

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

**A EXPERIÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NO CONTEXTO DA DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

Michele Caroline Schneider

Trabalho de Conclusão de Curso

Porto Alegre/RS, 2015

**A EXPERIÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NO CONTEXTO DA DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

Michele Caroline Schneider

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial

para obtenção do título de Psicóloga

Sob Orientação da

Prof.^a Dr.^a Giana Bitencourt Frizzo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Novembro, 2015.

Apresentação

A importância da amamentação vem sendo muito discutida há vários anos como uma prática que traz benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe. Nestes últimos meses, este tema esteve muito presente em redes sociais, campanhas, blogs e notícias. Portanto, percebe-se uma ênfase cada vez maior no apoio à amamentação e trago alguns acontecimentos recentes, a seguir, com o intuito de apresentar este assunto.

Uma campanha da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul produziu impacto e controvérsia na internet quando lançada em setembro deste ano. A campanha abordava a relevância das mulheres terem uma alimentação saudável durante a gestação e a amamentação e foram apresentadas imagens de bebês mamando em seios ilustrados com imagens de hambúrguer, refrigerante e rosquinha acompanhadas da frase: Seu filho é o que você come. Tal fato levou algumas pessoas a comentarem que a campanha poderia desestimular o aleitamento materno e, por outro ponto de vista, incentivar que as mães melhorassem a sua alimentação (<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2015/09/campanha-da-sociedade-de-pediatria-do-rs-gera-controversia-4850145.html>). Já a apresentadora de televisão Fernanda Gentil utilizou seu perfil em uma rede social para dizer que pensava que amamentar era tão automático quanto ser mãe. A apresentadora relatou que seu leite secou e teve que alimentar seu filho com mamadeira por este motivo (<http://mulher.uol.com.br/gravidez-e-filhos/noticias/redacao/2015/10/15/drama-de-fernanda-gentil-por-nao-amamentar-e-comum-mas-tem-solucao.htm>).

Uma pesquisa realizada em agosto deste ano pelo Datafolha sobre o aleitamento materno infantil e que foi encomendada pelo Movimento #euapoiroleitematerno também chamou a atenção. Foram entrevistadas 977 mulheres com filhos até 6 anos de idade de 224 cidades do país. A pesquisa indicou que 91% das entrevistadas amamentaram, sendo que 10% amamentaram até o sexto mês e 34% não amamentaram exclusivamente até o sexto mês, entre outros resultados (<https://euapoiroleitematerno.wordpress.com/tag/movimento-euapoiroleitematerno/>).

Mais um exemplo foi o comentário de uma pessoa que, ao postar uma foto de uma mãe andando de bicicleta e amamentando, expressou que amamentar é coisa de pobre. Este comentário sobre a foto originou muitas críticas nas redes sociais (<http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2015/11/mulher-diz-em-post-que-amamentar-e-coisa-de-pobre-e-gera-indignacao.html>). Além disso, nos meses de Abril e Julho

também deste ano, respectivamente, em São Paulo (capital) e Rio de Janeiro (capital) foram sancionadas leis que multam estabelecimentos públicos e privados que proibirem a amamentação em público (<http://www.fundabrinq.org.br/noticias/lei-da-amamentacao-entra-em-vigor-em-sao-paulo-sp>; <http://www.pressreader.com/brazil/odia/20150708/281651073775550/TextView>). Neste sentido, surgem e vem surgindo inúmeras opiniões e posicionamentos sobre esta prática e este trabalho pretende proporcionar mais uma discussão/abordagem sobre o assunto.

Resumo

O ato de amamentar pode ou não estar presente após o nascimento de um bebê. Em tal fato podem estar envolvidas diversas questões fisiológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, este trabalho investigou a experiência da amamentação em mães com e sem depressão pós-parto, através de entrevista. Participaram seis mães avaliadas conforme a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e o Mini Mental Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A análise de conteúdo qualitativa das entrevistas revelou que a depressão pós-parto pareceu não estar relacionada a uma maior dificuldade na amamentação, embora tenham sido identificadas particularidades entre as mães com e sem depressão pós-parto. Sendo assim, a psicologia, como campo de estudo, pode debruçar-se na compreensão da amamentação, auxiliando as mães que, por diversas razões, podem ter dificuldades neste processo, no sentido de desmistificar a amamentação como sempre sendo algo simples e imprescindível para as todas as mulheres.

Palavras chave: amamentação, depressão pós-parto, maternidade.

Introdução

O ato de amamentar pode ou não estar presente após o nascimento de um bebê. Em tal fato podem estar envolvidas diversas questões fisiológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, as mães deparam-se com uma decisão: amamentar ou não amamentar seu/sua filho(a) diretamente em seu seio e/ou com uma dúvida inicial: será possível amamentar seu/sua filho(a)? Sendo assim, Marques, Cotta e Priore (2011) concluíram que, através dos séculos, existiram questionamentos quanto à forma correta de alimentação do bebê regulada por concepções que se referem ao biológico e aos determinantes socioculturais. É preciso que se entendam os diversos determinantes sociais desta vivência, seus desafios e possibilidades, ainda que pertença às mulheres de fato a decisão e a prática da amamentação (Bosi & Machado, 2005). Segundo Maldonado (2000), no momento em que a mãe decide como vai alimentar seu filho, expressa influências de seu estilo de vida, da sua personalidade, da sua história pessoal e da sociedade na qual vive.

Considerando o contexto histórico, no Brasil, em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Brasil, 2010). Já em 1991 foi criada, depois de um encontro de Organizações Não-Governamentais (ONGs), organizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA- Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno) com o objetivo de desenvolver ações de promoção, proteção e apoio à amamentação. A cada ano, desde 1992, instituiu-se a Semana Mundial de Aleitamento Materno, na qual é determinado um tema relevante para ser discutido referente ao assunto, uma vez que WABA considera a amamentação como um direito de todas as mulheres e crianças (Siqueira & Toma, 2006). Por exemplo, já foram discutidos temas como amamentação e trabalho no ano de 2015, amamentação exclusiva em 2004, entre outros.

Atualmente, o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a) utiliza as definições do aleitamento materno admitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desse modo, o aleitamento materno diz respeito a quando o bebê recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos. Já o aleitamento materno exclusivo refere-se a quando a criança recebe apenas leite materno, diretamente da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. E o aleitamento materno complementado

ocorre quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com o intuito de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode ganhar, além do leite materno, outro tipo de leite, por exemplo, a fórmula infantil (leite em pó).

No Brasil, a duração mediana do período de aleitamento materno passou a ser de 342 dias, em 2008, nas capitais e no Distrito Federal, e a duração mediana da amamentação exclusiva passou a ser de 54 dias. Em Porto Alegre, a mediana do aleitamento materno foi 299,34 dias e a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de 38,2%, ainda considerando o ano de 2008 (Brasil, 2009b).

A Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde do Brasil e a Sociedade Brasileira de Pediatria orientam que a amamentação exclusiva seja feita aproximadamente até os 6 meses de vida do bebê e complementada até os 24 meses ou mais (Giugliani, 2010a). Além disso, a amamentação exclusiva durante os primeiros meses de vida está sendo valorizada na promoção da saúde da criança (Giugliani, 2010b). Embora preconizada, nem todas as mães amamentam no seio, além de haver casos nos quais a amamentação não é recomendada. De acordo com Brasil (2009a), as situações não indicadas são: mães infectadas pelo HIV, mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2, uso de medicamentos não compatíveis com a amamentação, criança portadora de galactosemia (doença na qual não se pode ingerir leite humano ou outro que tenha lactose). No entanto, embora sejam feitas campanhas, por exemplo, sobre o risco de transmissão vertical, algumas mães com HIV sofrem pela imposição da não amamentação, mesmo sabendo dos seus riscos, como foi apontado no estudo de Rigoni, Pereira, Carvalho e Piccinini (2008). Ou seja, é um tema bastante complexo, em que fatores de saúde e subjetivos da mãe estão bastante imbricados.

Winnicott (1966) distingue a amamentação ao peito da alimentação com mamadeira ao falar sobre amamentação. De maneira geral, parece que as mães que podem alimentar seus filhos no seio possuem a capacidade de se deparar com uma experiência mais rica para elas próprias no ato de amamentar (Winnicott, 1966). No entanto, conforme Winnicott (1968/2006), várias pessoas desenvolveram-se satisfatoriamente sem ter vivenciado a experiência da amamentação. Sendo assim, sugere que há outras maneiras por meio das quais um bebê pode experienciar um contato físico com sua mãe. Ainda segundo Winnicott (1968/2006), pode-se dizer que a evidência dos cuidados oferecidos ao bebê, como exemplo, o ato de segurá-lo e

manipulá-lo, é mais importante do que a vivência concreta da amamentação. Portanto, esse autor reconheceu o valor positivo da amamentação, mas enfatizou que ela pode não ser absolutamente essencial e que não devemos insistir nela quando a mãe tiver alguma dificuldade.

Considerando que amamentar vai além do ato de nutrir o bebê (Giugliani, 2010a), a literatura apresenta de maneira consistente que a amamentação proporciona uma vasta quantidade de benefícios tanto para a criança quanto para a mãe (Figueiredo, Dias, Brandão, Canário & Nunes-Costa, 2013). Em um artigo recente de Victora et al. (2015) foi apresentado como resultado o benefício prolongado da amamentação quando associada ao quociente de inteligência (QI), anos de escolaridade e renda. Sendo assim, quando tinham 30 anos de idade, os participantes da pesquisa que foram amamentados durante 12 meses ou mais apresentaram escores de QI mais altos, mais anos de escolaridade e maiores rendimentos mensais do que aqueles que foram amamentados por menos de 1 mês. De acordo com os autores, o maior desenvolvimento da inteligência seria explicado pela presença de ácidos graxos saturados de cadeia longa no leite materno, essencial para o desenvolvimento do cérebro. Já o QI seria responsável pelo efeito sobre a renda. É importante ressaltar que os autores não avaliaram nesse estudo a disponibilidade emocional da mãe que permitiu esse aleitamento por tempo prolongado, o que pode dar indícios de um investimento importante no vínculo mãe-bebê, que também pode ser benéfico ao desenvolvimento da criança. A amamentação colabora com as necessidades afetivas da díade através do contato próximo, no qual a troca de olhares, o choro, os toques e a fala com a criança podem estimular o desenvolvimento da linguagem e a formação do vínculo (Delgado & Zorzetto, 2003).

Os benefícios da amamentação para a mãe incluem prevenção do câncer de mama (Giugliani, 2010a; Rea, 2004), auxílio na perda mais rápida de peso durante a amamentação exclusiva (Rea, 2004), proteção de transtorno mental através da liberação de ocitocina e prolactina; especialmente a amamentação realizada por múltiparas foi significativamente associada com a diminuição chances de ter depressão pós-parto (Mezzacappa & Endicott, 2007). Para o bebê, podemos citar a redução da mortalidade infantil, prevenção de alergias, influência positiva no desenvolvimento cognitivo, fortalecimento da relação mãe-bebê, entre outros (Giugliani, 2010a).

