B, que a mãe descobriu e flagrou a traição.

1.5 Avaliação Adaptativa antes da Psicoterapia Breve Operacionalizada

No setor afetivo-relacional, a eficácia adaptativa da participante estava pouquíssimo adequado, apresentando resposta que não a satisfazia e gerava conflito. Sentia solidão e morava longe da família na esperança de retomar a relação com o ex-namorado que namorava outra mulher. Dessa forma, a participante continuava sozinha. Não conseguia estabelecer limites que diferenciasssem B da filha e mantinha uma relação simbiótica, na qual a filha era uma extensão dela mesma. Isso se repetiu com o ex-namorado e com o ex-chefe, não conseguindo falar o que gostava e o que não gostava com o receio de falar e romper o vínculo, mesmo que isso fosse danoso para ela.

No setor da produtividade, estava desempregada. Não gostava do trabalho e assumia responsabilidades acima da função e do salário. A eficácia adaptativa era pouquíssimo adequado, pois estava insatisfeita e com conflitos.

No setor sociocultural, demonstrou seguir as regras, ser leal e conhecer as leis, porém não se sentia no direito de ser beneficiada ou ajudada.

No setor orgânico, não relatou problemas com a saúde. Em relação à satisfação sexual, relatou ser parcial e esporádica com o ex-namorado.

A equação pela EDAO ficou:

A-R pouquíssimo adequado 1+ Pr pouquíssimo adequado 0,5= 1,5

Portanto, a classificação adaptativa neste caso era Grupo 5, ou seja, adaptação ineficaz grave.

1.6 Situação-problema

A participante vinculava-se ao pai da filha apesar de ele estar em outra relação afetiva. Mesmo sabendo da falta de perspectiva de futuro, mantinha esperança do retorno dele e submetia-se a essa relação abusiva, culpando-se pelo término da relação.

1.7 Compreensão Psicodinâmica

Apesar de ter sido considerada o “xodó” (*sic*) do pai, ele a abandonou, formou outra família e esqueceu-se da filha. A relação da participante com o pai era de afeto e bem diferente da relação fria que ela tinha com a mãe. A descoberta da traição também trouxe à tona a cumplicidade dela com o pai e as traições: dela com a mãe pela cumplicidade com o pai; do pai com ela, que a abandonou para ir embora com a outra. Apresentou subestimação do *self* deixando-a sem recursos para a reparação. A relação com o ex-namorado mostrou um comportamento masoquista e de sentimento de desamparo por ela não ter mais nada internamente.

A gravidez pode ter adiado uma crise por perda do namorado. O nascimento do bebê gerou uma crise por aquisição. A gravidez não conseguiu destruir a relação do ex-namorado com a atual namorada. A expectativa da participante era de que, com o nascimento, o bebê fosse capaz de trazer o pai para perto da mãe. Ao ser frustrada em não realizar a tão sonhada “família feliz”, ela passou a responsabilizar o bebê pelas perdas: da família idealizada, do ex-namorado e do emprego. O namorado e o emprego perdidos eram superestimados. Na sua fantasia, essa perda do amado namorado foi por não ter feito o suficiente para ele continuar com ela, gerando intensa angústia e culpa. Isso a impedia de falar, preferindo calar-se para perder menos, numa posição de total desamparo.

1.8 Correlações Adaptativas Psicodinâmicas

No setor afetivo-relacional, a perda do objeto amado, namorado e o nascimento do bebê, trouxeram as lembranças da perda do pai e o seu próprio sofrimento de crescer sem o

pai. Com a autoestima diminuída e o sentimento de culpa exarcebado, B submetia-se a situações nas quais seus direitos eram negligenciados e a situações de humilhações. Mesmo insatisfeita, preferia calar-se para não brigar. As expectativas do bebê salvador da relação amorosa foram frustradas. A participante descarregou sua raiva e frustrações no seu bebê. Viviam o conflito entre seguir sua vida longe do ex-namorado ou continuar esperançosa de reaproximar-se dele, aceitando a pouca atenção que ele lhe dava.

No setor da produtividade, estava desempregada e endividada. A participante não gostava do emprego e a remuneração era baixa. Ela estava insatisfeita com as tarefas e havia conflitos, pois acumulava funções sem ser remunerada por isso. A sua situação piorou ao ser demitida ainda no período da licença maternidade e sem receber a rescisão contratual.

O sentimento de inferioridade fazia B aceitar o pouco como sendo o que merecia. Isso impedia que ela buscasse melhores condições de trabalho e reivindicasse seus direitos trabalhistas, bem como buscasse ajuda familiar e social.

No setor sociocultural, percebeu-se um superego punitivo e com predomínio de sentimentos de culpa.

No setor orgânico, não relatou problemas de saúde, porém a satisfação sexual era escassa e esporádica.

1.9 Processo Terapêutico com a Psicoterapia Breve Operacionalizada: resumo das sessões

Faltou à primeira sessão devido à rinite alérgica. A segunda sessão foi iniciada com um interrogatório complementar a respeito da profissão da mãe e da avó paterna do bebê. Em seguida foi realizado o enquadre em relação ao número de sessões, o tempo de duração, as faltas e os atrasos que não seriam repostos. A *situação-problema* foi focada no desprendimento da relação amorosa com o ex-namorado, diminuindo a idealização das relações e da família, para seguir a própria vida.

Demonstrou motivação dizendo: “era tudo o que precisava”. Relatou que passou uma semana difícil, mas conseguiu buscar trabalho e agendou entrevista. Contou para a mãe e para a ex-sogra sobre as dificuldades financeiras e ambas ofereceram ajuda. Percebeu que descarregava as frustrações na filha e passou mal devido à rinite. Sentiu-se aliviada com a ajuda da mãe e da ex-sogra, mas sente que está abusando delas.

A *interpretação teorizada* foi relativa à mudança das cores do vestuário do bebê e da mãe (mãe e bebê vinham vestidas com a mesma cor como se uma fosse a extensão da outra), que poderia indicar a separação da relação fusional mãe-bebê e sobre o pensamento mágico em querer ajuda sem precisar pedir. Foi verificado o bom prognóstico da paciente e sua capacidade de aproveitar a ajuda, apesar da falta de narcisismo e amor próprio.

Na terceira sessão, faltou por estar na Central dos Trabalhadores em busca de emprego.

A quarta sessão foi marcada pela frustração de não conseguir emprego, de aceitar um acordo prejudicial a ela oferecido pelo ex-patrão e pela culpa de deixar a filha com o pai. Foi pontuado o uso da mesma cor pela mãe e filha, como se uma fosse extensão da outra, sem discriminação.

A *interpretação teorizada* foi sobre a projeção das próprias necessidades afetivas e experiências vividas com a filha, usando-a como escudo, e sobre a ambivalência em relação ao ex-namorado.

Faltou à quinta sessão por não ter recursos financeiros para a condução e na sexta sessão devido à entrevista de emprego.

Na sétima sessão, veio sem a filha e culpando-a por não conseguir emprego, dizendo: “eles ficam entusiasmados dizendo que estou dentro do que procuram, mas aí perguntam se tenho filhos, eu digo que sim e eles perguntam a idade, eles falam ela é bem novinha... e falam que depois ligam e não ligam mais. Acho que por ela ser novinha eles não me querem mais, porque bebê dá trabalho, fica doente”. Relatou sobre o seu sentimento de incapacidade em conquistar o que desejava, a raiva do ex-namorado e o pai que a abandonou, priorizando a amante.

Foi interpretado como a falta de narcisismo, pois apresentava falta de amor próprio, e perda do objeto amado. Após silêncio, relatou alívio por falar sobre o pai dizendo: “nunca havia falado antes”. Apesar do término da sessão, demorou para ir embora.

Na oitava sessão, ela veio com a filha, vestidas em tons diferentes e, pela primeira vez, a participante estava com o cabelo solto. Relatou dificuldades em conseguir emprego e em esperar a homologação para receber o pagamento. Sentia-se como se estivesse abusando da ex-sogra por aceitar a ajuda dela. Relatou que frequentemente ela ia à casa do ex-namorado com justificativas diversas. Foi pontuada a dificuldade de separar-se do ex-namorado e da filha, angústia de separação.

Na nona sessão, relatou alívio por conseguir um emprego, apesar de não suprir suas necessidades. Continuará a buscar um emprego melhor. Relatou preparar uma festa de

aniversário para a filha, dizendo: “eu planejava a festa do primeiro aniversário desde a gravidez, pois sempre sonhei com uma festa. Todos têm festa de um ano, tiram fotos. Eu não tive, e mesmo que a G não saiba o significado agora, quando ela crescer e ver as fotos vai saber que eu fiz por ela”. Relatou apoio da mãe e da ex-sogra no preparo da festa.

A participante ficou duas semanas sem levar a filha para a casa do ex-namorado e ele acabou procurando pela filha. A ex-sogra falava, constantemente para ela, que não cuidaria de netos. Foi pontuada a comodidade do ex-namorado e da mãe dele em manterem-na por perto. B associou esse comodismo ao egoísmo deles e com a própria falta de oportunidades, por estar presa a esta relação. Não conseguia estabelecer relações sociais em que se sentisse acolhida. Foi feita *interpretação teorizada* sobre as escolhas que ela havia feito e as perdas consequentes dessas escolhas. A sua escolha, em manter uma relação sem futuro e sem satisfação, impediam-na de experimentar novas relações. Foi reconhecida a capacidade da paciente em realizar seus sonhos quando consegue ir atrás deles.

Na décima sessão, relatou o início no emprego. Apesar dos elogios pelo seu trabalho, ela desejava procurar outro emprego com melhor remuneração e com ambiente de trabalho mais agradável. Como trabalhava sozinha, não havia oportunidades de interação social.

Relatou ter assinado a homologação. Como dinheiro recebido, quitou as dívidas, alugou um salão e comprou a decoração para a festa de aniversário da filha. Programou compras de roupas para a filha após a sessão. Admitiu dificuldade em desprender-se do ex-namorado por gostar dele ainda, mas evitava ir à casa dele. Foi pontuada a angústia de separação, limites e o reconhecimento das próprias necessidades. Isso foi associado à ex-sogra, reclamando que a participante não havia feito companhia para ela na academia. B respondeu dizendo: “a minha prioridade agora é o emprego. Ela quer que eu largue o trabalho pra fazer companhia pra ela?”. Percebeu os abusos da ex-sogra e está conseguindo colocar limites. Percebeu-se a falta da *interpretação teorizada* sobre a reparação da solidão e o abandono do pai, fatos de sua história pregressa, dando lugar à festa de aniversário do bebê, dando à filha a festa que ela, a participante, nunca teve.