Conforme alguns estudos, a depressão na gravidez é um dos fatores que pode contribuir para dificuldades na amamentação (Figueiredo et al., 2013) e existe na literatura uma tendência em considerar a depressão na gravidez como um fator de risco

para a depressão pós-parto (Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005). A referência na literatura sobre a prevalência de depressão pós-parto fica entre 6,5% e 27,5%, sendo que esta extensão de valores deve-se principalmente à diversidade nas metodologias dos estudos, como os instrumentos utilizados para o diagnóstico de depressão pós-parto, os períodos de avaliação e a amostra considerada (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007; Lobato, Moraes & Reichenheim, 2011).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 2009) considera como transtornos mentais e comportamentais associados com o puerpério aqueles que começam no tempo de seis semanas pós-natais. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2014), o Transtorno Depressivo Maior é especificado “com início no periparto” quando um episódio depressivo maior ocorrer durante a gestação ou nas quatro semanas depois do parto. Os episódios de humor depressivo podem começar durante a gravidez ou após o parto. Ainda que as estimativas diverjam em relação ao período de seguimento depois do parto, entre 3 e 6% das mulheres vivenciarão o começo de um episódio depressivo maior ao longo da gravidez ou nas semanas ou meses depois do parto (APA, 2014). Ainda como descrito no DSM 5 (APA, 2014), a depressão pós-parto pode ser classificada como um episódio único ou recorrente com especificadores de gravidade/psicótico/remissão. Os sintomas mais frequentes da depressão pós-parto são: desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas (Santos Junior, Silveira & Gualda, 2009).

A triagem para sintomas de depressão durante a gravidez pode ajudar a identificar mulheres em risco de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, e a amamentação exclusiva pode ajudar a reduzir os sintomas de depressão do nascimento a 3 meses após o parto (Figueiredo, Canário & Field, 2014). Em um estudo cujo objetivo foi avaliar a prevalência de sintomas depressivos em um grupo de mães de crianças entre 12 e 16 meses e suas associações com tempo de aleitamento materno, concluiu-se que as frequências de aleitamento materno exclusivo por 6 meses e aleitamento materno aos 12 meses foram maiores no grupo de mães sem sintomas depressivos (Vitolo, Benetti, Bortolini, Graeff & Drachler, 2007). Mães com sintomas de depressão pós-parto apresentam um risco maior de interrupção do aleitamento materno exclusivo nos dois primeiros meses após o parto (Hasselmann, Werneck &

Silva, 2008; Machado et al., 2014). Os resultados de Hatton et al. (2005) sugerem que os sintomas depressivos no início do período pós-parto podem reduzir a prevalência do aleitamento materno. Além disso, pode-se incluir a diminuição da duração do aleitamento materno, aumento das dificuldades na amamentação e diminuição dos níveis de autoeficácia da amamentação (Dennis & McQueen, 2009). No entanto, a amamentação pode ser uma forma de proteção das mães da depressão pós-parto, embora ainda encontrem-se resultados ambíguos na literatura (Figueiredo et al., 2013). Os hormônios presentes no leite (ocitocina e prolactina) estão associados com efeitos antidepressivos e ansiolíticos (Mezzacappa & Endicott, 2007).

No estudo de Machado et al. (2014), o qual visava avaliar os determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo, foi encontrado que os sintomas de depressão pós-parto e parto traumático estavam associados com abandono do aleitamento materno exclusivo no segundo mês depois do parto. Além disso, a incidência do abandono no quarto mês em relação ao primeiro foi 48,7% e, neste mesmo mês, as variáveis que foram relevantes para o abandono foram as seguintes: menor escolaridade materna, não possuir imóvel próprio, ter voltado a trabalhar, não ter recebido orientações sobre amamentação no puerpério, reação negativa da mulher com a notícia da gestação e não receber ajuda do companheiro com a criança. Ainda segundo os mesmos autores, a licença-maternidade pode ser considerada como um fator de proteção ao aleitamento materno. Já Azevedo et al. (2010) indicaram que o tipo de parto não exerceu influência na pretensão das mães em efetivar a amamentação exclusiva.

Outra questão inerente à amamentação é o desmame. O estudo de Ramos e Almeida (2003) revelou que a tomada de decisões que conduz as mulheres ao desmame acontece de forma complexa e carregada de culpa. O estudo referido foi realizado com 24 mulheres que estavam em processo de desmame antes do quarto mês de vida do bebê e também apontou que os motivos mencionados para o desmame foram o leite fraco ou em pouca quantidade, intercorrências de mama puerperal, falta de experiência, inadequação entre as suas necessidades e as do bebê, interferências externas, trabalho, ambiguidade entre o querer/ poder amamentar e entre o fardo/desejo. Além disso, conforme Queiroz (2000), o desmame pode ser considerado como uma perda concreta do calor corporal, uma vez que haverá uma separação do contato corpo a corpo da díade, e também como uma perda simbólica deste laço privilegiado, sendo uma transição de uma fusão a uma relação mais socializada.

Mesmo sendo evidente e indiscutível o valor nutritivo e os benefícios do aleitamento materno, a relação mãe-bebê através da experiência da amamentação até então não está completamente elucidada (Siqueira, 2012). Portanto, busca-se a compreensão da experiência da amamentação em diversos contextos, por exemplo, quando há transtornos psicológicos maternos. A amamentação tem sido discutida por várias áreas da saúde com enfoques diferentes, como o da enfermagem (Tamez, 2010), o fonoaudiológico (Sanches, 2010) e o odontológico (Carvalho, 2010). Nesta perspectiva, a psicologia e seu campo de estudo podem contribuir com seus achados, ajudando a construir um período de amamentação proveitoso para a mãe e seu bebê, inclusive quando a amamentação no seio não ocorrer. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo investigar a experiência da amamentação em mães que apresentaram e não apresentaram depressão pós-parto.

Método

Participaram deste estudo seis mães com idade entre 24 e 36 anos, que tinham o primeiro filho com idade até doze meses e que eram residentes em Porto Alegre ou região metropolitana, de diferentes níveis socioeconômicos. A renda familiar variou de três salários mínimos e meio a dezesseis salários mínimos e meio. Quanto à escolaridade, as participantes tinham de nível superior incompleto a pós-graduação. As mães eram primíparas e os bebês eram saudáveis, nascidos a termo. Os bebês eram um menino e cinco meninas. Cinco mães eram casadas e uma delas disse morar junto como o pai do bebê. Uma das participantes separou-se durante a realização das entrevistas. Entre as participantes, três tinham depressão pós-parto de acordo com a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (Santos et al., 2007) e o Mini Mental Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998) e três não tinham depressão pós-parto. As mães faziam parte do projeto Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção (DEPSICO) (Frizzo et al., 2012) e duas delas com depressão pós-parto se motivaram para realizar terapia em grupo mãe-bebê (Clark, Tluczek & Wenzel 2003; Frizzo et al., 2012). As mães foram convidadas para participar do estudo em hospitais públicos, unidades básicas de saúde ou por indicação de outros profissionais da área da saúde. O Projeto de pesquisa do qual o presente estudo faz parte

foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia e atende à resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos (Anexo A).

Delineamento e procedimentos

Inicialmente, foi preenchida a Ficha de Contato Inicial (GIDEP/NUDIF, 2003a), que visava saber se as mães preenchiam os critérios para participar do projeto (primeiro filho do casal, mãe primípara e bebê saudável com até 12 meses de idade). Iniciou-se a coleta de dados depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi preenchido pelas mães o Questionário sobre os Dados Sociodemográficos da Família (Adaptado de NUDIF, 2008), com o objetivo de caracterizar esses casos. As mães responderam individualmente à Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003b) e à Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c), as quais foram gravadas e transcritas na íntegra para análise. Foi analisada também a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), instrumento de autoavaliação para rastrear depressão pós-parto, e o Mini Mental Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998), que avaliou comorbidades psiquiátricas. A descrição dos instrumentos segue abaixo.

Foi realizado um delineamento de estudo de casos múltiplos, com ênfase às particularidades e semelhanças (Stake, 2006), utilizando seis casos, a fim de investigar a experiência da amamentação em mães que apresentaram ou não depressão pós-parto. Realizou-se a análise de conteúdo qualitativa das entrevistas (Laville & Dionne 1999).

Instrumentos

Ficha de Contato Inicial (GIDEP/NUDIF, 2003a): Nesta ficha investigaram-se alguns dados demográficos, como idade da mãe e do bebê, com quantas semanas de gestação a mãe estava quando o bebê nasceu, telefone e/ou endereço para o contato.

Questionário sobre os Dados Sociodemográficos da Família (Adaptado de NUDIF, 2008): Este instrumento foi utilizado para obter dados sociodemográficos das participantes, tais como moradia, escolaridade, constituição familiar, trabalho, religião, hábitos de vida e características de seus pais.

Entrevista sobre a Gestação e o Parto (Adaptado de GIDEP/NUDIF, 2003b): Esta entrevista dividiu-se em três blocos. O primeiro investigou questões sobre a mãe e o pai do bebê. O segundo refere-se a questões sobre a gravidez e o terceiro, sobre a experiência do parto e os primeiros dias com o bebê.

Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c): Esta entrevista dividiu-se em sete blocos. O primeiro investigou o a dia-a-dia da mãe com o bebê. O segundo investigou como está sendo a experiência de ser mãe. O terceiro bloco refere-se a como a mãe está vendo o pai do bebê no seu papel de pai. As questões do quarto bloco investigaram se o bebê foi ou irá para a creche. O quinto bloco investigou como foi/é a amamentação do bebê. O sexto bloco explorou questões da alimentação do bebê. Por fim, o último bloco abordava questões sobre a depressão pós-parto, caso a mãe apresentasse indicadores de depressão pós-parto na EPDS.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Santos et al., 2007): é um instrumento para rastrear indicadores de depressão após a gestação. Com a finalidade de avaliar a validade da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) para rastreamento e diagnóstico de depressão pós-parto, a EPDS foi aplicada em 378 mães da Coorte de Nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. O melhor ponto de corte para rastreamento foi > 10 (sensibilidade 82,6%, especificidade 65,4%) (Santos et al., 2007). A EPDS apenas avalia se há ou não indicadores de depressão, sem classificar a severidade dos sintomas.

Mini Mental Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): elaborado por Sheehan et al. (1998) e traduzido por Amorim (2000), trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (APA, 1994), além do risco de suicídio e do transtorno de personalidade antissocial. Também permite identificar participantes borderline, com regressão psicótica e com ansiedade de separação. É um instrumento que pode ser aplicado em um período relativamente curto de tempo (entre 15 e 30 minutos), e destina-se ao uso na prática clínica e, em pesquisa, como instrumento de seleção de participantes. Neste estudo, este instrumento foi utilizado para excluir a participação de mães que apresentassem indicadores relacionados a risco de suicídio, transtornos de personalidade borderline e antissocial, e com regressão psicótica. Os demais indicadores, tais como os de ansiedade de separação, não foram utilizados como critério de exclusão, mas sim para o entendimento da dinâmica relacional de cada dupla mãe-bebê.

Os casos foram analisados a partir das respostas das entrevistas relacionadas às seguintes perguntas: 1) Como foi a amamentação nesses primeiros dias? O bebê mamou no peito? Como era o ritmo das mamadas? 2) Teve alguma dificuldade com a amamentação? 3) Que orientações tu recebeste da equipe de saúde sobre a amamentação? 4) Como está a amamentação atualmente? O bebê mama no peito ou toma mamadeira? Caso mame no peito: 5) Além do peito, tu precisaste complementar a amamentação com algum produto (ex. leite em pó)? Se sim, em que momento tu usaste o complemento? 6) Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes? 7) Como tu te sentes ao dar de mamar para o bebê? Tu estás satisfeita com essa experiência de amamentação? Caso não mame no peito: 5. a) Com que idade o bebê parou de mamar no peito? Qual foi o motivo? 6. a) Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes? 7. a) Como tu te sentias ao dar de mamar para o bebê? Tu ficaste satisfeita com essa experiência de amamentação?