A participante tentou remarcar a décima primeira sessão e, diante da impossibilidade, manteve o horário. Durante o seu trajeto até a clínica, ligou várias vezes para confirmar. Chegou à sessão dizendo precisar muito da sessão e ter muitas coisas para falar. Relatou sobre o falecimento da bisavó materna com quem era muito apegada. A bisavó fizera a função materna para a mãe da participante.

A relação da mãe com a família era distante e a participante percebia a mãe excluída pelas tias. Os elos de ligação da mãe com os irmãos eram a bisavó e a avó. No ano anterior,

falecera a avó. Com o falecimento da bisavó, a paciente relatou não ter mais família. Ao perceber a mãe acuada pelas tias, B reclamou para as tias dizendo: “nós saímos cedinho de casa, tomamos um monte de condução, nos perdemos no caminho. Só avisaram minha mãe tarde da noite, nem explicaram direito onde era. Até quando a vó tava internada, nem falaram o horário de visita e olha que ela ficou um tempão internada e só avisaram no final e ainda fazem cara feia pra minha mãe! Foi a maior falta de consideração pela gente! Falei mesmo!”. Foi interpretada a repetição através da identificação com a mãe, pois a sua mãe era esquecida pelas irmãs como ela, a participante, foi esquecida pelo pai. Isso foi associado ao fato de o ex-patrão cobrar a devolução da multa do FGTS. Mesmo sabendo que era seu direito em receber a multa, B pensava em pagar em troca de ter paz. Foi pontuada a existência de recursos que ela não buscava e sua opção por abdicar dos seus próprios direitos. B alegou que não gostava de prejudicar os outros e quem se prejudicava era ela mesma. Por temer perder as amizades, tendia a deixar os outros abusarem dela. Relatou um fato ocorrido com uma amiga, para a qual falou o que queria e temeu perder a amizade por isso, porém ficou surpresa por terem continuado a serem amigas.

Demonstrou preocupação em sair do emprego, pois conseguiu um emprego melhor. A preocupação em desagradar a patroa era tão grande que pensava em abandonar o emprego sem a remuneração pelos dias trabalhados. Ao ser avisada sobre a última sessão, a participante expressou sua insegurança em “seguir em frente sem ajuda” (*sic*). Foi interpretada a angústia de separação. Foi percebida a identificação projetiva com a mãe e a paz dos páreos, dos escravos, quando a participante tirava seus próprios direitos.

Faltou na décima segunda sessão por esquecimento. Na sessão reagendada, disse: “lembrei da última sessão a semana inteira, me programei e no dia, esqueci completamente. Quem me lembrou foi a mãe do L”. Foi interpretada a angústia de separação e a dificuldade de terminar uma etapa para iniciar outra, relacionando os fatos com o término do namoro, o abandono do pai e a mudança de emprego. Fez a associação com o inconsciente, dizendo: “foi inconsciente, não fiz pensado”.

Começou no novo emprego do qual estava gostando muito, pois além do salário ser melhor, o ambiente de trabalho era animado e estava aprendendo trabalhos novos. Conseguiu falar com a ex-patroa e recebeu o pagamento pelos dias trabalhados. Diante da queixa da ex-patroa, conseguiu responder à altura e ficou aliviada.

Relatou, que diante da cobrança da ex-sogra para levar a bebê, a participante expressou seu cansaço e sua falta de tempo. Isso levou a ex-sogra a sugerir que a participante levasse o bebê e depois o filho o levaria de volta. Ela concordou.

Relatou não ter sentido ciúmes quando o ex-namorado levou o bebê para passear com a namorada no shopping. Ficou surpresa com a própria reação e percebeu que está superando e aceitando o término da relação. Começou a se relacionar com um rapaz, amigo do ex-namorado, e tiveram a primeira relação sexual. Apesar de terem se aproximado antes, ele dizia não querer um relacionamento sério com ela. No entanto, estavam conversando diariamente e ele queria apresentá-la para a família dele.

Quanto à festa da filha, o pai queria levar a namorada e as sobrinhas dela na festa. A participante foi contra e estabeleceu limites para ele. Foi pontuado que quando ela terminou a fantasia da relação com o ex-namorado, abriu espaço para uma nova relação. Antes, ela vivia relações simbióticas e, agora, conseguiu estabelecer limites entre ela e o outro. Relatou que o atual namorado percebeu a mudança dela e, se antes ele não queria um relacionamento sério, agora ele estava diferente. Relatou receio em repetir o mesmo erro da relação anterior tendo expectativas de formarem a “família feliz”. Admitiu que pela carência vivia “grudada” no namorado, mas alegou que tem se controlado mais e cobrado menos.

Relatou cobrança da mãe pelas ligações diárias da filha, mas como estava cansada e atarefada, havia esquecido de ligar para a mãe. A *interpretação teorizada* foi sobre a relação simbiótica e a separação. Foram percebidas: a recuperação do amor narcísico, a falta da paciente como represália ao término da PBO e a busca dos seus direitos.

1.10 Avaliação Adaptativa após a Psicoterapia Breve Operacionalizada

No setor afetivo-relacional, a eficácia adaptativa estava adequada, apresentando resposta que satisfazia e não gerava conflito. Ela estava namorando outro rapaz e sentia-se bem na nova relação. Conseguiu estabelecer limites para a avó paterna da filha e para o ex-namorado. Ela diferenciou-se da mãe e do bebê.

No setor da produtividade, estava empregada, gostava do trabalho e estava satisfeita com o salário. A eficácia adaptativa portanto era adequada.

No setor sociocultural, demonstrou seguir as regras, ser leal e conhecer as leis, tendo buscados seus direitos.

No setor orgânico, não relatou problemas com a saúde e estava satisfeita sexualmente com o namorado.

A equação pela EDAO era: A-R adequado 3+ Pr adequado 2= 5

Portanto, a classificação adaptativa neste caso era Grupo 1, ou seja, adaptação eficaz.

1.11 Entrevista de Retorno

A entrevista foi realizada após sete meses do término da PBO. Contou sobre a festa de aniversário de um ano de G dizendo: “no dia da festa, fiz questão de falar que não queria que a namorada dele fosse. Aí a mãe dele foi para a sala onde estava a família deles e falou pra todo mundo que não iriam mais na festa. Eu que sempre tive tanta consideração por ela, nunca imaginei que ela fizesse uma coisa dessas! Fiquei passada com a atitude dela. Peguei a G e fui pra festa. Foi lindo! Estava toda a minha família e os meus amigos. Tiramos fotos! Eles não foram e perderam...”. Depois a participante e o bebê ficaram doentes.

B ia trabalhar doente e as colegas intercediam por ela para que fosse ao médico. Ficou internada por causa da meningite e sua irmã foi ajudá-la. Ficou triste porque a mãe não visitava, nem quando ficou de repouso na casa da irmã. No trabalho, sentiu o ambiente hostil dizendo: “minha chefe só fazia cara feia para mim. Até as colegas viraram a cara como se eu quisesse ter ficado doente!”. Depois que parou de receber o salário desemprego, percebeu que o seu salário era insuficiente para as suas necessidades.

Apesar das perdas como o hospital, a creche e a distância do trabalho, resolveu morar com a mãe. A irmã caçula casará e terá mais espaço na casa. Mesmo sem creche, poderá pagar uma escola para a filha, pois não pagaria aluguel. Perderia a privacidade e teria brigas com o irmão, mas teria ajuda das irmãs e da mãe, e também teria mais oportunidade de sair com as irmãs. A irmã mais velha ofereceu ajuda para conseguir outro emprego, que remunerasse melhor, e a participante preparou currículos para tal finalidade. Percebeu que a prioridade é ela e a filha e que não pode depender do ex-namorado e da mãe dele e não quer mais se sacrificar por eles. Passou a falar o que sentia e o que desejava. Terminou o namoro.

1.12 Avaliação Adaptativa de Retorno

O setor A-R estava pouco adequado, pois apesar de estar satisfeita, tinha conflitos. A participante pensava mais no bem-estar da filha e dela mesma. Dessa forma, iria morar com a mãe e distanciar-se do ex-namorado. Contava com o apoio familiar, o que alivia o seu

sentimento, anterior à PBO, de solidão. Relatou que ainda gostava do ex-namorado, o que causava conflito, pois sabia que a relação não tinha futuro.

Na Produtividade, eficácia adaptativa estava pouco adequada. Ela não estava satisfeita com o salário e nem com o ambiente de trabalho. Contudo, não havia conflito interno em procurar outro emprego que a satisfizesse mais.

A equação ficou: A-R pouco adequada 2+ Pr pouco adequada 1= 3

Portanto, estava no Grupo 3, adaptação ineficaz moderada.

2 PARTICIPANTE C

Os sintomas da DPP apresentados por C foram:

- humor oscilante;
- irritabilidade aumentada;
- pouco prazer;
- cansaço aumentado;
- desânimo;
- apetite diminuída;
- visão de futuro sobrecarregada (aumento de responsabilidade);
- sono leve;
- esquecimento.

2.1 Dados de Identificação e dos Familiares

É filha mais velha, tem uma irmã dois anos mais nova e um irmão. Apesar de o pai ser “bruto” (*sic*), sente-se a filha preferida do pai, enquanto o irmão é o preferido da mãe. O pai trabalhava na área da construção, mas por causa da diabetes e de um acidente de trabalho, ele teve a sua perna amputada. A mãe trabalha como diarista e é 12 anos mais nova do que o marido. Além do relacionamento ruim com a C, a mãe reclamava que carregava uma “cruz” (*sic*) em referência ao marido. C saiu de casa para morar com o namorado aos 18 anos, por não suportar as agressões verbais dos pais que chamavam-na de “vagabunda” (*sic*). Sua mãe dizia: que “ela conseguiu dinheiro saindo com o patrão”. O namorado achava “absurdo o que meus pais diziam pra mim” (*sic*). Conheceram-se em “bate-papo” de celular. Ele trabalha como motoboy e tem 12 anos a mais do que C. Ela, aos 12 anos, foi diagnosticada com depressão pelo pediatra, após o falecimento de seus dois avôs em um mesmo dia. Seu pai achava que depressão era “frescura” (*sic*) e não permitiu que ela tivesse um acompanhamento profissional. Na escola, C sofreu *bullying* por dormir durante as aulas. Ela discutia com a mãe e a desobedecia. Aos 14 anos, C envolveu-se com drogas tais como: maconha e cocaína. Nessa fase, ela teve sua primeira relação sexual e trabalhava em lanchonete. Trocou de emprego várias vezes, pois era difícil estudar e trabalhar. Envolvia-se com amigas ruins na escola e a relação com a mãe piorou. Após sua saída de casa, a relação com os pais melhorou.