Apresentação dos casos¹

CASO 1

Adriana tinha 24 anos quando respondeu às entrevistas da pesquisa e seu bebê, Eduardo, tinha 10 meses de idade e era amamentado no seio. Eduardo é o primeiro filho do casal, que coabitava na ocasião da entrevista. O bebê mamou exclusivamente no peito até os 4 meses. Adriana não tinha voltado a trabalhar. Realizou pré-natal e seu parto foi cesariana de emergência. O resultado da EPDS foi 14 pontos e o M.I.N.I. indicou episódio depressivo maior atual, portanto, apresentando depressão pós-parto. Motivou-se para realizar terapia em grupo oferecida pelo projeto DEPSICO.

Adriana contou que Eduardo não mamou no seio logo após o parto, mas sim horas depois, mamando pouco. Falou que no dia seguinte Eduardo pegou o peito, deixando-a feliz, uma vez que ela tinha medo que ele não pegasse o bico de seu seio ou

¹ O tempo do aleitamento materno exclusivo não foi melhor investigado em alguns casos, visto que obter esta informação não constava no objetivo inicial do Projeto DEPSICO (Frizzo et al., 2012) o qual deu origem a este trabalho. Portanto, temos este tipo de informação porque foi espontaneamente relatada pelas participantes. Como consequência, a amamentação foi considerada a partir da definição aleitamento materno, quando não foi referido o tempo exato.

que o leite não “descesse”. Relatou que, depois de um período, o seio começou a doer. Segundo Adriana, ela amou ter amamentado, porque queria muito e agora a conexão que ela tinha com o bebê seria através da amamentação. Contou que a dor a incomodou bastante, ficando inchada e “empedrando o leite”, dizendo que, por um instante, quase desistiu de amamentar. Um dos motivos para a não desistência era o alto preço do leite artificial. Conforme a mãe, ela chorava ao amamentar Eduardo. Disse que teve um mês e meio de muita dor e choro ao alimentar no seio o filho, considerando este fato bem ruim. Percebeu que, quando estava na hora do bebê mamar, ela começava a chorar. Começou a dar o leite artificial aos quatro meses de vida de Eduardo, porque gostaria que ele dormisse mais de madrugada. Contou que o bebê ainda mama no seio complementarmente, considerando bom ainda ter leite para poder dar de madrugada e quando estiver fora de casa. Como os dentes do bebê estão nascendo, disse que agora dói um pouco, quando Eduardo morde o seio. Trouxe o fato de amamentar em livre demanda, ou seja, sempre que o bebê pedia, não esperando para amamentar de 3 em 3 horas. Neste sentido, por ter feito esta escolha, às vezes se estressava, uma vez que Eduardo recém tinha mamado e não tinha passado meia hora e ele já queria mamar novamente. Inicialmente, não lembrava se havia recebido orientações da equipe de saúde do hospital, mas logo em seguida lembra que recebeu um óleo, um panfleto e que a médica a ajudou, falando sobre como seria a pegada do bebê no seio. Recordou que seu leite empedrou na primeira semana depois do parto e então ligou para o hospital, solicitando orientações.

A mãe disse ter ficado tranquila com a introdução da mamadeira, mas salientou que amamentar era uma coisa que queria muito. Sendo assim, considerou que, se não tivesse conseguido amamentar no seio e tivesse utilizado somente o leite artificial, teria ficado mais triste, mais abalada. Comentou que gostaria de ter feito os seis meses de amamentação exclusiva, mas, como Eduardo não estava dormindo, passou a dar mamadeira. Além disso, avalia que, com a mamadeira, seu marido também poderia auxiliá-la na amamentação de madrugada. Sentiu-se satisfeita com a experiência da amamentação, porque é um vínculo, uma forma de ficar junto, sendo um momento mãe e filho. No entanto, acrescentou que nunca foi muito apegada à amamentação, porque ter que parar o que estava fazendo para amamentar era uma coisa que a incomodava. Ainda assim, considerou a experiência muito boa.

CASO 2

Janaína, na época da entrevista com 27 anos, participou da pesquisa junto com sua bebê, Melina, de 4 meses de idade, que mamava no seio. Melina era a primeira filha do casal, que se separou durante a realização das entrevistas. A bebê mamou exclusivamente no seio até o primeiro mês. Janaína não havia voltado ao trabalho. A mãe realizou o pré-natal e o tipo de parto foi cesárea de emergência. O resultado na EPDS foi 26 pontos e o M.I.N.I. revelou episódio depressivo maior atual e passado, deste modo, apresentando depressão pós-parto. Motivou-se para participar da terapia em grupo realizada pelo projeto DEPSICO.

Janaína relatou que Melina mamou em seu seio pela primeira vez quando elas já estavam no quarto, depois da cesariana. A bebê começou a mamar tranquilamente, pegando seu peito. Declarou que a amamentação nos primeiros dias após o parto foi muito tranquila e considera que tinha muito leite até para ir doar no hospital. A mãe falou que a filha sempre mamou bem e que, no início, foi muito intenso, porque Melina mamava de uma em uma hora, considerando difícil fazer outras atividades, por exemplo, tomar banho. Avaliou como sendo tranquilo amamentar, sentindo-se feliz. Disse ficar olhando e conversando com a bebê quando amamentava. Então, conforme Melina foi crescendo, a mãe percebia que sua filha ria e reconhecia um pouco sua voz, evento que Janaína atribui ao fato de que, quando estava grávida, já falava com sua filha. Concluiu que a experiência da amamentação foi bem tranquila. Janaína relatou ter tido mastite e que descobriu ao ver que tinha sangue na boca de sua filha. Por isso, foi ao hospital, recebeu um óleo e curou-se. Considerou que recebeu orientações da equipe de saúde sobre a amamentação, como exemplo, amamentar no peito até seis meses exclusivamente e a mãe cuidar da sua própria alimentação.

Janaína declarou que a amamentação foi tranquila e que, se Melina está com fome, dá o “mamá” e sua filha pega rapidamente, mamando entre 5 e 15 minutos. Faz uso do leite artificial à noite e avaliou que a bebê reagiu bem à introdução do complemento, mamando como se fosse no seio. Relatou que utilizou o complemento por sua vontade, porque a pediatra orientou para não usar, sendo para amamentar no peito exclusivamente até os 6 meses de idade da criança. No entanto, Janaína decidiu complementar, dizendo que Melina mamava à noite inteira e assim não tinha folga, não dormia, não fazia nada. Tomou esta decisão quando sua filha tinha um mês, alegando que, se ela não dormisse, não descansasse, não estaria bem no outro dia para cuidar da

bebê. Refletiu que a amamentação é um momento no qual ela sente-se mãe, sendo um momento da dupla, demonstrando estar satisfeita com esta experiência.

CASO 3

Jaqueline, mãe de Isadora, de 8 meses, estava com 33 anos ao realizar as entrevistas. Isadora é a primeira filha do casal, que não mamou no seio logo após o parto e fez uso de complemento no hospital, porque estava muitas horas sem se alimentar. Não tomou leite em pó até os 6 meses de idade, com a exceção dos primeiros dias, e continua alimentando-se no seio. Na ocasião da entrevista, Isadora continuava mamando no seio. A mãe realizou o pré-natal e o tipo de parto foi normal. Jaqueline não estava trabalhando quando foi entrevistada. O resultado da EPDS foi 18 pontos e o M.I.N.I. apontou episódio depressivo maior atual, apresentando depressão pós-parto.

Jaqueline relatou que não amamentou a filha logo após o parto. Relembrou que queria amamentar e Isadora ainda não sabia sugar seu seio, por isso ficou preocupada com o fato de sua filha estar a muito tempo sem se alimentar. Disse ter implorado para darem uma mamadeira de complemento e foi atendida. Teve medo em relação à dificuldade da Isadora mamar, porque a bebê perdeu peso no início. Então, um pediatra prescreveu o complemento na primeira semana de vida de Isadora. Jaqueline falou que queria dar apenas leite materno. Relembrou que seus peitos sangraram e que foi bem difícil, mas depois, quando ela conseguiu amamentar, considerou que foi tranquilo, já que sua preocupação era alimentar sua filha. Comentou que um bebê tem que comer para crescer, ficar forte e não pegar nenhuma doença. Relatou que chorava na cama, porque saía sangue dos dois seios. No entanto, pensava que tinha que ser forte, aguentar. Tirava seu leite com auxílio da “buzinha” (bomba de sucção manual) e dava uma mamadeira, se precisasse. Considerou que foi se adaptando, mas que, no início, foi difícil, principalmente os 20 primeiros dias após o nascimento. Disse que foi bem tranquilo depois que Isadora pegou a mamada. Declara que não recebeu orientações da equipe de saúde no hospital no qual fez o parto, sentindo falta de receber orientações do hospital e das enfermeiras sobre como amamentar sua filha. Considerou que houve mais a preocupação da filha conseguir sugar o leite e não alguém orientando como ela deveria fazer.

A mãe relatou que Isadora ainda mama no peito e considera que a quantidade de leite diminuiu. Falou que a bebê fica no conforto e carinho depois que mama um

período. Disse que nem deve sair leite de seu seio, mas que o tempo das mamadas espaçou um pouco mais, porque Isadora está comendo outros alimentos e mamando menos. Expôs que a filha é amamentada no peito para dormir e considera que, na cabeça de Isadora, a mãe virou um “peito gigante”. Comentou que adorava amamentar, mas que chegava um período que cansava. Em outros momentos de amamentação, considera a experiência divertida e boa.

CASO 4

Vanessa, 35 anos no momento da entrevista, participou com sua filha Camila, na época com 13 meses de idade. Camila é a primeira filha do casal e mamou no seio até os 6 meses, mas não exclusivamente. Sua alimentação foi complementada com leite não materno desde o segundo dia de vida. Vanessa realizou o pré-natal e seu tipo de parto foi cesariana eletiva. Estava trabalhando quando foi entrevistada. O resultado da EPDS foi 6 pontos e o M.I.N.I. não indicou episódio depressivo maior, assim não apresentando depressão pós-parto.

Vanessa relatou que Camila não mamou logo após o parto, demorando horas para amamentá-la no seio. Quando foi com sua filha para casa, contou que precisou pedir para as pessoas saírem de sua volta para ela tentar amamentar a filha. Percebeu que as pessoas ficavam ao seu redor dizendo como fazer e este fato a estressava. Portanto, devido a este acontecido, concluiu que seu leite não descia. Sendo assim, considerou que teve este estresse de não haver sintonia, um ajuste na amamentação. Referiu que pensava que mamar era tão simples e acabou descobrindo que não é assim, dizendo que ninguém havia comentado sobre este assunto com ela. Sentiu-se preocupada com a amamentação, quando considerava que sua filha dormia demais. Então, relatou que teve um estresse ao estar se adaptando a essa nova função. Vanessa comentou que conseguia dar só o peito, mas uma vez por dia e “olhe lá”. Por isso, na maioria das vezes, complementava. De noite não fazia mamadeira, dava só o peito, quando o bebê acordava, expondo que este fato era bom. Quando voltou a trabalhar, Vanessa relatou que a filha já não estava pegando muito seu seio e, mesmo com o auxílio da máquina de tirar leite, seu leite já não estava saindo. Então, quando a bebê fez seis meses, pensou que havia feito o que podia. Considerou que a orientaram no hospital sobre amamentação, como exemplo, sobre higienização, o que fazer se houvesse rachadura no seio e várias orientações que não lembrava mais. No entanto, contou que a

orientação não foi em um momento oportuno, visto que estava zozona e preocupada com sua filha, portanto, não disposta a ouvir. Lembrou que havia feito um cursinho de pais no qual profissionais haviam ficado à disposição para atender dúvidas posteriores. Então, ligou e falou com a enfermeira que ministrou o cursinho, recebendo orientações. Segundo Vanessa, este auxílio a tranquilizou, começando a dar a mamadeira mais regularmente e tentando o peito. Após complementar com a mamadeira, percebeu que Camila dormiu melhor e concluiu que foi tudo melhor.

Vanessa falou que amamentou até os seis meses, mas nunca amamentação exclusiva. Tinha pressão alta e por isso tomou uma medicação desde a gestação até a amamentação. Então, o cardiologista orientou que, depois que ela parasse de amamentar, trocava o remédio. Vanessa contou que, como não saía muito leite, não sabia se o amamentar em si, ou porque teve este estresse, a amamentação não era a melhor maravilha do mundo. Mas em seguida ponderou dizendo também que não era horrível, não era uma experiência ruim, mas que ficava estressada e que percebia que isto não estava fazendo bem. Sendo assim, esse fato, concomitante com a questão de trocar a medicação para hipertensão, levou-a a avaliar que seis meses amamentando no seio estava bom, que iria começar a introduzir papinha e que sua filha estava saudável. Como vinham em um processo progressivo, a cada dia Camila pegava um pouquinho menos seu peito, considerou que foi tranquilo quando a bebê parou de mamar no seio. Vanessa contou que cumpriu sua missão, esforçando-se ao amamentar no seio por seis meses, considerando o estresse de não ter leite e acreditando que, se fosse outra pessoa, teria desistido. Relatou ter a sensação de dever cumprido. Além disso, expôs que a pediatra receitou o medicamento Equilid com a finalidade de aumentar sua produção de leite. Vanessa percebeu um aumento na produção de leite, mas também identificou que houve uma alteração negativa no seu humor, suspendendo o uso do medicamento. Comentou que, quando Camila pegava bem seu seio, era ótimo, era uma sensação “Que bom que eu estou conseguindo te alimentar!”. Mas, quando ela não pegava, também pensava que logo a criança estaria perdendo peso, se irritando. Então, decidiu usar uma forma de complementar, já que possuía esta alternativa. Refletiu que, ao ir à oficina de amamentação, pode saber que várias coisas que estava vivenciando outras mães também relatavam. Revelou que a experiência da amamentação não foi nada do que ela esperava, mas pensa que foi um aprendizado.

CASO 5

Paula realizou as entrevistas quando tinha 36 anos e sua filha Mariana, 8 meses. Ela prosseguia mamando no seio. Paula fez o pré-natal e seu tipo de parto foi normal. Mariana apresentou alergia à proteína do leite e não fez uso de leite em pó até os 6 meses após seu nascimento. Mariana é a primeira filha do casal. Paula não estava trabalhando quando foi entrevistada. O resultado da EPDS foi 5 pontos e o M.I.N.I. não apontou episódio depressivo maior, portanto, não apresentando depressão pós-parto.

Paula relatou que sua filha mamou logo após o parto, dizendo que Mariana pegou “de primeira” e mamou o tempo inteiro. Contou que pensava se estava amamentando, alimentando corretamente sua filha. Comentou que, como sua filha dormia bastante, às vezes seus seios enchiam e doíam. Então, seguiu a dica da enfermeira do hospital de colocar água gelada no seio. Para isso, contou com a ajuda de seu marido, que levava a água gelada. Assim, quando a bebê mamava, sentia que aliviava a dor. Concluiu que não pode dizer que teve dificuldade para amamentar. Disse ter sido muito bem orientada no hospital, pois, por exemplo, foram ensinadas as posições para amamentar, o que também já tinha aprendido no curso de gestante.

Paula contou que Mariana não pegou mamadeira. Tentou fazer a adaptação do leite materno na mamadeira, porém sua filha não aceitou. Então, Mariana toma leite no copinho quando precisa. Comentou que, quando não está próxima de sua filha, oferecem leite no copinho, por isso tira o leite e reserva. Considerou que amamenta em livre demanda, ou seja, quando Mariana quer mamar. Paula diz já ter pensado em desmamar, a fim de garantir que nenhum traço de alguma substância chegue em sua filha, mas ressaltou que o peito atenua a alergia e que ele tem alguns fatores de proteção que amenizam, portanto, considerou melhor continuar amamentando no seio. Paula comentou que não sabe o que vai ser dela quando Mariana não quiser mais mamar, porque adora amamentá-la. Paula concluiu que quem vai ter que desmamar é ela própria, porque considera um momento de aconchego e de carinho. Disse que o apoio do marido a salvou, porque pensa que foi doutrinando ele durante a gestação, falando do leite, da amamentação e de sua importância. Falou que, quando sua filha nasceu, estava muito convicta de que ia amamentar e que deu tudo certo. Sentiu muito orgulho por ter amamentado no seio e disse que a questão dos seis meses de amamentação exclusiva era um objetivo de vida.

CASO 6

Ester, na época da entrevista com 32 anos, participou da pesquisa junto com sua bebê, Soraia, de 10 meses de idade, que mamou no seio até os 8 meses. Soraia era a primeira filha do casal e mamou exclusivamente no seio até as duas primeiras semanas. Ester não havia voltado ao trabalho. A mãe realizou o pré-natal e o tipo de parto foi normal. A bebê não mamou logo depois do parto. O resultado na EPDS foi 6 pontos e o M.I.N.I não indicou episódio depressivo maior, deste modo, não apresentando depressão pós-parto.

Ester contou que mamar foi bem difícil para Soraia. Relatou que as enfermeiras posicionavam a bebê para mamar, mas não a ensinavam como fazer isso. Então, ficou com a sensação de que era completamente inapta, porque sozinha não conseguia. Sendo assim, sentiu-se muito fragilizada e insegura de ir pra casa sem colocar Soraia para mamar. Como sua filha estava mamando pouco, pediu auxílio para as enfermeiras, que não conseguiram colocar a bebê para mamar e também diziam que sua filha não estava com fome, mas Ester disse que era óbvio que a criança estava com fome e por isso só chorava. Comentou que no hospital não queriam deixá-la ir embora, porque queriam que a bebê tomasse complemento. Sendo assim, primeiro disseram que a bebê não mamava porque não tinha fome e depois falaram que Soraia estava hipoglicêmica. Por esta indefinição da opinião dos profissionais de saúde do hospital sobre a condição da alimentação da bebê, Ester concluiu que este momento foi bem estressante, mas, com a ida para casa, foi ao banco de leite de um hospital e foi auxiliada pela enfermeira do banco. Assim, começou a perceber que sua filha não tinha nenhum problema para mamar. Pensou que Soraia poderia ter o freio preso e considerou que não era nada, mas sim a dinâmica da dupla mãe e filha que regularizou. Falou que a questão da amamentação foi muito estressante. Ester sempre pensou que mamar era uma coisa intuitiva e que o bebê já sabia, considerando ridícula esta hipervalorização das pessoas se prepararem para a amamentação. Então, considerou que foi estressante no sentido de ter que dar um complemento para Soraia, fato que Ester abominava. Contou que comprou uma bomba para retirar o leite e assim seu marido também poderia amamentar, mas não se adaptou, porque ela própria queria amamentar. Ester disse que saiu do hospital com a recomendação de ir a um pediatra para ver a questão da amamentação e do peso da bebê. Entretanto, até ir consultar com o pediatra, contratou uma consultora de amamentação que não conseguiu colocar Soraia para mamar. Ester pensou: “Nem ela que é uma profissional consegue colocar a Soraia para mamar, como eu sozinha vou

conseguir?”. Depois deste acontecimento, com o auxílio do marido, volta ao banco de leite de um hospital e passa a se sentir segura com o atendimento da profissional deste local. Ester pensou que precisava estimular mais, considerando que Soraia não tinha uma sugada eficaz. Atualmente, pensa que poderia ter dado o complemento (Nan), porque sua filha estava com fome, mas o complemento não poderia ser a solução. Contou que a primeira vez que Soraia tomou a mamadeira com complemento ela se transformou, virou outra criança, sentindo culpa. Contudo, concluiu que a bebê ficou dependente do complemento. Relatou ter feito “crendices” para aumentar o leite e só não tomou o comprimido psiquiátrico, porque achou excessivo. Disse que foi diminuindo a quantidade do complemento, mas nunca ficou sem utilizá-lo. Contou que parecia se sentir negligente, porque uma médica disse que Soraia estava com fome. A médica disse: “Não, tem que amamentar. É livre demanda.” e assim percebeu como se ela própria não quisesse amamentar, o que não era verdade, segundo Ester. Apesar desta dificuldade inicial relatada, Ester amamentou Soraia no seio até os 8 meses, quando sua filha deixou de querer mamar. No começo do desmame, considerou que “brigou” com sua filha, mas depois pensou que não faria algo à força. Analisou que o pessoal “fanático da amamentação” tem uma crítica, mas no começo até tinha orgulho: “Ah, ela confia tanto em mim que sabe que pode se relacionar comigo de outras formas, não precisa do mamã.” e assim foi como entendeu a atitude de Soraia. Relatou que não recebeu orientações da equipe de saúde do hospital onde sua filha nasceu, tendo que recorrer ao banco de leite de outro hospital.

Ester relatou que atualmente sua filha está mamando apenas na mamadeira e que usou o complemento desde as 3 primeiras semanas após o nascimento. Contou que Soraia gostava muito de mamar, mas pensa que ela sentia que a comida era o complemento. Percebeu que era uma “luta” amamentá-la no seio a partir dos 6 meses. Então, aos 8 meses, a bebê deu uma mordida em seu seio. Ester assustou-se e pensa que isto assustou Soraia. Então, começou a perceber que, quando sua filha ia mamar no seio, Soraia ficava intrigada, desconfortável. Depois teve um momento que a bebê começou a morder seu seio propositalmente. Como Soraia também deixou de pedir para mamar, entendeu que ela não queria mais, não insistindo. Ester falou que sentiu essa aparente vontade dela parar de mamar entre os 6 e 7 meses, sentindo-se bem mal. Pensou que este fato estava acontecendo por ter pouco leite, avaliando que ficou mal, porque pensava que Soraia era muito pequena. Assim, ao conversar com seu marido, foi apresentada a outra visão, que julgou como boa também. A visão da autonomia da filha,

da independência, que era uma mulher moderna e que isso da amamentação também era um absurdo, que Soraia estava bem e isso era o importante. Então, foi elaborando o desmame. Ester disse que, de forma geral, sentia-se bem ao amamentar sua filha. No entanto, havia momentos, justamente quando Soraia era pequena, que considerou que amamentar era uma prisão, não podendo fazer nada. Achava difícil, uma vez que considerava que teria que fazer uma programação imensa quando tinha que sair, tirando leite e, por isso, não saía. Mas, de forma geral, achava ótimo e, quando sua filha estava maior e brincava mais, considerou uma experiência boa.