2.2 Queixa Manifesta

A principal queixa era a autoestima diminuída, sentindo-se feia e sem o mesmo corpo de antes, apesar de seu parceiro dizer que ela continuava bonita e procurava-a sexualmente. Ela sentia dores durante as relações sexuais e não tinha desejo sexual.

2.3 Anamnese

A relação com o parceiro estava “esfriando” (*sic*) antes de engravidar. A irmã foi morar sozinha, porque seus pais não gostavam do namorado dela, enquanto C saiu de casa para morar com o namorado. Após a sua saída de casa, a relação com a família de origem melhorou. C passou a valorizar o conforto que tinha na casa dos pais e seus pais passaram a respeitá-la. Gostava de ter sua própria casa e da liberdade de fazer as tarefas quando quisesse, apesar de sentir-se sobrecarregada com os cuidados com o bebê e com as tarefas domésticas.

Devido às reclamações em relação ao desejo sexual constante e frequentes do parceiro, C cedia aos desejos dele pelo medo de perdê-lo. Ela tentava diminuir a frequência devido às dores pós-parto. Ele tentava compreendê-la, mas sofria influência das irmãs dele. Ele a cobrava por mais cuidados e atenção, tanto em relação à casa e ao bebê quanto em relação a ele. A competição das cunhadas com C fazia com que ela se sentisse impotente, incapaz e uma mãe ruim por não ter conseguido amamentar a filha por mais tempo. O parceiro não colaborava nos cuidados com a casa ou com o bebê.

C sentiu-se amparada pela mãe que preparou comida para ela, mas sentia-se incomodada com os palpites das cunhadas e da mãe. Preferiu ter a companhia da irmã durante o período de resguardo.

C tinha desejo de voltar a estudar e trabalhar. Apesar da sobrecarga não conseguia deixar outras pessoas cuidando de sua filha.

2.4 Resumo das Entrevistas

Na primeira entrevista, C fez um relato sobre a sua depressão dizendo: “foi depois que meus avôs morreram. Tudo no mesmo dia: um já estava mal com câncer e morreu às 6 horas da manhã, mas o outro foi de repente, de ataque cardíaco. Ele estava bem e no final do dia, morreu!”. Falou muito sobre sua vida pregressa, sem pausa, o que deixou a terapeuta confusa com tantas informações.

Na segunda entrevista, voltou-se para seus sentimentos dizendo: “me acho feia, meu corpo está horroroso. Fico me comparando com as fotos das minhas amigas no *Facebook*, que não têm filhos. Meu marido diz que estou bonita e que sente muito tesão por mim!”; “não consigo amamentar direito, meus peitos doem. Machucou logo no começo e quando secou o machucado, secou o leite também. Ela mamava demais, chorava muito e o leite não vinha. Tive que entrar com a mamadeira. Isso me frustrou muito.”; “ela parece uma bezerrinha, mas exige muito de mim e meu marido não entende. Não é o peito dele que tava machucado. Isso me deixa com muita raiva.”. A terapeuta resumiu e organizou a história pregressa de C, para que ela complementasse com novos dados. Ao que ela pareceu mais organizada.

Na terceira entrevista, C chegou animada dizendo: “a relação com meu marido está às mil maravilhas. Ele está mais carinhoso, me ajuda mais e tá me entendendo melhor.”. Reclamou do apetite sexual do marido com a frase “depois que nasceu o bebê, ele tá mais fogo. Homem é tudo igual, olha pra outras mulheres, e se ele evitasse sexo, eu ficaria desconfiada! O problema é que dói muito e não sinto a mesma vontade” (sic). Entristeceu-se pela perda da liberdade e pelo aumento de responsabilidade, mas disse: “só de ver o sorriso da minha filha, compensa tudo!”. Reconheceu estar feliz de outra maneira.

Ligou no dia da quarta entrevista, justificando a falta dizendo: “minha mãe me pediu para levar meu pai ao médico”. Sempre foi pontual nos horários das entrevistas.

2.5 Avaliação Adaptativa antes da Psicoterapia Breve Operacionalizada

No setor afetivo-relacional, a eficácia adaptativa estava pouco adequada, pois quando suas respostas satisfazem, elas geram conflitos e quando não geram conflitos, elas não satisfazem. A relação com o marido estava bem, mas sentia dores e a falta de libido a fazia evitar o contato sexual. A relação com sua família de origem melhorou, fazendo com que C

sentisse vontade de voltar para a casa dos pais, e que gerava um conflito, pois estava casada e tinha uma filha.

No setor da produtividade, estava sobrecarregada com as responsabilidades domésticas e relatava desejo de voltar a trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro. Não estava satisfeita e gerava conflitos, pois não queria deixar o bebê com outra pessoa. Estando assim pouco adequada.

No setor orgânico, relatava dores nas relações sexuais e constipação intestinal.