Resultados e Discussão

O objetivo do presente estudo foi investigar a experiência da amamentação em mães que apresentaram e não apresentaram depressão pós-parto. As mães com e sem depressão pós-parto expressaram seu desejo de querer amamentar no seio seus filhos, inclusive duas delas comentam sobre o seu objetivo de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida do bebê. Dessa forma, o presente estudo corroborou a literatura, que tem apontado a amamentação como uma experiência que abarca uma opção pessoal, incentivando o aleitamento materno, e não culpabilizando a mulher que escolhe não amamentar (Arantes,1995). Mães sem depressão pós-parto relataram que pensavam que “mamar” era tão simples ou que era algo intuitivo e que o bebê já sabia. Nesta perspectiva, concepções como: “aleitamento materno é um ato instintivo”, “mãe boa amamenta”, “amamentação: obrigação materna” podem levar à responsabilização e à culpabilização da mulher pelo não sucesso desta prática, tornando-se importantes obstáculos para o aleitamento materno devido ao fato de a amamentação ser considerada um ato natural, instintivo e fácil de executar (Marques, Cotta & Priore, 2011).

De acordo com Arantes (1995), a mulher solicita orientações do pediatra ao mesmo tempo em que adota suas próprias decisões. Desta forma, seguem algumas orientações do discurso médico, mas também, em outros momentos, decidem e agem conforme suas próprias necessidades e percepções. Tal fato também pode ser observado pelas mães do presente estudo, por exemplo, quando uma delas diz que utilizou o complemento por sua vontade, porque a pediatra orientou para não usar, sendo para amamentar no peito exclusivamente até os 6 meses de idade do bebê e outra mãe que pediu para o bebê receber complemento no hospital.

As mães com e sem de depressão pós-parto expressaram que a amamentação foi permeada por certa ambivalência. Assim como consideraram uma experiência boa, adorável, da qual se pode sentir orgulho, por vezes também houve relatos que entenderam a amamentação como algo que incomodava, cansava e estressava algumas mães. Diversos estudos (Arantes, 1995; Cabral, Barros, Vasconcelos, Javorski & Pontes 2013; Ramos & Almeida, 2003) também destacaram que a mulher, quando relembra a sua experiência de amamentação, sente este momento permeado pela ambiguidade, despertando sentimentos contraditórios. A amamentação nem sempre foi compreendida de maneira positiva pelas participantes do estudo de Ramos e Almeida (2003). Deste modo, o estresse ao estar se adaptando a uma nova função, a amamentação considerada muito estressante no momento inicial e perceber-se estressada porque logo após uma mamada o bebê já queria mamar novamente foram relatados por mães com e sem depressão pós-parto. Existem indícios de que o estresse pode inibir a secreção de leite, assim como cessar sua ejeção, seja pela inibição do hormônio prolactina como pela menor ingestão de nutrientes ou, ainda, pelo fluxo de sangue alterado nas mamas (Mello Júnior & Romualdo, 2010). Por isso, as mães e os profissionais de saúde poderiam ficar atentos quando acontecem estes momentos de estresse a fim de refletirem como poderiam minimizar seus efeitos. Desta maneira, na amamentação existe a associação dos reflexos neuroendócrinos com o bem-estar e com o processo de aprendizagem da mãe e do bebê (Mello Júnior & Romualdo, 2010).

Já as crenças “leite fraco” ou “pouco leite” são argumentos frequentemente utilizados para a introdução de complementos, que podem levar ao desmame. A queixa de “pouco leite” várias vezes é percebida erroneamente pela mãe, sustentada pela insegurança de ser capaz de nutrir seu filho, por não conhecer o comportamento de um bebê que costuma mamar frequentemente e pelas opiniões negativas das pessoas com quem convive (Giugliani, 2004). Uma das mães sem depressão pós-parto passou a usar complemento, uma vez que a pediatra considerou que ela tinha pouco leite. No entanto, esta mãe questionava se o complemento deveria ter sido a solução ou se ela deveria ter estimulado mais sua filha a mamar, já que considerou que a bebê ainda não tinha a sugada eficaz naquele momento. Já uma mãe com depressão pós-parto implorou para darem complemento para sua filha no hospital, porque avaliou que a bebê não estava “sugando direito” e estava muito tempo sem mamar. Após estes episódios de uso de complemento, a primeira mãe passou a realizar o aleitamento materno complementado e a segunda, o exclusivo. Portanto, o sentimento de insegurança sobre como agir e sobre a

sua competência de prover as necessidades nutricionais de seu bebê pareceram predispor a mãe a suspender o aleitamento materno exclusivo (Diehl & Anton, 2011), fato que aconteceu com uma das mães deste estudo citada acima. Uma das preocupações que faz parte das inquietações maternas nos primeiros dias após o parto, podendo prolongar-se por períodos mais extensos, é a saciedade da criança. Tal preocupação envolve fatores individuais e coletivos que interferem sobre a definição do regime alimentar praticado pela mãe (Almeida, 1999).

O uso de medicação para aumentar a produção de leite foi mencionado apenas por mães sem depressão pós-parto, sendo que uma delas utilizou-o e outra não tomou o medicamento, porque achou desnecessário. De acordo com Del Ciampo e Ricco, citados por Gaíva e Medeiros (2006), a sulpirida (citado pela mãe que fez uso da medicação de nome comercial Equilid) pode estimular a liberação de prolactina, aumentando a produção de leite. A hipogalactia -diminuição da secreção do leite real ou percebida erroneamente por quem amamenta- pode provocar alguns problemas para a mãe e o lactente, influenciando significativamente a saúde e o bem estar de ambos (Gaíva & Medeiros, 2006). Frequentemente existem dúvidas referentes às drogas consumidas para induzir a lactação ou aumentar o volume de leite, conseqüentemente seu uso deve estar associado a situações especiais, por exemplo, mãe de crianças pré-termo ou adotivas. Nestes casos, ou quando as mães pensam estar produzindo pouco leite, informações sobre técnicas de aleitamento (posicionamento, pega, livre demanda e ordenha) são estímulos mais valiosos para a produção de leite materno (Chaves & Lamounier, 2004). Contudo, quando medidas como aumentar a frequência das mamadas, evitar o uso de mamadeiras, repousar, entre outras, não tem êxito, o uso de medicamento pode ser útil (Giugliani, 2004).

As mães com e sem depressão pós-parto apresentaram persistência para continuar amamentando no peito, mesmo com dor na mama, choro no momento da amamentação e sangramento do seio. Dor e fissuras mamárias também foram relatadas por mães do estudo de Diehl e Anton (2011) como algo que prejudica o bem-estar da mãe para amamentar, assim como percebendo a amamentação como uma ação que abrange suportar sofrimentos e dedicando-se em favor do bebê. No estudo de Cabral et al. (2013), realizado com casais que sustentaram a prática do aleitamento materno até os seis meses de vida do filho, algumas mães mantiveram a persistência em amamentar. Amamentar pode ser um ato prazeroso, porém, frequentemente começa com dor e é permeado por dificuldades. Logo, a mãe necessita de muita determinação para começá-

la e de fato mantê-la, sendo que tal determinação pode ser apoiada ou dificultada por diversos fatores (Falceto, 2006). Percebeu-se que o choro relacionado à dor e ao sangramento no seio durante a experiência da amamentação foi mencionado somente por mães com depressão pós-parto no presente estudo. O choro frequente pode ser considerado como um sintoma que se manifesta durante a depressão pós-parto (Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005). A dor é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável. As experiências pregressas, ansiedade e depressão, idade, sexo e o ambiente são considerados fatores que exercem influência a resposta à dor (Pereira & Lippi, 2009). Sendo assim, consistindo a dor em uma sensação subjetiva, estas mães poderiam estar expressando no choro sua forma de comunicação da dor de uma lesão já existente e/ou antecipando que um momento doloroso se aproximava.

Em duas mães com depressão pós-parto, a questão do sono do bebê e da própria mãe foi apresentada como justificativa para utilizarem o complemento, a fim de que seus filhos dormissem por mais tempo à noite. Na pesquisa de Gusman (2005), que buscou compreender o fenômeno da amamentação com mães de bebês de um a seis meses, foi evidenciado que as mães buscavam determinar certa regularidade nas mamadas noturnas. Outro estudo investigou a associação entre as alterações no sono dos bebês aos 12 meses de vida com a sintomatologia depressiva da mãe (Lopes et al., 2010). Foram considerados como comportamentos disfuncionais de sono dormir menos ou mais de 12 horas por dia, regularidade do horário para dormir e acordar, sono agitado e despertar noturno. Lopes et al. (2010) apontaram que a depressão poderia modificar a percepção dos comportamentos dos bebês. Sendo assim, o relato materno de problemas de sono dos bebês de seis a 12 meses e sintomas de depressão é comum. No entanto, a boa qualidade do sono materno atenua esta relação (Hiscock & Wake, 2001) e a qualidade do sono das mães está relacionada a alterações de humor, estresse e fadiga (Meltzer & Mindell, 2007). Alteração de sono é um sintoma do transtorno depressivo (APA, 2014), porém, pode confundir-se com dificuldades esperadas de adaptação das mães em relação à regulação de sono dos bebês.

A informação e suporte de bons profissionais parece ter auxiliado mães com e sem depressão pós-parto em seus momentos de dúvida. Quando estavam com dúvidas referentes à amamentação, houve relatos de mães que buscaram contato com o hospital no qual o filho havia nascido, ou que fizeram contato telefônico com a enfermeira do curso para pais, ou ainda que buscaram auxílio em banco de leite. Conforme Cabral et al. (2013), o apoio de profissionais, inclusive do enfermeiro, envolvidos na assistência

colabora para o sucesso da amamentação, através da educação em saúde, contribuindo para a construção positiva das percepções sobre amamentar. Ainda segundo estes mesmos autores, os profissionais de saúde realizaram orientações adequadas e/ou impositivas ou intensificadas às mulheres participantes da pesquisa antes ou depois o nascimento do filho. No entanto, no presente estudo algumas mães relataram que sentiram falta de orientações em relação à amamentação no hospital no qual o bebê nasceu. Portanto, revela-se a importância da equipe hospitalar para promover e facilitar a amamentação (Diehl & Anton, 2011) e da mãe identificar esses locais como sendo de possível auxílio.

Outra fonte de apoio seria o pai do bebê, que foi citado pelas mães como alguém que poderia ajudar na amamentação de várias maneiras, como exemplo, dando apoio ao ouvir a esposa falando sobre a importância da amamentação, dando mamadeira de leite ordenhado, além de opinar sobre o desmame do filho. Esse fato também citado por Cabral et al. (2013) cujo estudo apontou que os pais forneceram algum tipo de suporte durante a amamentação exclusiva. Existem evidências na literatura de que especialmente o pai e as avós dos bebês desempenham um papel importante no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno (Giugliani, 2010b).

O termo livre demanda foi referido pelas mães com e sem depressão pós-parto. A livre demanda refere-se ao fato do bebê mamar de acordo com as suas necessidades sem haver horários pré-estabelecidos, como por exemplo, alimentar a criança de 3 em 3 horas. Em uma declaração conjunta, a OMS e o Unicef elaboraram orientações chamadas “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. Um dos passos é “encorajar o aleitamento sob livre demanda” (OMS, 1989). Em um estudo cujo objetivo era descrever as orientações sobre amamentação dadas às gestantes e comparar com sua frequência durante o pré-natal conforme dois modelos de atenção, o Programa de Saúde da Família (PSF) ou o Tradicional (Unidade Básica de Saúde), foram encontradas frequências superiores a 70% nas orientações: ter recebido informações sobre início da amamentação na primeira hora de vida, vantagens da amamentação exclusiva até os 6 meses, importância da sucção para a produção de leite e da amamentação em livre demanda (Cruz et al., 2010). No presente estudo, receber esta orientação da equipe de saúde, incômodo por amamentar em livre demanda e precisar interromper uma atividade quando o bebê queria mamar, assim como armazenar o leite materno para dar no copinho em livre demanda como uma prática sua foi relatado por algumas mães.

Sobre o desmame, no presente estudo uma das mães percebeu uma aparente vontade de sua filha parar de mamar no seio entre os 6 e 7 meses. Sendo assim, pensou que este fato estava acontecendo por ter pouco leite, avaliando que ficou mal, porque considerava sua filha muito pequena. Outra mãe concluiu que quem vai ter que desmamar é ela própria, visto que adora amamentar, e uma terceira participante referiu que já poderia ter parado de amamentar, mas ainda amamenta de madrugada e, quando sai de casa, acha bom ter seu leite para dar, caso seu filho sinta sede. O desmame é considerado como um processo de desenvolvimento da criança e é esperado que ele aconteça de forma natural no momento em que a criança vai passando a ter competência para tal (Giugliani, 2010a). O desmame abrupto não deve ser incentivado, já que a criança pode se sentir rejeitada pela mãe, ocasionado insegurança. Na mãe, este tipo de desmame pode levar ao ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de depressão e tristeza, devido ao luto pela perda do amamentar ou por alterações hormonais (Giugliani, 2010a). O aleitamento materno traz benefícios para o desenvolvimento físico da criança, contudo, destaca-se que a amamentação não apenas supre as necessidades nutricionais do bebê, mas também tem influência nos aspectos emocionais da criança (Sonego, Van der Sand, Almeida & Gomes, 2004) e, como visto no presente estudo, esta influência emocional estende-se para a mãe também.

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo colaborar para uma melhor compreensão sobre a experiência da amamentação em mães que apresentaram e não apresentaram depressão pós-parto. Embora os dados não possam ser generalizados, eles podem contribuir para incitar novos estudos.

Seria relevante verificar como é vivenciada esta experiência em diferentes níveis socioeconômicos e de escolaridade. Uma limitação deste estudo é não ter participantes com e sem depressão que não amamentaram seus filhos. No projeto DEPSICO (Frizzo et al., 2012), o qual deu origem a este estudo, de um total de 55 mães que participaram da pesquisa, apenas três não amamentaram seus filhos no seio, correspondendo a 5,45%, sendo duas mães sem depressão pós-parto e uma com depressão pós-parto. As duas mães sem depressão pós-parto não realizaram as entrevistas, porque o protocolo de pesquisa não incluía necessariamente mães sem depressão. Apenas algumas mães sem

depressão tiveram interesse em participar de todas as etapas da pesquisa e por isso temos esse dado. No caso da mãe com depressão pós-parto, foi priorizado o atendimento psicoterápico da dupla mãe-bebê em relação à realização das entrevistas. Outra limitação foi não saber sobre a presença de depressão durante a gestação, uma vez que o efeito da amamentação sobre a depressão materna é mediado tanto pela intenção durante a gravidez em amamentar como pela saúde mental das mães durante a gravidez (Borra, Iacovou & Sevilla, 2015).

Uma comparação entre os relatos das mães com e sem depressão foi realizada, buscando ressaltar tanto as semelhanças como as especificidades. Neste contexto, a depressão pós-parto parece não estar relacionada a uma maior dificuldade na amamentação. No entanto, o sono da mãe e do bebê como justificativa para começarem a usar complemento foi utilizado por duas mães com depressão pós-parto, assim como o choro materno antes e/ou durante a amamentação. Já o uso ou indicação de uso de medicação para aumentar a produção de leite e a ideia de que a amamentação seria algo simples ou intuitiva foi mencionado apenas pelas mães sem depressão. Os principais tópicos relatados pelas mães foram: a amamentação como algo simples ou intuitivo, orientações do pediatra, ambivalência, uso ou indicação de uso de medicação para aumentar a produção de leite, persistência para permanecer amamentando, sono da mãe e do bebê como justificativa para introduzir o complemento, informação e suporte de profissionais da área da saúde, apoio do pai da criança, livre demanda e desmame.

As polêmicas nas redes sociais e as novas leis que multam estabelecimentos públicos e privados que proibirem a amamentação em público são relevantes nesse debate social sobre o tema, ainda que esse não tenha sido o enfoque do presente trabalho. Neste contexto, a psicologia pode debruçar-se na compreensão da amamentação, auxiliando as mães que, por diversas razões, podem ter dificuldades neste processo, no sentido de desmistificar a amamentação como sempre sendo algo simples e imprescindível para as todas as mulheres, deste modo, contribuindo para uma visão que contemple diversas possibilidades no ato de amamentar. Segundo Winnicott (1968/2006), possuir uma ideia preconcebida sobre o que deve ser feito pela mãe no que confere à amamentação é, então, uma ação não aconselhável para os profissionais que estão envolvidos na situação.

Portanto, destaca-se a importância de fornecer apoio especializado para as mulheres que querem amamentar e também fornecer apoio para as mulheres que tinham a intenção de amamentar, mas que se encontraram impossibilitadas (Borra et al., 2015).

Sendo assim, a temática da amamentação, quando discutida antes de começar a ser colocada em prática, ou seja, durante a gestação, parece contribuir para o entendimento deste momento que por vezes só é debatido quando as mães de fato começam a amamentar. Podemos pensar que a idealização da amamentação pode atrapalhar esse processo. Por isso, sugere-se que a não idealização da amamentação também apareça como um tema de alguma das campanhas do Ministério da Saúde no sentido de que, além do incentivo à amamentação, também apresentem que por vezes algumas mães poderão encontrar adversidades durante o aleitamento. Além disso, ressalta-se a importância da família na manutenção da amamentação, assim como incentivar as gestantes a buscarem auxílio profissional para amamentação, caso tenham dificuldades após nascimento do bebê.

Referências

- Almeida, J. A. G. (1999). *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.) (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, (5a ed.) DSM-5. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Arantes, C. I. S. (1995). Amamentação - visão das mulheres que amamentam. *Jornal de Pediatria*, 71(4):195-202. Recuperado de <http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-04-195/port.pdf>
- Azevedo, D. S., Reis, A. C. S., Freitas, L. V., Costa, P. B., Pinheiro, P. N. C., & Damasceno A. K. C. (2010). Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(2), 53-62. Recuperado de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/373/pdf>
- Borra, C.; Iacovou, M., & Sevilla, A. (2015). New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 897-907. doi: 10.1007/s10995-014-1591-z
- Bosi, M. L. M., & Machado, M. T. (2005). Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP-Escola de Saúde Pública do Ceará*, 1(1). Recuperado de <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4/2>
- Brasil. (2009a). Ministério da Saúde. *Saúde da criança: nutrição infantil – aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009b). Ministério da Saúde. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Portal Brasil. *Conheça o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno*. Recuperado de <http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/programa-nacional-de-incentivo-ao-aleitamento-materno>

- Cabral, P. P.; Barros, C. S.; Vasconcelos, M. G. L.; Javorski, M. & Pontes, C. M. (2013). Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 454-62. doi: 10.5216/ree.v15i2.16996
- Carvalho, G. D. (2010). Amamentação: Enfoque odontológico. In M. R. Carvalho & L. A. M. Tavares, *Amamentação: bases científicas* (3a ed.) (pp. 85-100). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Chaves, R. G., & Lamounier, J. A. (2004). Uso de medicamentos durante a lactação. *Jornal de Pediatria*, 80(5):189-198. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700011>
- Clark, R., Wenzel, A., & Tluczek, A. (2003). Psychotherapy for Postpartum Depression: A Preliminary Report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, (4): 441-454. doi: 10.1037/0002-9432.73.4.441
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 157-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000400001>
- Cruz E. B. S., Simões G. L., & Faisal-Cury A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4), 181-188. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000400004>
- Cruz, S. H., Germano, J. A., Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., & Thumé, E. (2010). Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(2), 259-267. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200008>
- Delgado, S.E., & Zorzetto, M. (2003). A amamentação de bebês pré-termo: um caminho possível para a construção da comunicação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 13(1), 53-62. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.39768>
- Dennis, C.L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), 736-51. doi: 10.1542/peds.2008-1629
- Diehl, J. P., & Anton, M. C. (2011). Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. *Aletheia*, (34), 47-60. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Falceto, O. G. (2006). *Unidos pela amamentação*. Porto Alegre, RS: Dacasa.

- Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., & Nunes-Costa, R. (2013). Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. *Jornal de Pediatria*, 89(4), 332-338. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.12.002>
- Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927-36. doi: 10.1017/S0033291713001530
- Frizzo, G. B., Levandowski, D. C., Donelli, T. S., Silva, M. S. & Piccinini, C. A. et al. (2012). Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção (DEPSICO). Projeto de pesquisa não publicado.
- Gaíva, M. A. M., & Medeiros, L. S. (2006). Lactação insuficiente: Uma proposta de atuação do enfermeiro. *Maringá*, 5(2), 255-262. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v5i2.5089>
- GIDEP/NUDIF (2003a). *Ficha de Contato Inicial*. Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista sobre a Gestação e o Parto*. Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003c). *Entrevista sobre Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Giugliani, E. R. J. (2004). Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 147-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700006>
- Giugliani, E. R. J. (2010a). Tópicos básicos em aleitamento materno. In F. A. Lopez & D.C. Júnior (Orgs.), *Tratado de pediatria* (2a ed.) (pp. 267-278). Barueri, SP: Manole.
- Giugliani, E. R. J. (2010b). Amamentação exclusiva. In M. R. Carvalho & L. A. M. Tavares, *Amamentação: bases científicas* (3a ed.) (pp. 27-35). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Gusman, C. R. (2005) *Os significados da amamentação na perspectiva das mães*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hasselmann, M. H., Werneck, G. L., & Silva, C. V. C. (2008). Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 341-352. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400019>