No setor sociocultural, utilizou-se de drogas ilícitas para aliviar o sofrimento das perdas.

A equação da EDAO era: A-R pouco adequada $2 + Pr 0,5 = 2,5$

Portanto, a classificação adaptativa era Grupo 4, adaptação ineficaz severa.

2.6 Situação-problema

O parceiro passou a priorizar as necessidades do bebê, deixando as necessidades de C em segundo plano, deixando-a enciumada com as atenções destinadas à filha.

2.7 Compreensão Psicodinâmica

C saiu de casa para fugir do ciúme da mãe e da irmã. No novo lar, sofria com o ciúme das cunhadas que criaram seu parceiro e assumiram as funções maternas. Como a relação com o parceiro estava “esfriando” (*sic*) resolveu engravidar. Quando nasceu a filha, C sentiu ciúme do bebê, pois este desviava a atenção do parceiro e ela ainda era alvo de críticas, tanto da mãe e das cunhadas, como do parceiro pelas dificuldades que tinha nos cuidados com o bebê. Isso gerava o desejo de abandonar o bebê e buscar refúgio na casa dos pais e o desejo de trabalhar para fugir das responsabilidades maternas. Apresentava julgamento irrealista com subestimação do *self* (achava-se feia e sem atrativos, culpava-se por não amamentar e era criticada por todos) e superestimação do objeto (bebê que “encanta” o parceiro). Sentindo-se incapaz de esquentar a relação com o parceiro, buscou um bebê capaz de manter

o pai. Teve uma crise por aquisição, sentindo-se despreparada para ser uma boa mãe e boa dona de casa, desejando abandonar tudo (bebê e parceiro) para voltar à família de origem.

2.8 Correlações Adaptativas Psicodinâmicas

No setor afetivo-relacional, apresentou dificuldades no relacionamento com o parceiro, com as cunhadas e com a família de origem, devido ao ciúme. Diante das dificuldades, tende a fugir sem buscar alternativas ou formas para resolver os problemas. Compete com o bebê e as cunhadas pela atenção do parceiro, como competia com a mãe e irmã pela atenção do pai, agindo por impulso e com reações infantilizadas. Apresenta pouca empatia com o bebê.

No setor produtivo, apresenta dificuldades nos cuidados com o bebê e em realizar as tarefas domésticas, regredindo e reagindo como se fosse ela mesma um bebê. Busca emprego para fugir das responsabilidades de mãe e de esposa.

A participante assume uma postura de irmã e não de mãe do bebê, repetindo a dinâmica de ciúmes da sua relação com a mãe.

2.9 Processo Terapêutico com a Psicoterapia Breve Operacionalizada: resumo das sessões

Na primeira sessão, justificou a falta na entrevista dizendo: “minha mãe ligou cedinho, me mandando ir com meu pai ao hospital. Fiquei brava porque ia perder a sessão! Levei ela e não podia entrar com o bebê... Mas valeu porque meu pai comprou leite pra ela e aproveitei para vacinar ela... Ele tem atenção redobrada com ela, tá todo apaixonado por ela! Fico feliz porque o outro avô não liga, tem muitos netos”. Conseguiu um emprego, mas o marido e a mãe não concordaram. Ela teria que deixar o bebê muito novo aos cuidados de terceiros. Ficou frustrada, pois desejava independência financeira e liberdade. Deixou o bebê com o marido e foi passear sozinha no domingo. Não pensou que um bebê daria tanto trabalho, só pensou na diversão. Se antes queria o marido só para ela, depois que nasceu o

bebê, passou a querê-lo só para ela. Foram interpretados o ciúme, que ela sente em relação ao bebê, e a questão edípica de querer o pai e o marido só para ela.

Na segunda sessão, disse: “passo mal quando vou ao hospital. Lembro do que passei, não foi tão ruim, mas poderia ter sofrido menos”. Relatou sobre as preocupações em relação ao bebê, se nasceria bem, e ao parto que foi muito dolorido. Demonstrou raiva quando disse: “Minha mãe passou o dia preparando comida pros outros dias e minha cunhada chegou com os filhos com fome e comeram a minha comida!!! Quando reclamei, ela ainda achou ruim e disse que eu podia cozinhar!”. Relatou receber críticas do marido e da cunhada pelo uso de mamadeira e que a outra cunhada lhe disse “não liga que ela é assim mesmo”. As críticas e os palpites a deixavam nervosa, só queria o apoio do marido. Sentia-se compreendida dizendo: “só meus pais me entendem e ajudam, eles me deixam descansar”. Sentia medo de ficar sozinha com o bebê, sem ninguém para ajudá-la. Tinha medo de assalto, sentia coisas “horríveis” (*sic*), tais como “vontade de dar o bebê” e “vontade de morrer e de ir embora” (*sic*). Relatou sonho recorrente de estar se separando do marido e indo embora com outro homem e com a filha. Foram interpretados o ciúme e a competição com a cunhada.

Na terceira sessão, relatou que o marido não gostava que ela viesse à terapia e ficava curioso sobre o assunto tratado nas sessões. Ele reclamava de tudo e tudo era culpa dela. Quando ela reclamava, ele ficava imitando-a e provocando-a, o que a deixava irritada. Ela inverteu e o imitou, e desta vez, ele ficou irritado e ela disse: “tá vendo como é bom?”. Achava que ele a queria passiva e submissa e disse: “meu pai fazia igualzinho com a minha mãe, qualquer coisa errada era culpa dela e ela ficava calada, aceitava tudo”. Falou para o marido sobre suas inseguranças e frustrações de não ser boa mãe. Ele ficou calado. Contou sobre a história de vida do marido e disse: “fico com pena dele”. Reconheceu que não era uma pessoa fácil e nada lhe faltava, disse: “gosto dele apesar de não ser bonito, mas, como minha avó dizia boniteza não se põe na mesa”. Tem conversado mais com o marido. Foram interpretadas a persecutoriedade, a insegurança do casal e a necessidade de apoio mútuo.

Faltou à quarta sessão devido à reação alérgica da filha. Na quinta sessão, justificou a falta dizendo que a filha estava com conjuntivite. Trouxe a filha à sessão e começou o atendimento em pé, balançando o bebê e dando-lhe a mamadeira em pé. Sentou somente quando o bebê esboçou choro. Relatou evolução dizendo: “estou menos medrosa. Antes não aguentava ouvir aquelas musiquinhas de criança, mas agora ouço e não sinto tanto assim”; e o mesmo ocorria com o choro da filha. Disse que a filha tentava imitá-la. Reclamou que a irmã demorava para vestir a filha e a irmã respondeu que ela era “mal agradecida” (*sic*). Quer tudo do seu jeito e lembrou que a mãe também era assim e como isso a incomodava. O marido

reclamava que a filha só queria a mãe e ele queria levar a filha para um evento do trabalho. Ficava chateada com as cobranças do marido. Relatava estar “cansada de ficar em casa, mas fica com aperto no coração de deixar N na creche” (*sic*). Reclama que o marido a controlava e a tratava como uma filha, e ela reagia ameaçando abandoná-lo. Foram interpretados a identificação com a mãe, o ciúme da irmã com o bebê e a ambivalência entre sair e deixar o bebê na creche.

Faltou à sexta sessão devido ao retorno com pediatra. Na sétima sessão, solicitou mudança de horário, pois começou a trabalhar dizendo: “não aguentava mais ficar em casa”. Justificou que era próximo à sua residência e ia, no horário de almoço, dar mamadeira para a filha que estava sob os cuidados da vizinha. Ficou chateada quando a chefe lhe disse que “estava produzindo pouco” (*sic*). Quase desistiu do trabalho, continuou após conversar com o marido. Reconheceu que este tem colaborado mais em casa e estava mais presente. Relatava dificuldade em arcar com as consequências das ameaças que fazia ao marido dizendo que “não saberia viver sem ele” (*sic*). Foram interpretados o olhar da mãe (transferido para a chefe), a dificuldade em ser mãe, as consequências das escolhas e ambivalência.

Faltou à oitava sessão por “esquecimento” (*sic*). Na nona sessão, chegou com uma hora de antecedência. Veio apesar de o marido ser contra a terapia, dizendo: “ele acha que não adianta nada, mas eu gosto porque eu falo coisas que não dá pra falar com ele. Ele pergunta o que eu tanto falo aqui...”. Saiu do emprego e estava procurando outro. Como o marido trabalha como *motoboy*, e achava a profissão perigosa, pensava no futuro dizendo: “se ele tiver um acidente e não puder trabalhar? Preciso ajudar no sustento da casa, mas fico na dúvida porque a N é muito novinha”. Recusou a ajuda do marido dizendo: “da casa cuido eu”. O marido disse que a filha só gostava da mãe e só sorria para a mãe e a participante provocava o marido dizendo “ele é um monstro” (*sic*) para a filha. No final da sessão, relata sentir “nojo” (*sic*) do marido e estar sem desejo sexual. Tem medo de engravidar apesar de usar anticoncepcionais. Foram interpretados a competição entre o casal (disputando pelo bebê), o ciúme (do bebê e da terapia) e o medo de engravidar.

Na décima sessão, relatou sobre sonho recorrente no qual o seu pai a procurava como mulher e ela fugia. Tem compartilhado o “nojo” (*sic*) que sentia do marido com um grupo de mães pelo *Facebook* e ficou surpresa ao perceber que várias outras se sentiam como ela. Priorizava a filha e o marido ficava enciumado. Falou sobre o medo de engravidar e a preocupação por não sentir desejo pelo marido, achava que era o cansaço. Percebeu que o marido ficava chateado por não poderem sair e ele dizia que ela poderia ter um marido melhor. O casal tem conversado mais e ela tem se sentido melhor. O marido diz que ela tem

dois bebês em casa. Foram interpretados o complexo edípico, a dificuldade das funções parentais, o sentimento de impotência e a diferença entre estar ou não em terapia.

Na décima primeira sessão, relatou que percebeu que o marido comportava-se como se fosse filho das irmãs e tentava provocá-la usando as irmãs. Ele ficava jogando no celular ou com os sobrinhos. Voltaram a ter relações sexuais satisfatórias. Reclamou que a filha “deu trabalho” (*sic*) e que “não sabe a hora de parar de brincar” (*sic*), que ela abria “berreiro que até a vizinha corre pra ver o que está acontecendo” (*sic*), mas “só ela pra me fazer rir mesmo quando estou irritada. Acho que ela não me leva a sério” (*sic*). Relatou sobre como “era bom quando a minha mãe fazia tudo e eu não tinha responsabilidades. Dá vontade de fugir” (*sic*). Disse que queria que a terapia durasse mais um mês. Foram interpretados o ciúme das cunhadas, as funções maternas dela e das cunhadas, a competição infantil com as cunhadas e com o parceiro e angústia de separação em relação à terapeuta.