- Hatton, D.C., Harrison-Hohner, J., Coste, S., Dorato, V., Curet, L.B., & McCarron, D.A. (2005). Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 444-449. doi: 10.1177/0890334405280947
- Hiscock, H., & Wake, M. (2001). Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*, 107, 1317-1322.
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia de pesquisa em Ciências Humanas*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Lobato, G., Moraes, C. L. & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 369-379. doi: 10.1590/S1519-38292011000400003
- Lopes, E. R., Jansen, K., Quevedo, L. A., Vanila, R. G., Silva, R. A., & Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 88-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000200002>
- Machado, M. C. M., Assis, K. F., Oliveira, F. C. C., Ribeiro, A. Q., Araújo, R. M. A., Cury, A. F., Priore, S. E., & Franceschini, S. C. C. (2014). Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista de Saúde Pública*, 48(6), 985-994. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005340>
- Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (15a ed.). São Paulo, SP: Saraiva.
- Marques, E. S., Cotta, R. M. M., & Priore, S. E. (2011). Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2461-2468. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500015>
- Mello Júnior, W. M., & Romualdo, G. S. (2010). Anatomia e fisiologia da lactação. In M. R. Carvalho & L. A. M. Tavares, *Amamentação: bases científicas* (3a ed.) (pp. 03-13). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Meltzer L. J., & Mindell, J. A. (2007). Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: a pilot study. *Journal of family psychology*, 21(1), 67-73. doi: 10.1037/0893-3200.21.1.67
- Mezzacappa, E. S., & Endicott, J. (2007). Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Archives of women's mental health*, 10(6), 259-266. doi: 10.1007/s00737-007-0207-7
- NUDIF (2008). *Questionário sobre os dados sócio demográficos da família*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

- Organização Mundial da Saúde. (1989). *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra: A Organização.
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *CID 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (Vol. 1) (10a ed.). São Paulo, SP: Edusp.
- Pereira, G. P. G., & Lippi, U. G. (2009). Avaliação da dor oncológica no câncer de mama metastático. *Revista Dor*, 10 (4), 301-306. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/publicacao_artigo_pesquisa_unesp_cere_stpp.pdf
- Queiroz, T. C. N. (2000). Amamentação e desmame. In C. M. F. Rohenkohl (Org.). *A clínica com o bebê* (pp. 141-156). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ramos, C. V., & Almeida, J. A. G. (2003). Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, 79(5), 385-390. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000500004>
- Rea, Marina F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 142-146. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700005>
- Rigoni, E., Pereira, E. O. S. Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2008). Sentimentos de mães portadoras de HIV/Aids em relação ao tratamento preventivo do bebê. *Psico-USF*, 13(1), 75-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000100010>
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J., Botelho, I. P., & Lapolli, C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100005
- Santos Junior, H. P. O., Silveira, M. F. A., & Gualda, D. M. R. (2009). Depressão pós-parto: um problema latente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 516-524. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8062/6997>
- Sanches, M. T. C. (2010). Enfoque fonoaudiológico. In M. R. Carvalho & L. A. M. Tavares, *Amamentação: bases científicas* (3a ed.) (pp. 101-122). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61-68. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., & Hergueta, T. et al. (1998). The Mini International Neuropsychiatry Interview

- (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Siqueira, S. R., & Toma, T. S. (2006). As Semanas Mundiais de Amamentação. In J. D. Rego, *Aleitamento materno* (pp. 445-470). São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- Siqueira, F. P. C. (2012). *O significado da amamentação na construção da relação mãe e filho: um estudo interacionista simbólico*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Sonego, J., Van der Sand, I. C. P., Almeida, A. M., & Gomes, F. A. (2004). Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(3), 341-349. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000300013>
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case studies analysis*. New York, NY: The Guilford Press.
- Tamez, R. N. (2010). Atuação de enfermagem. In: M. R. Carvalho & L. A. M. Tavares, *Amamentação: bases científicas (3a ed.)*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Victora, C. G., Horta, B. L., Mola, C. L., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Gonçalves, H., & Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health*, 3(4), 199–205. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
- Vitolo M. R., Benetti S. P. C., Bortolini G. A., Graeff A., & Drachler M. L. (2007) Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 28-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100009>
- Winnicott, D. W. (1966). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães (3a ed.)* São Paulo, SP: Martins Fontes.

Anexo A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Depressão pós-parto:
Prevalência, antecedentes e intervenção

Pesquisador: Giana Bitencourt Frizzo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14094213.5.1001.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 292.683

Data da Relatoria: 03/06/2013

Apresentação do Projeto:

projeto consta de dois Estudos. O Estudo I buscará investigar a prevalência e os antecedentes da depressão pós-parto em mães com bebês até um ano de idade. Quando houver diagnóstico de depressão pós-parto materna, as famílias serão convidadas a participar do Estudo II que consiste em um tratamento psicoterápico pais-bebê em grupo. Será utilizado um delineamento com pré-teste e pós-teste (Robson, 1995) para investigar o impacto da psicoterapia nos fatores de risco interpessoais associados ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Participarão do primeiro estudo 100 famílias que tenham o primeiro filho com idade até doze meses e que sejam residentes em Porto Alegre ou região metropolitana, de diferentes níveis socioeconômicos. As mães deverão ser primíparas e o casal deve estar coabitando pelo menos desde a gestação da esposa. Os bebês deverão ser saudáveis, nascidos a termo e com até um ano de idade. As famílias serão recrutadas em hospitais, postos de saúde ou por indicação de outros profissionais da área da saúde. No estudo I serão realizadas entrevistas individuais e a aplicação de diversos instrumentos psicológicos para identificar a depressão e outros aspectos da relação mãe-bebê. No estudo II, serão realizados de 6 a 10 encontros grupais com mães e bebês. As observações, a psicoterapia em grupo e o acompanhamento do desenvolvimento do bebê serão gravados em áudio e vídeo.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)308-5698 **Fax:** (51)308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 292.683

Objetivo da Pesquisa:

1. Investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto em famílias que tenham o primeiro filho com até um ano de idade; 2. Investigar o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos da pesquisa, os instrumentos utilizados não possuem potencial ansiogênico significativo para causar algum tipo de prejuízo. Caso seja identificada qualquer situação de sofrimento psíquico intenso ou indícios de psicopatologia grave na mãe, ou a identificação da existência de risco para o bebê, serão feitos os encaminhamentos necessários para a rede de assistência à saúde e assistência social dos municípios de residência dos participantes, ou para os serviços-escola das universidades envolvidas.

Com relação aos benefícios da pesquisa, no Estudo I, consiste em poder conversar com profissionais da Psicologia sobre a experiência da parentalidade. Nas famílias em que a mãe apresentar suspeita de depressão, será oferecida uma intervenção em grupo mãe-bebê que visa ao alívio dos sintomas e uma melhora na relação mãe-bebê (Estudo II).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLE dos Estudos I e II estão redigidos de forma clara, com linguagem acessível e apresentando as informações necessárias sobre o desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos éticos em pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto. Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos da ética em pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (513)308-5698 Fax: (513)308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 292.683

Considerações Finais a critério do CEP:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto. Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos da ética em pesquisa.

PORTO ALEGRE, 04 de Junho de 2013

Assinador por:
JUSSARA MARIA ROSA MENDES
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (513)308-5698 **Fax:** (513)308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

FICHA DE CONTATO INICIAL

(Adaptado de GIDEP/NUDIF, 2003)

Rapport: Oi, eu sou a _____, e estou te ligando pois recebemos email/SMS/ligação sua a respeito do projeto de Avaliação de bebês.. Preciso te fazer algumas perguntas, pois há alguns critérios para sua participação.

Data do contato: ____ / ____ / 201____

Preenchido por: _____

Nome da mãe: _____

Idade da mãe: _____ anos (mães adolescentes não serão incluídas nesse momento)

Nome do bebê: _____

Sexo do bebê: () menina () menino Idade do bebê: ____ meses

Data de nascimento do bebê: ____ / ____ / ____ (somente participarão bebês de 6 a 12 meses, se bebê não completou idade ainda, pode participar quando completar. Se passou da idade agradecer e dizer que nesse momento iremos priorizar bebês de 6-12 meses)

Ele nasceu dentro do tempo esperado? () sim () não. Quantas semanas: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone residencial: () _____ Telefone celular: () _____

Telefone de contato: () _____ Telefone recados: () _____

E-mail: _____

Disponibilidade de horários para pesquisa (dia da semana/fim de semana e horário/turno melhor – pegar 2 ou 3 alternativas preferencialmente):

Como soube da pesquisa? _____

Nesse momento estamos priorizando casos em que o bebê não tenha maiores problemas de saúde, então gostaria de te perguntar se teu bebê tem:

() síndrome de down () alguma outra síndrome () alguma malformação

() problemas cardíacos () problema neurológico

() atraso no desenvolvimento diagnosticado pelo médico ou outro profissional

(Caso bebê tenha algum dos problemas acima, explicar para mãe que nesse momento esses casos não serão incluídos na pesquisa)

Caso puder participar, agradecer o interesse e a disponibilidade e dizer que vai combinar com a equipe o melhor horário para o encontro e retornar a ligação nos próximos dias.

Nome da mãe do bebê: _____ Data: ___/___/___
Nome do bebê: _____
Caso: _____ Entrevistador(a): _____

QUESTIONÁRIO SOBRE OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA FAMÍLIA¹

(Adaptado de NUDIF, 2008)

Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você, seu marido/companheiro, e sua família:

MÃE DO BEBÊ

Nome: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos
Endereço completo: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____
Celular: _____ Fone recados: _____
E-mail: _____
Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____
Caso seja **do Interior**, mas morando na Grande Porto Alegre, há quanto tempo mora aqui? ___ meses/anos
Por quê? _____

Até que série estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ___ série () Ensino Médio - ___ série
() Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____
() Outro _____

Ainda está estudando? () não () sim, o que? _____

Você já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____

Estado civil: () solteira () casada () separada/divorciada () viúva () morando junto () está namorando

Caso seja casada ou esteja morando junto, desde quando? ___/___/___

Tem religião? () sim () não Qual? _____

Atualmente está trabalhando? () sim () não () aposentada

Que tipo de trabalho você faz (explicitar)? _____. Quantas horas? ___ horas/dia

Qual o horário? _____

Você é remunerada? () sim () não Qual o valor? R\$ _____

(Em caso negativo, perguntar)

Você já trabalhou? () sim () não

O que você fazia? _____

Você recebia? () sim () não Qual o valor? R\$ _____

Caso trabalhava, mas parou, por quê? _____

Idade da primeira gestação: ___ anos

Tem outros filhos além do bebê? () sim () não. Quantos? _____

	Idade	Sexo
Filho 1	___ anos	() F () M
Filho 2	___ anos	() F () M
Filho 3	___ anos	() F () M
Filho 4	___ anos	() F () M
Filho 5	___ anos	() F () M
Filho 6	___ anos	() F () M

DADOS DO PAI BIOLÓGICO DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Seu companheiro atual é o pai do/s seu/s filho/s? () sim () não

O pai biológico de seu filho tem outros filhos? () não () sim. Quantos? ____

Idade com que ele teve o(a) primeiro(a) filho(a): ___ anos

Nome do pai biológico: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

Endereço completo: _____

¹Deve ser respondida, preferencialmente, pela a mãe.

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____
Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ____ série () Ensino Médio - ____ série
() Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____
() Outro _____

Ele ainda está estudando? () não () sim, o que? _____

Ele já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____

Ele tem religião? () sim () não Qual? _____

O pai biológico do bebê trabalha? () sim () não () aposentado

Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____ Quantas horas? ____ horas/dia

Qual o horário? _____

Ele é remunerado? () sim () não Qual o valor? R\$ _____ () não sabe

(Caso não estiver trabalhando)

Qual era o trabalho anterior dele? _____

DADOS DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ meses

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

A criança freqüente creche/escolinha? () sim () não

Com que idade ele(a) começou a freqüentar a escolinha/creche? ____ meses

A escolinha/creche é: () municipal () estadual () particular () creche informal (pessoa que cuida crianças em casa)

Caso não frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê?

() mãe () pai () avó () irmão(ã) () tia () babá/empregada

() vizinha () outro. Quem? _____

Ordem de nascimento do bebê: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais filho

ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: ____

Quem são os moradores da casa? _____

Quantas pessoas trabalham? ____

Caso ninguém trabalhe, quem sustenta a casa? _____

Renda mensal aproximada: R\$ _____

Gostaria de saber algumas características da sua casa:

- A casa é de: () madeira () material () mista
- Nº de quartos: ____ Nº total de peças ____
- Na sua casa tem: Água encanada? () sim () não
- Luz elétrica? () sim () não
- Esgoto? () sim () Não

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA DE ORIGEM MATERNA

Avó Materna Biológica

É sua mãe biológica: () sim () não (Caso não seja) Você conhece sua mãe biológica? () sim () não

Idade da sua mãe biológica: ____ anos Idade com que ela teve o primeiro filho: ____ anos

Qual sua ordem de nascimento por parte de sua mãe biológica: () primogênita () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais

Qual o número de irmãos que tens por parte de sua mãe biológica: ____

Avó Materna de criação (perguntar somente se a avó materna NÃO for biológica)

Idade da sua mãe de criação: ____ anos A sua mãe de criação tem outros filhos? () sim () não

Idade com que ela teve o primeiro filho: ____ anos

Qual o número de irmãos que tens por parte de sua mãe de criação: ____

Avó Materno Biológico

É seu pai biológico: () sim () não (Caso não seja) Você conhece seu pai biológico? () sim () não

Idade do seu pai biológico: ____ anos Idade com que ele teve o primeiro filho: ____ anos

Qual sua ordem de nascimento por parte de seu pai biológico: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais

Qual o número de irmãos que tens por parte de seu pai biológico: _____

Avô Materno de criação (perguntar somente se o avô materno NÃO for biológico)

Idade do seu pai de criação: _____ anos O seu pai de criação tem outros filhos? () sim () não

Idade com que seu pai de criação teve o primeiro filho: _____ anos

Qual o número de irmãos que tens por parte de seu pai de criação: _____

Avós maternos (em relação à família de referência da mãe do bebê)

Vivem juntos? () sim () não Há quanto tempo? _____ anos

(Caso não)

Por quê? _____

Nova união: Avô () sim () não Tempo: _____ anos

Nova união: Avó () sim () não Tempo: _____ anos

DADOS DA FAMÍLIA DE ORIGEM PATERNA:

Avó Paterna Biológica:

É a mãe biológica do pai do bebê: () sim () não (Caso não seja) Ele conhece a mãe biológica? () sim () não

Idade da mãe biológica do pai do bebê: _____ anos

Idade com que a mãe biológica do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Ordem de nascimento do pai do bebê: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais filhos

Número de irmãos do pai do bebê por parte da avó paterna biológica: _____

Avó Paterna de criação (perguntar somente se a avó paterna NÃO for biológica)

Idade da mãe de criação do pai do bebê: _____ anos

A mãe de criação do pai do bebê tem outros filhos? () sim () não

Idade com que a mãe de criação do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte da avó paterna de criação: _____

Avô Paterno Biológico

É o pai biológico do pai do bebê: () sim () não (Caso não seja) Ele conhece o pai biológico? () sim () não

Idade do pai biológico do pai do bebê: _____ anos

Idade com que o pai biológico do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte do avô paterno biológico: _____

Avô Paterno de criação (perguntar somente se o avô paterno NÃO for biológico)

Idade do pai de criação do pai do bebê: _____ anos

O pai de criação do pai do bebê tem outros filhos? () sim () não

Idade com que o pai de criação do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte do avô paterno de criação: _____

Avós paternos (em relação à família de referência do pai do bebê)

Vivem juntos? () sim () não Há quanto tempo? _____ anos

(Caso não)

Por quê? _____

Nova união: Avô () sim () não Tempo: _____ anos

Nova união: Avó () sim () não Tempo: _____ anos

DADOS DO COMPANHEIRO ATUAL (perguntar somente se o pai do bebê alvo da pesquisa NÃO for o companheiro atual)

Nome marido/companheiro: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ____ série () Ensino Médio - ____ série

() Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____

() Outro _____
Ele ainda está estudando? () não () sim, o que? _____
Ele já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____
Ele tem religião? () sim () não Qual? _____
Seu marido/companheiro trabalha? () sim () não () aposentado
Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____ Quantas horas? ___ horas/dia
Qual o horário? _____
Ele é remunerado? () sim () não Qual o valor? R\$ _____ () não sabe
(Caso não estiver trabalhando)
Qual era o trabalho anterior dele? _____
O seu marido/companheiro tem outros filhos? () não () sim. Quantos? ____
Idade com que seu marido ou companheiro teve o primeiro(a) filho(a): ____ anos

OBSERVAÇÕES: _____

OBS: Antes da entrevista ser iniciada, mencionar na gravação: 1) Nome do entrevistado; 2) Nome do entrevistador; 3) Data da entrevista; 4) Instrumento utilizado.

Participante: _____	Data: __/__/____
Caso: _____	Entrevistador(a): _____

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO - VERSÃO MÃE

(Adaptado de GIDEP/NUDIF - 2003)

I. Eu gostaria que tu me falasses um pouco de ti e do pai do bebê.

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

1. O que tu sabes sobre o teu nascimento e a tua infância?
2. Quem cuidava de ti quando tu eras pequena?
3. Como tu e o pai do bebê se conheceram?
4. Em que momento da tua vida/vida do casal aconteceu a gravidez?
5. Como é o teu relacionamento com a tua família de origem (*pai, mãe, irmãos, ...*) hoje?
6. E com a família do pai do bebê?

II. Eu gostaria que tu me falasses sobre a gravidez.

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

7. Esta foi a tua primeira gravidez?
8. Foi uma gravidez planejada?
9. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
10. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
11. Como a tua mãe recebeu a notícia da gravidez?
12. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos? E em termos emocionais (*vontade de chorar, irritabilidade, tristeza/alegria*)?
13. Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
14. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
15. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (*o que ele fazia*)? Como tu te sentiste com isto?
16. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
17. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
18. Como foi o apoio da tua mãe durante a gravidez? E da tua família?
19. Tu já tiveste outra gravidez? (*Caso tenha tido*) Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu? Como tu te sentiu?

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

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

20. Como foi o parto? Foi normal ou cesárea? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
21. Como foi teu primeiro encontro com o bebê? Teve contato com o bebê logo depois do parto?
22. O bebê mamou logo depois do parto?
23. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou? E o que te desagradou?
24. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
25. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
26. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
27. Como foi a amamentação nesses primeiros dias? O bebê mamou no peito? Como era o ritmo das mamadas?
28. Teve alguma dificuldade com a amamentação?
29. Que orientações tu recebeste da equipe de saúde sobre a amamentação?

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP/NUDIF - 2003)¹

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

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

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

II. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe.

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

11. Como tu estás te sentindo como mãe?
12. O que mais te agrada em ser mãe? E o que é mais difícil para ti?
13. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?
14. O que mudou em ti e na tua vida a partir do momento que te tornaste mãe?
15. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
16. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
17. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
18. Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
19. Como tu te vês ou te descreves como mãe?
20. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
21. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
22. Como a tua mãe *(ou outro cuidador)* te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
23. E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
24. Como as pessoas te vêem como mãe?

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

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

25. Como é o jeito dele lidar com o bebê?
26. Como tu achas que ele está sendo como pai? Está sendo como tu imaginavas?
27. Ele participa dos cuidados do bebê? Como? Que atividades ele realiza com o bebê? Te sentes satisfeita com isso?
28. Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê?
29. Como é para ti pedir essa ajuda?
30. Como te sentes quando ele cuida do bebê? O que mais te agrada? E o que te incomoda?
31. Quanto tempo ele passa por dia com o bebê?
32. Como vocês lidam com a questão das despesas em relação ao bebê? O pai assumiu alguma despesa? Que outras responsabilidades ele assumiu?
33. Como imaginas que ele te vê como mãe?

¹ Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

IV. O bebê foi para a creche?

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

34. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
35. Quantas horas ele ficava na creche no início? Quantas horas ele fica agora?
36. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
37. Por que vocês escolheram colocar o bebê na creche?

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

- 34a. Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?
- 35a. Quando? Por que escolheram colocar/não colocar na creche?
- 36a. Como tu achas que ele vai reagir?
- 37a. Como tu achas que tu vais te sentir?

V. Como é/foi a amamentação do bebê?

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

38. Como está a amamentação atualmente? O bebê mama no peito ou toma mamadeira?

(Caso mame no peito)

39. Além do peito, tu precisaste complementar a amamentação com algum produto (ex. leite em pó)? Se sim, em que momento tu usaste o complemento?
40. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
41. Como tu te sentes ao dar de mamar para o bebê? Tu estás satisfeita com essa experiência de amamentação?

(Caso não mame no peito)

- 39a. Com que idade o bebê parou de mamar no peito? Qual foi o motivo?
- 40a. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
- 41a. Como tu te sentias ao dar de mamar para o bebê? Tu ficaste satisfeita com essa experiência de amamentação?

VI. *(Se o bebê apresentar sintoma alimentar no Symptom)* E como é a alimentação do bebê?

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

42. Como foi a introdução de outros alimentos, além do leite? (alimentação semi-sólida, sólida e variada)
43. Tivestes alguma dificuldade nessa questão?
44. Como está a alimentação atualmente?
45. Como é a aceitação de um alimento novo?
46. O teu filho(a) tem preferência por algum alimento?
47. *(Se está na creche)* E na escola? Ele(a) se alimenta bem?
48. *(Se está na creche)* Percebes diferença no comportamento alimentar do teu filho na escola e em casa? *(Se sim)* Por que tu achas que isso acontece?
49. Quem costuma participar dos momentos comuns de alimentação do teu filho? Como é o clima deste momento?
50. Ele(a) se alimenta sozinho(a)? *(Se sim)* O que tu costumas fazer quando teu filho se recusa a comer sozinho?
51. Existe algum alimento que teu filho costuma não comer ou comer demais? Por quê?
52. Tu costumas oferecer algum alimento ao teu filho para fazê-lo parar de chorar, para mantê-lo quieto, para ajudá-lo a se sentir melhor ou quando chateado?
53. Na tua opinião, tu acreditas que teu filho se alimenta bem ou mal? Por quê?
54. Tu achas que essas questões da alimentação do teu filho(a) tem afetado a tua relação com ele(a)? De que maneira?

VII. *(Se a mãe apresentar depressão pós-parto na EPDS)* Tu relataste (antes/no encontro anterior) que ultimamente estás te sentindo triste, mais irritada ou tens vontade de chorar *(perguntar de acordo com o que a mãe relatar estar sentindo)*?

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar mais sobre isso?

55. Como é para ti cuidar do teu bebê quando estás te sentindo assim?
56. Tu lembras quando começaste a te sentir assim? Como foi?
57. Em algum outro momento de tua vida tu já te sentiste assim? *(Se sim)* Poderias me contar um pouco mais sobre isso?
58. Chegaste a procurar alguma ajuda ou tratamento? *(Se sim)* Qual? Tu estás tomando medicação? Qual?