Na 12^a e última sessão, apesar de o marido achar a terapia “frescura” (*sic*), ele consentiu dizendo que se fazia bem pra ela, valia a pena. Colocou limite no marido quando ele jogava vídeo game com o sobrinho na casa da cunhada. Quando chegaram em casa, ela o procurou para terem relação sexual. Percebeu que deixou “o desejo na sala de parto” (*sic*). Continuam se provocando mutuamente, buscando atenção e competindo entre eles. Relatou o desejo de voltar a estudar e trabalhar para “ter um futuro” (*sic*). Apesar das disputas e inseguranças, o relacionamento do casal melhorou e havia maior cumplicidade e diálogo, ambos conseguiram exercer melhor as funções parentais e a participante falava do desejo de terem mais filhos. O marido reconheceu o amadurecimento dela, permitindo que ela tomasse as decisões sozinhas. Foram feitas interpretações sobre competição por atenção devido à carência afetiva, ciúme e terceiro excluído em relação às cunhadas e ao bebê.

2.10 Avaliação Adaptativa após a Psicoterapia Breve Operacionalizada

No setor afetivo-relacional, a relação do casal estava satisfatória e sem conflitos, conversando mais, com menos cobrança e maior cumplicidade, ambos estavam conseguindo exercer as funções parentais. As relações com as famílias de origem estavam boas. Portanto, a adaptação estava adequada.

No setor da produtividade, ela conseguiu realizar os afazeres domésticos e cuidar do bebê. Não estava satisfeita, pois desejava estudar e trabalhar. Contudo não apresentava conflitos e, portanto, estava pouco adequado.

A equação da EDAO ficou: A-R adequado 3 + Pr pouco adequado 1 = 4

Portanto, apresentou adaptação ineficaz leve, grupo 2.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO

Pesquisa: PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA EM PUÉRPERAS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PÓS-PARTO

Pesquisadora Responsável: Hi Ryung Kim

Orientadora : Prof. Dra. Kayoko Yamamoto

O objetivo do presente estudo é verificar se a aplicação da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) em mulheres com sintomas depressivos no pós-parto ajudará você a encontrar soluções mais adequadas para os seus problemas.

A pesquisa será dividida em três fases: na primeira será realizada entrevista clínica para verificar os seus sintomas da Depressão Pós Parto, na segunda fase será realizada entrevistas sobre os relacionamentos (afetivo-relacional), o trabalho e/ou estudos (produtividade), cuidados com o próprio corpo (orgânico) e lazer, regras etc.(sociocultural) para analisar as soluções que você costuma dar em cada setor, na terceira fase serão realizadas até 12 sessões de PBO individuais semanais de 50 minutos. Isso tudo terá uma duração média de 4 meses.

Não se espera que esses procedimentos, citados acima, venham provocar quaisquer desconfortos físico e/ou psicológico a você além daqueles que você já está vivenciando. Espera-se, ao contrário, que traga alívio e que ajude você superar a crise que está vivendo.

Os dados obtidos durante as entrevistas clínicas e nas sessões de psicoterapia (que não serão gravadas) ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora e mantidos em absoluto sigilo.

Não haverá pagamento ou reembolso de qualquer espécie às participantes da pesquisa e não será feita cobrança pelos serviços prestados.

Qualquer esclarecimento ou informação sobre a pesquisa que você precisar, poderá ser obtido no Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPHIP).

CEPHIP-USP: Av. Prof. Mello Moraes, 1721, bloco G, sala 27, Cidade Universitária, São Paulo, São Paulo, CEP. 05.508-030, telefone (11) 3091-4182 e pelo email: cephip@usp.br

Pesquisadora responsável: Hi Ryung Kim, no telefone celular (11) 97690-2269 e pelo email: hkim@usp.br

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, está impresso em duas vias, sendo que uma será entregue a você, e a outra, juntamente com os dados coletados, será arquivada e mantida sob a minha responsabilidade.

Eu, abaixo assinada, fui devidamente esclarecida, e de livre e espontânea vontade, autorizo a utilização dos dados sobre mim coletados através da presente pesquisa, em pesquisas documentais científicas que poderão ser publicadas em revistas científicas especializadas e que poderão ser apresentadas em eventos científicos, desde que minha identidade e quaisquer

outros dados circunstanciais, sociais ou familiares, que possibilitem minha identificação, sejam mantidos em absoluto sigilo.

Estou ciente do procedimento a ser realizado sem qualquer prejuízo ou risco a minha integridade física e emocional além do que estou vivenciando atualmente.

Está assegurada a mim a possibilidade de poder retirar, a qualquer momento, caso julgue necessário, este consentimento, sem que haja qualquer prejuízo a minha pessoa ou ao meu atendimento.

Participante

Nome:

Assinatura:

Local:

Data:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da participante acima mencionada.

Pesquisadora

Nome:

Assinatura:

Local:

Data: