

1. Preâmbulo

A melhoria das condições de saúde ao longo da vida reprodutiva feminina, é um desafio para as políticas de saúde (Silva, 2008; Kimura, 1999; BRASIL, 2004; Azevedo, 1983; Silva, 1988), que têm exigido a extensão e o aprimoramento da qualidade da assistência e da pesquisa intersetorial humanizada no período pré e pós parto (Arrais, 2005; Sampaio, no prelo). Este aprimoramento tem assegurado um melhor desenvolvimento para os recém-nascidos e o estabelecimento de uma maternagem satisfatória. São esses os objetivos que orientam pesquisas com temáticas femininas, como no caso dos trabalhos sobre a Depressão Pós-parto (DPP¹).

Em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento definiu a *saúde reprodutiva* como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (BRASIL, 2004). Dessa forma, a situação de saúde passou a enfatizar a qualidade de vida do indivíduo, considerada no decorrer do tempo, segundo os ciclos de vida, com a inclusão de aspectos relacionados com o meio ambiente, vínculos familiares, lazer, alimentação, condições de trabalho, moradia e renda. Vale lembrar que, no caso específico de mulheres de condição sócio-econômica prejudicada, os cuidados à saúde reprodutiva podem ser perturbados, como Arrais (2005) enfatiza em sua tese, pela discriminação nas relações de trabalho, sobrecarga com as responsabilidades relativas ao trabalho doméstico, e com as situações de pobreza e violência. Essas questões da saúde reprodutiva das brasileiras, principalmente das desfavorecidas em assistência plena voltada para o bem-estar físico, mental e social, refletem-se nas condições de gestação e na maternagem.

A partir dos anos 60, o Brasil vem apresentando profundas transformações demográficas na estrutura e dinâmica da sua população, com implicações para a saúde

¹ Com a descrição dos aspectos dos transtornos de humor será aprofundados a fisiologia, as características, prevalência e os indicadores da DPP. .

reprodutiva, como: 1) a diminuição progressiva da mortalidade em geral; e 2) uma queda abrupta da taxa de fecundidade, em todas as regiões brasileiras e estratos sociais (Simões, 2006).

Atualmente o sexo feminino representa 51,4% da população brasileira. Destes, 65% possuem idade entre 10 a 49 anos, perfazendo um total de 59 milhões de mulheres consideradas com idade reprodutiva (IBGE, 2009). Sendo assim, esse montante de mulheres está sujeito a vivenciar uma fase do ciclo de vida que pode ser repleta de contradições e de tensões, acarretando inquietação, e potenciais dificuldades no estabelecimento da comunicação efetiva com seus pares (Simões, 2006).

A média brasileira de filhos reduziu-se de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0, em 2005, com taxa de crescimento populacional de 1,4% ao ano, menor que a necessária para reposição populacional. Houve ainda aumento da expectativa de vida ao nascer, de 54 anos, em 1970, e para 68 anos, em 1999, com o aumento de idosos e redução de jovens na população atual (IBGE, 2009). Em conjunto com a mudança do padrão demográfico, a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher são fatores importantes quando pensamos nos cuidados da díade mãe-filho e nas questões ligadas à DPP (Simões, 2006; Arrais, 2005). Da mesma maneira, tem de se considerar o adiamento da idade da primeira gestação, muito freqüente atualmente no Brasil, que deverá significar o aumento de gestações de alto risco para os próximos anos, com novas demandas ligadas às questões de saúde e do bem estar e conferem importância ao acompanhamento de potenciais problemas no pós-parto, incluindo a manifestação da DPP (Simões, 2006).

O papel da mulher no mercado de trabalho, a urbanização, as famílias nucleares, em conjunto, colaboram para o aumento do estresse vivenciado durante o ciclo gravídico-puerperal e podem aumentar a vulnerabilidade da nova mãe durante esse período crítico do ciclo de vida feminino (Simões, 2006), o que pode estar associado à DPP. Esse estresse exacerbado se reflete na fragmentação do cuidar, na ansiedade em relação ao nascimento da criança, no desconforto, sofrimento, violência e depressão potenciais do período (Arais, 2005).

Um quadro depressivo, em qualquer momento de vida, é algo considerável, mas no pós-parto ganha importância especial, pois a mãe encontra-se como cuidadora de seu filho, o que pode acarretar em sérias complicações, tanto para mãe como seu filho. Fonseca, Otta

e Bussab (2008) apontam que a intervenção precoce é um diferencial para a qualidade de vida de ambos.

Esta dissertação faz parte de um estudo longitudinal de mães e bebês desde a gestação até o terceiro ano da criança, com foco no entendimento de questões ligadas à depressão pós-parto (DPP) e às vivências das mães com tal sintomatologia característica de um humor depressivo.

No próximo item, serão feitas as apresentações do projeto geral, o Ipê, e, em seguida, do projeto desta dissertação. A apresentação ampla e largamente descritiva do projeto temático como um todo pode facilitar o entendimento da pesquisa e da inserção desta dissertação.

Em seguida, será apresentado um aprofundamento teórico, a começar pela análise da importância da relação materno-infantil, para a díade mãe-bebê e para o desenvolvimento da criança, passando para reflexões sobre possíveis complicações psiquiátricas no pós-parto, com atenção para as teorias evolucionistas da DPP.

A partir desse referencial teórico, desenvolveu-se um método que favoreceria a obtenção de dados e a análise dos relatos maternos das participantes do projeto temáticos. Todo o método foi desenvolvido em parceria com demais pesquisadores do Ipê o que enriqueceu o entendimento e compreensão do material.

2. Projeto temático; apresentação

O projeto temático Ipê faz parte do Projeto “O moderno e o ancestral: a contribuição da Psicologia Evolucionista para a compreensão dos padrões reprodutivos e de investimento parental humano” do Instituto do Milênio CNPq, coordenado pela Profa. Maria Emilia Yamamoto, da UFRN.

O Ipê é uma ampliação dos trabalhos realizados pelo Instituto Milênio, caracterizando-se como um projeto temático denominado de “Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas conseqüências” (o Ipê).

Este é vinculado à FAPESP (No. 06/59192) (ANEXO A) e trata-se de um acompanhamento longitudinal com o compromisso de favorecer estudos, aprofundando a compreensão da depressão pós-parto (DPP). Visando a análise da incidência do quadro relacionada às condições de suporte social (material, afetivo e emocional), à fase da vida reprodutiva da mãe, às questões hormonais e de desenvolvimento e à vinculação diática. Com a referência de que a DPP possa ocasionar implicações potenciais para a mãe e para o bebê, associando-se a atrasos de desenvolvimento físico e cognitivo infantil (Patel, Souza & Rodrigues, 2003; Hay et. al, 2001), a relação materno-infantil foi acompanhada e analisada frente ao quadro.

Foram avaliados dados quanto aos índices de desenvolvimento geral e neuro-psicomotor e aos níveis de cortisol apresentados pelos bebês, assim, como o momento da mulher frente à maternidade e seus desafios; envolve, portanto, áreas de pesquisa básica e clínica com uma diversidade de profissionais de várias especialidades que se relacionam com o tema DPP, destacando a relevância dos subsídios que podem fornecer para práticas de intervenção precoce.

Esse projeto temático, iniciado em 2007 e cujo término está previsto para 2011, é coordenado pela Profa. Dra. Emma Otta em conjunto com a Profa. Dra. Vera Silvia Raad Bussab, do Instituto de Psicologia da USP (IPUSP), e a Dra. Maria Teresa Zullini da Costa, da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário (HU) da USP. O projeto é multicêntrico, envolvendo pesquisadores de várias unidades da USP, como o IPUSP, Instituto de Biociências, Instituto de Ciências Biomédicas, Faculdade de Medicina Veterinária e

Zootecnia e o HU. Há também a participação de pesquisadores do Centro de Saúde Escola do Butantã (CESEB) e do Instituto de Saúde de São Paulo.

Foi aprovado pelo comitê de ética do HU (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, seguindo todos os princípios éticos do artigo 6º do código de Ética que direciona o modo de conduzir a pesquisa com seres humanos, com destaque ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que explica todas as etapas do projeto Ipê garantindo, assim, o sigilo dos dados, o anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento.

Trabalhando com a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da região do Butantã de São Paulo e com os dados coletados em uma instituição hospitalar particular, cujos serviços são voltados à população com maior recurso financeiro da região, o projeto espera identificar a relação entre as condições econômicas e o índice de DPP. Neste trabalho de comparação dos índices socioeconômicos e a DPP de Viegas, Chelini, Fonseca e Otta (2009), foi comprovado que há maior sintomatologia para DPP na população desfavorecida economicamente.

Para maior compreensão do projeto Ipê, apresentaremos suas etapas, focando os momentos nos quais ocorreram as aplicações das entrevistas/filmagens/coletas hormonais da população do SUS, que é o universo amostral deste mestrado.

2.1 Fases do Projeto Temático

Seguiremos com a descrição das fases do projeto apontada na Tabela-1. A apresentação das fases do projeto seguirá os seus momentos; 1) Último trimestre gestacional, 2) Parto, 3) Da décima à décima segunda semana de vida do recém-nascido; 4) Quarto mês da vida do bebê; 5) Oitavo mês da vida do bebê; 6) Primeiro ano de vida da criança; 7) Segundo ano de vida da criança e 8) Terceiro ano de vida da criança (presentes na Tabela-1).

Tabela-1 Cronologia das fases de coleta de dados do projeto Temático Ipê; as atividades realizadas e os dados colhidos.

	Atividade	Dados
1. Último trimestre gestacional	1. Recrutamento; consentimento e; entrevista	<u>1. Entrevista; dados de identificação; rede de apoio; história reprodutiva; e gestação</u>
2. Parto	2.a Filmagem no momento do parto	2.a Interação mãe bebê
	2.b Entrevista do parto	<u>2.b Entrevista do parto; intercorrência no parto; atribuições das características físicas do recém-nascido e; rede de apoio</u>
	2.c Coleta de amostra hormonal da mãe e seu filho	2.c Estudo de hormônios estudo de cortisol
3. Décima à décima segunda semana de vida do recém-nascido	3. Entrevista para a avaliação materna	<u>3. Avaliação de sentimentos e preocupações; aplicação EDPE e; oferta de atendimento à mãe com sintomatologia significantes para DPP</u>
4. Quarto mês de vida do bebê	4.a Filmagem das interações mãe-bebê	4.a Análise da disponibilidade emocional
	4.b Coleta de amostra hormonal da mãe e seu filho	4.b Estudo de hormônios estudo de cortisol
	4.a Entrevista pediátrica dos quatro meses	4.c Entrevista; EPDE; cuidados materno; avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor e; características do cotidiano e saúde do recém-nascido
5. Oitavo mês de vida do bebê	5.a Filmagem das interações mãe-bebê	5.a Análise da disponibilidade emocional
	5.b Entrevista pediátrica do oitavo meses	5.b Entrevista; EPDE; cuidados maternos e; avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor 5.b Entrevistas sobre as vivências das mães
6. Primeiro ano de vida da criança	6.a Filmagem das interações mãe-bebê	6.a Análise da disponibilidade emocional
	6.b Entrevista pediátrica do primeiro ano de vida	6.a Avaliação dos estilos de apego 6.b Entrevista; EPDE; cuidados maternos e; avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor
7. Segundo ano de vida da criança	7.a Filmagem das interações mãe-bebê	7.a Análise da disponibilidade emocional
	7.b Entrevista pediátrica do segundo ano de vida	7.b Entrevista; EPDE; cuidados maternos e; avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor
8. Terceiro ano de vida da criança	8.a Coleta hormonal	Estudo de hormônios estudo de cortisol
	8.b Filmagem das interações mãe-bebê	8.b Análise da disponibilidade emocional.
	8.c Entrevista pediátrica do segunda ano de vida	8.c Entrevista: EPDE; cuidados maternos e; avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor

Há, na Tabela-1, marcações em sublinhado nos seguintes dados coletados: a) 1. Entrevista; dados de identificação; rede de apoio; história reprodutiva e gestação; b) 2.b Entrevista do parto; intercorrência no parto; atribuições das características físicas do recém-nascido e rede de apoio; e c) 3. Avaliação de sentimentos e preocupações (aplicação EDPE). Essa marcação aponta momentos de coleta de dados que apresentam informações as quais colaboram para termos o perfil materno e o indicador de sintomatologia a DPP presente na EPDE, informações que permitiram a execução da hipótese desta tese. Os fatores destacados em negrito são: a) 3. (...) oferta de atendimento à mãe com sintomatologia significantes para DPP e b) 5.b Entrevistas sobre as vivências das mães são parte da metodologia desta dissertação.

Para melhor compreensão da inserção da presente tese no projeto temático, passaremos a apresentar as fases do Ipê.

2.1.1 Último semestre gestacional

O Ipê conta com a parceria da rede de saúde pública, onde as recrutadas realizaram o pré-natal (de novembro de 2008 até fevereiro de 2009) e do HU, onde os partos foram assistidos.

A primeira entrevista (representada como a ocasião 1 na Tabela-1 e apresentado no ANEXO C) continha perguntas sobre os dados de identificação, desenvolvimento gestacional, histórico reprodutivo da gestante (Camargo, et. al., 2007), assim como, escalas relativas ao apoio social recebido (Escala de Apoio Social, EAS²), aos relacionamentos afetivos (Escala de Apego Adulto de Collins, EAA³) e aos fatores relacionados com a DPP (escala de Edimburgo, EPDE⁴).

² A versão em português da EAA foi desenvolvida por Collins, possibilitando avaliar os estilos de Apego, na concepção de Bowlby (1984). A escala é composta por 18 questões e a resposta é determinada na auto-avaliação entre cinco possibilidades graduadas. Na adaptação da análise do teste sugerida por Silva (2008) para o projeto geral, as perguntas foram divididas em cinco categorias: ansiedade nos relacionamentos, dificuldade de contar com a rede de apoio, conforto com a proximidade, confiança e desconforto com a proximidade.

³ A EAS foi desenvolvida por Shrebourne e Stewart, e validada para o Brasil por Chor et. al., (2001), e é composta por 19 itens, cujo objetivo é avaliar os recursos postos à disposição do

A composição desse questionário visou ao acesso a diversos fatores potencialmente associados à DPP, cuja análise foi o foco da dissertação de Silva (2008). Esta dissertação associou os fatores e condições de vida que apresentaram significância para maior sintomatologia à DPP. Tais fatores foram: escolaridade até Ensino Fundamental completo; a mãe ter filhos com parceiros anteriores; número elevado de filhos, de crianças morando na casa e razão elevada entre o número de crianças e de adultos vivendo na casa; histórico prévio de depressão; relatar não desejar a gestação; relatar intercorrências na gestação; relatar baixo nível de afeto e preocupação e elevado nível de rejeição e punição provenientes dos próprios pais durante a infância; avaliar o ambiente familiar que teve na infância como estressante; relatar nível alto de conflito com o pai do bebê; perceber baixo suporte social; e padrões de apego com características de ansiedade nos relacionamentos e dificuldade de contar com a rede de apoio social. Silva (2008) ainda realizou uma regressão logística múltipla resultando em um modelo preditivo para a intensidade dos sintomas depressivos após o parto. Neste modelo os fatores da EAA – Ansiedade nos relacionamentos e Dificuldade de contar com a rede de apoio – apresentaram significância. Já da EAS, foram utilizados os fatores Suporte emocional e de informação e se o pai do bebê estava empregado, apresentando-se como preditivos para a incidência à DPP.

2.1.2 Parto

O segundo encontro foi realizado após o nascimento do bebê; capturando imagens do primeiro contato da mãe-filho logo após o parto (pela equipe da enfermagem obstétrica – o momento 2.a da Tabela-1). As imagens capturadas foram analisadas quanto às características da interação e da vinculação inicial, para uma investigação precoce e detecção de possíveis sinais de problemas, possibilitando uma futura compreensão de

respondente por meio da sua percepção de suas relações inter-pessoais. Estas relações correspondem a cinco funções: apoio material, afetivo, de interação social positiva, emocional e informação.

⁴ A EPDE tem o propósito de avaliar a sintomatologia da DPP, ou seja, a iniciativa da aplicação ainda na gestação tem o intuito de identificar se os sintomas depressivos estão associados ao parto ou se já estariam presentes na gravidez.

indicadores precoces de problemas para o desenvolvimento infantil de filhos de mães que apresentarem DPP (Fonseca, et. al., 2008).

Ainda com a colaboração da equipe de enfermagem da obstetra do HU (representado na Tabela-1, como momento 2.c), foi coletada amostra de 5 ml de sangue materno, em tubos tipo “*vacutainer*” sem anticoagulante, assim como de saliva do recém-nascido⁵ com a utilização de dispositivos do tipo “*Salivette*” introduzido e mantido por 2 minutos na boca dos bebês. As amostras eram apropriadamente armazenadas e encaminhadas para a equipe da pesquisadora responsável, Marie-Odile Chelini, para análise hormonal⁶ que procedeu à extração para análise hormonal. A hipótese hormonal referente à DPP defendida é que, estando submetidos a maior estresse, os bebês filhos de mães com DPP devem apresentar níveis mais altos de cortisol, estando a DPP associada a essas possíveis características de desequilíbrio hormonal. A colaboração das análises realizadas por Chelini, Viau, Oliveira e Otta (2009), apenas com a amostra dos recém-nascidos, não apresentaram diferenciação entre o nível basal de cortisol salivar, tampouco demonstraram a alteração desse nível, provocado por um estressor médio que evidenciaria uma resposta diferente ao estresse entre filhos de mães deprimidas e o grupo controle. Porém, tal estudo conta, além da coleta descrita na maternidade, com coletas aos 4 meses e aos 3 anos da criança para um aprofundamento que corroboram com estudos que evidenciam os efeitos da depressão materna sobre o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) do bebê.

Para completar as informações referentes ao momento do parto, uma pesquisadora designada pelo projeto aplicava o segundo questionário (representados como o momento 2.b na Tabela-1 e apresentados no ANEXO D), apresentando questões do momento do parto e das primeiras impressões maternas com a chegada do seu filho (Silva, 2008). Tal questionário continha perguntas da percepção do atendimento do HU e a respeito do uso do sistema de registro da certidão de nascimento no próprio hospital. Há também perguntas sobre a percepção materna de apoio, do relacionamento com o companheiro, com demais filhos, familiares e, enfim, com o recém-nascido, assim como a busca de quem a mãe atribui

⁵ A utilização de um método não-invasivo como a coleta da saliva, monitoramento através do cortisol do recém-nascido, é uma maneira encontrada por Chelini e sua equipe para o monitoramento da função adrenocortical.

⁶ As análises foram realizadas no Laboratório de Genética de Desenvolvimento, vinculado ao Centro de Estudos do Genoma Humano do Departamento de Genética e Biologia Evolutiva no Instituto de Biociências da USP.

as características físicas deste (Silva, Viegas & Otta, 2008). Silvia (2008) aponta que, com isso, temos uma possível percepção das implicações esperadas do companheiro: a atribuição das características físicas ao pai é vista por etólogos como uma maneira de buscar o investimento parental⁷ nos cuidados e necessidades da criação do recém-nascido.

2.1.3 Décima a décima segunda semana de vida do recém-nascido.

Da décima a décima segunda semana de vida do bebê, foi aplicada a EPDE que visava a apontar as mães que apresentavam indicadores sintomáticos para um possível quadro DPP (momento 3 da Tabela-1). Essas entrevistas eram agendadas pelo secretariado do projeto, das quais grande maioria foi realizada na UBS (momento ao qual a mãe passaria o filho em acompanhamento pediátrico). Quando era apontado índice para depressão na EPDE (ANEXO E)⁸, a participante era encaminhada a uma equipe de psicoterapeutas do projeto que prestavam assistência em psicoterapia breve, assim como nos casos considerados prudentes, em que o acompanhamento psiquiátrico era realizado pela equipe de assistência social da clínica escola do IPUSP.

A estruturação e a coordenação de uma rede de atendimento do projeto Ipê foram elaboradas pela Professora Vera Silvia Bussab e pela presente mestranda, resultando em parte da metodologia deste trabalho. Contamos com a parceria e colaboração do professor da Clínica do IP Gilberto Safra, que convidou seus alunos de pós-graduação para a formação de uma rede terapêutica, na qual os mais experientes supervisionavam os demais que prestavam atendimento. Foram encaminhadas 55 mães.

A opção do Projeto Ipê em fornecer uma rede de atendimento buscava compensar o fato de nem todas as UBS oferecerem atendimento de saúde mental na própria unidade. E

⁷ Os sintomas aparentemente patológicos da depressão seriam uma forma de informar à mãe que ela está vivenciando circunstâncias custosas para a sua adaptação, modelando sua tomada de decisão a esperar mais investimento do companheiro. A teoria do investimento parental será decorrida na revisão literária: Análises da depressão sob perspectiva evolucionista.

⁸ Em anexo, estão as entrevistas que foram relevantes para a constituição deste mestrado. Há outros questionários que compõem hipóteses relevantes para a realização do projeto temático., mas, que não serão anexados.

também para agilizar o atendimento nas UBS que ofereciam tal serviço, mas que apresentavam limitações devido a demanda populacional superior à capacidade de atendimento, quanto mais com a solicitação de tal espaço sugerido pela equipe do Ipê⁹.

A rede de atendimento organizava-se pela pontuação compatível à DPP na EPDE sendo oferecida pela aplicadora do teste a possibilidade à mãe de um acompanhamento em psicoterapia breve.

A escolha do método de psicoterapia breve ocorre por ser de comum compreensão às diferentes abordagens dos profissionais ligados ao projeto, tendo uma busca de compreensão comum na proposta do acompanhamento dessas mães. Tínhamos a necessidade de um trabalho pontual e limitado como proposto desse tipo de modalidade, mas, como aponta Hegenberg (1999), o trabalho com um tempo determinado não é sinônimo de um mesmo aprofundado. É justamente por esta divergência entre a psicoterapia breve (de ter um olhar aos fatores de risco a DPP em pouco tempo) e entre uma maneira mais aprofundada que se mostrou a mais adequado a proposta do Ipê em trabalhar com um grande volume de casos sem que ficassem esperando por um atendimento a saúde mental, estava saturado na rede publica.

Com a aceitação, a aplicadora da escala realizava um pequeno resumo com os dados como os de identificação, o resumo do relato e a pontuação na EPDE. Estes dados eram encaminhados por via eletrônica para a pesquisadora. Esta, conseqüentemente, era responsável por encaminhar o caso a um terapeuta, conforme a disponibilidade de agenda do profissional e da mãe, bem como a disponibilidade de sala na Clínica escola da USP¹⁰.

Ao término de dez atendimentos, era avaliada a necessidade de um novo encaminhamento (como atendimento familiar, orientação ou até mesmo continuar com um processo de psicoterapia), conforme o apontamento do responsável pelo caso e o leque de possibilidades oferecidas nos serviços da Clínica escola da USP.

⁹ A equipe de saúde mental do CSEB tem uma política de cuidados e assistência à saúde da mulher de maneira permanente, favorecendo, assim, um espaço de atendimento às demandas de violência sexual e doméstica ou às questões materno-infantil, como a DPP.

¹⁰ Ficou contratado que a forma de atendimento seria de competência de cada profissional, que contava com um experiente psicólogo de referência, o supervisor, bem como o apoio para encaminhamento e resolução de necessidades referentes ao caso.

2.1.4. Quarto mês da vida do bebê.

Aos quatro meses, por um agendamento telefônico, feito pelo secretariado do projeto, era realizado o novo contato com a participante. O encontro, portanto, era realizado no IPUSP¹¹, Laboratório de Observação do Comportamento, consistindo em uma filmagem, uma entrevista e a coleta de hormônios.

A filmagem dos quatro meses, no primeiro momento (4.a da Tabela-1) consistiu de uma interação face-a-face, na qual era pedido à mãe que brincasse com seu filho como faria em casa, sem a ajuda de brinquedos. A filmagem seguia as orientações que facilitasse o registro de interações mãe-bebê, prolongando-se por cinco minutos. Após este período, era apresentada uma caixa lúdica com brinquedos correspondentes à idade de quatro meses e pedia-se que continuasse a interação, que decorria por mais dez minutos. Essas filmagens foram analisadas por diferentes pesquisadores com diferentes propósitos, porém a Dra. Vera Regina Fonseca utiliza em seu pós-doutorado o acompanhamento longitudinal dos quatro meses ao trigésimo sexto mês de vida da criança a relação da interação materno-infantil, segundo a micro-análise de filmagens proposta na Escala de Disponibilidade Emocional (EBE) de Biringen, Robinson e Emde (2000)¹², cujo objetivo é de validar a escala para o Brasil, permitindo a avaliação precoce de problemas na interação mãe-bebê com o enfoque na DPP, que pode afetar o desenvolvimento infantil. Outro trabalho realizado com os dados obtidos no momento 4.b da Tabela-1, segundo a interação capturada por filmagem, foi desenvolvido por Felipe (2009). Pelas categorias comportamentais elencadas (olhar; sorriso; toque; verbalização/vocalização; e choro) analisou-se as filmagens em função da presença de indicadores de DPP. Além de também analisar os estilos interativos

¹¹ A direção do projeto, juntamente com a direção da instituição, disponibilizou o espaço físico, consistindo de uma sala para a realização de filmagem e outra para as entrevistas e coleta de hormônio.

¹² Avaliando as dimensões do comportamento materno, segundo a Sensibilidade (expressão e recepção adequadas das emoções por parte da mãe e resposta pronta e flexível às comunicações da criança); Estruturação (capacidade materna de fornecer estrutura de interação na qual a exploração da criança coexista com sua autonomia); Não-intrusividade (estar disponível para a criança sem interferir demasiadamente); e não-hostilidade (comportamento materno disponível, afetivo, paciente e não agressivo). A escala avalia também responsividade da criança à mãe (capacidade da criança de responder às ações da mãe de modo disponível e afetivo). (Biringen et. al., 2000).

maternos (intrusivo, retraído e boa interação) a partir dos protocolos proposto pela pesquisa germânica de Field, Felipe (2009) chegou à conclusão que corroboram com as de Silva (2008), as quais apontam que com menor escolaridade, maior número de filhos e histórico de depressão anterior à gravidez, as mães tinham maiores probabilidades de apresentar DPP. Já com relação à interação materno-infantil, o fato do trabalho de Felipe (2009) não ter apresentado diferenças entre as médias dos comportamentos exibidos pelas díades em função da DPP, a autora aponta que há a existência de mecanismos compensatórios maternos (como “luta contra a indisponibilidade emocional” e “fator de proteção do bebê”). Tal compensação contribui para que as mães com DPP possam interagir adequadamente com seus bebês, apesar de possível limitação. Dessa maneira, a aparente não há diferenciação comportamental entre os grupos de mães. Porém, há apontamentos de indicadores que o comportamento materno das mães com DPP apresenta-se de maneira compensatória; uma falta de adequação e, assim, podendo afetar a formação de vínculo satisfatório.

A coleta hormonal da equipe de Chelini, o ponto 4.b Tabela-1, era realizada em dois momentos: assim que a criança chegasse para a filmagem e após seu término, antes de entrar para a consulta pediátrica. Tal procedimento era realizado para seguir os parâmetros da metodologia necessária para a análise hormonal, seguindo os mesmos princípios realizados na maternidade do HU e mantendo todas as amostras identificadas, encaminhando para a equipe de análise hormonal.

Com a proposta de identificação de fatores de proteção à saúde materna e infantil, visto que a DPP é um importante fator de risco para ambos, a equipe pediátrica elaborou questionários referentes ao desenvolvimento psico-neuro-motor infantil condizente com a idade (momento 4.c na Tabela-1). Tais questionários foram aplicados aos quatro, oito, doze, vinte e quatro e trinta e seis meses (Costa et al., no prelo). A entrevista pediátrica do quarto mês condisse basicamente um acompanhamento da rotina da criança, com informações da sua dieta (Valente et. al., 2009), sono, doenças, juntamente a uma consulta completa pediátrica e a avaliação dos reflexos do recém-nascido.

Com a proposta de ter um acompanhamento da pontuação dada na Escala de Edingurgo e, assim, ter uma perspectiva sobre a reminiscência da sintomatologia para DPP ao longo do acompanhamento materno-infantil do projeto, foi aplicado a EPDE em todas as entrevistas pediátricas subseqüentes. A opção pelo momento da entrevista pediátrica ocorreu pela evidência que, em muitos casos, era no contato com este profissional que as

mães se sentiam mais à vontade. Muitas fizeram colocações sobre seu cotidiano e eventuais dificuldades relativas ao quadro de DPP ou, simplesmente, com os da maternidade, que se tornou um referencial e facilitador para a obtenção de dados da EPDE.

2.1.5. Oito meses de vida de bebê.

Aos oito meses da criança, repetia-se o agendamento por telefone, feito pelo secretariado do projeto, para a realização das filmagens e entrevistas no IPUSP.

A filmagem da interação materno-infantil, representada pelo momento 5.a na Tabela-1, seguia o padrão inicial de quinze minutos de interação livre, acrescentando-se um momento no qual a mãe era orientada a apresentar três cubos com características diferentes (textura, emissão de som e imagens) que eram apontadas ao bebê, com o objetivo de avaliar a influência da mãe no desempenho de atividades com objetos de seus bebês. Esta última atividade foi proposta pela equipe de Resende e Faria (no prelo), a partir de experimento realizado por Lockman e McHale (1989), para comparar díades envolvendo mães deprimidas e não-deprimidas. Segue-se a entrevista pediátrica (5.b na Tabela-1) com dados para a compreensão do desenvolvimento psico-motor infantil, e com perguntas sobre o cotidiano da saúde da criança. Também foi realizada a aplicação da EPDE.

2.1.6. Primeiro ano de vida da criança.

Na filmagem, momento 6.a representado na Tabela-1, foi aplicado o procedimento da Situação Estranha¹³ de Ainsworth (1963) e, na seqüência, observaram-se quinze minutos de

¹³ O procedimento da Situação Estranha consiste em episódios referentes ao tipo de relação de vinculação existente entre mãe e bebê. Inicia-se com a criança e sua mãe em um ambiente experimental a ser explorado com brinquedos. Com a familiaridade da criança ao ambiente, um estranho entra na sala e se aproxima da criança. Por um instante, o estranho permanece no ambiente, junto com a criança e a mãe. Esta, então, deixa a sala sem chamar a atenção e, assim, a criança se encontra com o estranho sem a proteção da mãe. A reação da criança é acompanhada e pode ser

interação livre da mãe e seu filho analisados pela equipe de Fonseca. O procedimento da Situação Estranha foi largamente estudado por Vicente (2009) embasada na hipótese que a forma na qual a interação desenvolvida pela criança estaria relacionada com o tipo de vinculação estabelecida com a sua mãe (como aponta a literatura, nas mães com sintomatologia depressiva o tipo de vínculo pode afetar a vinculação infantil). Os resultados corroboraram os de Felipe (2009) a respeito do tipo de interação diática aos 4 meses, uma vez que, no caso (Vicente, 2009) também não foram constatadas diferenças significativas entre os bebês de mães com e sem DPP no que se refere ao estilo de apego. Vicente (2009) reforça a necessidade de análises mais aprofundadas e diversificadas dos indicativos do desenvolvimento socioafetivo dos bebês, pois diferenças comportamentais importantes nem sempre foram acompanhadas de efeitos nos estilos de apego. Com as interações capturadas pela filmagem, há também, o doutorado de Prado (no prelo), com observação do momento de interação livre da mãe-bebê observando o processo de vocalização e atenção, em especial a compartilhada, comparadas com dados colhidos das mesmas crianças com três anos de vida.

Ao término das filmagens, era realizada a entrevista pediátrica (momento 6.b da Tabela-1), sobre aspectos da saúde infantil como a qualidade de sono, da alimentação e da saúde, assim como avaliações do desenvolvimento psico-neuro-motor, das aquisições motoras na fala, nas realizações autônomas de tarefas e sociabilidade, seguida de nova aplicação da EPDE.

2.1.7. Segundo ano de vida da criança.

O próximo contato com a díade participante ocorreu aos dois anos de idade, seguindo os procedimentos de filmagem (momento 7.a) e de entrevista (momento 7.b). Após 15 minutos de interação livre da mãe-filho com uma caixa lúdica, o experimentador instrui a mãe para responder um questionário Modified Checklist of Autism in Toddlers (M-CHAT) de Robins, Fein e Barton (2001). Enquanto isso, a criança era avaliada com o experimentador

adversa, em que se observa a relação com o tipo de apego que ela desenvolve com o elemento estranho, bem como também se observam as reações da criança e da mãe, quando esta retorna à sala (Ainsworth, 1963)

quanto: 1) ao reconhecimento físico infantil no espelho; 2) à cooperação; e 3) aos efeitos da própria preferência e da do outro nos comportamentos de oferta de doces (Fonseca, 2008). Seguem-se dois experimentos propostos por Stobäus (no prelo), com o objetivo de avaliar a cooperação das crianças a outros adultos, segundo quatro categorias desenvolvidas por Warneken e Tomasello (2006): situação fora do alcance, situação resultado errado, situação obstáculo físico e situação objetivo errado. Há também a análise das filmagens do procedimento Teddy Bear (Rios, no prelo) para análise da empatia.

A entrevista dos dois anos em seus aspectos pediátricos, em essência, avalia desenvolvimento psico-motor, hábitos da criança, tipo de alimentação, de sono, bem como de interação. É feita aplicação da EPDE (momento 7.b na Tabela-1).

2.1.8. Terceiro ano de vida da criança

Uma coleta de saliva da criança para análise hormonal (ocasião 8.a da Tabela-1) era realizada em dois momentos: assim que a mãe e seu filho chegassem para a filmagem e após seu término, antes de entrar para a consulta pediátrica (trabalho de Chelini).

No procedimento de filmagem (momento 8.b da Tabela-1), incluem-se 15 minutos de interação livre entre mãe-filho seguido pela participação do experimentador. Seguem-se avaliações pela experimentadora da capacidade de compreensão de intenções pela criança, através de análise de histórias (Fonseca, 2008) e com observação do processo de vocalização, atenção e atenção compartilhada da criança (Prado, no prelo)

Na entrevista com as mães, arrolam-se informações pediátricas e são feitas a aplicação de questionários a respeito dos sistemas de cuidados parentais desenvolvidos por Heidi Keller (Felipe, no prelo) e a aplicação da EAS (Silva, no prelo). Felipe (no prelo) busca uma comparação longitudinal e intercultural entre o tipo de interação materno-infantil entre díades brasileiras e alemãs. Keller identificou seis sistemas de cuidados parentais típicos e universais: “Cuidado primário”, “Contato corporal”, “Estimulação corporal”, “Estimulação *via* objeto”, “Interação face-a-face” e “Envelope narrativo”. Silva (no prelo) reaplica a Escala de Apego Social como forma de ter um acompanhamento longitudinal do apego materno na gravidez e depois com seu filho aos três anos de idade. É importante ressaltar que as mães que apresentaram ou ainda apresentam queixas quanto à relação materno-infantil são encaminhadas para o núcleo APOIAR na Clínica Escola da USP.

2.2. O projeto deste mestrado: entrevistar e analisar as falas de mães do projeto Ipê que apresentaram pontuação elevada dos indicadores de DPP elencados pela EDPE.

Através de literatura sobre a temática da DPP e, principalmente, pela vinculação e acompanhamento de pesquisas já realizadas no Ipê, surgiu a necessidade de aprofundar a compreensão da maneira como a DPP aparece nos relatos das participantes. No contexto do que se sabe sobre a DPP como um quadro multideterminado mostrou-se muito oportuna a possibilidade de uma escuta às mães, por mim, que tive uma atuação direta na coordenação da equipe de terapeutas, cuidando do primeiro encaminhamento e do acolhimento das demandas de cada caso, era comum deparar-me com as histórias vivenciadas, que muitas vezes apareciam em dados mais concretos nas respostas dos questionários, com maiores especificidades. Algumas afirmações iniciais, sugestivas de uma determinada conclusão, poderiam ser entendidas de forma diversa com informações adicionais. Por exemplo, a resposta de uma das mães referindo não esperar e nem desejar a gestação, (da primeira entrevista), poderia levar à conclusão que esta mãe não quer mais ter filhos. Porém, uma escuta aprofundada mostrou toda a complexidade envolvida na resposta, sugestiva de conclusão diversa da primeira: embora o casal desejasse sim mais um filho, a mãe tinha uma preocupação com o Gênero da criança, pela expectativa paterna de querer um menino. A gravidez remetia a mãe a uma situação de estresse, ainda mais com a notícia que seria uma outra menina.

Em um projeto temático que se propõe a pesquisar as causas multifatoriais da DPP e as suas conseqüências uma exploração qualitativa dos dados pode complementar a exploração objetiva (pela aplicação de questionário fechado), em prol de um entendimento global da DPP.

Este estudo visa contribuir para o projeto temático com a assistência no puerpério através da escuta das vivências maternas, pois mesmo que as alterações emocionais sejam esperadas e reconhecidas como típicas do período, as mães necessitam de acompanhamento e atenção, quer seja na prestação de cuidados ou na realização de atividades educativas. Como colocado anteriormente, cada uma das relações materno-infantil é singular: vide, por exemplo, que nas mesmas condições, algumas mães desenvolviam mais sintomas depressivos que outras. Para entender melhor estas especificidades, optou-se em analisar os relatos das mães que se apresentavam mais

necessitadas de um acompanhamento terapêutico. Tais participantes, muitas vezes, apresentam situação de vulnerabilidade social muito semelhante, porém algumas demonstravam maior desorganização, associada com intercorrências ao cuidado e à atenção ao recém-nascido, vividas como insatisfatórias.

Schwengber e Piccinni (2003) discutem que o quadro de DPP pode ser de difícil percepção. Nesse período, a insegurança, a angústia e a tristeza da mãe tendem a ser minimizadas, devido aos cuidados intensivos dispensados ao bebê e pela questão social e moral vigente. A sociedade tende a considerar este período, como uma fase de muita alegria e disponibilidade. Assim sendo, dita que o papel materno já está estabelecido, e não em formação. Porém, a sutileza da sintomatologia materna, no entanto, não minimiza suas implicações na relação da díade mãe-bebê, onde mesmo as formas mais brandas de depressão materna, podem afetar o bebê. O recém-nascido reage a prejuízos na contingência do comportamento materno, revelando ampla dependência relativa à sua mãe. Apoiando no pensamento de Silva (2008) que aponta que apesar de ter sintomatologias semelhantes nos casos de depressão é possível que haja diferenças em seu conteúdo se comparados no puerpério com outro momento da vida da mulher. Desta, maneira, ter o contato com o conteúdo relatado se faz importante para um aprofundamento e contestação das possíveis diferenciações de um caso de depressão em qualquer momento da vida e a no pós-parto.

Este ensaio tem foco na compreensão dos conteúdos vivenciados - através dos relatos de cada um dos casos selecionados. Há, neste mestrado, um olhar ao próprio relato de algumas participantes, a ser conjugado com o levantamento quantitativo de Silva (2008). Desta maneira há necessidade de um estudo como o proposto, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que segundo Bardin (2002), com o método da análise de conteúdo, baseia-se no fato de que o conhecimento a respeito dos indivíduos somente é obtido através da descrição e categorização da experiência humana da forma como é vivida e definida pelos próprios sujeitos. Logo, o estudo visa obter depoimentos sobre a vivência das mães que sintomatologicamente apresentaram maior número de queixas em relação a DPP, segundo a EPDE. A proposta é uma pesquisa de levantamento de dados, pelo discurso, sobre a vivência materna de mães potencialmente com DPP, quanto à sua percepção referente a experiências sociais, cuidados com o filho, atenção do seu grupo social, questões psíquicas e ao seu estado mental. Pretende-se usar, para isso, uma metodologia que permita que as mães falem de si de forma a favorecer o relato e, assim, aproximar de suas experiências.

A partir dessas inquietações, foi possível estabelecer como problema deste estudo a forma que as mães com sintomatologia depressiva mais acentuada vivenciam o período pós-parto, buscando as ocorrências de alterações emocionais e a maneira como estas interferem em sua vida, principalmente nos aspectos materno-infantis.

Diante da problemática apresentada, delimitou-se como objeto do estudo é a aproximação das características comuns dos relatos das mães com sintomatologia depressiva mais acentuada diante de alterações emocionais no período pós-parto. A questão norteadora deste estudo é: "Como as mães vivenciam as ocorrências de alterações emocionais no período pós-parto?".

Passaremos para a revisão da literatura como base para o entendimento do que seria este quadro no momento do pós-parto materno. Para tanto, descreveremos, no capítulo inicial, os cuidados maternos no pós-parto para, em um segundo momento, descrever o as implicações do humor depressivo no pós-parto.

3. Cuidados maternos no parto e no pós-parto

3.1. Gestação

As mulheres sempre tiveram de administrar aspectos relacionados com a subsistência, sexualidade e maternidade (Bussab, 2002). A situação da maternidade é um dos momentos ao qual a mulher encontra-se tendo que administrar os demais aspectos, uma vez que são exigidas mudanças definitivas em diversos contextos da vida feminina já que ao ter um filho “tornando-se” mãe é um fato concomitante e irremediável.

Com a notícia da gravidez, não é estranho termos relatos da futura mãe ou até imaginarmos como será a vida dessa mulher com a chegada do filho (Arrais, 2005). Em cada gravidez, há um contexto único permeado de expectativas, mas é certo que, independente das mudanças e de seu impacto, elas ocorrerão. E acabam por ser muitas: passando pelas transformações fisiológicas, como exemplificados por Bussab (2002) com relação aos novos percursos neurais cerebrais, como também em suas relações sociais, das mais íntimas àquelas que se referem ao seu trabalho (Simões, 2006) Sem falar nas suas relações (Arrais, 2005).

Fica evidenciado que gestação é um dos principais ciclos da saúde feminina, exigindo necessidades e cuidados especiais (Bee, 1996). Essa passagem, de mulher-fértil para grávida, envolve a redefinição de propósitos da vida feminina e, assim, há ambivalência (Arris, 2005; Bussab, 2002) que, juntamente com a sua capacidade de resiliência (Maldonado, 1997), constituem a maneira como a mulher lida com a chegada de seu filho.

Na preparação para a maternidade, busca organizar-se e perceber-se como tal até o nascimento o mesmo (Bee, 1996), e, embora a gestação seja um evento biologicamente natural, cada gravidez é vivida à sua maneira (Sameroff, 1978).

Os nove meses de gestação são um período útil e suficiente para que ocorra uma transformação importante na mulher, de forma que ela passe de um tipo de *egoísmo para*

outro; a preocupação por si mesma estende-se para um outro ser, que em alguns meses estará sob sua responsabilidade (Winnicott, 1996). Brazelton (1988) complementa que o possível sonho de ser mãe e a disposição em assumir absorverá grande parte do tempo da gravidez, uma vez que o poder de gerar um filho carrega para a mulher uma gama de sentimentos com a sua percepção da maternidade.

Na gestação, todas as mulheres convivem com a questão de gerarem dentro de si mesma um novo ser. Essa condição é capaz de trazer mudanças no próprio corpo, assim como na afetividade, habilidades, competências e expectativas (Hiltunen, 2003; Lima, 1999; Viegas et. al., 2008; Zelkowitz et. al., 2004). Estar grávida não é um evento isolado. A confirmação deste estado traz rearranjo por si só, pois vários fatores podem ser retomados a nova perspectiva, na qual os contextos social, econômico, cultural e emocional influenciam diretamente na forma como a mulher irá vivenciar esse momento (Klaus, Kennell & Klaus, 2000). Sendo assim, essa situação inusitada de contigüidade e desconhecimento sobre o novo ser promove fantasias e desejos referentes ao bebê, além do desenvolvimento de expectativas relacionadas ao papel de mãe.

Não é apenas na vida da mulher que, mesmo antes de nascer, o bebê determina grandes ou profundas mudanças. Tais alterações também acontecem em seu entorno, ou seja, nas relações com seu companheiro e demais pessoas envolvidas (Stern, 1997). Antes mesmo de ocorrer o encontro do bebê com sua família o núcleo familiar próximo também vivencia fantasias e desenvolve expectativas relacionadas com o ser gestado (Klaus et. al., 2000). Os valores e desejos familiares estão presentes na gestação e acompanham os primeiros anos de vida da criança (Sameroff, 1978).

Apesar da gestação do bebê determinar mudanças importantes na família, é aquela que gera que, geralmente, mais intensamente se vincula às representações do bebê desconhecido. Isso é por ser a que carregou em seu corpo, passou por mudanças hormonais e se vinculou; com o parto, repentinamente, mãe e bebê são separados e todo o preparo da gestação chega ao fim. Dá-se início a uma nova fase, constituída pela presença do *desconhecido bebê real*; observa-se em maior ou menor grau a *sensação de esvaziamento* vivido pela puérpera, o que é considerado como um fato relacionado à realidade emocional feminina (Guedes-Silva, Ramos-de-Souza, Moreira, & Genestra, 2003).

A chegada de um novo membro à família, de acordo com o senso comum, assim como na maioria das vezes, denota alegria e euforia vivenciadas pelas novas mães, seus familiares e amigos. Contudo, muitas mulheres, durante o pós-parto, vivenciam um estado

depressivo esperado, mas, que se cronicado é preocupante. O estado depressivo esperado não é claro, apresentando-se em várias possibilidades, porém, é caracterizado pelo sintoma de tristeza associado a outros incapacitantes. Além de atingirem a puérpera em si (Figueredo, 2000), os sintomas podem representar um transtorno capaz de refletir na interação da díada (Brazelton, 1988; Klaus et. al., 2000) já em seus momentos iniciais (Fonseca & Otta, 2008), apresentando conseqüências para a vida inicial do bebê (Frizz & Piccinini, 2005; Schwengber & Piccinini, 2003; Viegas et. al., 2007). Em relação à sintomatologia depressiva, trabalhos de metanálises (como o de Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004) apontam que os sintomas que caracterizam a depressão no período gestacional são associado a maior possibilidade de se decorrer e instalar como à DPP. Sendo assim, a possibilidade dos efeitos adversos destes quadros de depressão após o parto para a mãe, para a criança e para o núcleo familiar como um todo recomenda a prevenção e intervenção precoce pelos serviços de saúde (Armstrong, Fraser, Dadds & Morris, 1999; Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Roge & Mullet, 2002; Fisher, Feekery & Rowe-Murray, 2002; Guedes-Silva et. al., 2003; Lee & Gay, 2004; Sharma & Mazmanian, 2003; Sichel, Cohen, Robertson, Rutenberg & Rosenbaum, 1995; Wisner, et al., 2004; Zinga, Phillips, & Born, 2005; Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein & Howard, 2001).

Acometida desse quadro de depressão, a mãe, em geral, torna-se menos responsiva, podendo apresentar prejuízo nos cuidados e, desta forma, incorrendo na possibilidade da interação com o bebê se tornar inadequada. (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005). Os sintomas de depressão interferem em todas as relações interpessoais, e, de forma especialmente preocupante, interferem na relação de cuidado e dependência da díade (Felipe, 2009). Como conseqüência dessa possível falta no desenvolvimento da interação da mãe e seu bebê, acarreta-se o prejuízo na forma deste interagir, apreender e relacionar com o ambiente e demais indivíduos.

3.2. Disponibilidade para a maternagem

O pós-parto (puerpério ou sobreparto) inicia-se no momento em que cessa a interação hormonal entre o ovo e o organismo materno. Já seu término não é tão demarcado, pois corresponde à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas.

A literatura usualmente utiliza o tempo para determinar um período extenso que, geralmente, inicia-se após o nascimento, mas não é muito determinado o término, que muitas vezes, associa-se, nos estudos da DPP, à correspondência da sintomatologia do quadro (Robertson et al. 2004; Silva, 2008; Zanotti, Saito, Rodrigues, & Otani, 2003). A OMS (2002) considera que, nas puérperas que não amamentam, poder-se-á determinar o fim do puerpério com a primeira ovulação após 6 a 8 semanas do parto; já as que amamentam, considera-se o fim do puerpério quando ocorre a retomada da ovulação, processo ao qual a lactação está relacionada.

Paiva e seus colaboradores (1989) afirmam que o puerpério não se caracteriza apenas pelos fenômenos involutivos e de recuperação da genitália, mas também pelas alterações gerais que envolvem o retorno do organismo materno às condições pré-gravídicas, provocando na mulher mudanças bruscas e intensas que poderão estar relacionadas à auto-imagem, ao papel social desempenhado até então, ao ritmo e à rotina familiar entre outros, para os quais a mulher terá que desenvolver um mecanismo de adaptação. Citam ainda que os objetivos da assistência da equipe de saúde devem estar voltados para o atendimento das necessidades básicas da puérpera relacionadas com fenômenos involutivos experimentados pelo organismo e com o desenvolvimento de habilidades para tomar conta de seu filho.

O puerpério é um período bastante vulnerável à ocorrência de desorganização emocional, nomeada pelos autores de crise devido às transformações que ocorrem no âmbito mulher-mãe, desencadeadas pelo nascimento do bebê, já que, apesar de reconhecerem as condições especiais nas quais a mãe se encontra enquanto pessoa e mulher, o enfoque é o bebê, como será decorrido, no subtítulo que se segue, de tal forma que o bem estar materno é associado com a possibilidade de cuidados mais efetivos ao bebê. Assim, a mãe que se encontra em melhores condições emocionais, com o fim do puerpério, está em condições de exercer a maternagem mais efetiva, dado que o período pós-parto exige adaptação por parte da mulher, envolvendo a integração de sentimentos, crenças e valores (Azevedo, et.al., 1983).

A maternagem não é um momento ao qual a mulher simplesmente assimila e adota conhecimentos e comportamentos desejáveis para o cuidar de si mesma e do seu filho

(Kimura, 1999). A vivência da maternidade é algo relacionado com as experiências da mulher, realizando-se paralelamente a outras dimensões da vida feminina influenciando e sendo influenciada, conforme a condição vivida por ela.

Barclay e seus colaboradores (1997), em estudo realizado sobre a maternidade, falam sobre o processo de mudança experimentado pela mulher explicando os fatores que mediam as experiências do tornar-se mãe. As transformações são intensas e têm grande impacto sobre sua vida. A percepção deste processo deve ser aprendida. A mulher deve compreender as dificuldades que está enfrentando e desenvolver estratégias para superá-las.

Mulheres verbalizavam não estar preparadas para assumir o papel de mãe e estar em estado de esgotamento, devido ao cansaço físico e mental pelos afazeres assumidos, pela incerteza e devido ao processo de constante aprendizado. A solidão foi outro sentimento verbalizado por elas, sendo considerado mais proveitoso do que negativo. Foram também identificados sentimentos ambivalentes de solidão, contrastados com os de apoio, e sentimentos de perda da liberdade, da independência, do controle sobre sua própria vida, da perspectiva do estilo de vida a ser alcançado, do reconhecimento social, do senso de si mesma e da individualidade, contrastados com os de ganho de experiência de vida, de habilidades e de autoconfiança (Barclay et. al, 1997).

Silvia (1988) descreve que o tornar-se mãe é um ritual de transição e envolve uma reorganização da mulher. Esta nova situação pela qual a mulher passa exige um lento e gradual processo de incorporação à nova condição. Para criar e compreender o bebê, a mãe se vê forçada a um processo regressivo em relação a sua própria lactação. Essa regressão se dá com a identificação da sua própria experiência de lactação fazendo-a colocar-se à disposição do seu bebê, o que gera conflitos com a necessidade de continuar desempenhando o costumeiro papel familiar e social. Se acrescentarmos a isto, por exemplo, a expectativa em torno da amamentação como aponta Soifer (1980) – como poderia ser a outros aspectos como o cuidado com o sono ou a qualidade dos detritos corpóreos ou, ainda ao ganho de peso – poderemos compreender que não são fáceis os dias que se sucedem ao parto. Citando os aspectos emocionais do puerpério, Figueredo (1993) afirmam que, neste período, tanto as transformações fisiológicas quanto as psicológicas são consideradas normais. No entanto, Maranhão (1990) comenta que tais transformações, aliadas às novas responsabilidades da mãe, colocam-na numa situação de vulnerabilidade a agravos físicos e psíquicos, exigindo uma atenção especial à puérpera. A

vivência do puerpério pode variar conforme as experiências da mulher: da gravidez, de ser mãe (ter tido filhos anteriormente), da sua própria infância, da sua relação com seus pais, bem como com o pai da criança (Ziegel, 1985). Para Delascio e Guariento (1981), existe com frequência certa labilidade no comportamento psíquico da puérpera; porém, afirmam que, geralmente, a alegria por ter tido um filho, principalmente se este for sadio acabam por determinar um estado de tranqüilidade e felicidade. Para Ferrari (1994), a concepção, a gestação e o nascimento de um novo ser é um processo desorganizador por si só ao qual a família se propõe e devido ao próprio nascimento deste novo ser há a necessidade de organização. O puerpério, tal como a gravidez ou o parto, não existe como fenômeno isolado. Todos fazem parte do processo maternidade/paternidade. Com esta afirmação, entendemos que o autor manifesta a sua preocupação com a fragmentação do processo reprodutivo, quando a ciência o define e o divide em períodos específicos sem, no entanto, buscar o olhar profissional para o todo. A separação entre a mulher e seu ambiente, sua casa, sua família e, ainda por cima, seu bebê, é um dos principais fatores responsáveis pela DPP. Esta, segundo Canela (1980), pode ser praticamente inexistente em muitas mulheres, mas, em algum grau, acontece com a maioria.

3.3. Vinculação materno-infantil

É um consenso que os pais/cuidadores possibilitam o desenvolvimento que englobam os aspectos sócio-relacional de seus filhos (Bowlby, 1984; Brazelton, 1988; Felipe, 2009; Klaus et. al., 2000; Piccinini et al., 2001; Schimidt, Piccoloto, Muller, 2005; Spitz, 1996; Maldonado, 1997; Tronick e Weinberg, 1997; Vicente, 2009). E, ainda, a mulher (que gerou além de poder oferecer a alimentação mais adequada ao filho, com a amamentação exclusiva do recém-nascido) tem a possibilidade de ter o referencial ao bebê de cuidado (Maldonado, 1997). A possibilidade de prover cuidados aponta que há a base para a relação pais-filho na qual, pelo colocado, a mulher é peça fundamental para a vinculação com a criança e esta com o mundo (como apontado por Brazelton, 1988).

Estamos enfatizando a figura da mulher, já que se trata de um estudo da DPP materna e, assim, podemos colocar ênfase na maternagem da mãe, mas, esta maternagem pode ser exercida por outras figuras vinculadas à criança. Embora o cuidado com o bebê

seja esperado vindo da mãe, também pode ocorrer vindo de outros cuidadores que estejam de alguma forma ligado à vida da criança.

Com isso, a mãe que sofreu as maiores alterações corporais para gerar (tendo consequências hormonais, físicas, psicológicas, sociais entre muitos outros aspectos) encontra-se ainda responsabilizada em prover a formação do vínculo. Colocações estas apontam que o bem-estar materno neste momento é fundamental para o cuidado com o recém-nascido.

A atitude emocional da mãe e seu afeto orientam o bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência, já que os seus aparelhos perceptivo e sensorial não estão maduros (Spitz, 1996). Os humanos são os animais que desenvolvem a relação de apego de maneira mais tardia. Essa peculiaridade está relacionada com o fato que, diferente dos demais, a maioria das mães humanas não carrega seus filhos com contato contínuo com a pele de seu corpo, comportamento muito comum em outras espécies, nas quais parte do desenvolvimento inicial do recém-nascido ocorre agarrado aos pêlos de sua mãe. O que nos permite dizer que o bebê humano tem um período de vinculação mais delicado é a possibilidade para tal, que depende de momentos mais específicos e, assim, as expressões e a disponibilidade para estas se tomam fundamentais (Bowlby, 1984). Tronick e Weinberg (1997) são os primeiros autores a apresentarem estudos significativos sobre a co-regulação diática, constatando a maturidade do sistema nervoso central (SNC) do bebê e, assim, a aquisição de comportamentos cada vez mais complexos, que é uma das facetas necessárias para o processo comunicativo bidirecional. Fica evidenciado pela literatura apresentada que a criança tem, precocemente, a capacidade para realizar uma relação bidirecional pais-bebê. Esta capacidade atrelada à disponibilidade dos pais ou cuidadores terá a disponibilidade para a relação. O adulto que cuida, geralmente a mãe, tem tendências intuitivas para processar informações que partem do comportamento dos bebês, mantendo da interação. Há, com isso, a relação da mãe-filho, que estabelece uma série de interações e, assim, a aquisição de repertórios de expressão e de comunicação.

Para o bom desenvolvimento destas capacidades do bebê devem estar preservadas suas habilidades responsivas e a mãe com boas condições para ser este referencial (Felipe, 2009; Piccininiet al., 2001; Schimidt et al., 2005; Vicente, 2009).

A ligação afetiva é o vínculo que uma pessoa é capaz de estabelecer com outro indivíduo específico (Brazelton, 1988). Vale lembrar que as primeiras relações entre mãe e bebê são os protótipos de todas as relações sociais futuras. O apego dos pais para com seu

novo bebê não é instantâneo e automático após o nascimento. O vínculo deve ser visto como um processo contínuo, para o qual existe predisposição natural e que depende de uma série de circunstâncias para o seu desenvolvimento.

A teoria da vinculação afetiva é designada, segundo Bowlby (1984), como um modo de conceituar a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afetivos uns com os outros. Além disso, a vinculação afetiva também explica as múltiplas formas de consternação emocional e perturbação da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional, a que a separação e perda involuntária dão origem. De acordo com o autor (Bowlby, 1984), o apego é conceituado como um vínculo do bebê para com sua mãe. Porém, o termo pode ser empregado de uma forma mais ampla, constituindo um vínculo nas duas direções: bebê-mãe e mãe-bebê (Klaus et. al., 2000).

A importância da vinculação materno-infantil passa pela compreensão desta interação inicial e, assim, pela disposição diática, ou seja, se uma mãe não está disponível para esta relação, por exemplo, há conseqüências para a vinculação. Uma das possibilidades de indisposição para esta relação é uma mãe acometida com a DPP.

A DPP compromete a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, determinando que não seja adequadamente responsiva à criança, pela falta de contingência, de engajamento e de trocas entre a díade (Guedes-Silva, et. al., 2003). Esta mãe que apresenta transtorno de humor está fragilizada, o que pode torná-la menos disponível para uma relação de maternagem, implicando complicações para a vinculação materna-infantil. É neste momento, de fragilidade, que essa mulher deprimida se encontra, tendo que se haver com as solicitações de um ser que depende dela para o crescimento e formação.

Dessa maneira, passaremos para uma revisão da literatura do transtorno de humor, buscando a compreensão do quadro de depressão e suas possíveis especificidades no momento do pós-parto. Na sequência, voltaremos a pontuar as possíveis complicações para a interação materno-infantil de mães acometidas com a DPP.

4. Transtorno do humor depressivo

Experiências que se caracterizam por um humor negativo podem vir a ser combinadas com outras características, tais como pessimismo, reduzido de energia e/ou redução de sentimentos de prazer e/ou motivação. Embora estes sentimentos possam ser desagradáveis, é sabido que irão passar dentro de um período restrito. Em contraste à transitoriedade do humor deprimido, a síndrome de depressão é caracterizada pela persistência dos sentimentos depressivos e as características associadas ao longo do tempo (APA, 2000; Geerts, 1997). O conceito de depressão clínica é heterogêneo, tanto em suas características quanto em seu curso. Dentro do contexto de depressão clínica, as características distintivas são a gravidade da depressão (leve, moderada ou grave), associadas características especiais (por exemplo, sintomas psicóticos, agitação e retardo ou estupor), o curso de depressão (bipolar ou unipolar) e da etiologia (reativa ou endógena). Além disso, a depressão clínica pode co-ocorrer com outras formas de psicopatologia, como Transtorno de Ansiedade (Almeida, Dratcu & Laranjeira, 1996).

A literatura apresenta controvérsias sobre a caracterização do transtorno de humor e as flutuações do estado desse humor. Porém, os estudos são unânimes ao descrever uma série de sinais e sintomas indicativos de um estado patológico, através dos quais se caracteriza o diagnóstico psiquiátrico (Almeida, et. al., 1996 e; APA, 2000).

O termo “transtorno do humor” é aplicado a quadros nos quais há uma condição clínica que apresenta polarização de humor depressivo e ansioso (Almeida et. al., 1996). Focar-nos-emos no humor depressivo que engloba uma série de distúrbios psicopatológicos, que diferem conforme a sintomatologia, gravidade do curso e prognóstico (Almeida et. al., 1996); focalizaremos mais especificamente os que podem estar relacionados a um transtorno de humor depressivo após o parto (Beck e Driscoll, 2006; Cruz; Simões & Faisal-Cury, 2005; Moraes et al., 2006; O’Hara, 1997; Robertson et al., 2004; Schmidt, Piccoloto e Muller, 2005; Silva, 2008; Skazufka, 2000). Para tanto, daremos uma visão geral da Depressão Maior, para depois contextualizarmos a DPP.

4.1. Transtorno do Humor: a Depressão Maior

Começaremos com a Depressão Maior (DM) definida na Classificação de Doenças Mentais da Associação Norteamericana de Psiquiatria (DSM-IV) (DSM-IV, 1994) como um dos possíveis quadros associados ao Transtorno de Humor. A depressão é um distúrbio de humor altamente incapacitante com alta prevalência na população geral (Bahls, 2005). Segundo a APA (2000), a DM é classificada como um transtorno de humor de intensidade moderada a severa, caracterizado por determinados sintomas (OMS, 1997). O diagnóstico da DM é realizado pela presença de, no mínimo, cinco dos sintomas (apresentados na Tabela-2), sendo que pelo menos um deles deve ser *tristeza* ou *diminuição do interesse e/ou prazer em quase todas as atividades*. Esses sintomas devem permanecer por pelo menos duas semanas, causando sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento social/ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2000).

Conforme supracitado, a depressão é uma doença de alta prevalência na população geral, responsável por causar grande sofrimento nos portadores e familiares (Bahls, 2005). É altamente incapacitante e apresenta elevado índice de mortalidade, uma vez que é considerada a principal causa de suicídios (APA, 2000), tornando-se um importante problema de saúde pública, agravado pela dificuldade diagnóstica médica e pela dificuldade do próprio portador para reconhecer esse quadro. Com o diagnóstico, muitas vezes tardio, os indivíduos acometidos pelo distúrbio acabam como vítimas dos paradigmas e preconceitos que cercam o fenômeno em questão (Bahls, 2005). No entanto, apesar de ser um distúrbio persistente e altamente incapacitante, felizmente é tratável com o acompanhamento de profissionais especializados e a utilização de medicamentos (Zanotti, et. al., 2003).

A DM é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens (DSM-IV, 1994). Dessa maneira, ocorrências vivenciadas em situações especiais do ciclo de vida feminino (exemplo, infância e pós-parto), merecem uma análise mais aprofundada, uma vez que podem se constituir como fenômenos específicos, merecendo, da mesma maneira, tratamentos específicos (Wannmacher, 2004).

Tabela 2- Características da Depressão Maior segundo o DSM-IV.

Síndrome depressiva maior é definida conforme o critério A, adiante:

A. Pelo menos cinco dos seguintes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de 2 semanas, representando uma alteração no funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é: (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. (Não incluir sintomas claramente devidos a uma condição física, delírios ou alucinações incongruentes com o humor, incoerência, ou associações desconexas.)

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicado por relato subjetivo ou observação alheia.
- Interesse ou prazer marcadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase diariamente (indicado por relato subjetivo ou observação alheia de apatia na maior parte do tempo).
- Perda ou ganho de peso significativos, na ausência de dieta (p.ex., mais de 5% do peso corpóreo em 1 mês), ou diminuição ou aumento do
- apetite quase diariamente.
- Insônia ou hipersônia quase diariamente.
- Agitação ou retardo psicomotor quase diariamente (observados pelos outros, não meros sentimentos subjetivos de inquietação ou de lentidão).
- Fadiga ou perda de energia quase diariamente.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (podendo ser delirantes) quase diariamente (não mera auto-reprovação ou culpa por estar doente).
- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase diariamente (tanto por relato subjetivo como por observação alheia).
- Pensamentos recorrentes de morte (não mero temor de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos, tentativas de suicídio, ou plano específico para cometer suicídio.

B. Não preenche critério para episódio misto.

C. Os sintomas causam desconforto clínico significativo ou comprometem o desempenho social, ocupacional, ou outras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sintomas não são devidos ao efeito fisiológico direto de substância (ex: abuso de drogas, medicação) ou à condição médica do paciente.

E. Os sintomas não são mais bem explicados por luto, isto é, não aparecem após perda de ente amado, os sintomas persistem por pelo menos 2 meses ou são caracterizados por comprometimento funcional acentuado, preocupação mórbida de pouca valia, ideação suicida, sintomas psicóticos, ou retardo psicomotor.

Porém, no DSM-IV não há um quadro específico para depressão no momento do pós-parto já que as características sintomáticas deste momento não satisfazem aos critérios para serem classificadas de um modo singular. Entretanto, em 1993, com a publicação da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), especifica os transtornos associados ao puerpério típicos quando se estabelecem por volta de seis semanas após o parto. Além disso, classifica-os como “F53 -Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério”. Segundo a APA (2000), a DPP é um distúrbio do humor de grau moderado a severo, clinicamente identificado ao Episódio Depressivo, tal como descrito no DSM.IV e no CID.10, com início dentro de seis semana depois do parto. O assunto da especificidade da Depressão Pós-parto ainda não está definitivamente estabelecido.

Apesar do DSM-IV (2002) não diferenciar a DM da DPP, os autores e pesquisadoras as diferenciam. Consideram que não se trata apenas de um quadro depressivo num momento de vida, mas que as mudanças corpóreas, psíquicas, hormonais e sociais do pós-parto podem acarretar mudanças na emocionalidade e na habilidade da mãe como cuidadora, relacionadas à depressão (Robertson et al. 2004; Silva, 2008; Zanotti, et al., 2003).

5. Transtornos mentais associados ao puerpério.

Mulheres em idade reprodutiva são particularmente de risco para transtornos do humor (APA, 2002), com a maior prevalência destes na gestação, maternidade e puerpério, pelo que a percepção da sintomatologia e diferenciação dos diversos quadros psíquicos de depressão após o parto passa a ser fundamental (Almeida, et. al., 1996). Robertson et al. (2004) também apontam que episódios depressivos graves têm gerado demanda por hospitalização mais comumente no puerpério.

Pelas mudanças ocorridas que se refletem diretamente na saúde mental da mãe e/ou da criança e, até mesmo, da díade como um sistema de relações de dependência, a gestação e o puerpério merecem atenção especial (Robertson et. al., 2004).

Os quadros de DPP podem ser agrupados em quatro categorias: melancolia pós-parto, psicose, depressão pós-parto (Felipe, 2009; Silva, 2008; Zanotti et al., 2003) e disforia do pós-parto (Almeida et. al., 1996), conforme especificidade quanto à intensidade da sintomatologia, gravidade de seu curso e prognóstico (Almeida et. al., 1996), que serão apresentados a seguir, com ênfase nos possíveis prejuízos para a relação mãe-bebê. Há essa diferença que pela vinculação diática há de ser levada em conta a necessidade e a forma de acolhimento, buscando intervenções que considerem tal vinculação (Felipe, 2009; Silva, 2008; Vicente, 2009). Vemos que o termo que referencia as mudanças de humor para depressivo após o parto é utilizado para múltiplos quadros.

A seguir, serão descritos os distúrbios de humor depressivo no pós-parto, separados conforme sua intensidade e sintomas. Uma vez que a literatura aponta que a prevalência e risco à saúde mostram valores entre os dos quadros do pós-parto (Murray & Cooper, 1997).

5.1 Melancolia pós-parto.

O *baby blues* ou melancolia pós-parto é uma condição normal, benigna, relacionada às mudanças dramáticas que ocorrem após o parto. Atualmente, na CID-10, a tristeza pós-parto pode ser incluída entre os transtornos de ajustamento (APA, 2000), com prevalência de 30-75% nas novas mães (Cantilino, 2003). O autor ainda discute que a escolha dos critérios diagnósticos poderia explicar a variação da prevalência.

Melancolia pós-parto costuma acometer as mulheres nos primeiros dias após o parto, com pico no quarto ou quinto dia de vida do bebê, e remissão espontânea, no período máximo de duas semanas. Caracteriza-se pelo choro fácil, irritabilidade, fadiga, comportamento hostil da mãe para com familiares e acompanhantes, ansiedade e labilidade de humor, que não as impedem na realização das tarefas.

Esta labilidade emocional, de intensidade leve, geralmente, dura até 10 dias, segundo Cantilino (2003), sendo limitada e com poucas sequelas negativas, não requerendo, em geral, a intervenção de especialistas por ceder espontaneamente. Não necessita de intervenção farmacológica e a abordagem é feita no sentido de manter suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê

Há indicadores de que a melancolia pode estar associada ao desenvolvimento da DPP e de que o descuido com esta pode facilitar o estabelecimento de possível psicose puerperal (Silva, 2008). Felipe (2009) aponta que a diferença entre a DPP e a melancolia pós-parto é a gravidade e a permanência maior do distúrbio da primeira, o que torna a DPP mais incapacitante do que a melancolia.

5.2 Disforia do pós-parto

A disforia do pós-parto ou *Maternity Blues* se aproxima da melancolia, porém aquela se diferencia, pois é considerada um distúrbio psiquiátrico. O conjunto de sintomas surge no terceiro ou quarto dia após o parto, permanecendo até a segunda semana, e o seu desaparecimento é de maneira espontânea (Almeida et. al., 1996). Inclui sintomas depressivos leves e pode ser identificada de 50% a 85% das puérperas, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados (Cantilino, 2003). Sua característica é a mesma da melancolia: labilidade afetiva bem como mudanças súbitas no estado de humor, muitas vezes ao longo de um mesmo dia (Almeida et. al., 1996). Apesar de não haver consenso

entre os autores quanto à descrição de seu quadro clínico, os sintomas apresentados por Almeida et. al., (1996) são: choro imotivado, humor depressivo ou eufórico, irritabilidade, indiferença afetiva em relação ao bebê, hostilidade para com o marido, desrealização e despersonalizações, inquietação, cansaço e cefaléia.

A estrita relação temporal entre o parto e o surgimento dos sintomas, o caráter flutuante da sintomatologia e a aparente falta de relação com estressores psicossociais estimularam a pesquisa de possíveis fatores biológicos que pudessem participar na fisiopatologia deste quadro (Almeida et. al., 1996).

É fundamental a clareza do quadro tanto para paciente como para sua família, visando um suporte emocional e ajuda prática no cuidado com o bebê. O que se diferencia da melancolia, segundo Almeida et. al., (1996), é que se o quadro clínico persistir por mais de duas semanas, deve-se considerar o diagnóstico de depressão puerperal.

5.3 Psicose pós-parto

A psicose pós-parto é um distúrbio grave que geralmente determina a incapacidade materna, que pela severidade do quadro exige acompanhamento médico e farmacológico, com tratamento intensivo, demandando algumas vezes a internação. Felizmente, a psicose puerperal é quadro mais raro, com baixa incidência (de 1,4 a 4 mulheres a cada 1.000 nascimentos), que se inicia na quarta semana após o nascimento da criança (Camacho et al., 2006). Apesar de rara, a psicose pós-parto é referida como grave transtorno psiquiátrico, controversamente relacionada com transtorno bipolar. (Sharma & Mazmanian, 2003).

A fisiopatologia da psicose pós-parto é pouco compreendida, sendo relacionada com fatores de risco como a predisposição genética, primiparidade, parto difícil e mudanças hormonais.

O quadro se apresenta com delírios, alucinações e estado confusional, podendo haver sintomas depressivos, maníacos ou mistos associados, que não raramente se desfecham com suicídio e infanticídio (Camacho et al. 2006).

Mulheres acometidas por este quadro costumam apresentar comportamento desorganizado e delírios que envolvam seus filhos, com pensamentos que lhes provocam algum tipo de dano (Claude & Bonnin, 2004), fantasiando que ela ou o bebê estão sendo

perseguidos. A angústia decorrente desse transtorno é da ordem do insuportável, podendo aparecer rituais obsessivos e pensamentos desconexos. A interação entre bebê e mãe passa a ser perigosa, uma vez que esta pode, em suas fantasias, machucar o bebê ou ainda cometer infanticídio. No entanto, o problema do diagnóstico se estabelece pela ausência de apresentação típica, o que dificulta a percepção e a rápida intervenção, favorecendo o tratamento e o risco de gravidade dos casos (Sharma & Mazmanian, 2003).

Estudos recentes sustentam a hipótese de que a mulher portadora de psicose puerperal que comete infanticídio necessita mais de tratamento e reabilitação do que de punição legal, a fim de se evitarem outras fatalidades decorrentes da gravidade do quadro, como alguns países vêm estabelecendo essa conduta (Spinelli, 2004).

Há, também, a DPP como um dos possíveis transtornos mentais associados ao puerpério e este será desenvolvido no capítulo 6.

6. Depressão pós-parto

A DPP é, segundo Schwengber e Piccinini (2003), um problema de saúde pública que afeta tanto a saúde materna quanto o desenvolvimento da criança. Caracteriza-se por um episódio depressivo ou uma soma de episódios após o nascimento de um filho.

Várias características associadas à DPP dificultam o diagnóstico e a prevenção: a determinação multi-fatorial complexa; o fato de a DPP contrariar uma expectativa do senso comum quanto à maternidade e ao nascimento de um filho em termos de realização materna; o foco no cuidado do bebê em detrimento de atenção à mãe; o tipo de atendimento fragmentado das redes de saúde, pela rotatividade dos profissionais entre outros.

O acompanhamento sistemático de caso por um profissional favorece uma vinculação e uma percepção dos indicadores de DPP (Moraes et al., 2006).

A referida depressão se distingue por um conjunto de sintomas que se iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semanas após o parto (Klaus et al., 2000). No entanto, variações quanto à ocasião de aparecimento e à duração indicam a conveniência de se estender o período de investigação (Schwengber & Piccinini, 2003).

Sintomas relacionados à DPP são muitos, entre eles os mais característicos são: alteração do humor para depressivo/irritável ou desinteresse/falta de motivação; redução de energia e anedonia (redução ou ausência da capacidade de sentir prazer na vida ou no lazer). (Klaus et. al., 2000).

Através de escalas de avaliação dos sintomas característicos da DPP que se obtêm os indicadores desta depressão. Passaremos a apresentar as escalas desenvolvidas.

6.1 Escalas de avaliação da DPP

Para uma avaliação criteriosa e a possibilidade de uma triagem da DPP, desenvolveram-se dois métodos para diagnosticar a DPP. Estes métodos são entrevista clínica (Ex.: Moraes et al, 2006) e escalas de auto-avaliação (Ex.: Cruz, Simões, & Faisal-

Cury, 2005; Santos, Martins & Pasquali, 1999; Faisal-Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes, & Zugaib, 2004; Zaconeta, 2004; Silva, 2008).

O método da entrevista clínica exige a participação de um profissional de saúde mental devidamente treinado e um tempo maior para a aplicação dos instrumentos, mas é com ele que se tem um diagnóstico de confirmação do quadro (Moraes et al, 2006). Os diferentes métodos das escalas de auto-avaliação são usados em produções científicas pela sua praticidade e com uma primeira triagem para o uso do método da entrevista mais específica, como no projeto Ipê em que ocorre o uso de uma escala de auto-avaliação, aos quais nos aprofundaremos em seus modelos.

As escalas de auto-avaliação que permitem, como aponta Silva (2008), Back (2001) e Cox, Holden e Sagovsky (1987), identificar pelo próprio relato, o grau de sintomas depressivos, acima de determinados escores os casos podem ser encaminhados para profissionais de saúde mental: o psiquiatra que, este sim tem a possibilidade de diagnosticar e oferecer tratamento¹⁴. Entre as escalas, têm sido muito usadas a EPDE, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, desenvolvida por Cox e colaboradores (1987), assim como o Inventário de Beck (BDI) (Gorestein & Andrade, 1998).

A EPDE é um instrumento de auto-registro com 10 questões de sintomas comuns de depressão e que utiliza formato de respostas do tipo Likert, em que cada item representa uma possibilidade de intensidade dos sintomas depressivos apresentados nas questões. A pontuação obtida é então somada para se fazer o diagnóstico de acordo com o corte adotado (Cox, et al.,1987). A escala foi traduzida para o português e validada no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (1999), que consideraram o ponto de corte 11/12 mais adequado. E o BDI consta de questões (13 fatores de risco identificados na meta análise realizada por Beck em 2001) que os clínicos podem utilizar para avaliar cada fator de risco durante a entrevista. Os primeiros 10 itens podem ser avaliados tanto durante como após a gestação. Os três indicadores finais devem ser avaliados após o parto.

Idealmente, esse instrumento deve ser aplicado em cada um dos trimestres da gestação e logo depois do parto, preferencialmente, antes da alta da maternidade (Silva, 2008).

¹⁴ Mulheres são examinadas por seus obstetras ou clínicos gerais em consultas focadas na recuperação física no puerpério. Essas mulheres também são as mães que visitam o pediatra de quatro a seis vezes no ano seguinte ao nascimento de seu bebê (Zinga, Phillips & Born, 2005). Assim, as oportunidades de identificação da depressão pós-parto não são desprezíveis.

Os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos utilizados para diagnóstico inicial da DPP alertam os trabalhadores da saúde para a importância de observar e investigar os sintomas depressivos no pós-parto (Frizzo & Piccinini, 2005). Importa que os clínicos considerem com cuidado a acuracidade diagnóstica e as especificidades dos diferentes instrumentos, uma vez que diferentes métodos avaliam dimensões variadas da depressão. O'Hara (1997), ao discutir os instrumentos diagnósticos, considera que uma abordagem de acompanhamento mais ampla, segundo critérios específicos padronizados, seja mais adequada do que a utilização exclusiva dos inventários para a triagem da DPP. O diagnóstico da depressão exige que o paciente apresente os sintomas depressivos por período determinado de pelo menos um mês, com evidente prejuízo funcional, para que os indicadores de estresse psicológico se estabeleçam como um diagnóstico consistente. Ou seja, para a confirmação diagnóstica é fundamental uma avaliação longitudinal do indivíduo.

6.2 Prevalência

Estudos sobre prevalência da DPP apresentam uma grande variação, que pode estar relacionada ao uso de diferentes métodos de avaliação (Alvarado et al. 2000), mas também pode refletir diferentes ocorrências dos fatores de risco nas diversas populações (Silva, 2008; Viegas, et. al., 2009). Conforme revisão feita por Moraes et al (2006), estudos epidemiológicos recentes mostram taxas de prevalência da DPP de 15,8% nas mulheres árabes, 16% nas mulheres do Zimbábwe, 34,7% nas mulheres da África do Sul, 11,2% nas mulheres chinesas, 17% nas mulheres japonesas e 23 % nas mulheres indianas. Já a metanálise desenvolvida por O'Hara & Swain, (1996), a partir da análise de 59 estudos, que totalizavam 12.810 participantes, encontrou prevalência média de 12,8% para DPP,

Estudos brasileiros sobre DPP apresentam prevalência consideradas altas como pode ser visualizado na Tabela 3 proposta por Silva (no prelo).

Tabela 3 – Estudos brasileiros da prevalência de DPP.

Autores	Cidade	Prevalência
Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins e Teixeira, 1998	São Gonçalo	12%
Santos, Martins e Pasquali, 1999	Brasília	13,4%
Faisal-Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes e Zugaib, 2004	São Paulo	15,9%
Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa e Faria, 2006	Pelotas	19,1%
Zaconeta, 2004	Brasília	22,2%
Silva, 2008	São Paulo	26,8%
Figueira, Corrêa, Malloy-Diniz e Romano-Silva, 2009	Belo Horizonte	26,9%
Coutinho, Baptista e Morais, 2002	São Paulo	32,9%
Fonseca, Tavares e Rodrigues, 2009	Uberaba	34,3%
Skazufka, 2000	São Paulo	36,8%
Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005	São Paulo	37,1%
Ruschi, Sun, Mattar, Chambô Filho, Zandonade e Lima, 2007	Vitória	39,4%

Dentro do projeto Ipê, Silva (2008) investigou a prevalência e fatores de risco para a DPP em mães de baixa renda, cujo valor foi de 26,8%. Nos mesmos moldes de Silva (2008), e em parceria a um Hospital particular voltado a uma população economicamente favorável da mesma região, foram detectados índices de cerca de 9% de DPP. Tais resultados são sugestivos da importância de condições sócio-econômicos (Viegas et. al., 2009). Isto não significa que condições favoráveis, como de escolaridade, renda, moradia e planejamento

familiar sejam por si só preditivas da não incidência da DPP. Porém, definitivamente, estas condições parecem possibilitar um espectro maior de possibilidades frente às adversidades.

6.3 Indicadores e fatores de risco para a DPP.

Estudos relacionados à DPP (Cruz et. at. 2005; Moraes et al., 2006; Skazufka, 2000) apresentam como indicadores e fatores de risco aspectos biológicos, ambientais, psicológicos, ginecológicos e obstétricos. Não se sabe, ao certo, quais são as relações entre causa e consequência entre os fatores e o distúrbio, tornando ainda mais significativos os estudos sobre os distúrbios mentais no pós-parto com a finalidade de possibilitar formas de intervenção e profilaxia para diminuir o sofrimento dos envolvidos.

Considerando os fatores associados com a DPP, conforme os resultados de metanálises (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 1996; Beck, 2001; Robertson et al, 2004) temos: a) a depressão na gestação; b) o apoio social em geral; c) os eventos de vida estressantes (O'Hara e Swain, 1996; Beck, 1996; Beck, 2001; Robertson et al, 2004); d) a ansiedade na gestação (Beck, 1996; Beck, 2001; Robertson et al, 2004); e) histórico psiquiátrico/histórico de depressão; f) a falta de qualidade da relação com o companheiro; g) condição sócio-econômica baixa (O'Hara e Swain, 1996; Beck, 2001; Robertson et al, 2004); h) dificuldades no cuidado com o bebê: i) melancolia pós-parto (Beck, 1996; Beck, 2001); j) neuroticismo; k) as complicações obstétricas (O'Hara e Swain, 1996; Robertson et al, 2004); l) a falta de apoio proveniente do pai do bebê; m) falta de ocupação; n) estilo negativo de atribuição cognitiva (O'Hara e Swain, 1996); o) ser companheiro; p) problemas com auto-estima; q) o temperamento do bebê; r) a gestação não planejada e/ou não desejada (Beck, 2001).

Além dos estudos relacionados ao projeto Ipê, outras pesquisas de fatores associados com a DPP na população brasileira são compatíveis com as revisões acima mencionadas. Skazufka (2000), usando o mesmo universo populacional do projeto Ipê (mães que deram à luz no HU) e utilizando-se do mesmo instrumento (EPDE), relacionou os seguintes fatores: a) não ocupação da mãe; b) baixa escolaridade da mãe; c) maior número de menores de 16 anos na casa; d) maior densidade demográfica na casa; e) maior número de partos anteriores; f) pré-natal inadequado; g) maior consumo de álcool por semana; e h) menor número de consultas ao pediatra após o nascimento da criança.

Faisal-Cury, et. al. (2004) também pesquisaram depressão pós-parto em São Paulo, com uma população atendida pela Clínica Obstétrica da Faculdade de Ciências Médicas da USP, com entrevista antes da saída da maternidade e com a aplicação da BDI. No décimo dia após o parto, a pesquisa apresentou significância para a depressão entre as mães que apresentaram os fatores de riscos: a) com menos de oito anos de escolaridade; b) com três ou mais crianças em casa; c) ser multípara; d) estar casada há seis ou mais anos. Já o trabalho de Cruz et al. (2005), investigando os fatores associados com a depressão pós-parto, nos bairros Fazenda da Juta II e Jardim Sinhá, na cidade de São Paulo, apontou apenas como relevante o fator “falta de suporte do marido”.

Schmidt, Piccoloto e Muller (2005), estudando 570 gestantes brasileiras, avaliadas durante o último trimestre de gravidez, aos três meses e aos 18 meses após o nascimento, constataram que a depressão no último trimestre de gestação apresentou-se de forma mascarada (com manifestações de ansiedade e irritabilidade) e que as que já estavam com tais características sintomáticas quando gestantes tiveram uma maior incidência no puerpério. Assim, enfatizaram a importância de fatores de risco relacionados ao bebê, como prematuridade, intercorrências neonatais e malformações congênitas.

7. Análises da depressão sob perspectiva evolucionista

A aplicação da perspectiva evolucionista para a compreensão da origem de quadros psicopatológicos tem permitido o levantamento de novas hipóteses e a utilização de novos níveis de análise decorrentes da perspectiva, em especial, ao que concerne o nível de análise comparativa filogenética e de análise do potencial valor adaptativo subjacente, os chamados níveis últimos, em adição aos níveis próximos de causação e desenvolvimento. Alguns estudiosos têm desenvolvido teorias evolucionistas para a compreensão da depressão de um modo geral.

A busca da função do humor deprimido, em termos de causas últimas e próximas, tem explorado ligações da depressão com a tristeza. Revisão sobre o assunto apresentada por Luz, Brune e Bussab (2008), será sintetizada a seguir. Nesse e Willians (1994/1997), apresentaram-se algumas análises da depressão com base na função das emoções, reiterando que mesmo as emoções desagradáveis podem ser consideradas como defesas, tal como a dor ou a tosse: tanto a capacidade de humor efusivo quanto a de humor melancólico têm sido consideradas mecanismos para ajustar a alocação de recursos em função de oportunidades existentes. Supõe-se que a capacidade de tristeza tenha evoluído como resposta a situações de perda, sinalizando a possibilidade de que a pessoa esteja fazendo algo errado e evitando novas perdas. Desistências são às vezes necessárias, mas isso só deve ser feito em caso extremo, pois seria tolice desistir casualmente diante de qualquer obstáculo. Analisados à luz das origens evolutivas, os extremos mal-adaptados da tristeza e de outras emoções parecem fazer mais sentido, gerando indagações sobre a origem e o desenvolvimento da depressão.

Geerts (1994) reviu a literatura da psicopatologia evolucionista da depressão e baseou-se em Gilbert (1992) e McGuire, Cope e Fahy (1994) para desenvolver uma explicação em termos de causas funcionais da depressão maior: 1) a de Gilbert (1992), que sugere que a Depressão é um típico comportamento de submissão tanto no contexto de competição social quanto nas estratégias de insubordinação involuntárias ; e 2) a proposta por McGuire et al. (1994) defende que a Depressão resulta de um desequilíbrio nos

comportamentos altruístas, por disfunção de sinalização ou valorização excessiva da cooperação.

Ao contrário de Geerts, que não reconhece uma vantagem adaptativa nos sintomas específicos da depressão, Hagen (1999, 2002) sustenta que a depressão, mais especificamente a pós-parto, teria um valor adaptativo no ambiente ancestral, de angariar recursos e apoio no cuidado da prole, o que teria sido selecionado ao longo da evolução de nossa espécie. Baseou-se na teoria do investimento Parental proposta por Trivers, na qual a força central subjacente à seleção sexual não é estritamente o gênero e, sim, o investimento parental que cada gênero aplica na sua prole. O que determina o sucesso da prole – e conseqüentemente o sucesso reprodutivo – é a quantidade de recursos finitos que os pais dedicam a seus filhos (Trivers, 1972).

O investimento parental abrange diversos tipos de cuidados diretos e indiretos, como atenção, suporte emocional e social, proteção e recursos materiais (lactação, por exemplo). O investimento mínimo varia conforme as estratégias que o indivíduo desenvolveu na ontogênese – que é bastante influenciado pelo sexo; para a mulher, os altos custos da gestação e da lactação fazem do investimento materno o mais elevado. Em contra partida, o investimento paterno – quando se leva em conta o ambiente ancestral – só ocorreria dada a certeza da paternidade (Varella, 2007).

O investimento parental compete com o esforço somático e com o investimento por novos parceiros; portanto, os pais precisam decidir se é mais vantajoso, numa dada circunstância, investir na prole, em parentes próximos ou neles próprios. Supostamente, a depressão pós-parto da mãe seria, então, uma forma de sinalizar os altos custos da viabilidade da prole, modelando a decisão materna em relação ao esforço dirigido ao bebê: em algumas condições seria normal ou adaptativo não querer um novo bebê, pois os custos exigidos para seu desenvolvimento seriam muito grandes (Trivers, 1972).

As situações em que a prole teria um custo alto demais e seria, portanto, pouco viável, são: a) ambiente de criação pobre e sem recursos suficientes para garantir a sobrevivência da mãe, do bebê e do grupo; b) problemas durante a gravidez, no parto, ou com o bebê, os quais indicariam que a criança dificilmente chegaria à idade reprodutiva; c) investimentos insuficientes do pai e do grupo; e d) custos grandes em outras possibilidades mais oportunas – criar a prole reduziria investimento nessas outras atividades, que possivelmente seriam benéficas. Neste caso, o investimento é direcionado para outra prole já existente ou para a própria sobrevivência da mãe – seu crescimento, desenvolvimento e

sua habilidade futura de investir em outra prole mais viável (Hagen, 1999, 2002; Trivers, 1972).

Concomitante com a hipótese do investimento parental de Trivers, há a questão apontada do investimento terminal (Fessler, Navarrete, Hopkins & IZard, 2005; Williams, 1966), na qual o esforço reprodutivo deve aumentar com o tempo em espécies em que o valor reprodutivo diminui com a idade. Mesmo com a controvérsia da influência da idade materna nos casos de DPP, há estudos que sugerem que mulheres mais jovens, especialmente adolescentes, são mais propensas a desenvolver DPP, se comparadas com mais velhas (Colletta, 1983; Hrdy, 2001; Rich-Edwards et al., 2006; Robertson et al., 2004; Vega-Dienstmaier et al., 1999). Quando está deprimida, a mãe reduz o investimento consigo e com o bebê. Dessa forma, motivaria as pessoas de sua rede social a investirem em sua prole, principalmente o pai da criança e parentes próximos (que teriam seus genes passados adiante, caso o bebê tivesse filhos quando adulto – seleção de parentes). O aumento do investimento deles na prole aumentaria a sua viabilidade.

A DPP seria um meio, segundo Hagen (1999), de informar à mãe que ela está vivenciando uma situação em que a sobrevivência dela própria ou de seu bando pode estar em risco, levando-a a medir sua escolha quanto ao investimento dado à prole. Uma situação em que os custos do investimento invariavelmente aumentam seria a falta de suporte social do pai e/ou da família, de modo que a diminuição dos cuidados maternos pode ser adaptativa ao angariar maior motivação de indivíduos da rede social da mãe e do bebê. Em resumo, a DPP estaria associada a condições de risco para o investimento e funcionaria como uma tentativa extrema para angariar recursos e apoio social.

De fato, revisões apresentadas anteriormente mostraram que problemas com a participação do pai estão associados à DPP. A importância da "paternagem" nas sociedades contemporâneas também tem sido evidenciada, em várias culturas (Bandeira, Goetz, Vieira & Pontes, 2005; Ribas, 2004). Wendland (2001) aponta uma revisão dos estudos na área das interações pais-bebê, concluindo que exista um evidente crescimento do reconhecimento da participação do pai nos cuidados parentais. Da mesma forma, Klaus et. al. (2000) defendem a imprescindibilidade de ambos (o pai e a mãe) para o desenvolvimento infantil. Parece haver evidências de que a ausência ou deficiência do pai podem ser um gatilho para a depressão materna, com possíveis conseqüências para o desenvolvimento do bebê.

Sarah Hrdy, antropóloga americana, fez importantes contribuições para a psicologia evolutiva. A autora elaborou três hipóteses para a DPP, procurando explicar a ocorrência de

distúrbios puerperais com base em teorias evolucionistas. A primeira é a existência de mecanismos neuroquímicos que ocorrem em fêmeas mamíferas ao longo da gravidez e no parto, que teriam sido selecionados por garantir a proximidade mãe-bebê nos primeiros dias. Os procedimentos modernos em hospitais têm feito com que mães e bebês passem menos tempo juntos após o parto, de modo que a depressão pós-parto seria uma reação patológica desencadeada por este afastamento. A segunda remete à tendência das mães eliminarem os filhos que nascessem com poucas chances de sobrevivência – mecanismo também selecionado ao longo do tempo –, incluindo a possibilidade do pai não estar presente e para auxiliá-la na criação. Entretanto, como atualmente há regras sociais e culturais que dificultam a prática do infanticídio, situações que motivariam as mães a praticá-lo levam-nas a apresentar os sintomas da DPP.

A terceira hipótese de Hrdy relaciona-se ao que se denomina de agressividade lactacional vestigial, causada pela prolactina, hormônio responsável pela produção do leite, que levaria fêmeas mamíferas a apresentar irritabilidade e hostilidade em relação a quem se aproximar dela ou de seu bebê. Esse comportamento provavelmente foi adaptativo no ambiente ancestral, por proteger a prole de ataques de predadores ou de ameaça representada por membros de sua própria espécie. Contudo, nossa sociedade atual pode julgar esse comportamento como inadequado para uma mulher e, por isso, classificá-lo como um sintoma de depressão.

Embora não sejam conclusivas e abranjam diferentes aspectos, as diversas teorias aventadas sob a perspectiva evolucionista apontam uma série de condições potencialmente relevantes para o desencadeamento da DPP e servem de guia heurístico para as pesquisas na área. Por exemplo, com inspiração na teoria de Hagen, pode-se investigar se as condições de aparecimento de DPP estão presentes nos casos investigados, se as possíveis conseqüências funcionais podem ser identificadas e, também, pode-se avaliar o impacto destas condições na vivência das mães.

8. Relação materno-infantil e a DPP

A vinculação materno-infantil, como vimos, passa pelos comportamentos e suas trocas interativas, o que caracterizam e proporcionam a relação materno-infantil (Kimura, 1999). É desta interação inicial que permite a socialização infantil (Bowlby, 1984; Brazelton, 1988; Maldonado, 1997; Spitz, 1996; Tronick e Weinberg, 1997) sendo fundamental para o seu desenvolvimento (Felipe, 2009; Klaus et. al., 2000; Piccinini et al., 2001; Schimidt et al., 2005; Vicente, 2009). É um momento no qual a mãe encontra-se intensamente responsabilizada em promover cuidados e com as demais atribuições da maternagem (Barclay et. al, 1997; Ferrari, 1994; Kimura, 1999; Silvia, 1988). Com isto, as características de uma vinculação materno-infantil são consideradas de extrema importância para o estabelecimento de relações sadia (Bowlby, 1984) e os possíveis prejudiciais a esta tornam-se complicadores para um desenvolvimento mais satisfatório infantil (Felipe, 2009; Klaus et. al., 2000; Piccinini et al., 2001; Schimidt et al., 2005; Vicente, 2009), assim como uma maternagem mais plena à mãe (Barclay et. al, 1997; Ferrari, 1994; Kimura, 1999; Silvia, 1988).

Vale lembrar que as primeiras relações entre mãe e seu bebê são os protótipos de todas as relações sociais futuras. O apego dos pais para com seu novo bebê não é instantâneo e automático com o nascimento (Bowlby, 1984). O vínculo deve ser visto como um processo contínuo, para o qual existe predisposição natural e que depende de uma série de circunstâncias para o seu desenvolvimento. Daí a importância da conscientização de suas complexidades e possíveis armadilhas, como quando do nascimento de um bebê prematuro e/ou com patologias que possam levar a quebra desse processo, acarretando dificuldades no relacionamento pais e filhos (Brazelton, 1988).

A natureza do relacionamento dos pais com o bebê é marcada pelo mundo mental das representações, pelo imaginário e pelo subjetivo. Antes da existência do bebê real nos braços da mãe, existe o bebê imaginário. Este é formado a partir das fantasias, dos sonhos, das brincadeiras de boneca e dos modelos maternos vivenciados pela *nova mãe* (Stern, 1997).

Esse intercâmbio é adquirido de diferentes modos e de forma altamente individualizada, inclusive quanto ao período de tempo necessário para a formação do apego. O melhor recurso para adquirir o papel de pai ou mãe é a liberdade de conhecer a si mesmo, seguindo as próprias inclinações e as sinalizações infantis que direcionam seus cuidados (Brazelton, 1988). É um longo caminho que os pais percorrem para estabelecer uma ligação afetiva sólida com seus filhos.

Diante da consideração da importância desta relação diática, na qual se estabelece cuidados maternos e referências no tipo de apego, sendo fundamental a saúde tanto das mães como de seu filho, ter um acompanhamento quando é apresentado algum problema a saúde ou ao cuidado é fundamental.

Essas mães que apresentam limitações e/ou dificuldades em algum dos aspectos tornam-se fundamental o acompanhamento (profissional, assim como dos familiares) e, para isso, é importante uma compreensão de suas vivências e os aspectos que levam a um estado que interfira na possibilidade de cuidadora, assim como o vínculo diático.

Uma vinculação pode ser prejudicada quando não é mutuamente recompensadora para pais, assim como para seus filhos (Brazelton, 1988). Este equilíbrio interativo seria ocasionado por diversas possibilidades de fatores considerados de risco, como no caso da DPP (Felipe, 2009; Klaus, et. al., 2000; Piccinini et al., 2001; Schmidt et al., 2005; Vicente, 2009). A DPP é considerada um fator de risco, já que compromete a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, determinando que não seja adequadamente responsiva à criança pela falta de contingência, de engajamento e de trocas entre ambos, de tal modo que a criança se adapta a tal situação (Beck, 2001).

A revisão feita por Schwengber e Piccinini (2003) demonstrou que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança. Schmidt et al. (2005) enfatizam a importância do tempo de duração da DPP na produção de efeitos adversos, na medida em que a cronicidade dos sintomas determina maiores prejuízos na interação mãe-bebê. A falta de habilidade da mãe deprimida em lidar com os próprios problemas e a falta de persistência necessária para estabelecer uma interação sensível com a criança são os fatores que comprometem a disponibilidade desta para com o filho (Frizzo e Piccinini, 2005).

Mães deprimidas apresentam comprometimentos na quantidade, qualidade e sincronicidade em sua interação com seu filho (Weinberg & Tronick, 1998). É através da interação mãe-bebê, caracterizada por um processo comunicativo bidirecional (Felipe,

2009), que os bebês coordenam expressões faciais de emoção (positiva e negativa), segundo as possibilidades de comportamento apresentadas pela mãe.

A importância da análise dos momentos iniciais da interação materno infantil é a detecção dos fatores precoce que prejudicam este momento e que competem às mães acometidas, no caso com o fator da DPP (Schwengber & Piccinini, 2003): (i) mais relatos negativos sobre características emocionais e comportamentais de seus bebês (Piccinini e Schwengber, 2003), assim como (ii) mais expressões afetivas negativas do que positivas (Cohn, Atlas, & Ladner, 1990; Field, Angel & Clandinin, 1985), sendo (iii) menos afetivas e mais ansiosas nos cuidados maternos (Meredith & Noller, 2003) e, assim, (iv) mostrando níveis de hostilidade maior na interação com seus filhos com comportamentos de maior rejeição, negligência e agressividade (Schmidt et al., 2005). Seus bebês, por sua vez, tendem a: 1) exibir mais afeto negativo (expressões de tristeza, raiva ou tendência à irritabilidade) (Frizzo & Piccinini, 2005; Guedes-Silva et al., 2003; Schmidt et al., 2005) e menos expressões de interesse (como sorriso e interações corporais) (Cohn et al. 1990; Schmidt et al., 2005); 2) ser menos responsivos nas relações interpessoais (Guedes-Silva et al., 2003); 3) ter o desenvolvimento motor mais precário (Frizzo & Piccinini, 2005; Schmidt et al., 2005); 4) apresentaram, em idade pré-escolar, dificuldades para se envolver e manter uma interação social, tendo déficits na regulação dos seus estados afetivos (Hay et. al. 2001); 5) ter maiores dificuldades alimentares e de sono (Schmidt et al., 2005).

Porém, a literatura aponta resultados incongruentes: nem sempre a DPP parece afetar a interação e o desenvolvimento da mesma maneira (Felipe, 2009; Vicente, 2009), o que aponta para a importância do conjunto das condições (Moraes et al., 2006; Silva, 2008), da cronicidade (Felipe, 2009, Vicente, 2009), características das crianças (Frizzo & Piccinini, 2005; Guedes-Silva et al., 2003; Schmidt et al., 2005), dos cuidadores (Frizzo e Piccinini, 2005; Piccinini e Schwengber, 2003), os aspectos culturais (Cruz et. al., 2005; Moraes et al., 2006; Skazufka, 2000) ou até aspectos metodológicos (Robertson et al, 2004). No projeto Ipê, por exemplo, nas análises de Felipe (2009) não foram encontradas diferenças de médias de comportamentos interativos, como olhar, sorrir, tocar, vocalizar, aos 4 meses da criança, em função da DPP. Mas apareceram diferenças nos arranjos diádicos; não apenas mães e filhos sem DPP mostraram padrões consistentes, como também a maneira como as interações são avaliadas passa pela condição sócio-cultural (Felipe, no prelo). Corroborando com os resultados, Vicente (2009) aponta que, mesmo não apresentando uma correlação do modelo de apego entre as mães com e sem DPP, há

indicadores de perturbações na interação e no desenvolvimento em função da DPP que devem ser levados em conta. Dessa maneira, para autores do projeto Ipê – como Felipe, 2009; Silva, 2008; Vicente, 2009 - há uma crítica aos estudos que, visto por um aspecto aparentemente da literatura da DPP, buscam traçar um perfil diferencial entre díades potencialmente deprimidas e não deprimidas, já que os comportamentos expressos por mães com sintomatologia deprimida não são completamente consistentes. Dessa forma, os comportamentos se tornam impossíveis de ser padronizados aos diferentes arranjos metodológicos que considera um dos espectros da DPP.

A revisão da literatura aponta que uma proposta de estudo com a população acometida com DPP passa por diferentes contingentes como características do puerpério (estudos psicossociológicos), indicadores de risco, intervenções sociais precoce, prevalência e preditivos, entre outras maneiras de abordar a questão da DPP e que, assim, só se faz possível entendermos e propormos uma metodologia se a DPP for entendida pela sua complexidade.

Passaremos para a metodologia desta tese, buscando colaborar com os estudos realizados, assim como as hipóteses levantadas pelo projeto Ipê. A importância do método que se segue é que facilita o entendimento e a aproximação da população dos demais estudos que se deram no instituto. Ou seja, é um referencial que busca a aproximação da vivência das mães acometidas com alto grau de sintomatologia para DPP.

9. Objetivo e Justificativa

9.1. Objetivo

O objetivo desta pesquisa é analisar os sentimentos e as vivências das mães com sintomatologia significativa de depressão pós parto.

9.2. Justificativa

O Projeto temático apontou os indicadores e fatores associados à DPP, como o planejamento e desejo da gravidez e apoios social e de um companheiro. Silva (2008), analisando estes dados, apontou a importância de uma investigação adicional destes fatores, não apenas pela presença, mas também pela maneira como estes foram vivenciados pelas mães com DPP. Com base nisso, a presente investigação propõe a aplicação de um protocolo aberto, que buscará aprofundar a análise do relato destas vivências. Esta análise qualitativa permitirá também a consideração de outros fatores que pelo método aplicado não foram investigados ou mesmo que não apareceram com nível de significância suficiente.

10. Método

10.1. Participantes

As gestantes recrutadas nos postos parceiros do projeto Ipê são da rede de saúde pública do distrito do Butantã, na zona Oeste do município de São Paulo. Estes se situam nas intermediações da USP, sendo mais especificamente: Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa (CSEB) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Jd. São Jorge e Engenheiro Guilherme H. P. Coelho, o Vila Dalva. O recrutamento nas unidades ocorreu de novembro de 2008 até fevereiro de 2009.

A amostra para este trabalho foi composta pelas mães que foram acompanhadas na assistência ao parto, passaram pela aplicação da EPDE e realizaram acompanhamento de, no mínimo, 10 atendimentos em psicoterapia breve pela equipe de psicoterapeutas do projeto (fases referidas na Tabela-1), dentre as mães com os níveis mais altos na EPDE (explicação a seguir). Do total de 251 mães submetidas à EPDE, 74 casos apresentaram pontuação significativa para DPP na EPDE. Do total de participantes com sintomatologia para o quadro de depressão, 55 (74,3%) aceitaram fazer um acompanhamento em psicoterapia breve (Tabela-4).

Tabela 4- Número de casos de DPP por UBS que aceitaram ou não o atendimento psicológico e total de mães com significância para DPP, segundo a EPDE.

	Casos encaminhados para psicoterapia		
	Aceitaram	Não aceitaram	Total
CSEB	26	11	37
São Jorge	13	2	15
Vila Dalva	16	6	22
Total	55	19	74

Da Tabela-4, depreende-se que dos 55 casos que aceitaram fazer o acompanhamento ligado a saúde mental, na modalidade de psicoterapia breve, 37 casos (47,3%) são do CSEB, 22 (29,1%) são da Vila Dalva e 15 casos (23,6%) são da São Jorge.

Embora tal distribuição relativa entre os que aceitaram fazer o tratamento demonstre uma predominância de casos registrados no CSEB em relação às outras UBS, quando se analisa dentro de cada unidade de saúde em particular temos os seguintes percentuais dos que aceitaram o tratamento: 86,7% dos casos da São Jorge e 72,7% dos casos da Vila Dalva, em contrapartida aos 70,3% dos casos do CSEB.

É importante ressaltar, no entanto, que o CSEB registrou maior número de casos por disponibilizar o serviço de saúde mental, indicando que a população já possuía a cultura do uso de tal serviço, deixando a cargo das participantes a escolha entre o uso da própria unidade ou das terapeutas do Projeto Ipê.

Tabela 5- Pontuação total na EPDS com índice igual ou superior a 12 pontos, dos casos agrupados em três níveis.

Pontuação na EPDS	Casos encaminhados	Casos que completaram 10 sessões de atendimento	
		Total numeric	Total em %
12 e 15 pontos	23	1	4,3
16 e 18 pontos	20	3	15
19 e 30 pontos	31	9	29
Total	74	13	17,6

Com relação aos casos que aceitaram o tratamento, apenas 13 criaram vinculação, ou seja, chegaram ao final das 10 sessões propostas no encaminhamento. Tal parcela representa 17,6% do total de casos com indicadores de DPP. Já, dos casos que aceitaram o

encaminhamento corresponde 23,6% do total de casos que aceitaram realizar as sessões. Lembrando que não foi uma demanda da participante e, sim, uma possibilidade dada pelo Ipê.

Ao analisar a distribuição dos 13 casos que criaram vinculação, em função do nível de pontuação na EPDE (Tabela-5), há uma discrepância entre os casos de maior pontuação em relação aos demais. Acredita-se que este fato está relacionado com o conteúdo e a necessidade de um espaço de acolhimento às demandas de maternagem que são favorecidas no *setting* terapêutico. A adesão aumenta com o aumento da pontuação.

Como apontado por Cox e seus colaboradores (1987), que desenvolveram a escala EPDE, a pontuação elevada indica uma maior gama de fatores de risco presentes pelas escolhas de respostas das participantes.

As mães da presente investigação foram selecionadas dentre as que tiveram nível alto na EPDE (entre 19 e 30), como uma maneira de garantir o acompanhamento das que estavam com maior sintomatologia de DPP. Com estas características foram sete sendo as participantes desta dissertação.

10.2. Instrumentos

10.2.1. Escala de avaliação dos indicadores de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPE)

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDE) foi utilizada no projeto Ipê para mensurar a sintomatologia da DPP, como descrito na apresentação do projeto temático, em que as participantes eram submetidas à aplicação da escala em torno da décima segunda semana de vida do nascimento de seu filho.

Esta escala foi desenvolvida por Cox e colaboradores (1987) em cidades escocesas, para identificar e mensurar depressão pós-parto. Os autores tiveram a preocupação em ter um instrumento bem aceito não apenas pelas entrevistadas, mas pelos profissionais de saúde. Assim, optaram pela elaboração de um material simples, que dispensa conhecimento psiquiátrico. Visando à auto-avaliação da sintomatologia de DPP por suas características de

fácil aplicação e excelência no rastreamento da DPP, tem sido utilizada em muitos estudos (como Cruz et. al., 2005; Najman, Andersen & Bor, 2000; Ruschi et al., 2007; Silva, 2008).

A escala é composta por 10 enunciados contendo quatro opções de respostas relacionadas à presença, assim como à intensidade dos sintomas vivenciados ao longo da última semana. As perguntas foram baseadas na sintomatologia depressiva, tais como humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideação suicida, diminuição do desempenho e culpa (Santos, Martins & Pasquali, 1999). Cada um dos dez itens recebe uma pontuação de 0 a 3. A variação de pontuação total vai de 0 a 30.

A maior pontuação aponta a maior presença de sintomas que caracterizam a DPP (como vimos nas perguntas que compõem a escala ANEXO E). É importante ressaltar que na contagem dos pontos deve considerar as perguntas sinalizadas com um asterisco (*) em seu início. Nestas perguntas, a contagem dos pontos deve-se inverter; ou seja, contagem não é crescente do 0 ao 3 e sim decrescente do 3 ao 0 pontos. É uma tentativa de que a resposta a pergunta esteja vinculada com o que está se perguntando e não que seja uma consequência da continuidade padrão de respostas anteriores.

No Projeto Ipê, essa escala foi aplicada entre a nona e a décima primeira semana de vida do bebê, com ponto de corte para o diagnóstico de DPP de 12/13 (Silva, 2008). Embora na tradução para o Brasil verificou-se que no trabalho de Santos et. al. (1999) a nota de corte mais adequada para a população de Brasília seria a de 11/12 pontos – o mesmo ocorrendo no trabalho de Cruz et al. (2005), Santos (1995), Skazufka (2000) e Zaconeta (2004) –, as análises do projeto indicaram o ponto de corte 12/13 como mais adequado. Esta pontuação de corte escolhida segue os estudos (Cruz et. al., 2005; Ruschi et al., 2007) que apontaram a adequação do valor para o perfil sócio-econômico de nossa população, o que ficou comprovado das análises para a validação da pontuação realizada por Silva (2008).

10.2.2. Entrevista semi-estruturada para as participantes que apresentaram maior pontuação significativa na EPDE e passaram por atendimento psicológico.

Na entrevista de aplicação do EPDE, a pesquisadora da equipe do Ipê somava as respostas dadas no teste e as mães que apresentavam nota igual ou superior a 12 pontos

eram convidadas a participar do acompanhamento terapêutico que ocorreria na Clínica da USP, por terapeutas vinculados previamente ao Projeto Ipê. Ou as que estavam vinculadas ao CSEB no setor de saúde mental, parceiro do Ipê.

Após o término do processo de psicoterapia breve, as participantes foram convidadas para uma entrevista. Este convite era realizado pela pesquisadora por contato telefônico, mediante o interesse da mãe em relatar a sua experiência na maternagem, como forma de contribuir com a pesquisa.

Como primeira opção metodológica, construiu-se um questionário amplo, abrangendo todos os tópicos considerados relevantes. A elaboração de questões foi complexa, uma vez que, como apresentamos na introdução, a determinação da DPP é complicada e multifatorial. Optou-se pela entrevista com pontos temáticos, que permitiria a expressão livre de opiniões, atitudes e reações gerais frente à notícia da gestação, ao desenvolvimento gestacional, à chegada do bebê e ao puerpério.

Elaborou-se, então, um guia de temas configurando um roteiro de entrevista, enfocando os determinantes dos fatores de proteção e os de risco associados à DPP, conforme constatados no Projeto Ipê (Silva, 2008) e na literatura dos indicadores de risco de O'Hara (1997) e Schimidt, et al. (2005).

Os fatores presentes no trabalho de Silva (2008) são: a) quanto maior tempo de escolaridade materna ou b) de ocupação, c) seu ambiente familiar satisfatório na infância, d) uma a gravidez planejada e e) o não histórico pessoal de depressão indicam uma menor presença de DPP. Silva (2008) aponta uma correlação positiva com a DPP em relação aos fatores: a) ansiedade nos relacionamentos, b) falta de confiança, c) rejeição pelos pais na infância, d) número de pessoas na casa, e) número de filhos vivos, f) grau de conflito relatado com o companheiro e g) fator interação positiva do apoio social. Já os de correlação com relação negativo são: a) o fator conforto com a proximidade, b) fator afeto, c) fator preocupação dos pais na infância materna e d) fator escolaridade materna.

Foram também considerados fatores presentes na literatura de O'Hara (1997) sendo estes: a) história de distúrbios do humor em qualquer período da vida, b) sintomas depressivos durante a gestação, c) fatores socioculturais, d) falta de suporte social, e) situações estressantes, f) eventos vitais negativos, g) relação marital pobre, h) ter crianças com necessidades especiais ou "medicamente frágeis", i) abuso de drogas e j) psicopatologia pessoal ou familiar. E de Schimidt, et al. (2005) no qual considera fatores de risco para a DPP foram considerados os fatores: a) não retomada da vida profissional ou b)

da vida social, c) situação de solidão, d) alterações hormonais, e) intercorrências neonatais, f) prematuridade, g) malformações congênitas e h) amamentação.

Mesmo elaborando um roteiro semi-estruturado agrupando por proximidade temática referentes à DPP, levantadas pelos autores, para ser base a entrevista com as mães (APÊNDICE A) percebeu-se, em estudo piloto, que a seqüência de perguntas referentes aos indicadores de DPP era extensa e monótona o que levava ao cansaço da entrevistada. Além disso, houve uma percepção da entrevistadora de um certo afastamento, por se tratar de perguntas íntimas e da emergência de respostas socialmente esperadas.

Assim, optou-se por uma pergunta abrangente que facilitasse a fala, ao invés de usarmos uma série de questões exploratórias. Manteve-se a entrevista face-a-face com apenas uma pergunta aberta inicial. Esta pergunta seria um iniciador, abrindo-se a possibilidade de outras perguntas sobre temáticas presentes no discurso da entrevistada referentes aos indicadores e fatores de risco, para aprofundar o conteúdo relatado com relação à temática associadas à DPP.

A pergunta inicial “*A senhora pode falar como foi saber que estava grávida do (nome da criança)?*” foi elaborada de maneira a abranger um relato descompromissado e, desta forma, uma proximidade da vivência materna. Não descartou o roteiro dos indicadores e fatores associados à DPP, elaborado com base na literatura. Este roteiro foi um material que, apesar de não serem perguntadas diretamente as mães, facilitava a condução da entrevista.

10.3. Procedimento

Realizadas no IP-USP, na sala 31, do bloco F, as entrevistas tinham duração média de 60 minutos. Quando a mãe autorizava, era usada uma câmera de vídeo, focada na entrevistada, com o intuito de além de ter a gravação do áudio por gravador, ter as expressões geradas pelo vídeo. Este procedimento foi oferecido para as sete participantes, porém apenas três aceitaram; as demais negaram alegando não sentir-se à vontade com tal possibilidade.

As participantes foram convidadas a falar de forma mais livre e aberta possível sobre sua experiência materna. Durante a entrevista, à medida que foi necessário, foram feitas intervenções para esclarecer alguns aspectos relacionados aos sinais de depressão

(descritos na literatura e presentes no relato materno), assim como as facilidades e dificuldades encontradas no dia-a-dia da experiência materna relatada, caso a participante não deixasse claro em sua narrativa.

Conforme necessidade, as mães eram re-convocadas a um novo momento de entrevista, pois alguns pontos precisavam ser desenvolvidos ou em caso de indisposição por parte da entrevistada ou extrapolação do tempo.

Das 7 participantes, quatro foram re-convocadas para um outro momento de entrevista; todas por pontos que poderiam ser mais aprofundados, por dificuldades emocionais com a temática. Estas foram a participantes 1,5 e 6 convocadas em mais dois momentos. E a segunda participante em mais um momento,

Todas as entrevistas gravadas, totalizando 14 horas, foram transcritas na forma mais fidedigna e os conteúdos apreendidos foram investigados por meio da análise de conteúdo temático (Bardin, 2002).

De acordo com Bardin (2002), a análise de conteúdo constitui:

“(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens...” (p. 42).

Tudo o que é dito, visto ou escrito pode ser submetido à análise de conteúdo, sendo a proposta de um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Assim, a técnica analisa as narrativas descritas minuciosa e sistematicamente, a partir das quais são elaboradas inferências unidas e articuladas com o discurso do contexto de produção, à luz da teoria que ancora o processo de investigação. Tomando por base esse conceito, considerando os objetivos propostos nesta dissertação, procedeu-se a análise de conteúdo temático das entrevistas semi-estruturadas, guiando-se pelas etapas operacionais ilustradas no Plano de Análise ou Etapas

Após a escolha e obtenção dos documentos a serem analisados, no caso as entrevistas, é feita uma transcrição minuciosa que deve esgotar a totalidade da comunicação, não omitindo nada (exaustividade). A amostra deve representar o universo (representatividade); os dados devem se referir ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes (homogeneidade); os documentos precisam se

adaptar ao conteúdo e objetivo da pesquisa (pertinência) e um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (exclusividade). Temos, assim, o *corpus* da pesquisa (Bardin, 2002).

A análise de conteúdo se realiza em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação) (Bardin, 2002).

O primeiro contato com a transcrição das entrevistas se constitui no que Bardin (2002) chama de *leitura flutuante*. Leitura livre para tornar possível leituras subsequentes mais orientadas e concisas: os temas que se repetem com muita frequência podem ser índices – e "se recortam do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados" (Bardin, 2002, 100). São esses temas que permitem a *composição das Unidades de Análise*, que consiste na definição das categorias emergentes e empíricas, codificadas e validadas internamente por dois pesquisadores, que trabalham com o mesmo referencial teórico-metodológico. Destaca-se que as categorias empíricas foram elaboradas *a posteriori*, para que fosse possível a apreensão de todos os conteúdos que emergiram a partir das narrativas das participantes, transcritas das entrevistas.

A *exploração do material* diz respeito às tomadas das decisões na pré-análise. No momento da codificação, os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 2002).

A codificação compreende, segundo Bardin (2002), a escolha de *unidades de registro* (recorte); a seleção de *regras de contagem* (enumeração); e a *escolha de categorias* (classificação e agregação).

Na análise desta dissertação, usaremos a unidade de *registro de tema* que é o assunto considerado como unidade de significação que se destaca do texto analisado a codificar. As *categorias* foram selecionadas por critério semântico, ou seja, por temáticas que se refiram ao mesmo significado presente nas entrevistas das mães sobre o momento de chegada do filho. Bardin (2002) aponta que a análise de conteúdo organiza categorias que são rubricas ou classes, reunindo um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Permitem reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos ligados à chegada do recém-nascido.

No processo de agrupar elementos comuns, para o estabelecimento de categorias, primeiramente isolam-se os elementos comuns e, em seguida, procede-se à classificação

repartindo os elementos e impondo certa organização à mensagem, o que representa a passagem dos dados brutos a dados organizados.

Uma vez estabelecidas as categorias, podemos passar para a etapa seguinte da análise de conteúdo. Pretendeu-se apreender e descrever, de forma abrangente, a vinculação das puérperas com a notícia da gravidez, a forma como ela se percebe frente aos seus apoios e às suas dificuldades com a maternagem.

11. Análise do conteúdo

Apresentaremos cada uma das sete participantes, analisando o contexto em que se dá a vivência do período puerperal destas participantes e apresentando a análise de conteúdo referente a cada trecho selecionado da transcrição de seus discursos, organizados por algum significado comum e ou semelhante com as demais.

11.1 Caracterização das participantes

Sendo uma maneira de compreender a história materna através dos fatos marcantes relativos à gestação, conforme a percepção narrada dos acontecimentos.

Passaremos para a Tabela-6, que resume o perfil destas participantes.

Tabela 6- Apresentação do perfil das setes entrevistadas. (continua)

	<i>Idade</i>	<i>Trabalha</i>	<i>UBS</i>	<i>Filhos</i>
C. (participante 1)	28	<i>Sim</i>	<i>São Jorge</i>	1) CV (recém-nascida)
V. (participante 2)	22	<i>dona-de-casa</i>	<i>Vila Dalva</i>	1) L (menina de 3 anos) 2) A (recém-nascida)
L. (participante 3)	21	<i>Desempregada</i>	<i>Vila Dalva</i>	1) J (menina de 2 anos) 2) F (recém-nascida) 1) Ca. (menina de 6 anos)
M. (participante 4)	27	<i>Sim</i>	<i>CSEB</i>	2) Ch. (menina de 5 anos) 3) I. (recém-nascida)

(continuação)	Idade	Trabalha	UBS	Filhos
<i>Li.</i> <i>(participante 5)</i>	28	<i>dona-de-casa</i>	<i>São Jorge</i>	1) <i>P. (menina 14 anos)</i> 2) <i>J. (menino de 6 anos)</i> 3) <i>D. (recém-nascida)</i>
<i>T.</i> <i>(participante 6)</i>	27	<i>Sim</i>	<i>São Jorge</i>	1) <i>Z. (menino de 6 anos)</i> 2) <i>Mh (menina de 4 anos)¹⁵</i> 3) <i>V. (recém-nascida)</i>
<i>R.</i> <i>(participante 7)</i>	23	<i>dona-de-casa</i>	<i>Vila Dalva</i>	1) <i>G. (menino de 8 anos)¹⁶.</i> 2) <i>S. (recém-nascido)</i>

Das sete participantes, três foram encaminhadas para o serviço de psiquiatria, por orientação das terapeutas, em virtude de dificuldades acentuadas para o cuidado de seus filhos ou em seu relacionamento com o companheiro. Dessas, que passaram por acompanhamento psiquiátrico, uma abandonou o acompanhamento psicológico, já na fase de transição da psicoterapia breve para a fase de encaminhamento e as demais se mantiveram engajadas.

Dos quatro outros casos, sem intervenção de um acompanhamento psiquiátrico, depois da terapia breve, dois continuaram o processo e um outro foi encaminhado para acompanhamento familiar com atendimento adicional à filha mais velha, para tratar de questões ligadas à relação com a mãe. Uma participante optou pelo encerramento do atendimento.

A seguir, para cada participante, serão apresentadas as informações prestadas pelos terapeutas, respondendo ao questionário de atendimento (ver APÊNDICE B), assim como informações anotadas pelas entrevistadoras nas diversas etapas do projeto.

Participante 1

C., de 28 anos, é casada e desta relação, de cinco anos, tiveram a primeira filha, CV. A relação com o marido é de extremo conflito: C. diz que não tem paciência com o excesso de ciúmes do companheiro, principalmente com a sua função no trabalho, que é lidar com o público, mas, mesmo assim, C. insistiu para engravidar.

Segundo a terapeuta, seu histórico nos relacionamentos amorosos anteriores também é de grande conflito. Chegou a sofrer dois abortos no seu relacionamento anterior (primeiro por indução medicamentosa forçada e o segundo por agressão física). Diz que os problemas e as culpas por suas atitudes em seus relacionamentos cercados por excesso de ciúmes são a causa de um histórico que ela nomeia de depressão mesmo sem ter feito acompanhamento médico. Já que não se sentia à vontade de falar de sua situação e também por não ter uma referência médica (pela rotatividade de profissionais na UBS).

Com tais adversidades, no momento em que se percebe como provedora, a própria participante questiona seu papel de mãe e sua capacidade de cuidar da filha durante o processo terapêutico.

Pela conduta de ciúmes do atual companheiro, isolou-se do convívio de amigos e se ressentiu muito pela solidão. Pode contar, de maneira restrita, apenas com a sua família de origem e com poucas outras pessoas no ambiente de trabalho. Após o nascimento de sua filha, restringiu-se ainda mais o contato com amigos pelo afastamento do trabalho e pela rotina de cuidados com a filha, que dificulta visitas e saídas sem o companheiro.

Complicações na gestação também contribuíram para sua sensação de isolamento: teve perda de peso, que causou medo com a saúde do bebê e com a sua capacidade de ser geradora/protetora, agravado pelo rompimento precoce da bolsa que levou a uma longa internação como forma de retardar o parto e favorecer o desenvolvimento do feto ainda muito prematuro.

A permanência no hospital foi longa para favorecer as condições de desenvolvimento do bebê, o que também levou a uma série de desgastes como mudança na rotina, com a percepção de que outros tinham que promover os cuidados e gerenciar as necessidades, e com relação à dependência de cuidados intensivos de especialistas médicos.

Quando tiveram alta, a ida para casa não foi um alívio; pelo contrário, a sensação de não conseguir cuidar de sua filha era constante. Com esta sensação e suas tarefas, C. percebe-se cada vez mais isolada e concomitantemente a relação com o marido piorou, pois tentava manter-se bem, com uma obrigação de ter que dar conta, mesmo não se sentindo apta. Com essa rigidez e não tendo com quem compartilhar suas tarefas, a preocupação em se manter no papel de mãe leva a muita angústia.

Por causa da excessiva desesperança e da dificuldade em dar conta de suas tarefas, a terapeuta responsável pelo caso encaminhou-a ao serviço de psiquiatria do IP, que recomendou o uso de psicotrópicos.

Durante a psicoterapia, foram sendo percebidas as necessidades do desenvolvimento dos vínculos e da rede de suporte, o que levou ao encaminhamento de terapia familiar.

Participante 2

V., de 22 anos, é casada e tem duas filhas da relação. Queixa-se de irritação com o marido e nervosismo, principalmente com a filha mais velha de três anos.

Relata muitos momentos em que gostaria de ficar a sós, no escuro e que isto lhe traria paz. Sente-se muito sufocada, pois passa a maior parte da semana dentro de casa, às voltas com tarefas e obrigações, sem possibilidade de sair e de se distrair. Mostra-se entediada, não se sente bem em casa, o que a faz ter crise de nervosismo constante.

Nessas crises, V. quebra tudo o que estiver à sua frente, não importando o valor material ou afetivo do objeto. A não percepção do limite de sua raiva já a fez tentar se atirar em frente a um ônibus, tendo sido impedida pelo companheiro.

Episódios de agressividade com a primeira filha, L., e com o marido são constantes; tais comportamentos estiveram presentes desde a sua infância, e intensificaram-se com o nascimento da L. As agressões só param quando deixam marcas roxas na filha.

A pouca percepção de sua raiva e nenhum tipo de emoção em seu discurso chamaram a atenção do profissional durante o trabalho de psicoterapia breve, que sugeriu um atendimento familiar.

Durante as sessões de terapia, explicitou suas dúvidas com o desempenho de seu papel de cuidadora, que levam-na a pensar em sair de casa, deixar tudo para que outras pessoas dessem conta do que estava demais para ela, mas ao mesmo tempo considera a importância das filhas como sendo tudo o que ela tem. Mesmo com toda a agressividade,

passa a perceber a importância na sua forma de defender suas filhas sob qualquer circunstância (sendo capaz de “proteger” ou desejar protegê-las do mundo, mas com extrema dificuldade de protegê-las de si mesma e de sua agressividade).

Em relação ao marido, relata que há um extenso histórico de discussões e agressões, chegando a afirmar que continua morando com ele apenas porque não teria onde morar com as filhas. Considera a relação como uma prisão com pouca possibilidade de ser feliz; sente-se encarcerada em uma casa na qual suas funções são de manter uma ordem e na qual não vê um espaço de bem-estar.

Cabe ressaltar que o comportamento de V. repete um ciclo de violência e abandono constante em sua história familiar prévia da família de origem: fugiu de casa e morou uns tempos na rua, para sair de um lar violento. Foi através da relação com o atual marido e da proximidade com a sogra que foi possível seu resgate das ruas e, mais tarde, a constituição da sua família.

Os relatos da agressividade da sua filha mais velha, por queixas escolares, também encaminhou-a à terapia. Mais tarde, V. passou a ter atendimento direcionado com suas filhas para promover uma maior aproximação entre elas e um desenvolvimento da sua capacidade de ser mãe.

Participante 3

L., de 22 anos, tem duas filhas, J. de 2 anos e a F. de 6 meses. Está desempregada e mora com o pai de suas filhas, que também está desempregado. A situação de desemprego é apenas uma das suas grandes preocupações, além de outras dificuldades em seu casamento. Como forma de se afastar dos conflitos com o marido e também procurar uma melhor condição de vida, passou a acompanhar a religião evangélica a convite de sua mãe, principalmente como espaço para encontrar paz e superar perda de entes.

Quando L. engravidou da segunda filha, enfrentava uma situação de superação do falecimento de sua irmã e o espaço religioso possibilitou conforto. Ela e a irmã passavam por momentos difíceis, de tal forma que muita culpa a ponto de nomear a filha com o nome que sua irmã desejava nomear sua própria filha F..

Sente-se culpada por não ter se despedido na saída a um passeio; sua postura em não se despedir era uma represália à irmã, que havia chamado a sua atenção sobre as atitudes do seu marido. Foi neste passeio que a irmã faleceu, o que agravou a sua dor, além da descoberta que as revelações feitas pela irmã sobre o marido eram verdadeiras.

Em decorrência desta fatalidade, L. tomava sedativos fortes, segundo ela, sem ser informada de que poderiam interferir em uma gestação e, assim, teve uma gravidez de risco, de tal modo que foi orientada a manter repouso ficando menos ativa e, com isto, mais paralisada em sua culpa.

Com a gestação de risco, L. teve F. complicações respiratórias, incorrendo mais culpa.

L. descreveu-se em sessão como uma péssima mãe, filha e esposa: fica facilmente irritada, nervosa, chora muito e briga muito com as filhas, a ponto de o vizinho dizer que iria chamar o juizado.

Há uma dificuldade de L. lidar com a filha mais velha, J., com a qual não consegue ter contato: cuida o mínimo possível, por obrigação, e não consegue nem brincar nem interagir com ela, a ponto de provocar questionamento pelos familiares.

Revelou a vontade de dar a bebê para a mãe criar, ou ainda sair andando e deixar as crianças com o pai. Há uma grande angústia em L. em não conseguir cuidar de suas filhas e, ao mesmo tempo, uma grande dificuldade em lidar com este fracasso, que leva ao sentimento de ambivalência como cuidadora.

Sente-se culpada por todos os problemas que acontecem em sua vida, que não são poucos; sente-se só, não tendo com quem desabafar e em atendimento psicológico relatou que seus pensamentos suicidas se intensificaram, a ponto de tentar o suicídio e ser salva por uma parente que a flagrou se enforcando com uma fralda. L. já realizava acompanhamento psiquiátrico e, por este acontecimento, voltou a ser medicada.

Tem problemas graves de relacionamento com o marido e não teve seu apoio nas duas gestações; afastou-se dele por um ano na primeira gestação e segue o mesmo ritmo na segunda.

A situação de solidão e de desamparo de L. se agrava com o fato que logo após o nascimento da bebê descobriu que o marido é usuário de droga. Algo que não imaginava, apesar de viver com ele há seis anos. L. apresenta uma situação cada vez mais crítica, passa por privação financeira, pois o marido gasta com drogas o que consegue ganhar com pequenos serviços.

Vivendo em um ambiente desfavorável a ela e às filhas, não dando conta de cuidar das crianças e com uma relação em crise, L. aponta que a sua família não era a favor do seu relacionamento e que tinha culpa por não dar ouvidos e, principalmente, não perceber as mentiras do companheiro, que sempre lhe foram apontadas, o que a deixa desestruturada e com dificuldade em cuidar de suas filhas.

Durante o período dos atendimentos, contou que apanhou muito do marido e disse que tentou jogar um bloco de tijolo na cabeça dele, do alto de uma escada, mas que “infelizmente errou”.

Tem muitos motivos para sentir-se deprimida, sem esperança: o luto pela perda da irmã, a educação repressora da mãe, a internação da filha, a falta de apoio do marido, a relação doentia com o marido em que há uso de violência, a tóxico-dependência do marido, o ambiente de droga da favela em que mora, dificuldades financeiras. Foi encaminhada para acompanhamento psicológico subsequente e também foi realizado o encaminhamento de psicoterapia para a filha mais velha que, conforme a professora, não se alimenta e não interage mais na escola.

Participante 4

L. é casada com três filhas: Ca. de 6 anos, Ch. de 5 anos e a bebê I. de 5 meses.

Tendo três filhas pequenas, L. ainda trabalha no regime de apenas uma folga durante a semana, o que a afasta do convívio familiar e dos cuidados das filhas, fato gerador de grande conflito, levando-na a pensar em buscar outro trabalho, pois as filhas reclamam de sua ausência, especialmente nos finais de semana em que ficam em casa o dia todo (não há escolinha e o pai não as leva quando sai). Assim, passam o fim de semana que a mãe trabalha aos cuidados da avó.

As queixas das filhas não são o seu único problema: a questão do gênero das filhas é algo que permeia a dinâmica do casal. O marido sempre teve obsessão por ter um “menino-homem”, de tal modo que rejeitou a primeira gravidez após o ultra-som, saindo de casa e só voltando após o parto. Ca. nasceu prematura, ocasionando o risco de não sobreviver e culminando no sentimento de culpa do marido que retornou para casa e, num segundo momento, apegou-se muito a esta filha, dando a ela uma preferência explícita. Um ano depois, resolveram tentar novamente e, para desgraça paterna, tiveram outra filha. O pai novamente repetiu o afastamento do convívio familiar.

Decorridos quase quatro anos, resolveram tentar de novo. O marido estava certo de que viria um menino, mas decepcionou-se muito ao saber que era, mais vez, uma menina, e novamente abandonou a paciente aos seis meses de gravidez. L. ficou desesperada, pois se diz obcecada pelo marido. Chegou a pensar em suicídio naquele período. Vivia atrás dele, seguia-o, relata ainda que não tinha paciência com as filhas.

Com o nascimento do bebê, o marido voltou e foi, segundo L., “pegando amor” pela filha que tem sérios problemas respiratórios desde o nascimento e precisa de acompanhamento médico com frequência.

Após um sério problema de saúde a possibilidade de perda fez com que ele se aproximasse ainda mais da família e da I..

Mais tranqüila da proximidade familiar, L. revela, com esta temática de perda, a sua angústia com a possibilidade de sua filha recém-nascida vir a ser tomada de seus cuidados. O falecimento do irmão mais moço do marido, assassinado, quando L. estava com 8 meses de gravidez, abalou muito a família do seu companheiro. A sua filha I. é considerada por todos muito parecida com ele. A sogra já pediu para criar a menina e chora, por lembrar-se do filho, quando a vê. Todos os familiares do marido notam a semelhança. L. passou a se preocupar por perceber que a filha não está sendo vista como ela mesma. Assim, parou de conviver com os familiares do companheiro, o que leva a muitas cobranças por parte a família.

As grandes dificuldades que teve na gravidez e com a questão de ter outra menina foram trabalhadas na terapia, assim como a sua importância como cuidadora das filhas. Com a volta à rotina e o afastamento do marido com saídas com os amigos, chegando em casa de madrugada, L. se posicionou, não aceitando a situação. L. conta que não se desesperou, nem tentou impedi-lo. Sentiu que ele tinha o direito de procurar a própria felicidade, pois casou muito novo, não conheceu a vida e agora está querendo aproveitar. Também se considera nova ainda, podendo seguir sua vida e encontrar outra pessoa. Ela mesma se surpreendeu com o modo como reagiu. O que resultou na separação do casal e a procura de um advogado para ver a questão da pensão.

Com o termino dos dez atendimentos encerrou o seu atendimento.

Participante 5

Li. foi abandonada pela mãe e criada pela avó. Não tinha ninguém da família na cidade de São Paulo. Perdeu contato com sua família de origem na Bahia e, apesar de forte queixa de solidão, optou por não reaver o contato, uma vez que sofria intensamente com os conflitos familiares.

É dona de casa, faz todo serviço doméstico e cuida dos filhos, sem auxílio, nem ajuda de ninguém.

Por não ter com quem contar, leva sua filha bebê, a D., à sessão de psicoterapia. Quando fala de seus problemas, aponta, com muita tristeza, o fato de não enxergar alternativas à sua situação. Seu sono é muito precário, pois dorme com a filha, que quer mamar o tempo todo. Comenta a idéia de tentar desmamar a filha, pois crê que ela já não precise tanto de seu leite. Mas apresenta uma recusa implícita, quando diz que não vai conseguir. A terapeuta levanta a hipótese que essa filha possa ser sua desculpa para não ter intimidades com o marido.

Não se sente inútil. Ao contrário, sente-se capaz de ajudar outras pessoas, não importando de que forma seja. Está sempre pronta para ajudar vizinhos, amigas e o próprio marido, quando fala que faz tudo o que precisa para não sobrecarregar os outros, mesmo que depois se queixe pelo descaso que sente das pessoas por não se importarem pelo fato de estar sobrecarregada. Um dos seus desejos evidentes, portanto, é que as pessoas (marido, filha e amigos) percebessem sua necessidade de ajuda e, assim, viessem espontaneamente dividir as tarefas com ela.

A sensação de que sua vida era pouco dinâmica, que basicamente não saía do lugar, era seguida de pensamentos suicidas, com a alegação de que provavelmente ninguém sentiria sua falta, nem mesmo sua única amiga, o que era muito decepcionante. Considerava-se muito boa, pois estava sempre à disposição de todos, desde o vizinho velhinho a quem dava comida até os filhos da amiga, e quando mais precisava, não podia contar com ninguém. Em seu raciocínio, tal dinâmica só acabaria quando morresse.

Sua história de vida é bem complexa, cheia de abandonos: pela mãe, pela avó, que embora a tenha criado, expulsou-a de casa aos 14 anos, quando engravidou. Depois, a avó ficou com P., que ela só a via nos fins de semana. Essa filha hoje tem 14 anos, mora com Li. aqui em São Paulo, mas a entrevistada queixa-se bastante de P., que não a ajuda em nada e só briga com a mãe, com os irmãos pequenos, do atual marido, e funciona como se não tivesse mãe. Faz o que quer. A mãe chegou a procurar por conta própria um Centro Comunitário que trata de jovens com problemas e a menina foi chamada para umas conversas, mas a menina não quis aceitar ajuda.

Há muita culpa com criação da P. por tê-la deixado com a avó. Li. não teve oportunidade de fazer um vínculo forte com essa filha, mas a recebeu de volta, quando a avó a mandou para a mãe porque um tio mais velho tinha abusado da menina quando ela estava com 9 anos.

Fala muito pouco do seu segundo filho, J., um menino de 6 anos, do segundo marido, com quem vive atualmente.

Da atual filha relata que não queria filhos, mas deixou de tomar pílulas. Teve uma gravidez sofrida com complicações e necessitou de repouso. Essas complicações não resultaram em problemas para o bebê, que nasceu saudável. Apesar disso, tem dificuldades de cuidar da D., achando que foi um erro a gravidez, não queria mais filhos apesar de afirmar que pelo menos é uma menina. O desejo da não ter mais filhos é tamanho que queria realizar laqueadura mesmo tendo menos de 30 anos.

Mesmo com essa história de tantos abandonos, Li. nunca falou em tentativa de suicídio, só que às vezes, pensa que é melhor morrer. E com o processo de terapia, não fala mais nestes termos a propósito de sua vida.

A relação com o companheiro parece sem grandes afetividades. Ela espera que ele cuide dela, mas parece que não quer saber disso. Está pouco em casa, gosta de tomar chope com os amigos, quase não ajuda com as crianças, segundo o que ela conta. Li. sente-se só. Relata que gostou muito de um primo, com quem esteve casada por 3 anos, não teve filhos, e ele teve uma leucemia incurável e morreu logo depois. Ela conta muito triste esse momento de sua vida e diz que gostava muito dele, cuidou dele o tempo todo, mas não conseguiu sobreviver. Ela estava sozinha quando conheceu esse homem, que é o pai do menino e da bebê. Queixou-se dele bastante, dizendo que era muito infantil, não ajudava em casa, nem com as crianças. Durante sua doença atual e cirurgia (tinha muitas dores e estava com pedras na vesícula, numa situação muito grave), relatou que ele foi muito prestativo, e que se espantou com o carinho e a presença dele. Mas que passou logo, porque Li. logo assumiu suas funções, de tal modo que seu companheiro já não precisava mais ficar cuidando de tudo.

Li. não tem amigos, a não ser a vizinha, que ela pensava que era sua amiga, mas é muito confusa, não dá conta nem de si mesma, quanto mais ajudar a amiga. Parece alguém que não tem confiança nos outros, por experiências de abandono anteriores (vide o marido querido que morreu, o abandono da mãe e da avó). A terapeuta aponta que Li. não quer se ligar para não sofrer mais perdas; levanta esta hipótese para explicar o fato de a participante não procurar os outros e não criar vínculos de dependência. Foi encaminhada para psicoterapia.

Participante 6

T. conta que nunca se deu com a mãe, que sempre fez pouco de suas realizações, quando morava com os pais no interior de Minas. Essa relação não melhorou com a sua

saída de casa após o seu primeiro casamento. Deste primeiro casamento teve dois filhos, Z., um menino, e Mh., uma menina, mas o casamento durou pouco, uma vez que o marido era mulherengo e não trabalhava, o que a fez largar tudo e vir tentar uma nova vida em São Paulo.

Foi quando conheceu o atual marido. Logo foram viver juntos e tiveram uma filha. Relata que não passou muito bem na gravidez, mas o parto foi bem e a bebê nasceu normal, como queria.

Seu irmão mais velho é bem estruturado na vida, tem uma fábrica de doces em São Paulo e emprega outros irmãos e irmã. Disse-lhe há pouco tempo que queria que ela tivesse tido outra vida, estudado e feito faculdade, pois é inteligente e esperta. Mas com os casamentos e filhos, sua vida tomou outros rumos.

Em sessão de terapia, traz o relato que queria ficar mais com V., como talvez nunca tenha tido antes, e contava com a mãe para dar-lhe essa oportunidade. Porém, com as críticas da mãe que, segundo T., é uma mulher muito ciumenta e nunca foi boa para ela nos momentos mais críticos (chegou a ser expulsa de casa quando engravidou aos 20 anos do primeiro marido). Ou seja, não sente que pode contar com o apoio de quem precisava. Parece que tudo se repetiu, outra vez: fica muito transtornada de perceber que sua mãe não muda o modo de enxergá-la, sempre a vendo como incapaz e folgada.

Depois que teve a V., estava em casa da mãe, que logo começou a chamá-la de folgada por querer ter uma ajuda e um descanso. Sentiu-se tão agredida pela mãe que saiu rápido de lá, procurou um emprego, na padaria e voltou a cuidar de tudo sozinha. Combinou com a mãe de olhar V. e as crianças quando voltam da escola, até ela voltar do trabalho. Nos atendimentos de psicoterapia é apontado que T. precisa da mãe, quer ser cuidada por ela, mas odeia as insatisfações da mãe.

T. apresenta-se, na visão da psicóloga, bastante deprimida, com uma feição contraída e expressão de alguma dor. Tem muita queixa de desamparo frente às dificuldades, sem acolhimento por parte da mãe e do marido, sobretudo da mãe. Parece muito cansada, no entanto é muito batalhadora; ativa, cuida das crianças (de 6 e 4 anos) e da bebê e ainda trabalha, em regime de jornada.

O relacionamento com o pai da criança é uma questão crucial para ela; parece que gosta muito dele, mas ao mesmo tempo procura justificar que tem que trabalhar para cuidar dos filhos, pois não pode confiar nele. Tem muitos ciúmes dele, sem aparente motivo. Há a suposição de que o companheiro encontre mulheres à noite, quando trabalha, pois é colocador de pisos de madeira e trabalha num grupo que reforma escritórios, que só podem

fazer reformas à noite. Desse modo, T. fica telefonando para saber onde ele está, com quem, e o companheiro fica desesperado com isso, resultando em briga entre o casal. Ele a ajuda com as crianças, adiantando as tarefas de banho e comida. Mas atualmente, T. recrudescer sua desconfiança e não quer mais que encoste na filha e no filho mais velhos, de medo que abuse deles. Está muito assustada com isso, apesar da terapeuta não identificar nenhum sinal.

Por outro lado, sua mãe, que é muito faladeira, de acordo com a participante, fica fazendo intrigas entre o casal, e, assim, o casal, acaba brigando por isso também.

T. teve experiências afetivas muito decepcionantes desde cedo. Ela sonha em ter uma mãe acolhedora, amorosa, e sofre muito com a condição de sua mãe, que é incapaz para atendê-la como deseja. O marido idem, não a atende como quer. Procura, então, não depender dos outros de forma nenhuma, para não se decepcionar. Talvez, por isso, sinta que ninguém pode ajudá-la, nem marido, nem irmãos, nem pais, nem mesmo a terapeuta, que comenta não ter o poder de mudar a realidade, somente o de ouvir, acolher e pensar nas dores da participante, para que ela possa criar outros caminhos emocionais que não sejam os mesmos que ela conhece.

Segundo a terapeuta, não há nenhum relato de mudanças nas relações sociais após o nascimento do bebê. Conta que é sozinha para fazer tudo. Mas sua solidão favorece pensamentos obsessivos, persecutórios. Por outro lado, fica aliviada de estar só e não depender de outros, não ter estímulos para suas elucubrações, recurso que aparentemente busca para não se sujeitar a mais decepções afetivas.

T. relata que teve brigas muito fortes com o marido, ameaçando-o de abandono e de agressões. Ele começa a evitá-la e ela fica mais desesperada ainda. Por último, T. resolve dormir com um martelo sob seu travesseiro e quando ele percebe suas intenções, fica apavorado e sai de casa definitivamente, o que a deixa transtornada. Emagreceu, não conseguia dormir e comer, após uma séria briga com o marido por ciúmes. Ele saiu de casa e ela se desesperou, ficando quase em estado de choque. A terapeuta, vendo a necessidade de medicação adequada, pois estava à beira de um colapso, encaminhou ao serviço de psiquiatria. Nessa situação, T. chegou até mim e encaminhei-a para atendimento psiquiátrico, aonde recebeu medicação.

Depois de medicada, ainda voltou uma vez com os pais e concordou em se tratar, mas nunca mais voltou à terapia, ou deu notícias. Soube que estava melhor por sua mãe, que recebia os recados para ela. Continuava se tratando com medicamentos, o marido não voltou e T. ficou com os filhos e o trabalho. Segundo a mãe, parecia mais tranqüila.

Participante 7

O filho mais velho, G., fruto de um relacionamento passageiro, tinha 2 meses quando R. (a participante) foi morar com N. Este assumiu integralmente os cuidados dela e da criança.

G. não sabe que N. não é seu pai. A mãe aponta o desejo de contar para o filho, mas, esperará que ele pergunte sobre isso. Diz-se muito irritada com tudo e impaciente com este filho, o mais velho, que supostamente é muito questionador e revela a sua contrariedade quando ela diz que não gosta de responder às suas perguntas. As queixas não ficam por aí; de acordo com R., G. mente, não obedece, fica emburrado, faz birra e agride outras crianças na escola. Nega que esteja com ciúmes, pois adora o irmãozinho.

Segundo a terapeuta, R., na verdade, demonstra ter pouca noção do que pode estar se passando com G. nesse momento, com relação ao nascimento do irmão, além de exigir do menino mais do que sua idade permite corresponder. R. investe seu tempo mais na limpeza e arrumação da casa do que interagindo com os filhos. Porém, é capaz de cuidar e de atender às necessidades de uma alimentação correta, consultas médicas, enfim, de cumprir com os cuidados técnicos.

R. não se sente valorizada nem pelo marido, nem pela mãe (com quem não tem contato). Conta que o companheiro diz não gostar mais dela e que disse para ela procurar outro homem. Relata ainda agressão física por parte de companheiro.

Hoje em dia, R. tem uma convivência difícil com cunhado e cunhada no espaço que compartilham, o que traz dificuldades na relação com o marido que não se impõe.

Até a sua primeira gravidez, R. tinha sido criada pela avó, sem ter a noção de uma família e suas funções. Apesar de ter mãe e de ter com ela pouco contato, R. diz que sua progenitora era estranha no modo de se relacionar com as filhas e que ela também se sente assim.

Sobre a gravidez, conta que a desejava, mas o marido estava inseguro. Então, parou de tomar o anticoncepcional sem comunicar o marido e quatro meses depois engravidou. Enquanto isso, fingia que tomava as pílulas. No final da gravidez contou que havia mentido e o marido disse já saber da verdade.

Relata brigas, discussões e dificuldades, referindo-se inclusive ao seu desinteresse sexual e ao gosto do marido por filmes pornográficos, um dos motivos dos desentendimentos. Revela ainda que, quando foi morar com N., a irmã e a madrasta haviam

armado a situação para que isso acontecesse. Fizeram de conta que ambas não a queriam em suas casas e a mandavam para lá e para cá, até que N. a chamou para morarem juntos. R. conta que só ficou sabendo disso depois, mas N. acusa-a de ter participado da armação. A situação entre eles pode ser descrita como uma briga de braço constante pelo controle e poder de um sobre o outro.

Sua mãe teve episódio de depressão grave (talvez psicótica) quando R. tinha uns cinco anos; o pai era alcoólatra; um dos irmãos mais velhos foi alcoólatra, e faleceu de cirrose; outro irmão é usuário de psicotrópicos; sua irmã mais velha tem problemas mentais (relatados como grande isolamento e alucinações); e uma irmã mais nova está com indícios de depressão. Com todos esses problemas familiares, R. conta que os parentes do marido a acham meio louca.

Muito da sua forma de relacionar-se com os filhos é apontada como parte do seu modo de se relacionar e de seu histórico familiar. Durante o processo de psicoterapia, R. foi se percebendo mais receptiva com os filhos e um pouco menos controladora. A terapeuta foi notando diferenças em seu modo de ser, parecendo mais presente na interação, mais alegre e expansiva, mais afetiva.

Como uma maior percepção das suas relações pode, então, mobilizar-se para ajudar o marido a se cuidar, já que este enfartou há cinco anos com apenas 33 anos e não estava tendo acompanhamento médico. Pergunta-se se é assim como é ou se se tornou assim por tudo o que passou na vida. Vê que não está fácil mudar com os filhos, abrir-se para eles enquanto crianças que brincam, além de não aceitar deixar os controles defensivos.

11.2. Análise a partir das falas das participantes

A gravidez é uma das possíveis fases de transição no processo do desenvolvimento da mulher. Embora essa transição faça parte de um processo natural, deve-se considerar que é um período que exigirá mudanças em vários aspectos da vida frente à chegada e aos cuidados do bebê. Ainda que os cuidados sejam divididos muitas vezes com outros responsáveis, como o companheiro, familiares e até amigos, a mãe é uma figura central.

A seguir, faremos uma análise qualitativa das falas maternas das participantes, priorizando o relato de cada uma, analisando os conteúdos apreendidos por meio da análise

de conteúdo temático, conforme proposto por Bardin (2002) e descrito anteriormente no Método.

Essa técnica analisa as narrativas descritas minuciosamente e sistematizadas, a partir das quais são elaboradas inferências unidas e articuladas com o discurso do contexto de produção, à luz da teoria que ancora o processo de investigação. Depois de feita uma pré-análise, através da exploração inicial do material, que Bardin designa como de leitura flutuante, foram identificadas categorias de conteúdo temático, que serão apresentadas em três categorias; "Gravidez: da ambivalência da descoberta a intercorrências físicas e/ou psicológicas", "Parto: da chegada do filho aos possíveis problemas de saúde no recém-nascido" e "Relação da mãe-mulher e suas relações sociais".

11.2.1. Gravidez: da ambivalência da descoberta a intercorrências físicas e/ou psicológicas.

Ambivalência

Apresentaram-se relatos com inferências positivas, assim como negativas, a respeito da gravidez, já que não foi incomum uma mesma participante referir aspectos positivos e negativos frente à notícia da gravidez.

Fica muito claro que a perspectiva de ser mãe promove o levantamento de uma série de questões, que vão desde o desejo por ter um filho até a forma de se organizar para exercer a maternidade. Essas reações podem se apresentar segundo diferentes formas de expressão.

Saber da bebê foi uma das maiores alegrias da minha vida, só não sei o motivo que fiquei assim, tão parada, justamente em um momento de nascimento. Ter um filho é algo que toda mulher quer... E a bebê é a minha primeira filha. Acho que isto a faz tão importante; quando soube que estava grávida foi a glória; estávamos começando a tentar e já veio a bebê. Eu e o meu marido estamos juntos há mais de três anos, mas só agora chegamos no ponto que seria a hora de ter filhos; temos a nossa casa e estamos

trabalhando. Estava tudo certo para termos um bebê... Mesmo querendo, não sabia se eu queria muito. Acho que isto me deixava um pouco sem querer ter filho. (Participante 1).

Fiquei desanimada com a gravidez, não sei, mas não era mais o momento. Não tenho mais cabeça para dar conta de coisas, queria descanso e com o filho não é isto que ocorre... Sei que vou ter trabalho pelo menos por mais um tempinho. Acho que fiquei meio assim, mas passou, era algo que não esperei, mas se feito, tem um motivo, e não pode negar quando um filho vem ao mundo. (Participante 2).

As referências com a notícia da gravidez, por cada uma das gestantes, foram vividas de diferentes formas.

No relato da participante 1, vemos a surpresa de uma primípara que esperava o momento certo para engravidar e este chega cheio de expectativas, mas também de incertezas. A chegada do filho também pode ser vista com ambivalência em múltiparas, como é o caso da segunda mãe. O planejamento da gravidez mostrou-se diferente nos dois casos: enquanto uma se planejou para o momento, mas mesmo assim vive a sua primeira gestação com as incertezas frente os motivos da escolha; a outra, já se havendo com uma filha, percebe-se frente a um não planejamento familiar e às implicações para suas condições financeiras.

Fica claro que há uma gama de motivos para a gestação ser vivida como ambivalente e que os motivos desta são muito particulares, o que dificulta uma busca de fatores comuns. A análise dos relatos sugere que a própria ambivalência seja a principal característica desta fase. Nos casos a seguir, serão apresentadas as respectivas reações ambivalentes à gravidez.

Surpresa com a gravidez; não podia ficar grávida estávamos de luto, mas estava feliz... Sei que é pecado, mas é uma vida que Deus me deu. Tive muitos problemas na gravidez, acho que foi castigo por engravidar no luto

junto com a vergonha de contar que tinha ficado grávida no luto... Isto é pecado... (Participante 3)

Nem sei como fiquei quando soube que estava grávida... Acho que animada. Sabia que seria difícil ter outro filho, mas tentei levar o mais tranqüila. (Participante 4).

As questões ambivalentes levantadas pela descoberta da gravidez são diversas. A terceira participante se encontrava de luto pela morte da irmã e a notícia de um filho, apesar de dar alguma alegria, era indesejada, pelo luto e também por conflitos com o companheiro. Para a quarta participante, a notícia de sua terceira gestação leva a questionar o seu cotidiano: esta mãe já lida com o fato de ter duas filhas pequenas e trabalhar em um regime de jornada. A chegada de mais um filho poderia acarretar complicações para manter o emprego e atender à sobrecarga representada pelos cuidados ao recém-nascido.

A participante 5 também tem dois filhos anteriores, mas, neste caso, mais velhos: uma é adolescente e não foi criada por ela e o segundo filho está em idade pré-escolar. Na terceira gestação, aponta a reação de surpresa do marido, quase de não ser possível ela estar grávida e de pouca colaboração, o que provoca uma reação de ressentimento:

Esta vida é injusta. Para ter meu bebê fiquei doente e, agora, só tenho mais trabalho. (...) Parece que você pega barriga sozinha, chego para o meu marido e falo e ele sempre fala não pode ser; como ficar grávida só fosse coisa minha e não é só com esta, com minha filha mais velha, foi a mesma coisa. (Participante 5)

A influência da reação do companheiro com a descoberta da gestação é, também, a temática da sexta participante e, mesmo frente a uma gestação planejada pelo casal, há ambivalência. A participante conta que ela e seu marido planejaram o filho, que seria o primeiro filho do casal. Porém, os conflitos que sucederam, depois da chegada do bebê, fazem-na questionar se era o melhor momento. A relação conturbada pelo excesso de

ciúmes, levou ao fim o casamento e ela ficou com os três filhos na casa dos seus pais. O que seria o símbolo da união, agora, é o único motivo do contato dos ex-amantes.

Queria muito o bebê, era tudo o que eu precisava para o meu casamento. Lembro o quanto ele ficou feliz com a notícia. Nós sempre planejávamos ter mais filhos, agora, da nossa união. (...) mas, agora vendo que ele me deixou com os três acho que era melhor não ter o terceiro. Sei lá, ter um bebê e logo separar mostra que ele não estava pensando em mim e nem na criança. Deixar a mulher depois de dar um filho só pode ser por safadeza. E se fosse para fazer isto, era melhor nem ter filho. (Participante 6).

Em todos os relatos, apesar das variações na divisão da responsabilidade, aparece uma maior participação e responsabilidade da mãe, não só como guardiã do processo de gestação, como no processo de promoção do desenvolvimento infantil. No relato da participante 7, essa questão é ainda acentuada pelo fato de postergar a notícia da gravidez, temendo a reação negativa do marido:

Queria muito o bebê, mesmo que custasse meu casamento (...) tive que esconder, pois falava para meu marido que não era gravidez... Acho que nem dava para ser diferente e fazer o pré-natal... Todo mundo vai no mesmo posto; uma hora ele ia ficar sabendo. (Participante 7)

Percebe-se no discurso destas mães que a gestação é um momento de ambivalência. Independentemente do motivo, esta ambivalência está presente e, assim, tem uma importância em si mesma quando falamos de mãe-bebê. Todavia, temos que considerar que há características peculiares da condição de vida de cada uma, que é vivenciada de maneira particular.

Deve-se considerar que, de modo geral, independentemente das condições sócio-econômicas difíceis das participantes, há relatos positivos frente à notícia da gestação,

mesmo nos casos mais complicados. Além disso, há praticamente um consenso, quase de conformidade, de aceitação da maternidade, a partir da qual as adversidades serão pensadas.

Mesmo quando há planejamento, aparecem dificuldades relacionadas a questões do momento e aos motivos que as levaram a engravidar. A representação de ter filhos é quase uma obrigação socialmente esperada, uma necessidade que não deixa muita margem de escolha à mulher. Ser mulher é quase sinônimo de ser mãe.

As mudanças fisiológicas sofridas na gravidez, ocasionadas por alterações metabólicas, assim como hormonais, trazem uma série de modificações na gestante, que podem ser sentidas de diferentes formas, como ilustrado pelos relatos de queixas, a seguir.

Aspectos fisiológicos

Alterações de peso sentidas como risco

É esperado que as gestantes apresentem um ganho de peso médio de 10 quilos, como parte das mudanças corpóreas necessárias para o desenvolvimento fetal. Ganhos de peso acima ou abaixo do esperado são considerados pelos especialistas com um fator a ser investigado. Nas consultas do pré-natal, o desenvolvimento fetal é avaliado através destas alterações do peso que, assim, se tornam uma temática cercada de expectativas.

Eu engordei muito e o médico me falava que não seria bom para o bebê. Não foi mesmo; quase ela [a filha] não sai de mim [mãe faz referência a complicações no momento do parto que atribui ao ganho de peso na gestação]. E para mim também; depois ficou difícil de perder [peso], mesmo com muito serviço e não tendo com quem contar e aí se engorda fica difícil.
(Participante 5)

Engordei muito na gravidez, muito mesmo, e tive que esconder pois falava para meu marido que não era gravidez... (Participante 7)

Há também preocupações com perda de peso. A perda de peso em um processo gestacional é considerada na área médica como um risco para a saúde fetal.

Perdi peso em vez de ganhar. Acho que isto prejudicou a bebê, pois ela não ganhava peso. Acho que a preguiça é tamanha que perdi peso em vez de ganhar quando engravidei. Tive que realizar muitos exames pelo estado que estava e fazer uma dieta. E em cada exame, não me falavam nada de bom apenas que tinha começado a melhorar da anemia, mas que tinha que me cuidar e que não dava para saber ao certo como o bebê estava.
(Participante 1)

Sangramento.

Diversos indicadores do desenvolvimento da gestação estão associados a preocupações com a saúde da gestante, do bebê e com o risco de aborto. A presença de sangramento na gestação é um destes indicadores, que, assim como os problemas com o peso gestacional, necessita de investigação médica, a qual, por si só, é um fator adicional de preocupação.

Foi difícil perceber que estava com um pouco de sangramento... Estava seguindo as orientações da Dra. [Ginecologista do Sistema Único de Saúde, que passou uma série de recomendações para a questão do não ganho de peso] achava que tinha algum problema com a bebê e que iria perdê-la. Pensei que não ia dar certo. Quando o problema era só o não ganho de peso, não vi tanto problema, mas o sangramento sei como é (...) e por mais que minha mãe falasse para focar em coisas boas, pensar na minha filha chegando em casa, mas não dava... (Participante 1)

Tive problemas na gestação; tive que ficar em repouso e ficar bem paradinha, foi o que o médico falou... (...) Foi de risco [a gravidez], com

sangramento. Tive que ficar parada, fui e voltei muitas vezes dos médicos. Ela [a bebê] também tem que ir sempre ao médico... Foi assim quando estava grávida e é assim com ela. Mas não posso reclamar. Eu e ela estamos aqui hoje e isto é o que importa. (Participante 4)

O sangramento é um sério problema gestacional que leva a uma série de medos que podem acompanhar a mãe. A ameaça de perda, nesta fase, poderia até postergar a vinculação afetiva da mãe ao bebê, como uma reação de defesa ao luto potencial, e poderia ser um dos fatores promotores de desalento e de tendências depressivas.

As questões levantadas pelas dificuldades de uma gravidez de risco promovem dúvidas sobre o completamento da gravidez, o que afeta a preparação para a maternidade.

Enjôo

Voltaremos ao relato da quinta e sexta participantes, as que relataram enjoô.

Tive que ir ao hospital pois não agüentava de tanto enjôo. (...)...e ficar enjoada. Acho que o enjoô só passou quando o bebê nasceu. (Participante 5).

Tive muitos desejos, mas sempre que comia fritura era como engolir litros e litros de óleo. É horrível. Acordava no meio da noite e só vomitava, não parava e aí ficava dias sem poder sentir o cheiro de nada que começava a passar muito mal... Muito mesmo. E cada vez que eu ficava muito ruim, ia ao PS do HU, pois não queria tomar nada que prejudicasse o bebê. Sabe como é... É ruim tomar o medicamento sem saber se fará mal ao bebê. (Participante 6)

Deve-se notar que a quinta participante apresentou uma gravidez de risco; é possível que o conjunto de sintomas, incluindo os enjoôs, reflita essa condição. O relato da sexta participante levanta a questão alimentar como um adicional aos fatores normais de enjoô na gravidez.

Outros sintomas que podem ocorrer na gestação, como inchaço nas pernas ou cólicas, são relatados e podem ser entendidos também como decorrentes dos hábitos e das condições das gestantes. Por exemplo, segue-se o relato da segunda participante:

Nossa, como fica difícil dar conta da casa toda com esta barriga. É chão para limpar, comida para fazer e louça para lavar... No fim do dia as pernas estão inchadas e eu com cólica. (Participante 2)

Aspectos psicológicos

A divisão entre preocupação da gestante quanto ao aspecto físico ou psicológico está aqui feita apenas para facilitar a análise, pois sempre há interações entre estes níveis de preocupação.

Tristeza e desânimo

Muitas participantes apresentaram inferências a sentimentos negativos durante a gravidez. As expressões “tristeza” ou “desânimo” foram usadas e, assim, estes termos estão aqui apresentados segundo a fala e a compreensão de tal expressão pela mãe. Ressaltando que até mesmo os questionários de auto-avaliação da DPP os relatos de tristeza e, assim, como outros termos aos qual a colocação tem uma compreensão do senso comum e não o uso do termo com o embasamento teórico. Mas, mesmo assim, estes são considerados, até mesmo para a confirmação psiquiátrica do quadro.

Seguem-se as colocações das participantes que relembram que em suas gestações sentiram tristeza.

Triste com a morte da minha irmã. Foi um dos dias mais tristes da minha vida, tudo ficou triste acho que perdi o ânimo para viver ou para realizar as coisas. Não dava para imaginar fazendo nada. (...) Não queria

contar para as pessoas que eu estava grávida, pois só tinha alguns meses que minha irmã falecera.... (Participante 3)

Como já visto anteriormente, fatalidades ocorridas durante a gestação, como é o caso da participante 3, interferiram em sua forma de se relacionar com o mundo e, dessa maneira, com sua gestação.

É importante destacar, como apresentado no levantamento teórico sobre depressão, que a diferenciação de DPP e a chamada DM não é clara; alguns estudiosos questionam a própria conceituação de DPP como um estado depressivo que ocorreria exclusivamente após o parto. Esse questionamento está relacionado à percepção de que a DPP se iniciaria antes do parto ou até mesmo que não haveria uma diferenciação do tipo de depressão no momento de ganho de um bebê com outros momentos. Para exemplificar estas colocações, contamos com mais um trecho da participante 3.

Não era o melhor momento para ter mais um filho e sei que isto é sentido pela minha bebezinha. Mas, quando estamos grávidas, o melhor é ser forte e se apegar a Deus, pedindo dias melhores... (...) Que nos dias melhores tudo que pode ocorrer de ruim fique bem longe da minha casa e da minha família e, assim, posso criar os meus filhos em paz. (Participante 3)

Nos relatos da participante 3, fica evidenciado que acontecimentos antecedentes à chegada e, até mesmo, à concepção do bebê apresentam relação com o estado de tristeza materna. Há uma seqüência de acontecimentos que parece relacionada à tristeza e que, no caso, não têm uma relação direta com a concepção e nem se caracteriza com um fator fisiológico/psicológico associado à gravidez, como pode acontecer em outros casos.

Há também relato de tristeza sem uma causa aparente, ou seja, a mãe não relaciona ao seu estado acontecimentos como complicações no puerpério, as dificuldades com a chegada do bebê ou outros acontecimentos externos problemáticos no momento de sua gestação.

Sinto triste, como nada tivesse razão. Não é possível receber a minha primeira filha neste estado. Ela é um presente de Deus e fico triste sem saber muito com o que sei que não é com ela... Deus me livre!?! Ter um bebê saudável e bonita como a minha é tudo que todos querem... (...) Todos ficaram muito felizes com a sua chegada e, também, não poderia ser diferente... Não estou triste com a sua chegada mas ando bem triste e não sei muito bem... [pausa participante muito emocionada] Estou triste, como pode ser difícil ficar assim sem um motivo. Ando chorando para tudo. Com a chegada da bebê, não sou mais feliz... Era para estar completa, mas parece que tudo que faço me entristece. (Participante 1)

A fala da participante 1 não menciona, como a da participante 3, acontecimentos que interferem em seu estado. Ela é uma das participantes que no tópico a respeito da descoberta da gestação relata um estado de alegria e de felicidade sendo o momento ideal para ter filhos e que era uma escolha do casal gerar uma criança neste momento. Assim, o relato de falta de sentido no seu estado com a chegada do bebê é quase que inexplicável, mas é fundamental notar que esta mãe teve problema sério de não ganho de peso e sangramentos, o que colocou em risco a saúde fetal. E apesar da primeira participante não relacionar diretamente a possibilidade de perda da filha com o seu estado, pode-se entender a sua reação como a maneira encontrada de buscar o envolvimento dos demais com os cuidados com a criança.

Desanimada com toda esta tristeza que eu nem sei de onde vem. (...) Nossa, como ando desanimada com isto... (...) Já falei que não era para estar assim, mas não sei muito bem como ficar de outro jeito. Acho que depois do médico [psiquiatra que passou medicação] as coisas melhoraram muito, mas eu não entendo como pude ficar assim. Acho que ando dando trabalho para todos com coisas que seriam a minha obrigação. (Participante 1)

Cuidados maternos e a possibilidade de perda do filho

A participante 4 aponta como sua mãe é importante para os cuidados de sua filha.

Eu não nasci para mãe, nem sei muito como cuidar. O bom é que tudo que não está bem é a minha mãe que dá um jeito. É melhor mesmo; com os problemas com a menor, o bom é que fique com a minha mãe... Eu gosto de sair e trabalhar, acho que é bom saber que tenho a minha mãe... Ela que dá conta dos que as meninas precisam... (Participante 4)

Fica claro que, para a participante 4 ter a sua mãe como pessoa que ajuda nos cuidados com as filhas, é fundamental que exerça suas atividades e contando com a segurança de que sua mãe cuide de suas crianças.

Não podemos deixar de considerar que para a participante 1, assim como para participante 4, as complicações físicas colocaram em risco gestação e há os relatos de medo de perda de seu filho.

As questões relatadas, como “sentimento de medo de perda do bebê”, estão relacionadas a questões que a levam a um estado de preocupação materna, com aumento da sua responsabilidade no cuidado. As gestantes que tiveram gravidez de risco têm um relato que salienta mais sua preocupação com a vida do filho.

(...) Não queria que nada de ruim ocorresse. Já vi um monte de gente e histórias terríveis de quando a mulher fica grávida e acontece algo e ela morre. Morro de medo que isto aconteça sozinha. Acho que é isto que mais me dava medo, pois fico o dia sozinha e se algo acontece não tinha muito o que fazer. Fiquei muito nervosa, o médico fala que isto [problemas com a gestação] tem ligação com o quanto fiquei nervosa na gestação. (Participação 4)

Tive medo de não viver [o bebê] pelas complicações... (...) É muito ruim não saber o que pode acontecer... O que restou era esperar e torcer para que nada de ruim acontecesse. (Participante 1)

Com as orientações do médico, fui me alimentando mais e, com o tempo, o bebê estava fora de risco. Fiquei muito preocupada de não conseguir segurar a gravidez até o final, mas, no fim de tudo certo, foi uma bênção. Acho que precisava de um tempo só com a minha filha para ver como é ser mãe de novo, acho que precisava mais cuidar deste bebê para me sentir bem novamente. (Participante 6)

11.2.2. Parto: da chegada do filho aos possíveis problemas de saúde no recém-nascido.

A chegada do filho

O momento do parto é por si só esperado, sendo efetivamente o primeiro momento em que mãe e filho entram em contato físico. Entretanto, problemas de parto parecem ser destacados nos relatos.

(...) sofri muito, pois o parto foi complicado. Não sabia o que esperar. Acho que tinha tanta dor que chegou uma hora que nem sabia o que estava acontecendo nunca senti tanta dor. Eu tive contrações tão fortes que parecia que morreria de cólica. Não tive isto com os meus outros. Achei que tinha algo de muito errado, pois tudo estava tão diferente. Cada empurrão ficava mais cansada, acho que por isto o médico resolveu fazer cesárea, nos outros dois foi normal. E tem a coragem de falar que quanto mais parto mais fácil fica, mas não foi assim. Quase morri de cólica e fui para cirurgia (...) E como dói... Na hora você não sente nada, mas, depois, tem os pontos que nem fazer xixi dá. Parece que a força do xixi vai te abrir em duas, fora as

hemorróidas. Apesar de tanto sofrimento a bebê nasceu saudável.
(Participante 5)

Há todo o sofrimento de um parto difícil e um filho saudável é visto como uma recompensa frente a tanto sofrimento. Há também, como o caso da primeira participante, que além das complicações na gestação teve um parto de risco.

A bolsa estourou antes (...) Fui internada e fiquei sem ter o que fazer (...) Fiquei mais de uma semana e nada de bebê. Aí os médicos resolveram dar uns remédios para induzir o parto. Só assim que ela resolveu vir ao mundo. Nasceu sem fazer barulho e eu estava muito nervosa. Ela estava se mexendo, aí que vi que estava mesmo viva. (...) Não chorou. Veio pequena, mas linda como eu sempre quis. (Participante 1)

Um parto prematuro ou um que cause complicações para a recuperação materna pode dificultar os contatos iniciais materno-infantil.

Temos uma descrição dos primeiros momentos, no pós-parto, na qual fica muito evidenciada a ansiedade ligada ao parto prematuro, a preocupação com a ausência de choro, até uma tranquilização de ser como ela desejava, do que se pode entender como estando tudo bem. Porém, a questão da necessidade de acompanhamento médico pela prematuridade parece trazer expectativas e dificuldades para a relação mãe-bebê.

(...) e teve que ir ao berçário, (...) E eu fiquei 14 dias subindo para dar de mama. Sozinha no quarto cheio de mães com os seus filhos e a minha, lá no berçário que era em outro andar. Ficava na cama do quarto enquanto todas cuidavam de seus filhos. Não podia ficar o tempo todo lá em cima [berçário], mas me deixaram ficar por lá [internada]. Quando chegava visita tinha que explicar, era muito chato, pois sempre paravam e faziam alguma graça para outro bebezinho que estava por lá. E entrava [grávidas] e saía mãe e eu lá. (Participante 1)

Problemas de saúde no recém-nascido.

Quando o recém-nascido fica em observação, ou, por alguma questão, não ficou no alojamento com sua mãe, há uma interferência no contato mãe-filho – em seus cuidados e acompanhamentos iniciais – que refletem na fala materna, podendo incitar na mãe dúvidas de sua capacidade como cuidadora.

Ela [bebê] não ficou no quarto comigo. Só entrava no quarto dela [bebê no berçário, ou seja, não estava com a mãe de maneira integral nos seus primeiros dias] para mamar. Acho que com isto ela já largou o peito rápido... O neném nasceu pequeno bem menor que as outras duas [crianças]. É por isto que não mamava direito. Acho que não estava muito acostumada comigo, pois não era eu que sempre cuidava dela no começo... (...) Claro que, por ser esta miudeza, era melhor que a enfermeira ficasse de olho... Ela [corpo de enfermagem] vê muitos bebês... (Participante 3).

O apontamento da participante 3 revela que sua filha seria melhor assistida pelos profissionais da saúde (como as enfermeiras que exercem papel fundamental em sua higienização e alimentação na *isolet*/encubadeira) que por ela. Esta percepção que o cuidado seria realizado com maior êxito e/ou cuidado por outra pessoa fica clara e levanta questionamento sobre relação entre o recém-nascido, mãe e os profissionais do pós-parto e as implicações para a vinculação infantil. Uma mãe que se encontra em alojamento conjunto está diretamente responsabilizada pelos cuidados como o bebê no banho, alimentação, trocas. A equipe de enfermagem atende a solicitações da mãe quanto aos cuidados com o seu filho e tem em retaguarda a equipe de saúde. Dessa maneira, a equipe de enfermagem pode ser um facilitador, aproximando as demandas da criança com uma possibilidade de “entendimento” pela mãe. Um profissional que ajuda entender o que o seu filho está pedindo realiza uma função importante para promover uma aproximação materna mais engajada. Função esta que apóia e suporta aos apontamentos maternos que falam de forma pouco explícita: o que o bebê tem? O que ele quer? Como faço de melhor modo?

As mães que não estão em contato permanente com o seu filho no período de permanência no hospital, como no caso da participante 1 e 3, sentem questionadas quanto a suas funções de cuidadoras. Como colocado, ter outros que ajudem é fundamental, mas que esta ajuda não tenha o significado de incapacitação da mãe.

Vejamos a fala da primeira participante, perturbada pela experiência de ficar 14 dias no hospital em um leito, com mulheres que entravam em trabalho de parto e que voltavam ao alojamento conjunto com seus bebês. Ela estava lá à espera de sua filha sair da observação e dos cuidados médicos do berçário. Enquanto isso, a maioria dos procedimentos que as outras mães realizam com os seus filhos eram acompanhados e ela ali, sem poder dar a mesma atenção e cuidados com a sua filha.

Enfermeiras cuidam bem [da bebê]. Elas sabem o que fazer (...) Foi melhor [cuidada] com as enfermeiras. Elas fazem a melhor parte, eu não sou assim boa como as enfermeiras. As enfermeiras me ensinaram a dar banho e como dar de mama... Parece que na mão delas tudo fica mais fácil.
(Participante 1)

Há, assim, uma dificuldade em se ver frente às tarefas de cuidado e manuseio de recém-nascido, como se o seu cuidado não fosse o mais adequado, uma vez que há outros que realizam tais tarefas com maior êxito.

Têm muitos cuidados [falando dos cuidados que as enfermeiras têm] que parece que ela ia quebrar. Tinha medo de fazer algo de errado e puxar demais, sei lá.... Parece que eles são tão miúdos não têm força, nem para fechar os olhos quando a água vem. (Participante 1)

11.2.3. Relação da mãe-mulher e suas relações sociais

Relação da mãe e seu filho

As participantes fizeram referência à relação com o filho recém-nascido. Tais referências, positivas ou negativas, apontam como estas mães se percebem frente às funções da maternagem e também revelam como percebem a vinculação com a criança. Há, no relato de cada uma das participantes, a percepção da sua maneira de ser mãe, fundamental para a criação de vínculo com o recém-nascido (ver o desenvolvimento deste pensamento realizado na revisão da literatura) .

*Como Deus me deixa ser mãe sem saber cuidar?!?!? [chorando]
Quando tive problemas [na gravidez] era um sinal (...) não queria falhar. Vai ser ruim perceber que a minha filha tem problema por minha causa [relatando as complicações na gestação. (...)] Não quero ser mãe ruim. Mas também não tenho tempo de fazer tudo que ela necessita. Ela está com 8 meses e eu não sei como recuperar minha vida. (Participante 1)*

Tenho que proteger as meninas de tudo. Elas [as filhas] só podem contar comigo. (Participante 2)

Vejo as outras mães da igreja. Elas não reclamam dos filhos e eu só tenho problemas em casa. (Participante 3)

A impressão que filho só dá trabalho você descobre quando casa, arruma marido e tem barriga. O que é sua vida ficar presa. (Participante 5)

É horrível saber que para os seus filhos não é o melhor. (...) Não tenho muita paciência, mas ele [mais velho] me tira do sério. Não sei que tipo de mãe não tem paciência com seus filhos... (...) É difícil ser mãe, ainda mais

ter três filhos e ainda que fiz o pai das crianças ir embora. (choro) É ruim, mas ando cansada principalmente com as crianças. Não é fácil chegar em casa depois trabalhar o dia todo e ter que saber dos três é muito cansativo. (Participante 6)

A formação do vínculo materno infantil funciona como um referencial para a criança. Estabelecer um modo de apego saudável é ter um cuidador (no caso, a mãe) que desenvolva satisfatoriamente os cuidados iniciais. Estes cuidados requisitados pelo recém-nascido vão dos necessários para a estrita sobrevivência aos estímulos interacionais que favoreçam o desenvolvimento (físico, psíquico ou afetivo). Ou seja, ser uma cuidadora que exerça estas funções esperadas não é função inata e nem fácil. Principalmente se a mãe não se reconhece frente a tais cuidados.

Participantes relatam como outras mães (por exemplo, as suas próprias mães) são mais eficientes ou têm um vínculo mais satisfatório que os delas com os seus filhos. Seguem-se relatos deste tipo.

Não sei, mas acho que se ela falasse, não que ela fala com palavras, mas acho que fala, não sei, mas acho que falaria algo como que não está muito feliz.... (...) Não é que não queira dar o melhor, apenas não sei o que poderia ser dado. Ainda bem que a creche e a minha mãe sabem. Eles são que ficam mais tempo com ela, o que me facilita. (Participante 1)

Não é fácil ser mãe. (...) Sei que elas [as filhas] passam mais tempo com a minha mãe do que comigo, mas elas são minhas filhas. Se não trabalhasse, não poderia me separar e assim não seria justo com elas (...). Têm vezes que as deixo dormindo na minha folga, pois estou tão cansada que não dá um único dia de descanso sair com as três para passear. Não deixo elas acharem que a vó é mais mãe que eu. Tenho mais jeito de pai que sai ganha dinheiro e dá bronca que mãe, ainda mais quando saio de casa e

deixo as 3 para trabalhar. (...) Se ficasse o dia todo em casa, não sei se seria uma boa mãe. (Participante 4)

Sempre achei que não ia dar certo de cuidar de um filho, imagina de três. Acho que eles [os filhos] preferem a minha mãe [quem passa a maior parte do tempo cuidando das crianças], realmente, ela faz bem melhor. (Participante 6)

Nos relatos das participantes, que relatam que outros cuidadores são melhores nos tratos de seus filhos, estão muito atreladas à percepção das dificuldades de saber quais são as necessidades do recém-nascido e a impressão de que outra pessoa está mais apta para os cuidados do seu filho.

Ela [a bebê] chora e eu não sei o que ela quer. Não quero falhar, mas tenho certeza que eu não sei o que tem que fazer [cuidados com a criança]. (Participante 1)

Foram selecionadas para este estudo as participantes que apresentaram maior pontuação na EPED, ou seja, mais indicadores de sintomatologia para a DPP. Pode-se dizer que essas mães foram as mais queixosas. Estas queixas podem afetar a maneira materna de estar em relação com o recém-nascido e com as demais pessoas de sua rede de apoio social.

Não sei o que precisa para melhorar a vida da minha filha, (...) mas é muito difícil saber o que ela quer e o que posso fazer. Ela chora muito; não fica calma. (Participante 1)

São [filhas, mas falando da mais velha, principalmente] muito mal educadas, só me respeitam no grito. (Participante 2)

Acham que eu não sei cuidar, mas, na verdade, a questão é que não dá para fazer tudo. (...) Tento fazer o que dá, para ficar mais tranqüila e não ficar me sentindo a pior mãe do mundo. (...) Acho que na verdade a bebê veio me mostrar como posso ser mãe. (Participante 3)

Filho deveria ficar ao lado de sua mãe, mesmo que fosse por gratidão. Você carrega por 9 meses para ele subir no mundo... (Participante 5)

Suporte social.

Não é apenas a mãe, com os seus recursos, que promove os cuidados ao recém-nascido. É bem possível que ela conte com outros para tais cuidados. Há o companheiro, demais filhos, familiares, vizinhos e até os profissionais da saúde. Todas essas pessoas, que também possibilitam a maternagem, compõem a rede social da participante.

Uma mãe que tenha uma rede de suporte social mais abundante pode esperar um maior suporte para suas necessidades. Embora fundamental, não basta existir a rede de apoio: ela tem de ser percebida pela mãe, que deve estabelecer um contato facilitador para obter o apoio. Ou seja, ter um companheiro, por exemplo, é importante, mas o fundamental para o estabelecimento do suporte social seria a forma como a relação se dá e como os que estão envolvidos se relacionam no estabelecimento deste contato.

Relação com o companheiro

Todas as nossas participantes, até o final do puerpério, eram casadas. Esta condição permaneceu para a maioria, porém as participantes 4 e 6 se separaram: a quarta por atritos na relação conjugal pelo excesso de ciúmes e a sexta por conflito a respeito do afastamento do marido que queria um menino, e não outra menina.

A separação da participante 6 é vivenciada como a perda de um suporte muito importante em sua vida. Há uma dor que, até mesmo quando se levanta a temática, não há uma aceitação de sua atual condição. Estar separada com três filhos é quase como algo que não poderá dar conta.

Ao mesmo tempo, a outra participante, a 4, que não contava com o companheiro não vive a separação desta mesma forma.

Para a participante 6, o companheiro é alguém que lhe trazia muito apoio nos cuidados de seus filhos. Já para a participante 4, a separação a leva a uma condição de conseguir dar conta e se estruturar frente aos cuidados de suas filhas. Assim, embora a lida com as filhas após a separação seja vista como trabalhosa, há aparentemente um alívio com a ausência do companheiro por causa dos conflitos.

Separar por causa de ter uma filha mulher não é justo comigo e não é justo com as filhas, pois as meninas não escolhem, elas apenas nascem. (...) Deve ter sim culpa de ter negado as três filhas, três vezes, por serem meninas. Cometeu este erro uma vez e não aprendeu nada. Errou de novo, com a do meio, e agora não tem jeito. Quando vi que ia para o mesmo rumo com a pequena deixei para lá... (...) Pai tem que gostar por ser pai e não por querer que a filha seja de determinada maneira. Ter me deixado grávida as três vezes não foi pensar nas filhas, foi só pensar no sonho de ter um menino. É ruim ficar preso ao que o outro queria. (...) Ele não liga para as meninas; desde que nos separamos não foi vê-las, as meninas percebem que o futebol é mais importante. (Participante 4)

O companheiro frente aos cuidados com o recém-nascido.

A relação com o companheiro foi o assunto mais relatado, seja por queixas quanto à participação do marido nos cuidados com o recém-nascido, seja por outras questões mais relacionadas ao casal e ligadas secundariamente ao nascimento do filho.

Há, assim, diferentes aspectos nestas queixas, mas em todas as falas está presente uma expectativa frustrada frente a demandas em relação ao companheiro. (As queixas, muitas vezes, apontam diferentes demandas; porém, temos que lembrar que o fato da chegada do recém-nascido pode apresentar como um universo novo para cobranças para a mesma temática.)

É importante ressaltar que não são todas as participantes que relatam a falta de suporte social pelo companheiro em relação aos cuidados dos filhos. Há as que não apresentam nenhuma queixa neste aspecto, no entanto isso não quer dizer que não tenham queixas em outros aspectos da relação marital. As queixas aos aspectos que não se referem aos cuidados com o recém chegado filho pelo companheiro serão tratadas mais tarde.

Um aspecto que chama a atenção é que a sexta e a sétima participantes, que não apresentam nenhuma queixa em relação ao seu companheiro frente aos cuidados dos recém-nascidos, fazem menção explícita da participação aos cuidados do marido seja com o filho recém chegado, seja com os demais.

(...) Ele trata muito bem tanto o menino como a menina, mas faltava um filho nosso. Ele faz tudo para os três. Não faz diferença entre os filhos. Até parece que os três são dele. Eu sempre fiquei muito tranqüila. Como ele é importante para as crianças. (Participante 6)

Ele sempre foi um pai participante. Compra frutas, quando sai do trabalho, para ter lanche e sopa fresca. Faz tudo, (...) sempre compra presentes e leva as crianças em todos os lugares. Faz questão de saber como foi no médico ou participar das questões da creche. (Participante 7)

Vemos no caso da participante 6 que mesmo com a separação há o reconhecimento de como o ex-companheiro é participante. O mesmo reconhecimento é visto com a sétima participante.

Nos dois casos, apesar de as participantes não estarem em sua primeira gestação, é o primeiro filho do casal. No caso da sétima, há um segredo que o casal carrega que é a paternidade não revelada para o filho mais velho, como vimos na apresentação do caso.

São estas as participantes, a 6 e a 7, as que relatam ter apoio social de seu companheiro para criação de seus filhos, que entre as entrevistadas têm filhos pequenos

que são criados por companheiros que não são seu pai biológico e que são exaltados como bons cuidadores das crianças.

No caso da quinta participante, que também tem uma filha de outro relacionamento e que não foi criada por seu atual companheiro, o relato é diferente: não há o reconhecimento dos possíveis cuidados na criação da adolescente. É importante lembrar que a adolescente está vivendo com a mãe há pouco tempo e assim não teve a criação também pautada no companheiro da mãe.

Eu nem fiquei muito com a minha filha mais velha. Ela foi criada pela vó, nos falávamos por telefone [a menina ficou na Bahia quando a mãe veio para São Paulo], não a via desde bebezinha quando veio para cá morar com a gente. Chegou e não tem como falar que não foi estranho, era só nós [ela e o companheiro] e o nosso filho. De repente tinha mais uma e grande. E eu para dar as regras. Difícil... (Participante 5)

A mãe também não criou a filha e a sua chegada, agora adolescente, causa um rearranjo a essa família. A participante 5 engravidou na adolescência desta filha que agora volta ao seu convívio. Ela se encontra com uma filha que acaba de nascer, mas não é apenas com a recém-nascida que se encontra às voltas com questões da maternagem. Há as suas dificuldades no convívio da filha, a adolescente, afastada na primeira infância. Essa mãe, na verdade, encontra-se com uma filha pequena para criar (seu terceiro filho) no momento que retoma os cuidados de sua mais velha, ou seja, encontra-se frente a questões no cuidar dos filhos. Assim, discutir que as dificuldades com esta filha adolescente podem resultar também do fato dela não ter sido criada pela própria mãe.

Vários temas referidos neste tópico – relacionados à participação do companheiro nos cuidados dos filhos, à atuação de pais biológicos ou não, ao fato de algumas crianças serem cuidadas pelas avós – têm implicações relevantes para as teorias sobre a DPP e serão retomados na discussão final.

Nos relatos de falta de suporte do companheiro, as mães ressaltam que estes consideram que o cuidado é atribuição e obrigação materna e que são as próprias mães que têm mais facilidade para entender a demanda dos bebês. Entretanto, independentemente de

serem primíparas ou não, as mães também estão enfrentando uma situação nova, que implica dificuldades e sobrecarga potenciada pela falta de compreensão do parceiro.

Não percebe que eu não sei fazer, eu que corro com tudo, eu que acordo de noite, eu que me ferro. Ele não percebe que um bebê dá trabalho. Ele acha que eu tenho que saber o que fazer, pois sou mulher, e não percebe que muitas vezes eu nem imagino por que a bebê chora. (Participante 1)

Ele não ajuda em nada. Das duas, ele nunca troca uma fralda. Imagina se eu o deixasse [pai] para cuidar das duas [filhas]. Ele [pai] nem sabe o que a bebê come ou que horas dorme. (Participante 2)

Nunca está por perto para cuidar das meninas. Não quero que elas cheguem perto dele [marido], pois ele não ajuda com nada, só ensina coisas ruins [relação com não trabalhar]. (Participante 3)

(...) Não me ajuda. Acho que não é nem por pouco caso, é pela certeza que eu sei o que estou fazendo. Mas isto é uma mentira. Só fica mostrando a bebê, mas não faz nada, isso me irrita... É como ele mostrasse a filha e eu que tive todo o trabalho... É fácil só ficar mostrando a bebê. (Participante 4)

Já sei que não se pode esperar muito... O que eu sei fazer é dar conta de filho e assim a gente leva. É mais fácil eu fazer do que pedir para ele fazer, pois se por um milagre ele desgrudar a fuça da TV, vai me dar mais trabalho em ter que explicar o que fazer e pegar as coisas para ele trocar uma fralda, que vai ma custar mais que eu ir lá a fazer. (Participante 5)

Foram relatadas outras queixas dos companheiros, além das ligadas à falta de cuidado com os filhos. Vejamos na fala das participantes:

Ciúmes, como ele têm ciúmes, quer ir comigo a todos os lugares... Não deixa em paz. Desconfia de mim... Ele é tão ciumento a ponto de me deixar louca. Ele chega ao ponto de ir ao meu trabalho para me humilhar. Eu sei que ele nunca quis que eu trabalhasse, mas não precisa de tanto. Tenho a impressão que se não for do jeito dele, não tem como dar certo o nosso casamento. Eu ainda consegui manter o meu trabalho, mas agora, com a chegada da bebê, não sei como ficará. Já tive que largar a escola pois ele não parava de perguntar e controlar se tinha homem e aí resolvi ter filho. Só estou esperando para ver como ficará, quero ver. Acho que eu não queria ter bebê, era mais para ele parar de achar que não tínhamos família.
(Participante 1)

A participante relata que o ciúme do seu companheiro a leva a questionar se ele compreende as suas necessidades. No relato, o ciúme exagerado aparece como perturbador do relacionamento que leva a conflitos e até a gravidez aparece como uma forma de evitar os conflitos. Não é apenas a participante 1 que relata que a sua relação é cercada de ciúmes. Há no relato da segunda participante uma série de falas que revelam a sua relação conjugal desgastada.

Não consigo nem ver ele. Se vejo, logo fico de ovo torto [falando dos encontros com o marido]. É só ele abrir a boca que eu tenho vontade de atirar tudo que está por perto. Não tenho mais paciência de ouvir ele falar. Não gosto que ele chegue ao meu lado. Quero que ele suma. Prefiro quando não está em casa. (...) Não gosto que ele se deite na minha cama, prefiro quando dorme no sofá vendo TV. (...) Ele só fala brigando. Eu não agüento, sou meio esquentada e aí vira briga. Quando me irrita, começo a berrar e ele vêm para calar a minha boca. Aí é que saio correndo berrando mais. (Participante 2)

A participante 2 tem uma relação desgastada, na qual episódios de violência verbal são comuns. Em alguns momentos há também agressão física. Esses tipos de agressões são reproduzidos na educação das filhas, que são castigadas com punição física.

A temática de uma relação com o companheiro caótica também está presente na fala da participante 3:

Ele destruiu minha vida... É uma cara que nunca deveria ter conhecido [como pai das filhas]. (...) Sabe como pude deixar o meu casamento chegar a este ponto? (...) Foi o pior erro da minha vida ter filhos com ele. (...) Ele me separou de minha família. E para quê?!? Para não me dar uma família?!? [quase choro]. É um drogado, pede dinheiro para drogas, deixa todos [família] em perigo. Não quer nada da vida, mas achava que juntos poderia animá-lo a procurar um rumo [questão principal do desemprego]. Está desempregado e não faz nada. Falta dinheiro para tudo... Será que ele não se toca disto?!?
(Participante 3)

A questão do uso de drogas pelo companheiro da participante 3 é uma revelação que a faz questionar o tipo de relação em que se envolveu e como percebe o companheiro frente às demandas da vida conjugal.

Problema na vida conjugal do casal também é a temática da sétima participante:

Acho que já não tenho casamento. Nós só brigamos, o problema foi ter vindo morar com os parentes dele, isso estragou tudo. Fomos cada vez mais nos separando até não saber mais nada. (Participante 7)

Já a questão do gênero das filhas é o que levou a participante 4 questionar e colocar fim ao seu casamento:

Ele é muito quadrado de querer um homem e não cuidar das meninas. Sempre acha que homem é melhor em tudo. Eu comecei a trabalhar, pois

percebi que quanto mais ficava em casa, só eu tinha que dar conta das meninas e de tudo de casa. Ele sempre saía e eu em casa, não era justo. (...) E mesmo aceitando ele de volta para casa [relato do momento que o companheiro deixa a esposa pela decepção de ter a terceira filha mulher], acho que já sabia que não iria durar; ele não consegue perceber que tenho a minha vida e que, apesar dele ser meu companheiro, não sou parte dele. (...) Nos últimos tempos, nem reparava como estava. Fui percebendo que, para ele, me ter e as garotas [as filhas] não fazia diferença. Não tinha motivos para ficarmos juntos. Não nos víamos. Não tínhamos a mesma rotina. (...) Separados e desta vez para sempre. (Participante 4)

As falas das participantes 5 e 6 têm uma proximidade pois apontam que não se pode esperar muito de seus companheiros. A participante 5 mostra uma certa desilusão: para manter um companheiro ao lado, não se pode fazer muitas solicitações. Para ela, a harmonia do casal dependeria de uma boa divisão de tarefas e de um não atrapalhar o universo do outro.

Sabe, não se pode esperar muito [quando se casa]. Ele [marido] sai e trabalha. Acho que com isso já faz tudo o que pode e eu, como estou cansada de pedir, acho melhor fazer... Eu faço e pronto... Me canso bem menos, do que ficar pedindo para me ajudar. É melhor do que esperar algo que a pessoa não está a fim de fazer. A importância é ter um cara que não atrapalhe... Se você já conseguir isso, está de bom tamanho. (...) Quando você cansa, pela segunda vez, você já é gato escaldado, está cansada e sabe que não pode esperar muito. Se não é o fim, você se separa e só vai ficando com os filhos para cuidar. (Participante 5)

Há quase uma aceitação por ter um companheiro que saia e trabalhe, como que, por isso só, já bastasse.

Outro ponto que vemos no relato da participante 6 também cabe na idéia do “bastar-se por si só”: o desprendimento afetivo. É um relato, como o anterior, que aponta quase uma aceitação de certa falta de afeto.

Sempre soube que eu gostava mais dele, eu tive que correr muito atrás para ele me notar. (...) Foi difícil [o início do relacionamento], pois eu já tinha dois filhos e a minha família estava desacreditando que poderia arrumar outra pessoa. Nem sei como ele olhou para mim. Eu sempre quis [o marido] só pra mim. Sim, eu tenho ciúmes. Como se tivesse um vazão e ele me completasse. Nem sei como ele me deixou. (choro) Não fala [se o companheiro tem ou não outros relacionamentos], pois sabe que faz coisa errada. (...) Para mim ele nega, mas eu sei que não estou enganada. Mulher sabe quando o homem perde o interesse. Ele já não me olha do mesmo jeito. Ele me esconde algo, eu sei. Acho que tem outra. (...) Por mais que me fale que é loucura, mas só pode ser outra [outra mulher]. Ele coloca para todo mundo que sou ciumenta, mas na verdade, [ele] só estava esperando um motivo para me deixar. Agora ele me deixou, me deixou com filho tendo que dar conta de tudo. [choro] Ele não responde meus telefonemas, só liga para saber das crianças. Não quer falar comigo, de maneira nenhuma. (Choro) Não sei como uma pessoa que casou e falou que ia passar o resto da vida junto me deixou, nem para sentar e tentar conversar. Agora, a minha vida é só tristeza desde que ele me deixou, eu não merecia passar por isto. Eu fico pensando nele sempre. Falam que estou com uma obsessão, não é isso, é mais: eu estou perdendo o meu marido. É horrível se sentir só. Ele não precisava fazer tudo isto. (Participante 6)

Apoio social de familiares e amigos

Nas referências de relatos do apoio de familiares e amigos, podem ser encontrados conteúdos positivos.

Temos a participante 1 que enfrenta o desejo de voltar a trabalhar e as questões já colocadas de possessividade do companheiro

Sinto falta das pessoas do trabalho. No trabalho posso esquecer do que está difícil. No trabalho era bem, pois ele não tinha como pegar tanto no meu pé e lá sabia o que fazer... Era boa. Agora tenho um bebê e que não sei nem do que preciso. (Participante 1)

O espaço do trabalho, apontado como importante e de suporte, também é relatado pela participante 4

Adoro o meu trabalho. Lá, sinto que sou mais eu, lá dá para ficar mais tranqüila e o dia passa. (...) Quando está muito pesado [relato de que há algum problema no trabalho] sentamos a conversamos ou, se não, ficamos com piada o dia todo. Só para deixar as coisas mais leves. Dou muita risada no trabalho. (Participante 4)

A importância do trabalho fica evidenciada, bem como a percepção da participante 4 de pertencimento ao grupo de trabalho. Esta mesma participante também relata sua sensação de pertencimento no espaço familiar mais geral.

Posso contar com a minha família, brincamos muito, mas nos cuidamos também. Se o meu ex aparecer na rua, é capaz de um dos meus irmãos brigarem com ele. Se não fosse a ajuda da minha mãe [de cuidar e organizar a rotina das filhas], eu seria dona-de-casa. Ela cuida das crianças, leva para a creche e tudo mais. Minha família ajuda muito, sem ela eu não poderia trabalhar. A família dele gosta do bebê, sempre posso deixá-la por lá. (Participante 4)

A importância do apoio da família de origem é, também, vista no relato da participante 3. Os familiares a apóiam frente à relação conflituosa com o marido.

Tenho sorte de ter minha família por perto e quando eu preciso de algo, tenho para onde ir. (...) Minha mãe foi boa. Com toda a dor que sente, nunca deixou de olhar por mim e me ajuda [cuidados com as crianças].
(Participante 3)

O reconhecimento de suporte familiar é também visto na possibilidade dada pelo convite de sua mãe em conhecer uma Igreja, ampliando suas possibilidades de suporte social.

A minha salvação é a Igreja. Quando a minha mãe me levou pela primeira vez, soube que ali era um espaço que me faria muito bem... O Senhor tem me dado forças para superar. (Participante 3)

As ações da mãe da participante 6 também são relatadas

A minha mãe sempre foi presente e por mais que tenha as minhas diferenças, sei que ela ama os seus netos. Claro que sei que quando as coisas ficam pesadas demais tenho com quem contar. (Participante 6)

Este reconhecimento do apoio da mãe apesar, das dificuldades e diferenças, remete a um espaço em que esta participante se sente aceita e cuidada após a sua separação.

Ainda acho que eu e meu marido voltaremos, mas não dá para deixar de lado tudo o que os meus pais estão fazendo por mim e meus filhos.
(Participante 6)

Em outros casos, há menções da falta de suporte da família e dos amigos, como nos relatos das participantes 5 e 7.

O relato de falta de suporte é apresentado de uma forma queixosa, como se as dificuldades com a maternagem não fossem compreendidas.

Não tenho com quem contar... [pára e pensa] (...) Acho que ninguém [pára e pensa]. Não é que nunca tive que procurar alguém para me ajudar, mas é que nunca tive ninguém nesta vida que valesse a pena para contar. Não posso deixar a mais velha [primeira filha] ir na casa de ninguém pois eles não têm educação. Gosto de ouvir músicas. É melhor escutar notícias no rádio do que arranjar alguém para conversar. Ele [o rádio] é minha grande companhia meu programa favorito é "História de amor" do Eli Correia (Participante 7)

(...) Mesmo com muito serviço e não tendo com quem contar e aí, se engorda na gravidez, fica difícil. Não se sabe se pode contar com alguém até precisar. É isso que percebo, é melhor se surpreender que ficar esperando algo que não irá ocorrer. Você sai com o bebê e todos acham lindo e você com dor e um monte de coisas para dar conta, com fralda para trocar, e ainda esta última me inventa de usar só de pano [criança tem problemas de alergia com fraudas descartáveis]. Não é mole, fica tudo sujo... Ninguém lembra do quanto de roupa que tem que dar conta de um bebê, ninguém fica para ajudar a dar conta da bagunça. Fica difícil dar conta quando você tem que dar conta de tudo e de todos, assim (sozinha). Lembro das minhas amigas no chá de bebê e quando o bebê ficou doente não vieram acudir, nem quando fiquei hospitalizada. Sempre você pode ter alguém para conversar, mas só para falar e passar o tempo, nada para coisas sérias. Eu sei que acabo fazendo de tudo para as minhas vizinhas, corro atrás para dar uma mão, mas cada um só se importa com a sua vida e no mais quer sossego. Não dá, é uma casa muito apertada, uma muito do lado da outra e todo mundo sabe da vida do outro, fica comentando e querendo saber, mas na hora de ajudar ninguém está por perto. (Participante 5)

Embora a participante 2 tenha relatado apoio dos outros filhos, apresentou queixas dos familiares e amigos.

Os tempos não são para ter amigos, pois você não pode contar com ninguém... Tem que ir lá, dar a cara para bater na vida e seguir em frente... (...) Ninguém lembra de ter um cuidado quando você volta do hospital. A casa fica cheia logo e você, que só quer deitar na cama e esquecer do mundo, tem que, fora cuidar do bebê, dar conta de tudo... Tudo mesmo, não dá para esperar dos amigos nada... (Participante 2)

A realidade da participante 2 é tão endurecida no aspecto da sua disposição ao contato social, que ela acaba buscando este apoio nos filhos.

Tenho só as minhas meninas com quem contar, que proteger de tudo elas [a bebê e a filha de 6 anos] só podem contar comigo. Acho que desde cedo elas têm que saber que é só comigo que podem saber o que é certo e errado, assim falo que o melhor é ser moça feita e não precisar de marido como eu. Não têm como esconder; elas vêem as brigas com o pai, aí conto mesmo, é melhor mesmo contar para elas do que não ter com quem falar. (...) O problema é que elas são crianças, com o tempo elas vão entendendo melhor... (Participante 2)

As filhas se tornam um dos seus únicos recursos de relações interpessoais. Representam acolhimento às suas demandas e ao mesmo tempo ainda se encontram em uma fase na qual a figura materna é a referência para a própria formação das vinculações destas crianças.

A exigência de cuidados de uma filha de apenas 6 anos parece acarretar cobranças talvez inapropriadas e tensões. Há episódios de maus tratos e de abuso de força por parte

desta mãe, relatados nos atendimentos de psicoterapia breve. O terapeuta responsável pelo caso aponta a existência de uma expectativa que a filha se comportasse de forma diferente, mais quanto ao oferecimento de companhia e apoio às necessidades maternas do que quanto a uma falta de limites infantis que justificasse uma punição tão intensa. Essa cobrança com a filha de 6 anos em ser mais companheira já levou à ameaça dos vizinhos de chamarem o juizado de menores por maus-tratos infantis.

Se não educar, quem vai ensinar? Se eu não beliscar, elas passarão vergonha no futuro. Eu sei que é melhor não bater, mas elas precisam ser educadas e se eu não faço isso elas não respeitam. Este é o jeito. Tenho de proteger as meninas para elas saberem que sempre terão a mãe. (...) São [filhas, mas falando da mais velha, principalmente] muito mal educadas, só me respeitam no grito, principalmente a mais velha, que não ajuda em nada. Acho que agora acerto com a bebê. É a minha chance de dar certo o que já não tem mais jeito [a educação da mais velha]. Mais velha não tem muito o que esperar. Tudo que vou pedir para facilitar, pois estou cuidando do bebê é como falar aos ventos. Ela me tira do sério, estou corrida com a bebê e ela não está nem aí. (...) Não tem outro jeito de acalmar se não der um beliscão. Sou dura, pois não quero que elas se percam na vida. Estou cansada de ser mãe e só me envergonhar. (Participante 2)

As demandas que recaem sobre os filhos mais velhos, neste contexto de família nuclear em situação sócio-econômica menos favorecida, parecem também sobrecarregá-los e aumentar as tensões das relações familiares.

Não sei o que a mais velha quer, não entendo o que ela fala, as suas atitudes e isso me irrita. É tão difícil quando eles crescem... [falando da filha mais velha] Parece que só piora. Eu só sei falar gritando com a minha mais velha. Eu esperava que ela entendesse que agora também tenho que cuidada da menor, mas ela não coopera em nada. Acho que até fica mais

criancinha no passar dos dias... Brinco com ela falando que já já a bebê a passa e ela nem liga. (Participante 3)

Ela [filha mais velha] pede tudo. É, sai e já quer começar a comprar salgadinho, “to” com sede, “quero isto... E aquilo”... Não gosto, pois é falar não e começa a birra: bate o pé e todo mundo me olha como se desse para comprar tudo o que ela quer... Olham com uma cara quando pego pelo braço. Sei que pensam que eu sou uma mãe sem coração, mas não dá para gastar com nada, pois não tenho. Eu acabo levando a culpa de ser brava, mas só que estou sem dinheiro e com criança que sabe como é. (Participante 3)

Não entendo o que podem achar de bonito [questão de acharem um recém-nascido bonito]. Só é bonito se deu certo a trabalhadeira que deram e uma se junta com outro e, pronto!, tudo está de pernas para o ar... Esperava mesmo que a mais velha [uma adolescente], em vez de ficar rodando a sua sainha por aí, cuidasse de seus irmãos... Mas, você sabe, se mãe fala é o mesmo que nada se colocasse... Mas deixa estar que o dia que pegar ela na curva ela vai ouvir umas boas que fica mancinha. (Participante 5)

12. Resultado e discussão

Importância de projetos que abarcam diferentes aspectos da DPP

Com a revisão da literatura apresentada, acompanhado do relato das vivências maternas em relação à DPP, revela-se a complexidade para sua compreensão. Estudos, geralmente, aprofundam-se em um aspecto do quadro depressivo e não enfatizando outro, o que é compreensível, já que a DPP engloba muitos aspectos necessitando de estudos interdisciplinares¹⁹, como os ligados a causas hormonais, fatores ambientais, vinculação materno-infantil, saúde da mulher, bem como do recém-nascido, e aquisição de desenvolvimento sensório motor, entre outros aspectos (Felipe, 2009; Chelini, 2009; Fonseca, et.al., 2008; Camargo, et. al., 2007; Meredith & Noller, 2003; Alvarado, 2000; Figueiredo, 2000; O'Hara, 1997; Azevedo, 1983).

Na literatura sobre fatores e indicadores para o desenvolvimento e estabelecimento da DPP, há certo consenso dos possíveis causadores de tal quadro, como apontado na revisão dos fatores de risco da DPP (Silva 2008; Moraes et al., 2006; Schimidt, et. al., 2005; Robertson et. al., 2004; Faisal-Cury, et.al., 2004; Cruz et. at. 2005; Beck, 2001; Alvarado et al. 2000; Skazufka, 2000; O'Hara & Swain, 1996; Beck, 1996). Porém, não há uma compreensão, por exemplo, do modo como a DPP atinge de diferentes maneiras mães com condições semelhantes ou como não se tem ainda uma boa demonstração que integre o que se sabe sobre os fatores determinantes, incluindo a relação entre os fatores sócio-econômicos e a DPP ou, ainda, formas profiláticas promissoras, tornando necessário um acompanhamento longitudinal das díades com DPP para avaliação dos efeitos e das necessidades que este quadro pode trazer (Silva, 2008; Fonseca, 2008; Felipe, no prelo; Sampaio, no prelo). Temos como exemplo a análise realizadas por Felipe (2009) com as filmagens dos oito meses, que juntamente com os dados de pediátricos da curva de ganho de peso da criança pode trazer dados interessantes do modo que a interação mãe-bebê se desenvolveu até a idade de introdução da alimentação salgada na dieta da criança. Com isso, ver se há relação com o aleitamento exclusivo e o menor índice de DPP com as

¹⁹ Interdisciplinaridade entendida como a busca a superação da disciplinaridade fragmentada.

possibilidades de vinculação satisfatória. Ou, ainda, a comparação longitudinal das filmagens segundo as categorias propostas por Fonseca em mães que realizaram atendimento de psicoterapia e as que foram encaminhadas e não realizaram tal atendimento.

Zinga (2005), em seu artigo, traz o questionamento de que as causas da DPP são largamente claras, mas há questões sérias sobre a sua prevenção, o que torna fundamental as pesquisas longitudinais e publicações sistemáticas, como é a proposta do projeto temático, Ipê, abarcando a temática da DPP e, em última instância, trazer subsídio que favoreça a atuação, seja dos profissionais da saúde, seja das demais redes de apoio materna, favorecendo a intervenção precoce ou ações profiláticas (Sampaio, no prelo; Silva, no prelo). É por esta gama de fatores que os estudos realizados pela equipe do projeto Ipê busca, em um primeiro momento, uma compreensão das causas da DPP (em campos específicos do conhecimento) para, no segundo momento, ter uma visão global deste quadro e suas conseqüências. Isso significa a junção dos conhecimentos adquiridos da temática nas mais diferentes áreas que estão vinculadas à DPP. É a possibilidade de uma interlocução entre as diferentes áreas do saber implicadas com o estudo da DPP para, assim, ter o aprofundamento que permitirá o entendimento, para dessa forma, haver ações de intervenção precoce e profilaxia mais eficiente. É uma busca que leva à interdisciplinaridade, em que a cada etapa há descobertas que nos revela indicadores da manifestação da DPP na população do Distrito Escola Butantã.

Uma vez que a DPP é uma condição freqüente abarcando muitos aspectos e possibilidades, o manejo clínico é complexo (Zinga, 2005; Magalhães, 2006). Acompanhar o relato de casos que apresentaram uma sintomatologia maior à DPP é uma maneira de também termos parâmetro de como aprofundar futuros estudos, possibilitando a percepção de aspectos que possam ficar encobertos com a aplicação de questionários fechados que nos desenham o perfil da população, mas são precários para uma percepção destes aspectos descobertos. É um trabalho de compreensão conjunta que necessita da composição de cada um dos aspectos causadores da DPP. O acompanhamento dos casos desta dissertação e a aproximação à teoria são aspectos na busca de entendimento da DPP. Desta forma, ter a possibilidade de um cuidado mais adequado a esse momento no qual é vivido por muitas mães com sintomatologia deprimida, como por exemplo, de desamparo ao cuidado de vinculação materno-infantil. Tal desamparo pode levar a

conseqüências ao desenvolvimento infantil e é relatado como um fracasso no papel de provedora, como ficou evidenciado em análise.

Caracterizou-se, pela literatura psiquiátrica, que a DPP não é uma forma distinta de depressão (DSM-IV, 1984), ou seja, a diretriz para o tratamento deve seguir as mesmas recomendações em relação à DM, alertando para a questão do tipo de psicotrópicos com as mães que amamentam, apesar da profilaxia em relação ao medicamento ser a mesma. Há aspectos do quadro de DPP que agravam a situação, já que a mulher, muitas vezes, encontra-se como cuidadora, o que, em relação à sua condição e atribuições, pode ser mais um complicador à questão de ter um filho. Um ser que depende dessa cuidadora que não se encontra em condição de cuidar. Arrais (2005) realça em suas conclusões que o importante é desmistificar a mãe que não quer ou não pode cuidar de seu filho como algo não esperado.

A impossibilidade para a formação de um vínculo satisfatório condiz com o momento diático como, por exemplo, o modo e os indicadores que levaram a mãe a um estado de precariedade de cuidado. O que mostra a não possibilidade materna de exercer a maternidade, caracterizando da não disponibilidade para tal relação com o seu filho. Fica aqui a importância da quebra do paradigma sócio-cultural a que estamos imersos no qual ser mãe é esperado na vida da mulher. E mais; que este momento é correspondente e naturalizado como parte esperada, ao qual podemos colocar, da condição inata da mulher. O estar em relação com o outro, como em relação ao filho, não é algo que é dado e, sim, construído ao qual se aproxima ao desenvolvimento intra-uterino de um feto-bebê, que além de passar por um crescimento assegurado no ventre materno, há muito que se desenvolver para se constituir como um ser em seu pleno estado físico. As ligações sócias afetivas também se iniciam na vida intra-uterina, principalmente do corpo materno que o acolhe, mas as ligações evoluem principalmente no contato do dia-a-dia, quando o bebê nasce, revelando seu rosto e seu jeito. Neste modo de ser do bebê é requerido um tipo de modo de mãe que vai se dando no encontro dos dois – mãe e filho – de tal modo que desenvolvem a díade. O contato vai sendo moldado desde a notícia da gravidez e ganha maior importância no pós-parto, quando se torna mais explícita e constante a possibilidade de vinculação. Nem a mãe, nem o bebê chegam prontos para os cuidados e para seu fornecimento. Mas há um esperado que esse adulto de conta. E essa esperança pode estar vinculada a uma série de aspectos culturais, dos quais podemos inferir desde a culpa original até as

responsabilidades de supermulher contemporânea. Porém, o fato é simples: ter um filho não é tarefa para qualquer um e a mulher pode se encontrar em uma situação de vulnerabilidade.

A compreensão do estado de vulnerabilidade no campo da saúde da mulher que vivencia complicações no período do puerpério apresenta-se como uma importante estratégia para a rearticulação das práticas de cuidado (Camargo et. al., 2007; Bussab, 2002; Hrdy, 2001; Barclay, et. al., 1997; Bee, 1996; Ferrari, 1994; Soifer, 1980), práticas educativas (Zinga, 2005; Kimura, 1999; Stern, 1997; Azevedo, 1983) e de promoção da saúde (Silva, 1988; Camacho, 2006; Austin, 2004; Maldonado, 1997; Delascio & Guariento, 1897), ampliando a compreensão e reflexão acerca das situações que podem torná-las mais ou menos vulneráveis, como é o caso da depressão puerperal. Tais esforços têm como finalidade uma atuação visando à minimização da vulnerabilidade das mulheres no ciclo gravídico-puerperal (como a realização de ações educativas e de promoção da saúde) ou, se necessário, percepção e atuação precoce no quadro de DPP.

Embora cada mãe apresentasse suas individualidades, a experiência do pós-parto foi vivenciada por todas. Assim sendo, o exercício de analisar o individual apontou vivências comuns que nos possibilitaram construir as experiências e os significados coletivos. Este trabalho comprometeu-se a acompanhar, através da análise do discurso, as mães que apresentaram maior sintomatologia para a DPP na EPDE passaram por um processo de psicoterapia breve. A análise do discurso das sete participantes foi organizada pela cronologia descrita, desde a descoberta da gravidez, até desenrolar do parto e o subsequente pós-parto, caracterizado pelas mudanças na relação social da mulher em relação ao seu ciclo social (companheiro, família, amigos e até o próprio filho). Seguiremos esta cronologia usada na análise para a discussão.

Gravidez: da ambivalência da descoberta a intercorrências físicas e/ou psicológicas.

A gestação, principalmente em sua descoberta, é um momento que se compreende por si só como de mudança na vida da mulher. Culturalmente, a maternidade é vista de forma idealizada; qualquer afeto negativo da mãe, seja com bebê ou com os demais, é julgado como algo da ordem do impensável, situação que contribui, segundo O'Hara (1997), para que os sintomas depressivos não sejam vinculados a este momento.

A DPP torna a mãe vulnerável, carente de cuidados e, assim, menos disposta para a vinculação afetiva com a criança, o que pode comprometer o desenvolvimento de maneiras saudáveis do Apego (Vicente, 2009; Felipe, 2009; Frizz & Piccinini C, 2005; Ribas, 2004; Bussab, 2002; Hrdy, 2001; Klaus, et. al., 2000; Brazelton, 1988; Bowlby, 1984; Ainsworth, 1963). Figueiredo (2000) aponta que a falta de preparação das mães para as tarefas da maternidade devem ser consideradas como fatores agravantes de uma atitude menos interativa e até menos responsiva na relação diática, uma vez que a disponibilidade é algo que é formado pela atitude emocional da mãe em relação ao bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência e servindo como organizador da sua vida psíquica, por possibilitar identificações que poderão influenciar seu desenvolvimento *a posteriori* (Vicente, 2009; Felipe, 2009; Fonseca, et. al., 2008; Murray & Cooper, 1997; Bowlby, 1984; Sameroff, 1978). Vimos com isso que a mãe deprimida já se encontra menos disposta a dar conta de seus cuidados, o que, como aponta a literatura, pode trazer dificuldades para a vinculação (Bowlby, 1984; Brazelton, 1988; Felipe, 2009; Klaus et. al., 2000; Piccinini et al., 2001; Schimidt, Piccoloto, Muller, 2005; Spitz, 1996; Maldonado, 1997; Tronick e Weinberg, 1997; Vicente, 2009).

Apropriar-se da decisão de ser mãe envolve diversos fatores para a mulher, que muitas vezes podem estar associados à vida de um casal com o projeto da relação homem-mulher. Mas nem sempre a maternidade é acompanhada por um desejo comum do casal ou de uma percepção compartilhada de suas necessidades e demandas, fato que se evidencia nas falas maternas corroborando com a literatura (Bussab, 2002; Hrdy, 2001; Klaus, et. al., 2000; Figueiredo, 2000). A escolha de ter um filho, em muitos casos, está relacionada a um desejo de uma continuidade com relações envolvendo enorme responsabilidade de cuidados. Na literatura há a evidência de que a opção de ter um filho envolve uma seqüência de escolhas, que têm a ver com o parceiro, o momento da relação, o tipo de vinculação e de apoio, entre outros fatores.

A maternidade é um momento de transição reflete no cotidiano domiciliar e profissional. É o momento de conhecimento do filho e de sua condição de mãe, o que leva ao cuidar. É com essas mudanças que a mulher percebe-se vulnerável. Os relatos do choro aparecem como lamentações pelas várias perdas causadas por conseqüência da maternidade, como a de sua possível autonomia, nos cuidados com ela, para com seu parceiro, para com os amigos ou até para com os outros filhos. Pelo período que seu filho se encontra dependente há a perda do controle sobre a sua própria vida, perda da

individualidade, o que põe em questão o sentimento de plenitude e de "ganho" vivido durante a gravidez.

A ambivalência materna é vista como essencial para a visualização da "separação" dos espaços mãe-filho. É ressaltado que este sentimento traz culpa, pois vive-se numa sociedade, numa cultura em que se celebra o ideal materno com uma imagem de unidade mãe-filho. No entanto a ambivalência é parte do processo de separação individualização. Tanto a mãe quanto a criança necessitam de afirmação materna das próprias necessidades, desejos, opiniões, fúrias, amor e ódio, para que se estabeleça a separação e, em conseqüência, o relacionamento.

A análise dos relatos das participantes sugere que a própria ambivalência seja a principal característica desta fase, o que está de acordo com Arrais (2005), Bussab (2002), Hrdy (2001), Brazelton (1988), assim como a sua capacidade de resiliência para lidar com seu cotidiano (Maldonado, 2007).

É importante ressaltar que a população do projeto Ipê, que é atendida pelo sistema de saúde pública, tem uma condição uniforme de vida. A baixa escolaridade que, conseqüentemente, desfavorece sua condição sócio-econômica – concomitante com o não planejamento familiar – prejudica a saúde reprodutiva feminina. Essa condição revela o perfil da amostra do projeto temático. Silva (2008) apresenta que essas condições de vida são favoráveis para o aparecimento da DPP, já que há maior prevalência de casos se comparado a mãe com condições mais favoráveis socioeconômicas. O que foi comprovado por Viegas et. al., (2009), no estudo comparativo dos aspectos do histórico reprodutivo de mulheres de hospitais públicos e privados, realizado pelo projeto, aponta que na mesma região da cidade de São Paulo há índices discrepantes de DPP, o que configura que os aspectos de vida da população atendida pelo SUS, além de ter o mesmo perfil, é uma agravante para a DPP. No entanto, há mães nesta população que são mais acometidas pelos sintomas de DPP, implicando o questionamento de qual a razão das mães atendidas pela rede pública e com maior sintomatologia à DPP serem mais numerosas e com uma pontuação mais alta na EPDE. Ter a análise dos relatos destas nos aponta os pontos que as tornam população de risco para as características do estabelecimento da DPP e, assim, ajuda-nos a realizar uma análise das queixas sendo um material inicial para se pensar em prevenção e profilaxia para a população da rede pública da região. O que se pode colocar é que há o fator resiliência, como desenvolvido por Maldonado (2007), que é a forma que

cada mãe lida com a situação. Esse termo físico nos aponta para a resistência frente às adversidades presentes, que são comportadas/vivenciadas por cada mãe a sua maneira, bem como nos aponta para a relação com sua história pregressa, tal como seus suportes, como o apoio social que recebe ou dos recursos acometidos para lidar com a situação. Ou seja, ter o relato das mães acometidas com sintomas depressivos, aproximando da sua maneira de lidar com a situação – que no caso foi detectada por uma expressão maior numérica de queixas depressivas na EPDE –, é uma busca de compreender como está o bem-estar da mãe (entendida como saúde) e as possibilidades de cuidados maternos fundamental para a vinculação e desenvolvimento infantil. É importante apontar que essas mães se vincularam ao projeto temático foram as que apresentaram uma situação difícil, a qual favoreceu a maior pontuação na EPDE, incorrendo no acompanhamento em processo de psicoterapia. Assim, pode-se dizer o ponto de resiliência dessas mães chegou próximo ao limite, tornando-se quase insuportável. Não podemos afirmar se o ponto de resiliência da população de mães atendidas pelo SUS é maior (por conseqüências dadas à sua vida) ou que, na maternagem, é um momento que a mãe pode colocar-se de forma diferenciada a suas adversidades. No entanto, é inegável a discrepância no índice de DPP da população da mesma região de São Pulo quando ocorrem diferenças sócio-econômicas. Isso está relacionado com a possibilidade de recurso financeiro disponibilizar ajuda para os cuidados maternos renumerados ou de familiares, de tal forma que a obtenção de recursos financeiros ou modos de ter os recursos não interferem na possibilidade de auxiliar nos cuidados com o recém-nascido. A possibilidade de assistência a saúde não deveria estar vinculada com a burocracia ou a falta de recursos, ou até de saturação dos encaminhamentos da instituição de atendimento à saúde pública. Nenhum fator garante que o cuidado materno, assim como a rede de suporte à maternagem, será eficiente, porém são grandes diferenciais uma situação financeira mais estável e uma assistência à saúde efetiva e menos burocratizada. Esses aspectos não apareceram de forma tão explícita nas falas maternas no momento da entrevista, mas se deram mais presentes nos atendimentos com os terapeutas. O atendimento do Ipê, como colocado nas reuniões com os terapeutas, era visto como um espaço de escuta, e mesmo com seu caráter focal e breve sendo a temática da DPP, os relatos com dificuldade e até mesmo precariedade na rede de assistência, ou de potencial apoio aos cuidados com o seu filho, foi constante. Salienta-se ainda que as participantes que se engajaram no processo de psicoterapia, em sua maioria, não tinham passado por atendimento clínico anterior, o que dificultava a compreensão e o aproveitamento de tal oportunidade. Contudo, muitas se queixavam e buscavam

possibilidade de ter um atendimento à saúde no âmbito de encaminhamento para alguma necessidade não atendida ou de queixas já existentes que gerava precariedade no cuidado com o bebê. Ou seja, acredito que questões deste entorno da mulher, como do momento de vida da mãe juntamente com seu modo de lidar com situações, devem ser consideradas como uma possível maneira de angariar maneiras para a disponibilidade de exercer cuidados ao recém-nascido.

Concomitante com a literatura (Silva, 2008; Felipe, 2009; Viegas, et. at., 2009), vimos nos relatos que a situação financeira e o estado conjugal são aspectos determinantes para a aceitação e desejo da gravidez. Os cuidados com o bebê incidem sobre as relações conjugais e implicam despesas e custos que não se convertem apenas em cifras financeiras. Há gastos e desgastes que afetam todos os envolvidos e que dependem da união dos mesmos. A relação de suporte social perpassada pelos recursos financeiros atravessa o medo de morte (como a preocupação com a assistência e acompanhamento da saúde do infante), da possibilidade e qualidade de cuidados oferecidos por outros cuidadores (no caso, vós/creches/cuidadores pagos que ficam com os filhos das trabalhadoras) ou que a vida conjugal não passe exclusivamente pela dependência financeira.

A aplicação da perspectiva evolucionista pode ser heurística ao permitir o levantamento de novas hipóteses de investigação e propiciar novos entendimentos da funcionalidade de processos que aparentemente não têm nenhum valor adaptativo. É o caso da própria DPP. Pode ser também ilustrado pela compreensão dos diversos sintomas e alterações fisiológicas que acompanham a gestação e o parto, como no caso do enjôo. Embora o enjôo excessivo possa ser até um indicador de problemas, a interpretação deste indicador merece considerações mais complexas. Nas causas que antecedem o parto, podemos ver que há fatores que são vividos de forma muito intensa pela mãe, com conotação negativa, mas que, na verdade, são adaptativos. Por exemplo, o fato de ter enjôos não é agradável, mas a sua função pode ser de a gestante não ingerir alimentos que prejudiquem o bebê. Estaríamos entendendo que as causas últimas estariam refletidas numa adaptação às causas proximais do enjôo. Profet (1997) fez uma pesquisa na qual mostrou que a presença de enjôo está associada a um risco mais baixo de aborto. Segundo este pesquisador, o enjôo impede a mãe de ingerir alimentos mais tóxicos e menos adequados ao desenvolvimento do feto. Outro fator aparentemente positivo é uma associação do enjôo com taxas hormonais compatíveis com gestação bem sucedida.

Os relatos do cotidiano, como falta de convívio social, privação do sono, dedicação exclusiva ao filho, entre outros, são muito associados à sua percepção de como está sendo ser mãe de seu filho. Há a percepção de que a transição à maternidade pode ser imprevisível ao ponto de ser estressante, independente de ser o primogênito.

Os relatos de sobrecarga em afazeres (pelas queixas de desânimo ou de tristeza) associam-se à percepção de falta de suporte social. As mães nem sempre estão preparadas para atender às necessidades dos recém-nascidos e ficam com a impressão de incapacidade, muitas vezes associada à falta de suporte. A dificuldade de oferta de cuidados efetivos com o filho impede a mãe de perceber a importância da própria relação estabelecida com o recém chegado, mais do que da sua eficiência nos afazeres relacionados com a criança. O socialmente esperado, no contexto da chegada de um recém-nascido, é que os membros de uma família se aproximem, auxiliando a mãe nos cuidados com a criança, o que nem sempre ocorre. Ou se ocorre, como narrado em muitos relatos das participantes, é interpretado como falta de confiança em suas habilidades ou até mesmo como insuficientes. Aparentemente, as queixas sobrecam no parceiro, ficando muito caracterizado como o que sofre maior cobrança, o que muitas vezes é relacionado com sua postura frente à situação.

Parto: da chegada do filho aos possíveis problemas de saúde no recém-nascido.

Fica evidenciado que, após o parto, a mãe pode exteriorizar as emoções nas formas mais intensas e variadas. Em alguns momentos, a euforia pela chegada da criança, tão esperada, pode dar lugar à tristeza, em alguns casos em grande intensidade. Mas como o esperado pelo quadro destas mães com transtorno de humor, há após o parto relatos de aumento da sensibilidade, acompanhado de outras alterações emocionais, assim como a possibilidade de percepção de certas incapacidades de realizar tarefas do seu cotidiano.

Um estudo objetivando compreender as alterações percebidas pela mulher na vivência do pós-parto demonstrou que as mulheres seguiram experiências de vazamento, estranheza e vulnerabilidade (Arrais, 2005; Bee, 2002). Isso enfatiza que a assistência prestada à mulher no período pós-parto deve considerar a singularidade da vivência neste período, que muitas vezes fica esquecida com a recepção do bebê. Há, muitas vezes, um

esquecimento em lembrar que ter um filho implica ajustamento à mulher e que em cada filho as necessidades e demandas são únicas, o que leva a cada vinculação, como colocado anteriormente, ser singular e experimental.

O reconhecimento da importância dos contatos mãe-recém-nascido, para uma regulação recíproca relevante (um tipo de orquestração psico-biológica pós-parto), tem produzido modificações nos atendimentos hospitalares e da saúde, em geral. O bem-estar e o desenvolvimento subsequente da mãe, do bebê e da vinculação podem ser favorecidos pelas trocas de proximidade neste período pós-parto (ver, por exemplo, Klaus, et, al., 2000). No hospital universitário, onde este estudo foi realizado, há uma prática de alojamento conjunto, nos casos possíveis, compatível com essas descobertas. A importância crítica desta interação mãe-filho é de tal intensidade que há cada vez mais preocupação de desenvolver, mesmo em ambiente menos favorável (como a UTI) um contato com maior “intimidade” da díade. Crianças pré-termo, ou seja, nascida antes de completar o desenvolvimento uterino completo, têm apresentado maior índice de recuperação nos casos em que, além dos cuidados médicos específicos, são promovidas interações maternas típicas – vide a eficácia do uso da técnica denominada “mãe canguru” para a vinculação e melhora da qualidade de vida do recém-nascido pré-termo, como vemos em Ziegel (1985). Considerações teóricas, como teoria de Hagen (1999, 2002 e 2009), relacionam a magnitude do investimento parental em função das circunstâncias de viabilidade da prole, que é afetada pelas dificuldades maternas e pela percepção de risco da gravidez ou da criança. Um filho que já se apresenta com necessidades de cuidados especiais, mesmo em sua vida intra-uterina, requer um investimento maior de cuidados e de disposição. Esse gasto em energia pode ser entendido como muito alto e assim a mãe pode se deprimir como forma de vincular o pai a investir energia aos cuidados da prole. Conforme descrita na introdução, esta teoria supõe um valor adaptativo para a DPP em circunstâncias adversas: o de angariar cuidados adicionais e suporte social do companheiro/pai da criança e da rede social familiar ou de amigos. Na análise dos discursos quanto a ambivalências e dificuldades específicas de risco de gravidez, nos casos, acentuadas e associadas a DPP, indica compatibilidade dos dados com a teoria de Hagen para a função da DPP

É nesta mesma linha que nosso projeto pretende contribuir. As questões de ter um filho saudável acompanham a gestação que, com o parto, podem ser solucionadas. Mas não é o fim dos questionamentos; tem-se a comprovação de que o filho está saudável, naquele momento, mas isso não afasta outras dúvidas que surgem e acompanham o crescimento da

criança. A mãe, assim como os demais cuidadores, tem a responsabilidade de, como podemos colocar, “garantir as necessidades”. Responsabilidade que, além de envolver uma série de variáveis (possíveis ou não de controlar), há o peso de caso algo não saia como o esperado, o que é traduzido pelas falas maternas pelo medo de perda de seu filho.

Relação da mãe-mulher e suas relações sociais.

Parece que na maioria dos casos estudados há queixas quanto ao apoio recebido do pai/companheiro nos cuidados com o bebê. Essa falta de apoio poderia ser considerada compatível com as hipóteses de Hagen (1999, 2002 e 2009) de uma funcionalidade da DPP em termos de aumentar a probabilidade de a mãe angariar apoios adicionais. Entretanto, há casos estudados em que ocorre o reconhecimento da disponibilidade dos companheiros para os cuidados das crianças. É interessante notar que nestes dois casos os bebês são o primeiro filho biológico do casal, mas há registro de cuidados também com os filhos anteriores, de outros relacionamentos. Estes dois casos explicitam uma complexidade de fatores subjacentes à DPP: embora outros estudos e os resultados das pesquisas gerais do projeto Ipê apontem a importância de fatores como conflito com o companheiro para a DPP (ver, no caso, Silva, 2008), deve-se perceber que há uma composição de fatores. Outro ponto a ser considerado é que a família mais nuclear, menos estendida, sobrecarrega a mulher, mesmo com a ajuda do marido.

Seja como for, o fato de a DPP aparecer ora associada à falta de apoio e conflitos com o companheiro (caso mais freqüente) e ora associada à presença deste apoio, não invalida necessariamente a hipótese da funcionalidade da DPP em termos de angariar apoios. Parece haver um certo contraste da queixa em relação aos maridos versus um certo reconhecimento dos apoios de familiares e amigos. É como se o marido tivesse mais obrigações não cumpridas e os demais tivessem menos obrigações, de tal modo que seus apoios são mais reconhecidos. As expectativas quanto ao apoio do marido parecem ser maiores. As relações conjugais parecem mais complicadas, talvez pela situação de família nuclear, em especial por agravantes associados ao nível sócio-econômico. Ainda assim, aparecem aspectos positivos e negativos nas referências tanto ao apoio do marido quanto ao apoio dos demais. Entretanto, é como se o ressentimento fosse maior no caso de queixas quanto ao marido.

Ficou evidenciado que no período pós-parto as mães podem se sentir mais sensíveis e, por conta disso, muitas vezes sem motivo aparente, apresentam alterações em seu

estado emocional. Isso pode ser evidenciado através dos depoimentos de constantes conflitos, principalmente como falado com cônjuges, porém os filhos mais velhos, muitas vezes, não são poupados. Análise do efeito da presença de filhos mais velhos registrou maior irritação por parte das participantes associou-se, provavelmente associada à percepção de que a mãe não está dando conta de questões ligadas à maternagem.

O filho mais velho se mostra como um depositário das frustrações materna, ao qual podemos levantar a hipótese de que, diferentemente do recém-nascido, há cobranças que podem ser mais compreendidas como falhas de maternagem. O que pode deixar a mãe sensível; indo da impotência a reações mais agressivas.

A situação de gravidez e parto remete a mulher às suas próprias vivências de nascimento e de fragilidade em relação àquelas vividas com sua mãe. É, também, uma referência à maternagem, juntamente com todos os outros aspectos de dependência, de medo do novo, da responsabilidade materna, das mudanças que o bebê traz na vida da família e dos demais aspectos da vida da mulher. Portanto, a mulher sente necessidade de ser cuidada e, às vezes, ninguém se dá conta disso da maneira como espera.

A família nuclear parece representar uma sobrecarga para a mãe, com implicações para a relação com os filhos mais velhos, requeridos para os cuidados com o bebê. Embora cuidados desse tipo possam ser encontrados em várias sociedades tradicionais de modo harmônico, num contexto de família estendida, de tal forma a diluir as responsabilidades dos adultos e das demais crianças. No presente contexto de família nuclear e economicamente prejudicada, essa necessidade pode sobrecarregar também os filhos mais velhos e alimentar conflitos familiares.

Socialmente espera-se que a mulher esteja realizada com a chegada do filho. Quando a mãe não se encontra neste estado muitas vezes desconsideram os seus reais sentimentos. Os trabalhos desenvolvidos no Ipê corroboram com a literatura especializada apontam que a maioria das mulheres relata de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto (Bee, 2002; Soifer, 1980). É até esperado uma vivência passageira de tristeza ou de diminuição da capacidade de sentir prazer, mas, no caso das mães com DPP sente sentimento é prolongado e constante, como imos nos relatos, principalmente os que caracterizam ambivalência.

A percepção destes sentimentos de negativos no momento de nascimento – celebração da vida- provoca em muitas mães a sensação de estranhamento e

inadequação. Relatos de sentimento negativos, de falta de suporte e de dificuldades nos cuidados com o filho não podem ser entendidos como de mães que estejam simplesmente não aceitando o filho ou não se disponibilizando para a maternagem. Os relatos mostram, principalmente, uma falta de espaço para uma aceitação que no pós-parto há a possibilidade da mãe não se sentir completa. É apenas com a possibilidade da desresponsabilização de ter que estar feliz que abre a possibilidade de entendimento do momento e dificuldades maternas. A possibilidade de compreensão da DPP passa pelo acolhimento dos relatos das vivências maternas, impedindo um olhar reducionista e linear sobre a maternidade e a DPP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrais, A. R. (2005). As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. Tese de doutorado. Universidade de Brasília.
- Ainsworth, M. (1963) The development of infant-mother interaction among Ganda. In: Foss, B. M. (Org.), *Determinants of infant behavior* (pp 67-104). New York: Wiley.
- Almeida O.P, Dratcu L, Laranjeira R (1996). *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E. Olea, E. et.al., (2000). Cuadros depresivos em el postparto em uma cohorte de embarazadas: construcción de um modelo causal. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 38(2), 84-93.
- American Psychological Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed., text revision. Washington, DC: The Association.
- Armstrong K.L., Fraser J.A., Dadds M.R. & Morris J. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Pediatr Child Health*, 35(3), 237-44.
- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archive of Woman Mental Health*, 7(1), 1-6.
- Azevedo, A. R. (1983). Aspectos comportamentais na puerperalidade. *J. Bras. Med*, 44(2), 71-80.
- Bahls, S.C. (2005). *Hypericum Perforatum* no tratamento da depressão: uma atualização. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 99 (4), 24-29.
- Bandeira, M., Goetz, E.R., Vieira, M.L. & Pontes, F.A.R. (2005). O cuidado parental e o papel do pai no contexto familiar. In Pontes F.A.R., Celina M.C.M., Brito R.C.S, W.L.B. Martin (orgs). *Temas pertinentes à construção da Psicologia contemporânea*. (pp191-230). Belém: Editora Universitária.

- Barclay, L. M., Everitt L., Rogan L., Schmied V., & Wyllie A., (1997) Becoming a mother - an analysis of women's experience of early motherhood. *J. Adv. Nurs.*, 25 (5) 719 - 28, 1997.
- Bardin, L. (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beck C.T. & Driscoll J. (2006). *Postpartum Mood and Anxiety Disorders: A Clinician's Guide*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Beck, C.T. (2001) Predictors of Postpartum Depression. An Update. *Nursing Research*, 50(1), 275-285.
- Bee, H. (1996). *A criança em desenvolvimento* (6a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Biringen, Z., Robinson J., Emde R. & Appendix B. (2000). The Emotional Availability Scales. *Attachment and Human Development*; 2 (2):256-270.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda*, 1. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1988). *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*/ Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- IBGE, (2009). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://IBGE.gov.br>. Acesso em 10 de janeiro de 2009.
- Bussab, V. S. (2002) Mãe Natureza – uma visão feminina da evolução: Maternidade, filhos e seleção natural *Interação em Psicologia*. 6(1), p. 117-123
- Camacho, R.S., Cantinelli F.S., Ribeiro C.S., Cantilino A., Gonsales B.K., Braguittoni E., et. al. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (.2) 92-102. Recuperado em 9 de abril de 2009Ç <http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/92.html>
- Camargo, L. A., Silva, G. A da; Fonseca, V. R. J. R. M. ; Tafner, A. M. da S. ; Viegas, L. M. ; Otta, et. al., (2007) Características de gestantes que realizavam pré-natal em unidades básicas de saúde da Zona Oeste do município de São Paulo. *Congresso Norte-Nordeste de Psicologia*, 5, Maceió.
- Canela, P.R.B. (1980). Alterações psicossomáticas no puerpério. *Femina*. 8, (9) 689-93.
- Cantilino, A. (2003) Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Screening Scale na população brasileira. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

- Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Roge B & Mullet E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med.* 32(6), 1039-47.
- Coutinho, D. S., Baptista, M. N., & Morais, P. R. (2002). Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Infanto Rev Neuropsiq Inf Adol.* 10(2):63-71.
- Fonseca, M. O., Tavares, D. M. S., Rodrigues, L. R. (2009). Investigação dos fatores indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. *Cienc Cuid Saúde* 8(3):321-328. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9011/5135/>
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R, Chambô-Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 29(3):274-280. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06.pdf/>
- Chelini, M.O.M., Viau, P.F., Oliveira, C. A. & Otta, E. (2009) Depressão pós-parto não altera a concentração salivar de cortisol do bebê. *Semana Científica Bejamin Eurico Malucelli do departamento de patologia da faculdade de medicina veterinária e zootecnia da USP, 18, São Paulo.*
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S, & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública, 17(4), 887-896.*
- Claude A. & Bonnin B. (2004) Depression in pregnant women and mothers: How children are affected. *Paediatrics & Child Health, 9(8), 575-583.*
- Cohn, D., Atlas, L., & Ladner, R. (1990). Training connectionist networks with queries and selective sampling. In D. Touretzky (Ed.), *Advances in neural information processing systems, (Vol. 2).* San Francisco, CA: Morgan Kaufmann.
- Costa, M.T.Z, Morais, M.S., Gomes, F., Valente, M.H., Otta, E., Bussb, V.S. R., et. al. (no prelo) Depressão Pós-Parto: impacto sobre o desenvolvimento infantil
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression:Development of the 10 Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry ,150 (1), 782-786.*
- 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.*

- Da-Silva, V. A., Moraes-Santos, A. R., Carvalho, M. S., Martins, M. L. P., & Teixeira, N. A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 31(6): 799-804. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/bjmbr/v31n6/2833c.pdf/>
- Delascio, D. & Guariento, A. (1897) Puerpério. *Obstetrícia normal.* (pp. 377-86). São Paulo, Sarvier.
- Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J. A., Kahhale, S., Menezes, P. R. & Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women's Ment Health*, 7 (1), 123-131.
- Felipe R. P. (no prelo) *Sistemas parentais e depressão pós-parto ; estudo longitudinal aos 4, 8, 12 meses.* Tese de doutorado; Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Felipe, R. P. (2009). *Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos.* Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ferrari, D.M.(1994) O puerpério: sua importância na formação da família. *Femina*,. 22 (10), p. 508-18.
- Field C.J., Angel A. & Clandinin M.T. (1985) Relationship of diet to the fatty acid composition of human adipose tissue structural and stored lipids. *J Clin Nutr.* 42(6):1206-20.
- Figueira, P., Corrêa, H., Malloy-Diniz, L., Romano-Silva, M. A. (2009). Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no Sistema Público de Saúde. *Rev Saúde Pública* 43(Supl. 1):79-84. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/744.pdf/>
- Figueiredo, B. (2000) *Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade.* In: Soares. *Psicopatologia da maternidade: trajetórias (In)adaptativas ao longo da vida* (pp. 360, 2000). Coimbra; Quarteto Editora.
- Fisher J.R, Feekery C.J, & Rowe-Murray H.J. (2002) Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *J Paediatr Child Health*, 38(2),140-5.
- Fonseca V.R., Otta E. & Bussab V.S. (2008) Mother-infant Interaction in PPD: A Comparison between Zero and Four-month Video Records. *Congress of the International Society for the Study of Behavioural Development"* (ISSBD). 20 (p.79) Würzburg, Alemanha.
- Frizz G.B & Piccinini C.(2005) A interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10, (1), 47-55.

- Geerts, E., (1997) An ethological approach of interpersonal theories of depression, Tese de doutorado, Universidade de Groningen, Groningen, Países Baixos
- Gilbert, R. O. (1997). Diagnosis and treatment of pyometra in bitches and queens. *The Compendium on Continuing Education for the Practicing Veterinarian*, 14 (06), p.777-83.
- Guedes-Silva, D., Ramos-de-Souza, M., Moreira, V. P. & Genestra, M. (2003). Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(2), 439-450.
- Hagen, E. H. (1999), The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, 20, 325–359.
- Hagen, E. H. (2002), Depression as bargain – The case postpartum. *Evolution and Human Behavior*, 23, 323–336.
- Hagen, E.H., (2007) Perinatal Sadness among Shuar Women: Support for an Evolutionary Theory of Psychic Pain. *Medical anthropology quarterly* 21, 22-40.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A. & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7 (1), 871-889.
- Hegenberg, M., (1999) *Psicoterapia breve*. São Paulo; Editor Casa do Psicólogo.
- Hiltunen, P. (2003). *Maternal postnatal depression, causes and consequences*. Dissertação de Doutorado, University of Oulu, 2003.
- Hrdy (2001). *Mãe Natureza: uma visão feminina da evolução: maternidade, filhos e seleção natural*. (A. Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Campus.
- Kimura, A. F. (1999) *Enfrentando desafios e transformações para vir a ser mãe e profissional*. Tese de doutorado da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Klaus, M.H.K, J.H Kennell & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lee K.A & Gay C.L. (2004). Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 191(6), 2041-6.
- Lima, M.S. (1999) *Epidemiologia e impacto social*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo 21(1): 1-5.
- Lockman, J.J. & McHale J.P.(1989). Object Manipulation in Infancy: Developmental and Contextual Determinants. *Developmental Psychology*. 31(6), 85-96.

- Luz, F., Brune, M. & Bussab, V. S. R. Considerações básicas a respeito da psicopatologia evolucionista. *Rev. etol.* [online]. dez. 2004, vol.6, no.2 [citado 19 Abril 2010], p.119-129. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-28052004000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1517-2805.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14. ed. São Paulo: Saraiva.
- Maranhão, A. M. (1990). *Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo, EPU.
- McGuire P., Cope H., & Fahy T. Diversity of psychopathology associated with use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy"). *Br J Psychiatry*, 165: 391-5, 1994.
- Meredith, P. & Noller, P. (2003). Attachment and infant difficulty in postnatal depression. *Journal of Family Issues*, 24 (1), 668-686.
- Moraes I.G.S, Pinheiros R.T, Silva R.A, Horta B.L, Souza P.L.R & Faria A.D. (2006) Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* 40, (1) 65-70.
- Magalhães, P. V. S., Pinheiro, R. T., Faria, A. D., Osório, C. M., Silva, R. A. (2006) Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. *Rev. psiquiatr. clín.* [serial on the Internet] [cited 2010 May 30] ; 33(5): 245-248. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000500004&lng=en. doi: 10.1590/S0101-60832006000500004.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press.
- O'Hara, M.W., & Swain A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8,37–54.
- O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray & P.J Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.
- Organização Mundial da Saúde (1997). *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Paiva, M. S., Miyazawa N. S. & Cozzupoli C.A. (1989) Assistência de enfermagem perinatólogica pós-natal. *Acta Paul. Enf.*, 2 (2), p. 55-62.

- Patel, V., DeSouza, N. & Rodrigues M. (2003). Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child*, 88, 34-37
- Piccinini, C. A.; Seidl M.L.M., Ribas, A.F. P., Bosa, C. A.; Oliveira, E. A., Pinto, E. B. et. al., (2001) Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia: reflexão e crítica*, 14 (3) 469-485.
- Prado (no prelo). Perfil de desenvolvimento; projeto de depressão pós-parto. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Profet, M. (1992). Pregnancy Sickness as Adaptation; A Deterrent to Maternal Ingestion of Teratogens *The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture* (ed.)Barkow, J.H., Cosmides L., Tooby J. Oxford University Press. p. 327-67
- Resende, B.D. & Faria, C. (no prelo) A depressão pós-parto e a influencia da mãe na exploração de objeto por bebês de oito meses.
- Ribas, Adriana F.P. & de Seidl de Moura, M.L.(2004). Responsividade Materna e Teoria do Apego: Uma Discussão Crítica do Papel de Estudos Transculturais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*,17(3):315-322.
- Rios, G. S. (no prelo). Análise do comportamento de empatia e cooperação aos 2 anos; cooperação do viés sintomatológico da DPP. Tese de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, USP.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Robins, D., Fein, D., & Barton, M. (2001). Reply to Charman et al.'s commentary on the Modified Checklist for Autism in Toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 149-151.
- Sameroff, A. (1978). Necessidades psicológicas da mãe nas interações materno-infantis precoces. In G. B. Avery (Org.), *Neonatologia, fisiologia e cuidados do recém-nascido* (p-102-127). São Paulo: Artes Médicas.
- Sampaio, M. I. C., (no prelo) *Psicologia Baseada em Evidências; Revisitando o Conhecimento Científico para a Melhoria da Vida das Pessoas*. Tese de doutorado; Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Santos, M. F. S. (1995). Depressão no pós-parto: Validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.

- Santos, M. F. S., Martins, F. C., & Pasquali, L. (1999). Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2), 32-40.
- Schimidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Muller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Revista Psico-USF*, 10 (1), 61-68.
- Schwengber, D.D.S., Piccinini, C. A. (2003) O impacto da depressão pós-parto na interação mãe-bebê, *Rev. Estudos de Psicologia.*, 8(3).403-411.
- Sharma V. & Mazmanian D. (2003). Bipolar Disorders, Psicose a perda de sono e pós-parto. Blackwell Publishing: 5 (2) 98-105.
- Sichel D.A., Cohen L.S., Robertson L.M., Rutterberg A. & Rosenbaum J.F. (1995). Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry*, 38 (1), 814-818.
- Silva G. A. (no prelo) Revisão sistemática da literatura sobre prevalência e fatores associados com depressão pós-parto. Dissertação de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Silva, G. A. (2008). Depressão pós-parto: prevalência, fatores de risco e indicadores de vinculação mãe-bebê. Dissertação de mestrando, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Silva, G. A; Viegas, L. M. & Otta, E. (2008). He has his father s eyes: An ethological approach for the ascription of resemblance of newborns by mothers. *Biennial Conference of the International Society for Human Ethology*, 19 (1) (p. 134) Cooperativa Libreria Universitaria Editrice Bologna, Bolonha, Italia.
- Silva, I. A. (1988) Reações emocionais da mulher no puerpério. *Rev. Esc. Enf. USP*; 22 (2), p. 237-46.
- Skazufka, E.T. (2000). Prevalência de fatores associados em mães que deram à luz em um hospital universitário no município de São Paulo. Dissertação de mestrando, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Soifer, R.(1980) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Spinelli, M.G. (2004). Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 161 (9), 1548-1557.
- Spitz, R. A. (1996). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. (Trad.) Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Simões C.C.S. (2006). *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. São Paulo: Arbeit Factory.

- Stobäus L. C. (no prelo) Tema da pesquisa: Análise das crianças de dois anos cujas mães tiveram depressão pós-parto em tarefas de cooperação. Tese de doutorando. , Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Trivers, R. L. (1972) Parental investment and sexual selection. In B. Campbell (Ed.) *Sexual selection and the descent of man, 1871-1971* (pp 136–179). Chicago, Aldine.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. J. Cooper (Orgs.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). Nova York: Guilford.
- Valente, M.H., Gomes, F.M.S., Costa, M.T.Z., Silva, G.A., Bussab, V.S.R., Otta E. et. al. (2009). A depressão pós-parto e o recém nascido de baixo peso. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 11. Recife; ABRASCO.
- Varella, M.A.C. (2007). Variação individual nas estratégias sexuais: alocação de investimentos parentais e pluralismo estratégico. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- Vicente, C.C. (2009) Apego e Interação Precoce na Depressão Pós-Parto. Seminário Internacional de Habilidades Sociais: as habilidades sociais e a qualidade das relações interpessoais: Pesquisa, teoria e prática. *Participamos*, 2, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Viegas, L. M., Chelini, M.M., Fonseca, V. R. & Otta, E. (2009) Comparação de aspectos do histórico reprodutivo de mulheres de hospitais públicos e privados sob um enfoque evolucionista. 2009. Resumo Encontro Anual de Etologia, 27. Bonito; Mato Grosso do Sul.
- Viegas, L. M., Silva, G. A da., Otta, E., Camargo, L. A., Biondo, C., Felipe, R. P., et. al. (2007). Relação entre Apoio Social e Depressão Pós-parto em mães atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. Encontro Anual de Etologia 27, São José do Rio Preto.
- Viegas, L.M., Silva, G.A., Cecchini, M., Felipe, R., Otta, E., & Bussab, V.S. (2008) Depressão pós-parto, histórico reprodutivo materno e apoio social. *Boletim do Instituto de Saúde; Saúde Sexual e Reprodutiva*, 46 (12): 9-17.
- Wannmacher L. (2004). Depressão maior, da descoberta à solução? Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Recuperado em abril de 2009:http://66.102.1.104/scholar?hl=ptBR&lr=lang_pt&q=cache:5bog96e3JpYJ:cama.raribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/principal/maissaude/Depressao.pdf+depress%C3%A3o+maior.

- Warneken, F. & Tomasello, M. (2006). Altruistic helping in human infants and young chimpanzees. *Science*, 311 (3), 1301-1303.
- Weinberg, M.K. & Tronick, E.Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (2), 53-61.
- Wendland, J.A. (2001). Abordagem Clínica das Interações Pais-Bebê: Perspectivas Teóricas e Metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1): 45-56.
- Winnicott, D. W. (1996). Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes.
- Wisner, K. L., Perel, J. M., Peindl, K. S., Hanusa, B. H., Piontek, C. M., & Findling, R. L. (2004). Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *J. Psychiatry*, 161 (1), 1290-1292.
- Zaconeta, A .C. M., (2004). Depressão pós-natal de Edimburgo em puérperas do Hospital Universitário de Brasília. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília.
- Zanotti, D. V.; Saito, K. C.; Rodrigues, M. D. & Otani, M. A. P. (2003). Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Revista Nursing*, 61 (6), 36-42.
- Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J. F., Valenzuela, M., Westreich, R. et al (2004). Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. *Transcult Psychiatry*, 41(4): 445-464.
- Ziegel, E. E. (1985). *Enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro, Guanabara.
- Zinga, D., Phillips, S. D. & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (2), 56-64.
- Zlotnick C., Johnson S.L, Miller. I.W, Pearlstein T. & Howard M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry*, 158 (4), 638-40.

ANEXOS

Anexo A- Aprovação do projeto temático



FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

São Paulo,

Ilmo(a). Sr(a).

Ref. Proc.: 06/59192-2

Prof(a). Dr(a). EMMA OTTA

Prezado(a) Sr(a).:

Comunicamos a V.Sa. que esta Fundação aprovou, no processo acima referido, a concessão de suplementação de recursos ao auxílio.

O Termo Aditivo, com as condições financeiras aprovadas, está sendo preparado, cabendo-nos informar que alguns itens orçamentários podem não ter sido aprovados ou aprovados com valores inferiores aos solicitados.

Solicitamos que aguarde o recebimento do respectivo Termo.

Por favor, para qualquer consulta ou comunicação sobre esta correspondência, use exclusivamente os serviços do "Converse com a Fapesp" em www.fapesp.br/converse.

Atenciosamente,

Carlos Henrique de Brito Cruz
Diretor Científico

Observações constantes do despacho:

- "Foi concedida cota de bolsa orçamentária, conforme discriminado no Termo de Outorga, podendo haver dedução de bolsa anterior quando a regra se aplicar.

O candidato selecionado somente poderá iniciar suas atividades no projeto após a aprovação de seu cadastro, que deve ser submetido via SAGE, conforme Instrução Normativa específica para cada modalidade, constante do site da FAPESP em www.fapesp.br/bolsas/bolsasconcedidasemauxilios. Não serão feitos pagamentos ou reembolsos referentes a bolsistas fora do respectivo processo SAGE.

Possíveis renovações da referida cota de bolsa deverão ser solicitadas no Auxílio, por meio de solicitação de alteração da concessão inicial, no momento da entrega do Relatório Científico. A vigência da bolsa não poderá ultrapassar a vigência do auxílio."

Parecer em anexo

Despacho original assinado pelo Diretor Científico

RUA PIO XI, 1500 - CEP 05468-901 - SÃO PAULO - SP - TEL.: 11 3838.4000 - FAX: 11 3645-2383 - e-mail expedientedo@fapesp.br

Anexo B- Aprovação no comitê de ética do Hu.



São Paulo, 27 de novembro de 2006.

Il^{ma}(a). S^{ra}(a).

Dra. Maria Teresa Zulini da Costa
Divisão de Clínica Pediátrica
Hospital Universitário
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “*Interação mãe-bebê: depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento*” – **Registro CEP-HU/USP: 673/06** – **SISNEP CAAE: 0051.0.198.000-06**

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 24 de novembro de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para 24 de novembro de 2007.

Atenciosamente,


Dr. Maurício Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – 05508-900 São Paulo – SP
Tels.: (11) 3039-9457 ou 9479 – Fax: (11) 3039-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO C- - Instrumento utilizado na primeira entrevista (último trimestre de gestação)

Data: ____/____/____

Local:

Rio Grande do Norte..... :

Rio de Janeiro..... :

São Paulo..... :

Entrevistador:_____

Local da entrevista:

Domicílio..... 1

UBS..... 2

Outro..... 3

Qual?_____

O agente comunitário de saúde está presente na entrevista? 1 - SIM 2 - NÃO

Perfil da mãe:

1.Nome completo:_____

2.RG:_____

3.Local do Pré-Natal

HU..... :

UBS.....

Qual? _____

4.Número da matrícula: _____

5.Data de nascimento: _____

6.Telefones para contato:

Fixo _____

Celular _____

Recado _____

7.Endereço: _____

8.Trabalha? 1 - SIM2 - NÃO

9.Estuda? 1 - SIM2 - NÃO

10.Se não estuda (e/ou trabalha), e estudava (e/ou trabalhava), parou por causa da gravidez? 1 -
SIM2 - NÃO

11.Foi por opção? 1 - SIM2 - NÃO

12.A Sra. descobriu que estava grávida em que mês da gestação? ____ Mês

13.Como a Sra. Descobriu que estava grávida?

14. Dê uma nota de 1 a 5 (sendo 1 = mais baixo e 5 = mais alto) para o quanto você sentiu as emoções abaixo, quando descobriu que estava grávida, como se sentiu?

Feliz

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Surpresa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Triste

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Assustada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Entusiasmada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Com raiva

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Em que mês da gestação a Sra. iniciou o Pré-Natal? _____ Mês

LEMBRANÇAS DA INFÂNCIA

16. Com relação às lembranças que a Sra. tem da sua infância e do relacionamento com os seus pais, pontue numa escala de 1(nada) a 5(muito):

a) O quanto a Sra. sente que recebia de carinho, atenção e cuidados afetivos:

--	--	--	--	--

b) O quanto sentia que seus pais se preocupavam com a Sra.:

--	--	--	--	--

c) O quanto representam, nas suas lembranças, as situações em que a Sra. se sentiu rejeitada e/ou castigada:

--	--	--	--	--

17. Como a Sra classificaria o seu ambiente familiar na infância?

Era muito afetivo.....

Era afetivo.....

De vez em quando era estressante.....

Era quase sempre estressante.....

Não era nem muito afetivo, nem muito estressante.....

18. Qual a sua escolaridade? E a do seu marido / companheiro?

Anos de escolaridade da respondente: _____

	Respondente	Marido/companheiro
Não alfabetizado	1	1
Ensino fundamental incompleto: primário incompleto	2	2
Ensino fundamental incompleto: primário completo e ginásio incompleto	3	3
Ensino fundamental completo	4	4
Ensino médio incompleto	5	5
Ensino médio completo	6	6
Ensino superior incompleto	7	7
Ensino superior completo	8	8
Pós-graduação	9	9
Não sabe	10	10

Não tem marido / companheiro	-	11
------------------------------	---	----

ESTILOS DE RELACIONAMENTO

Vão ser apresentadas agora algumas descrições de estilos de relacionamento, ou seja, como as pessoas se ligam afetivamente, com o que se preocupam, com o que se sentem bem. Pedimos que você avalie o grau de semelhança entre o que você costuma sentir e cada uma das afirmações que serão apresentadas. Dê uma nota para cada afirmação, desde 1 = não tem nada a ver comigo, até 5 – tem tudo a ver comigo.

	Não tem nada a ver comigo 1	Um pouco parecido comigo 2	Mais ou menos parecido comigo 3	Bastante parecido comigo 4	Tem tudo a ver comigo 5
19. Acho relativamente fácil me aproximar das pessoas					
20. Acho difícil confiar nos outros					
21. Muitas vezes fico preocupada pensando se meu parceiro amoroso realmente me ama					
22. Acho que as outras pessoas não querem se aproximar de mim tanto quanto eu gostaria					
23. Eu me sinto bem confiando nas outras pessoas					
24. Eu <u>não</u> me incomodo quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a mim					
	Não tem nada a ver comigo 1	Um pouco parecido comigo 2	Mais ou menos parecido comigo 3	Bastante parecido comigo 4	Tem tudo a ver comigo 5
25. Eu acho que as pessoas nunca estão lá quando a gente precisa delas					

26. Eu me incomodo um pouco com a proximidade afetiva das outras pessoas.					
27. Frequentemente me preocupo com a possibilidade do meu parceiro amoroso não querer mais ficar comigo					
28. Quando demonstro meus sentimentos para os outros, tenho medo que eles não sintam o mesmo por mim					
29. Muitas vezes me pergunto se meus parceiros amorosos realmente gostam de mim					
30. Eu me sinto bem quando estabeleço relações próximas com outras pessoas					
31. Eu não gosto quando alguém fica muito ligado afetivamente a mim.					
32. Eu sei que as pessoas estarão lá quando eu precisar delas					
33. Eu quero me aproximar das pessoas, mas tenho medo de me ferir					
34. Eu acho difícil confiar inteiramente nos outros					
35. Em geral, meus parceiros amorosos querem que eu fique emocionalmente mais próxima deles do que eu gostaria					
36. Não tenho certeza de poder contar sempre com os outros quando eu precisar deles					

DADOS DA FAMÍLIA

37. Por favor, a senhora pode me informar quantas pessoas moram na sua casa, sem contar os empregados? Não esqueça de incluir a senhora também. TOTAL: ____ PESSOAS

38. A senhora poderia me dizer quem são as pessoas que vivem na sua casa?

1. Respondente anos

2. Marido / companheiro anos

	Quantos?
3. Filhos de 0 a 4 anos	
4. Filhos de 5 a 8 anos	
5. Filhos de 9 a 12 anos	
6. Filhos de 13 a 16 anos	
7. Filhos com mais de 16 anos	
8. Outras crianças e jovens menores de 18 anos (ex. enteados ou adotados, de criação, filhos de parentes e amigos)	
9. Outros parentes adultos	
10. Amigos adultos	

39. Composição familiar:

Família nuclear (pai, mãe e filhos).....

Família nuclear estendida (pai, mãe, filhos e outros parentes e amigos).....

Família mononuclear (mãe e filhos).....

Família mononuclear estendida (mãe, filhos e outros parentes e amigos).....

PERFIL DO PAI DO BEBÊ E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO RELACIONAMENTO:

40. Convive atualmente com o pai desta criança? 1 - SIM 2 - NÃO

41. O pai do bebê trabalha? 1 - SIM 2 - NÃO

42. O pai do bebê estuda? 1 - SIM 2 - NÃO

43. O pai do bebê tem filhos com outra mulher? 1 - SIM 2 - NÃO

44. Como a Sra. avalia a qualidade da sua vida familiar atual com seu marido ou companheiro? (se houver)

Nada conflituosa 1

Um pouquinho conflituosa 2

Um pouco conflituosa 3

Razoavelmente conflituosa 4

Bastante conflituosa 5

Muito conflituosa 6

Extremamente conflituosa 7

Por quê? _____

AVALIAÇÃO DA REDE DE APOIO

Se precisar com que frequência você conta com alguém	Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5
44. que a ajude se ficar de cama?					
45. para levá-la ao médico?					
46. para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?					

47. para preparar suas refeições se a você não puder prepará-las?					
48. que demonstre afeto pela Sra.?					
49. que lhe dê um abraço?					
50. que Sra. ame e que faça a Sra. se sentir querida?					
51. para ouvi-la quando a Sra. precisar falar?					
52. em quem confiar ou para falar da Sra. ou sobre seus problemas?					
53. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
54. que compreenda seus problemas?					
55. para dar bons conselhos em situações de crise?					
56. para dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?					
57. de quem a Sra. realmente quer conselhos?					
58. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
59. com quem fazer coisas agradáveis?					
60. com quem distrair a cabeça?					
61. com quem relaxar?					
62. para se divertir junto?					

HISTÓRICO REPRODUTIVO

64. Idade da primeira menstruação: anos

65. Idade da primeira relação sexual: anos

66. É sua primeira gravidez? 1 - SIM 2 - NÃO

67. Filhos (obs.: incluir gestação atual):

	Gestação 1	Gestação 2	Gestação 3	Gestação 4	Gestação 5
Sexo da criança (M, F)					
Idade da mãe no nascimento					
Nome do pai da criança					
Idade do pai no nascimento					
Tipo (aborto, normal, cesariana, fórcipe, natimorto)					
Peso ao nascer					
Está vivo (sim, não)					

Planejado (sim, não)					
Desejado (sim, não)					
Aceito (sim, não)					
Intercorrência na gestação (sim, não)					
Depressão após o nascimento da criança (sim, não)					

68. Teve depressão anteriormente não relacionada à gestação?

1 - SIM 2 - NÃO

69. Se sim, tomou algum medicamento?

1 - SIM 2 - NÃO

Qual? _____

70. Ainda toma algum medicamento deste tipo?

1 - SIM 2 - NÃO

Qual? _____

71. Nesta gravidez, apresentou enjoos, náuseas, vômitos?

1 - SIM 2 - NÃO

72. Se sim, foi:

Leve.....

Moderado.....

Intenso.....

73.Quanto tempo durou?

1 mês.....

2 meses.....

≥3 meses.....

74.Necessitou de internação para esse problema?

1 - SIM2 - NÃO

ANEXO D - Instrumento utilizado na segunda entrevista (dois dias após o parto)

Data: ____/____/____

Entrevistador:_____

Identificação da mãe:

1.Nome completo:_____

2.RG:_____

3.Local do Pré-Natal

HU.....

UBS.....

Qual?_____

4.Número da matrícula no HU/USP:_____

5.Telefones para contato:

Fixo_____

Celular_____

Recado_____

6.Endereço:_____

7.Data do parto:____/____/____

8.Nome da criança: _____

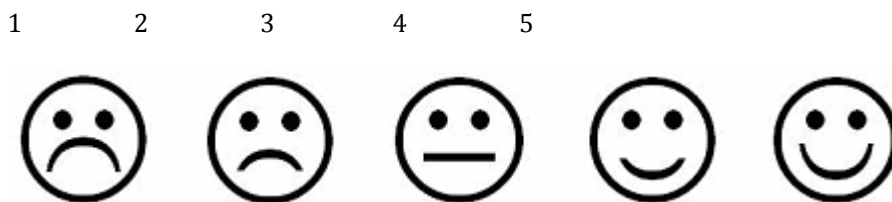
9.Sexo da criança: 1 - Masculino2 - Feminino

10. Peso de nascimento: ____ g
11. Altura de nascimento: __ cm
12. Perímetro cefálico: ____ cm
13. Apgar 1º minuto: _____
14. Apgar 5º minuto: _____
15. Apgar 10º minuto: _____
20. Número de consultas no pré-natal? _____

21. Durante o período de gestação, a senhora:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| a) | Fumou? | f) Usou outras substâncias? |
| 1 - SIM 2 - NÃO | 1 - SIM 2 - NÃO | |
| b) Quantos cigarros por dia? _____ | g) Quais? _____ | |
| Até que mês? _____ | h) Com que frequência? | |
| | 1 - Menos de uma vez por semana | |
| c) Ingeriu bebidas alcoólicas? | 2 - Uma vez por semana | |
| 1 - SIM 2 - NÃO | 3 - Duas a três vezes por semana | |
| d) Com que frequência? | 4 - Quatro a cinco vezes por semana | |
| 1- Menos de uma vez por semana | i) Até que mês? _____ | |
| 2 - Uma vez por semana | | |
| 3- Duas a três vezes por semana | | |
| 4 - Quatro a cinco vezes por semana | | |
| e) Até que mês? _____ | | |

22. Como a Sra. avalia seu pré-natal?



23. Participou de grupo de gestante?

1 - SIM 2 - NÃO

24. A Sra. foi convidada a conhecer o HU antes de ter o bebê?

1 - SIM 2 - NÃO

25. A Sra. foi conhecer o HU antes de ter o bebê?

1 - SIM 2 - NÃO

26. Sentiu-se acolhida pela equipe e assistência do HU?

1 - SIM 2 - NÃO

27. Teve acompanhante durante o trabalho de parto?

1 - SIM 2 - NÃO

Quem? _____

28. Teve acompanhante durante o parto?

1 - SIM 2 - NÃO

Quem? _____

29. Qual foi o tempo de gestação? semanas

30. Tipo de parto: 1 - NORMAL 2 - CESÁREA 3 - FÓRCIPE

31. Teve complicações durante o parto?

1 - SIM 2 - NÃO

Qual? _____

32. Permaneceu com o filho desde o parto?

1 - SIM 2 - NÃO

Por quê? _____

33. Com relação às suas expectativas em relação à aparência do bebê:

O bebê correspondeu totalmente às expectativas	
O bebê correspondeu parcialmente às expectativas	
O bebê não correspondeu às expectativas	

Por quê? _____

34. Você pretende amamentar seu filho?

1 - SIM 2 - NÃO

Por quanto tempo? _____

Por quê? _____

35. Você amamentou outros filhos anteriormente?

1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA

Por quanto tempo? _____

Por quê? _____

36. Você foi amamentada?

1 - SIM2 - NÃO 3 - NÃO SEI

37. Quantos quilos engordou nesta gestação?

Menos de 9 kg.....

Até 9 kg.....

Até 15 kg.....

Até 20 kg.....

Mais de 20 kg.....

38. Como se sente fisicamente?

Muito bem.....

Disposta.....

Um pouco cansada.....

Fraca.....

Exausta.....

39. Como se sente emocionalmente?

1 2 3 4 5



40. Como se sente em relação ao bebê?

1 2 3 4 5



41. Como se sente sendo mãe?

1 2 3 4 5



42. Como se sente em relação ao pai da criança?

1 2 3 4 5



43. Dê uma nota de 1 (nada) a 5 (muito alta) para suas preocupações atuais:

Em relação ao bebê:

Em relação à outros filhos:

Em relação a você:

No relacionamento conjugal:

Em relação ao seu trabalho:

QUESTIONÁRIO SOBRE SEMELHANÇA E NOMEAÇÃO DO BEBÊ

44. Quem escolheu o nome do bebê?

Você.....

O pai do bebê.....

Você e o pai do bebê juntos.....

Alguém da sua família.....

Alguém da família do pai do bebê.....

Outras pessoas.....

Itens 4, 5 e 6: Quem? _____

45. Como foi escolhido o nome do bebê?

Você escolheu um nome que já existe na sua família.....

Você escolheu um nome que já existe na família do pai do bebê.....

Você escolheu um nome de outra pessoa conhecida.....

Outros motivos.....

Quais? _____

46. Caso a resposta tenha sido 1, 2 ou 3, quem tem o mesmo nome?

47. A criança tem os sobrenomes:

Do pai.....

Da mãe.....

Do pai e da mãe.....

De outros.....

48.Com quem, do casal ou das pessoas da família, você acha que seu filho se parece?

Parecido com você 1

Parecido com o pai 2

Parecido com ambos 3

Outras alternativas 4

Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno:

49.Com quem, do casal ou das pessoas da família, o pai acha que a criança se parece?

Parecido com você 1

Parecido com o pai 2

Parecido com ambos 3

Outras alternativas 4

Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno:

50.Com quem você acha que se parecia, quando bebê?

Com sua mãe 1

Com seu pai 2

Com ambos 3

Outras alternativas 4

Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno:

ANEXO D - Instrumento utilizado na terceira entrevista (entre dois e quatro meses pós-parto)

Data: ____/____/____

Local:

Rio Grande do Norte.....

Rio de Janeiro.....

São Paulo.....

Entrevistador:_____

Local da entrevista:

Domicílio.....

UBS.....

Outro.....

Qual?_____

1.Nome completo da mãe:_____

2.RG:_____

3.Nome completo da criança:_____

4.Local do Pré-Natal

HU.....

UBS.....

Qual?_____

5. Número de matrícula:

HU: _____

UBS: _____

6. Telefones para contato:

Fixo _____

Celular _____

Recado _____

7. Endereço: _____

8. Em que cidade você nasceu? _____

9. Há quanto tempo mora em São Paulo? _____

10. Quem, da sua família, mora em São Paulo?

11. A criança saiu registrada do hospital? 1 - SIM 2 - NÃO

Por

quê? _____

12. A criança está registrada agora? 1 - SIM 2 - NÃO

Por quê? _____

13. Você está amamentando a criança no peito? 1 - SIM 2 - NÃO

14. Por quê? _____

15. Se não, por quanto tempo amamentou? _____

16. Se sim, por quanto tempo pretende continuar amamentando? _____

17. Como se sente fisicamente?

Muito bem.....1

Disposta..... 2

Um pouco cansada.....3

Fraca.....4

Exausta.....5

18. Como se sente emocionalmente?

1 2 3 4 5



19. Como se sente em relação ao bebê?

1 2 3 4 5



20. Como se sente sendo mãe?

1 2 3 4 5



21. Como se sente em relação ao pai da criança?

1 2 3 4 5



43. Dê uma nota de 1 (nenhuma) a 5 (muito alta) para suas preocupações atuais:

Em relação ao bebê:

No relacionamento conjugal:

Em relação à outros filhos:

Em relação ao seu trabalho:

Em relação a você:

22. Dê uma nota de 1 (nenhum) a 5 (muito cansada) para seu cansaço, atualmente:

a) Nas "tarefas" relacionadas ao bebê

--	--	--	--	--

b) Para as "tarefas" da casa

--	--	--	--	--

c) No relacionamento conjugal

--	--	--	--	--

d) Em relação às atividades familiares

--	--	--	--	--

e) Em relação às atividades sociais

--	--	--	--	--

23. Como você tem realizado as atividades rotineiras?

Sinto-me mais ativa do que nunca.....

Da mesma forma que realizava antes de engravidar.....

Ainda igual ao período da gravidez.....

De forma bem mais lenta do que de costume.....

Não consigo realizar as atividades do dia-a-dia.....

24. Alguém tem ajudado nas tarefas diárias e nos cuidados com o bebê?

1-SIM 2-NÃO

25. Se sim, quem? (especificar parentesco e se é do lado materno ou paterno) _____

ANEXO E- Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

Sim, todo o tempo.....

Sim, na maior parte do tempo.....

Não, nem sempre.....

Não, em nenhum momento.....

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana.

Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Nos últimos sete dias

26. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

Como eu sempre fiz.....

Não tanto quanto antes.....

Sem dúvida menos que antes.....

De jeito nenhum.....

27. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- Como sempre senti.....
- Talvez menos do que antes.....
- Com certeza menos.....
- De jeito nenhum.....
28. *Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.
 Sim, na maioria das vezes.....
- Sim, algumas vezes.....
- Não muitas vezes.....
- Não, nenhuma vez.....
29. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.
 Não, de maneira alguma.....
- Pouquíssimas vezes.....
- Sim, algumas vezes.....
- Sim, muitas vezes.....
30. *Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.
 Sim, muitas vezes.....
- Sim, algumas vezes.....
- Não muitas vezes.....
- Não, nenhuma vez.....
31. *Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.
 Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.....
- Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes.....

- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.....
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.....
32. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.
 Sim, na maioria das vezes.....
 Sim, algumas vezes.....
 Não muitas vezes.....
 Não, nenhuma vez.....
33. *Eu tenho me sentido triste ou arrasada.
 Sim, na maioria das vezes.....
 Sim, muitas vezes.....
 Não muitas vezes.....
 Não, de jeito nenhum.....
34. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.
 Sim, quase todo o tempo.....
 Sim, muitas vezes.....
 De vez em quando.....
 Não, nenhuma vez.....
35. *A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.
 Sim, muitas vezes ultimamente.....
 Algumas vezes nos últimos dias.....
 Pouquíssimas vezes, ultimamente.....
 Nenhuma vez.....

APÊNDICE

APÊNDICE A- Estudos das possibilidades de perguntas para a entrevistas com as participantes

Autor	DSM-IV		Pergunta
American Psychological Association - APA, 1994	Sintoma: depressão ou estado de tristeza		<p>Como à senhora tem se sentido nos últimos dias?</p> <p>Se necessário, explorar: tem estado feliz ou triste? Tem chorado? Tem estado nervosa? Ansiosa? Em caso positivo, em que circunstâncias você fica chateada? Há quanto tempo tem se sentido assim?</p>
	Critério: o tempo que está triste		<p>Há algum período do dia em que a senhora sente que está mais nervosa, chateada ou ansiosa? Se sim, qual? Há quanto tempo se sente assim?</p>
	Sintoma: sinalizando a perda de interesse em virtualmente todas as atividades		<p>A senhora tem se sentido cansada? Se sim, em que situações? Tem conseguido realizar as tarefas diárias? Tem se sentido "sem energia"? Há quanto tempo se sente assim? Que horas? Quais atividades?</p>
	Sintoma: insônia ou sono excessivamente prolongado		<p>Tem dormido bem? Se não, por quê? Quantas horas você dorme por noite? Que horas costuma ir dormir? Que horas costuma acordar? Você sempre dormiu mais ou menos nesse horário, ou teve alguma modificação nos últimos meses?</p> <p>Verificar se a alteração no sono é devida aos cuidados com o bebê ou se é devida a ansiedade, tristeza, nervosismo, etc. Há quanto tempo se sente assim? Tem pesadelos? Você acorda por algum motivo? (bebê chorando ou para ver como está?)</p>
	Sintoma: significando perda		<p>Tem se alimentado bem? Sente fome nos horários habituais? Quantas vezes por dia</p>

	ou ganho de peso I		você come? Tem comido mais ou menos do que de costume? Há quanto tempo se sente assim?
	Sintoma: significando perda ou ganho de peso II		A senhora perdeu ou ganhou peso nos últimos dias? Se sim, quantos quilos? Em quanto tempo? Verificar se a alteração de peso é relacionada ao puerpério ou se tem alguma outra razão.
	Sintoma: agitação ou retardo psicomotor		Como a senhora se diverte? O que você faz para se divertir? Com quem se diverte? (meio suporte social) Como está a sua vida? <i>A senhora tem preocupações? Em relação ao seu filho? Com a senhora? No seu relacionamento? (Se sim explorar)</i> A senhora tem realizado atividades que te dão prazer? Quais? Quantas vezes por dia/semana? Em caso negativo: que atividades você realizava, antes, que te davam prazer? Por que não tem realizado essas atividades? Ou, se tem realizado, elas não te dão mais prazer? Há quanto tempo se sente assim?
	Sintoma: sinalizando a perda de interesse em virtualmente todas as atividades II		O que a senhora acha de você mesma? Como se sente sendo mãe? tem se dedicado a cuidar de você? Agora com muitas tarefas novas você tem tido tempo para se cuidar? Há quanto tempo se sente assim?
	Sintoma; fadiga ou perda de energia		A senhora acha que tem estado mais lenta do que de costume para realizar as atividades rotineiras? Tem estado mais agitada que o habitual? (... Como?) Isto tem te atrapalhado? Há quanto tempo se sente assim?
	Relação com o pai da criança – suporte social	0	Como está sua relação com o pai da criança? (Estão juntos? Se separado a mãe tem um novo companheiro?) Como está a sua relação com o seu companheiro? Vida sexual? A senhora tem mantido relações sexuais? Tem interesse por sexo? (Chegar na questão de perda de libido) Há quanto tempo se sente assim?

	Sintoma: sentimentos de inutilidade I	1	Quando acontece alguma coisa agradável, como a senhora reage? Dá risada? Fica contente? E quando acontece alguma coisa desagradável? Você chora? Fica nervosa? Chateada? (Se a pessoa estiver indiferente – nem ligo mais- há quanto tempo se sente assim?)
	Sintoma: sentimentos de inutilidade II	2	Consegue se concentrar nas atividades do dia-a-dia? O que você faz? (Há quanto tempo se sente assim?)
	Sintoma: sentimento culpa	3	A senhora tem se culpado quando as coisas saem erradas? Você tem sentimentos de culpa com frequência? Há quanto tempo se sente assim?
	Sintoma: diminuição da habilidade para pensar ou concentrar, e	4	Como é para a senhora tomar decisões? O que você pensa? Você toma decisões rapidamente ou demora? Você consegue chegar a alguma decisão? Há quanto tempo se sente assim?
	Sintoma: recorrente pensamentos de morte	5	Você tem idéias de se machucar, se ferir? Pensa em fazer mal a você mesma? Há quanto tempo se sente assim?
	Drogas	6	A senhora fuma? Usa bebidas alcoólicas? Que você bebe? Quantas vezes? Quanto bebe? Você faz uso de outro tipo de substância? drogas?
	Problemas mentais	7	Tem algum parente que tem problemas mentais?
Autor	Fator de risco		Pergunta
O'Hara MW,1997	história de distúrbios do humor em qualquer período da vida	8	Você tem que tipo de humor?
	sintomas depressivos durante a gestação	9	Como a senhora sentiu-se durante a gestação? Vendo a barriga crescer?

	fatores socioculturais	0	Como a senhora se diverte? O que você faz para se divertir? Com quem se diverte?
	falta de suporte social	1	Quando tem um problema a senhora tem com quem contar? Se precisar de ajuda tem com quem deixar o bebê?
	situações estressantes	2	Como está a sua vida? A senhora tem preocupações? Em relação ao seu filho? Com a senhora? No seu relacionamento? (Se sim explorar)
	eventos vitais negativos	3	Senhora se lembra de algum evento muito ruim na sua vida?
	relação marital pobre	4	Como é a sua relação com o seu parceiro?
	ter crianças com necessidades especiais ou "medicamente frágeis"	5	Não se aplica
	abuso de drogas	6	A senhora fuma? Quanto? A senhora bebe? Quanto? A senhora faz uso de alguma substância ilegal? Quanto?
	psicopatologia pessoal ou familiar	7	Há algum caso de doença mental na família? A senhora já teve que tomar algum medicamento para algum problema mental? A senhora já se sentiu tão triste que teve que procurar ajuda de um médico?
Schmidt, Piccoloto e Muller (2005)	retomada da vida profissional	8	A senhora trabalhava antes de engravidar? Em que? A senhora voltou a trabalhar? Como está esta volta? Ou não volta?
	retomada da vida social	9	A senhora se encontra com as mesmas pessoas que costumava se encontrar antes de engravidar? O que a senhora gostava de fazer? E o que senhora faz agora?

	situação de solidão	0	A senhora se sente sozinha? Quando? Em que situação?
	alterações hormonais	1	(ver)
	intercorrências neonatais	2	Como foi a gestação? Como eram os dias? Como foi ver o seu corpo mudar? A senhora imaginava como seria o bebê? E como seria o parto?
	Prematuridade	3	<i>Teve acompanhante durante o trabalho de parto? Sentiu-se acolhida pela equipe e assistência do HU? Teve acompanhante durante o parto? Teve complicações durante o parto? Como foi estar com o bebê na maternidade?</i> Como foi o parto? Quem estava com a senhora? Foi da maneira que a senhora imaginava?
	malformações congênitas	4	O bebê vai às consultas ao pediatra? O que os médicos falaram? (ver apenas a consulta pediátrica)
	Amamentação	5	O bebê como o que? Tal é a dieta? Tem sal quantas vezes? Como é amamentar? (pergunta já está na parte pediátrica)
Autor	Correlação significativa		Pergunta
Silva (2008)	Relação entre a ocupação da mãe (estuda <DPP)	6	O que a senhora fazia antes da gestação? E agora? Senhora percebe mudanças?
	Ambiente familiar na infância	7	Como foi a sua infância? Tem algum fato marcante que senhora se lembra? Com quem morava?
	Escolaridade e DPP	8	(como perguntar? O que perguntar?)
	Gravidez planejada e a DPP	9	A senhora planejou a gravidez?
	Histórico pessoal		A senhora já teve depressão? Ou A

	de depressão e a DDP	0	senhora já se sentiu muito triste?
	Ansiedade nos relacionamentos (correlação positiva)	1	<p>Ver as perguntas já feitas em questionário fechado: Muitas vezes me pergunto se meus parceiros amorosos realmente gostam de mim. Quando demonstro meus sentimentos para os outros, tenho medo que eles não sintam o mesmo por mim. Acho que as outras pessoas não querem se aproximar de mim tanto quanto eu gostaria. Frequentemente me preocupo com a possibilidade do meu parceiro amoroso não querer mais ficar comigo. Muitas vezes fico preocupada pensando se meu parceiro amoroso realmente me ama. Eu quero me aproximar das pessoas, mas tenho medo de me ferir.</p> <p>Como senhora é com o seu parceiro?</p>
	Falta de confiança (correlação positiva)	2	<p>Ver as perguntas já feitas em questionário fechado: Eu acho difícil confiar inteiramente nos outros. Acho difícil confiar nos outros. Eu acho que as pessoas nunca estão lá quando a gente precisa delas. Não tenho certeza de poder contar sempre com os outros quando eu precisar deles. Eu não gosto quando alguém fica muito ligado afetivamente a mim.</p> <p>A senhora se sente capaz de cuidar do bebê? (muito direto..)</p>
	Rejeição pelos pais na infância (correlação positiva)	3	<p>questões do questionário do Brüne, sobre ambiente familiar na infância aplicadas pela Gabi</p> <p>proposta de perguntas abertas a) O quanto a Sra. sente que recebia de carinho, atenção e cuidados afetivos? (Afeto na infância) b) O quanto sentia que seus pais se preocupavam com a Sra? (Preocupação na infância) c) O quanto representam, nas suas lembranças, as</p>

			situações em que a Sra. se sentiu rejeitada e/ou castigada?(Rejeição na infância)
	Número de pessoas na casa(correlação positiva)	4	Explorar apartir do numero respondito no questionário fechado Senhora acha que é muita / pouca gente? Pq?
	Número de filhos vivos (correlação positiva)	5	Será que se aplica no caso de primigestação é melhor já tirar mães com este histórico?
	Grau de conflito relatado com o companheiro (correlação positiva)	6	Como a Sra. avalia a qualidade da sua vida familiar atual com seu marido ou companheiro? Como é a sua relação com o seu marido?
	Fator interação positiva do apoio social (correlação negativa)	7	A senhora conta com os seus amigos quando precisa de suporte?
	Fator conforto com a proximidade (correlação negativa)	8	perguntas já feitas no questionário fechado;Eu me sinto bem quando estabeleço relações próximas com outras pessoas Eu <u>não</u> me incomodo quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a mim Eu me sinto bem confiando nas outras pessoas Eu sei que as pessoas estarão lá quando eu precisar delas Acho relativamente fácil me aproximar das pessoas Quando as pessoas estão perto é? Como é quando um vizinho/estranho fala que o seu filho está bonito? Como é quando um estranho se oferece para carregar a sacola do bebê no ônibus?

	Fator afeto (correlação negativa)	9	Perguntas já feitas no questionário fechado: Em que momento o Senhora... Que demonstre afeto pela Sra. Que Sra. ame e que faça a Sra. se sentir querida Que lhe dê um abraço Como é quando um vizinho/estranho se preocupa com a senhora?
	Fator preocupação dos pais na infância materna (correlação negativa)	0	O que senhora fazia com o seus pais na sua infância?
	Fator escolaridade materna (correlação negativa)	1	Pergunta já feita no questionário fechado (Pergunta mais alguma coisa?)
Não dá significância no trabalho de Silva (2008) mas, talvez, seja importando perguntar de forma aberta uma vez que se trata de questões culturalmente esperadas	Ser mãe (papel social)	2	Como senhora se sente como mulher? Como mãe? E como filha? Como é ter que cuidar do bebê? Quais tarefas mais gosta por que? E as menos prazerosas?
Autor	Hipótese		Pergunta
Hipóteses segundo Hrdy sustentadas no trabalho de Silva (2008)	Hipótese 1: se o tempo que uma mãe deprimida passa com o bebê é menor que o tempo que as mães "felizes" passam. Sugere que sejam realizadas pesquisas que verifiquem o tempo que a díade passa junto, a frequência e duração das mamadas, etc.	3	Como é o seu tempo quando está com o bebê? Quanto tempo a senhora fica com o bebê? Como é quando estão juntos? Como é a mamada?
	Hipótese 2: mães apresentariam para eliminarem os filhos que nascessem com baixa viabilidade, ou	5	Como perguntar??//Os sintomas de DPP as impedem de realizar alguma atividade? Refiro-me, principalmente, aos cuidados com o bebê, porque se a DPP impedi-las

	em uma situação em que o pai da criança não estivesse presente para auxiliá-las na criação		de cuidar do bebê de maneira eficaz, podemos descartar a hipótese 3 da Hrdy.
	Hipótese 3: os sintomas de DPP envolvem irritabilidade e hostilidade. Mas irritabilidade e hostilidade em relação a que, ou a quem? Porque se for em relação ao bebê, creio que podemos descartar a hipótese 3 da Hrdy. Por outro lado, se for em relação ao pai da criança, à família ou aos amigos e conhecidos, teremos um embasamento empírico à hipótese	6	Quando a senhora está irritada e hostil com quem que pode reclamar? Quem está ao seu lado quando precisa de algo? Com quem a senhora conta? Em que situações? (Explorar se há menor tendência a relatar suporte recebido do marido, embora possam relatar que recebem suporte de outras pessoas. E como é receber de outros e não do companheiro? E porque?)

Perguntas abertas elaboradas, segundo a tabela dos estudos das possibilidades de perguntas para a entrevista com as participantes. As perguntas foram compiladas segundo a proximidade temática desenvolvidos na tabela anterior.

Neonatal (19, 32 e 39)

A senhora planejou a gravidez?

Como a senhora sentiu-se durante a gestação? Como foi ver o seu corpo mudar; vendo a barriga crescer?

Como foi a gestação? Como eram os dias de grávida? A senhora imaginava como seria o bebê/o parto?

Relação com o bebê (33, 34, 35, 42, 52 e 53)

Como foi o parto? Quem estava com a senhora? Foi da maneira que a senhora imaginava? *Com foi estar com o bebê na maternidade?*

Como senhora se sente como mulher? Como mãe? E como filha? Como é ter que cuidar do bebê? Qual tarefa mais gosta por quê? E as menos prazerosas?

Como é o seu tempo quando está com o bebê? Quanto tempo a senhora fica com o bebê? Com é quando estão juntos? Como é a mamada? (ver a consulta pediátrica)

O bebê vai às consultas ao pediatra? O que os médicos falaram? (ver a consulta pediátrica)

Tal é a dieta? Tem sal quantas vezes? Como é amamentar? (pergunta já está na parte pediátrica)

A senhora se sente capaz de cuidar do bebê? (muito direto..)

Falta de confiança (48) Aproveitar no questionário fechado (do pós-parto e dos dois meses) as perguntas que colocam em escala das carinhas (como se sente emocionalmente/em relação ao bebê/sendo mãe/em relação ao pai da criança) e as que seguem sobre as preocupações atuais (em relação ao bebê/a você/ao trabalho/ao relacionamento pessoal)

Como é ser mãe do (nome do bebê)?

Humor (1, 2, 8 e18)

Como à senhora tem se sentido nos últimos dias? Se necessário, explorar: tem estado feliz ou triste? Tem chorado? Tem estado nervosa? Ansiosa? Em caso positivo, em que circunstâncias você fica chateada? Há quanto tempo tem se sentido assim? Há algum período do dia em que a senhora sente que está mais nervosa, chateada ou ansiosa? Se sim, qual? Há quanto tempo se sente assim?

O que a senhora acha de você mesma? Como se sente sendo mãe? tem se dedicado a cuidar de você? Agora com muitas tarefas novas você tem tido tempo para se cuidar? Há quanto tempo se sente assim? Você tem que tipo de humor?

Interação positiva (21,47,49 e 56)

Quando a senhora está irritada e hostil com quem que pode reclamar? Quem está ao seu lado quando precisa de algo? Com quem a senhora conta? Em que situações? (Explorar se há menor tendência a relatar suporte recebido do marido, embora possam relatar que recebem suporte de outras pessoas. E como é receber de outros e não do companheiro? E porque?)

A senhora conta com os seus amigos quando precisa de suporte?

Quando tem um problema a senhora tem com quem contar? Se precisar de ajuda tem com que deixar o bebê? Há pessoas que demonstre afeto pela Sra, Que Sra. ame e que faça a Sra. se sentir querida e/ou Que lhe dê um abraço

Retomada da vida social (28, 29 e36)

O que a senhora gostava de fazer antes da confirmação da gravidez? E o que senhora faz agora?

A senhora se encontra com as mesmas pessoas que costumava se encontrar antes de engravidar?

O que a senhora gostava de fazer são as mesmas coisas que agora? (Se não o que mudou) E o que senhora faz agora?? Senhora percebe mudanças?

Gosto

Como a senhora se diverte? O que você faz para se divertir? Com quem se diverte? (meio suporte social)

Como está a sua vida? *A senhora tem preocupações? Em relação ao seu filho? Com a senhora? No seu relacionamento? (Se sim explorar)*

A senhora tem realizado atividades que te dão prazer? Quais? Quantas vezes por dia/semana? Em caso negativo: que atividades você realizava, antes, que te davam prazer? Por que não tem realizado essas atividades? Ou, se tem realizado, elas não te dão mais prazer? Há quanto tempo se sente assim?

Interação familiar na infância (23, 37, 43 e 50)

Senhora se lembra de algum evento muito ruim na sua vida?

Como foi a sua infância? Tem algum fato marcante que senhora se lembra? Com quem morava?

O que senhora fazia com o seus pais na sua infância?a) O quanto a Sra. sente que recebia de carinho, atenção e cuidados afetivos? (Afeto na infância) b) O quanto sentia que seus pais se preocupavam com a Sra? (Preocupação na infância)c) O quanto representam, nas suas lembranças, as situações em que a Sra. se sentiu rejeitada e/ou castigada?(Rejeição na infância)

Relação com o parceiro (10, 24, 41 e 46)

Como está sua relação com o pai da criança? (Estão juntos? Se separado a mãe tem um novo companheiro? Ver tais questões no questionário fechado e explorar

Como é a sua relação com o seu parceiro? Como senhora é com o seu parceiro? Como a Sra. avalia a qualidade da sua vida familiar atual com seu marido ou companheiro?

Como está a sua relação com o seu companheiro? Como foi o período de resguardo? A senhora tem mantido relações sexuais? Tem interesse por sexo? (Chegar na questão de perda de libido; Há quanto tempo se sente assim?)

Drogas (26 e 16)

Pergunta já bem explorada no questionário fechado, assim, explorar mais no momento da aplicação em caso de consumo

A senhora fuma? Usa bebidas alcoólicas? Que você bebe? Quantas vezes? Quanto bebe? Você faz uso de outro tipo de substância? drogas?

A senhora fuma? Quanto?

A senhora bebe? Quanto?

A senhora faz uso de alguma substância ilegal? Quanto?

Escolaridade: (51 e 38) Pergunta já bem explorada no questionário fechado, assim, explorar mais no momento da aplicação principalmente se o motivo de para de estudar for a gravidez

Até que ano a senhora estudou? Com era ir a escola? O que fez a senhora parar?

Hormônios (31) Possibilidade de coleta de duas amostra pela saliva bucal, mas, não sei a relevância de saber o nível de cortisol para tais casos é fundamental discutir

Psicopatologia (17, 27 e 40) Pergunta já bem explorada no questionário fechado, assim, explorar mais no momento da aplicação em caso de positivo

Tem algum parente que tem problemas mentais?

Há algum caso de doença mental na família? A senhora já teve que tomar algum medicamento para algum problema mental? A senhora já se sentiu tão triste que teve que procurar ajuda de um médico? A senhora já teve depressão? Ou A senhora já se sentiu muito triste?

Alteração física e orgânica (3, 4, 5, 6, 9, e 14) As questões estão ligadas a perguntas do questionário fechado da entrevista dos dois meses, assim, explorar já na entrevista.

A senhora tem se sentido cansada? Se sim, em que situações?

Tem conseguido realizar as tarefas diárias? Tem se sentido “sem energia”? Há quanto tempo se sente assim? Que horas? Quais atividades?

Tem dormido bem? Se não, por quê? Quantas horas você dorme por noite? Que horas costuma ir dormir? Que horas costuma acordar? Você sempre dormiu mais ou menos nesse horário, ou teve alguma modificação nos últimos meses? Verificar se a alteração no sono é devida aos cuidados com o bebê ou se é devida a ansiedade, tristeza, nervosismo, etc. Há quanto tempo se sente assim? Tem pesadelos? Você acorda por algum motivo? (bebê chorando ou para ver como está?)

Tem se alimentado bem? Sente fome nos horários habituais? Quantas vezes por dia você come? Tem comido mais ou menos do que de costume? Há quanto tempo se sente assim? A senhora perdeu ou ganhou peso nos últimos dias? Se sim, quantos quilos? Em quanto tempo? Verificar se a alteração de peso é relacionada ao puerpério ou se tem alguma outra razão.

A senhora acha que tem estado mais lenta do que de costume para realizar as atividades rotineiras? Tem estado mais agitada que o habitual? (... Como?) Isto tem te atrapalhado? Há quanto tempo se sente assim?

Como é para a senhora tomar decisões? O que você pensa? Você toma decisões rapidamente ou demora? Você consegue chegar a alguma decisão? Há quanto tempo se sente assim?

APÊNDICE B- Roteiro de atendimento aos profissionais.**Questionário dos fatores e sintomas – terapeutas.**

Abaixo segue um questionário com perguntas referente a possíveis sintomas (em negrito) e fatores de risco (em negrito e sublinhado) relacionados à depressão pós-parto. Este questionário visa investigar se sintomas/fatores têm aparecido durante os atendimentos das mães do projeto IPE. Assim, pedimos que você responda o seguinte questionário, baseado em suas impressões do caso atendido. Para cada caso, responda um questionário.

Obrigada!

Observação terapêutica do caso _____

atendido por _____

Início do atendimento ____/____/____

Número de atendimentos ____

Humor deprimido: Como o psicólogo avalia o humor da paciente? Em caso de relato de humor deprimido; em que circunstâncias tal humor é relatado?

Resposta:

Perda do interesse ou prazer por atividades: Há relatos de perda de interesse por suas atividades? Esta falta de interesse é para atividades específicas ou não? O terapeuta repara uma aparência de “sem energia”?

Resposta:

Insônia ou sono demasiadamente prolongado: Há relatos de dificuldades no sono? Dá para diferenciar se esta alteração no sono é devida aos cuidados com o bebê ou se é devida a outras causas como: ansiedade, tristeza ou nervosismo?

Resposta:

Alteração no peso e/ou no apetite: Há relatos se a paciente tem se alimentado bem? Observa-se ganho ou perda de peso? Estas possíveis alterações de peso são relacionadas ao puerpério ou têm alguma outra razão na percepção da terapeuta?

Resposta:

Agitação ou retardo psicomotor: Há sintoma de agitação ou retardo motor? Isto é um fator que interfere em suas habilidades? Como?

Resposta:

Fadiga ou perda de energia: A paciente relata estar mais lenta do que de costume para realizar as atividades rotineiras? Isto é um fator que interfere em suas habilidades? Como?

Resposta:

Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se diminuição da habilidade para pensar ou concentrar-se: Há relatos de diminuição da concentração ou habilidade de pensar? Isto é um fator que interfere em suas habilidades? Como?

Resposta:

Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada: Como é a tolerância da paciente quando as coisas não saem como ela deseja? Tem sentimentos de culpa com frequência?

Resposta:

Pensamentos de morte recorrentes: Há pensamentos de destruição e/ou morte? (como isto é apresentado)

Resposta:

Ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio: Há relatos de problemas mentais, psicopatologia pessoal ou familiar e histórico de distúrbios do humor em qualquer período da vida? Como este histórico é vivenciado?

Resposta:

Relato da gravidez; teve planejamento? Como este foi? Foi desejada? Se sim: por que quis ter um filho agora? Há algum relato que faça a mãe querer ter um filho agora? Se não: por que não queria ter um filho agora?

Resposta:

Sintomas depressivos durante a gestação: Há no relato do período da gestação características depressivas?

Resposta:

Amamentação: A questão da amamentação foi explicitada no processo terapêutico? Como foi vivenciada pela mãe? Como foi a transição alimentar?

Resposta:

Relacionamento com companheiro: Como é relatada a relação com o pai da criança? (Estão juntos? Se separados, a mãe tem um novo companheiro?) Há relatos de conflitos com o companheiro? Estes conflitos são de que ordem? Assim como é a relação com o companheiro?

Resposta:

Suporte “paterno”: A mãe expressa alguma preocupação específica com o companheiro e/ou cuidador/ “pai” da criança? Ela sente que a criança recebe suporte “paterno”?

Resposta:

Relacionamento e suporte do grupo social- família e amigos: Há relatos de relações que lhe dão apoio? Com são estas? Caso não haja, como é a relação com os que estão por perto, mas não a apóiam? Se a ajuda vem mais de outras pessoas que não o seu companheiro, como é essa situação, para ela? No relato, aparece alguma explicação de porque esse apoio vem de outra pessoa que não o companheiro? Houve alguma mudança nas relações sociais da mãe após o nascimento do bebê (Que tipo de mudança foi essa? Como a mãe se sente em relação a essa mudança?)?

Resposta:

Situação de solidão e fator conforto com a proximidade; Há relatos de solidão; em que situação? Como ela é em suas relações íntimas?

Resposta:

Situações estressantes: Há relato de alguma situação estressante? Como estas são vivenciadas?

Resposta:

Eventos vitais negativos: Houve alguma grande mudança na vida da mãe recentemente? (Ex.: morte de parente, mudança de casa, separação, perda de emprego, etc.) Como que tal situação foi vivenciada?

Resposta:

Ser mãe (papel social): Como a paciente relata a questões dos seus papéis; como mulher, como mãe e como filha? Há questões frente a estes papéis? Como é passar do papel de filha para o de mãe? Efeitos da experiência como filha no papel de mãe.

Resposta:

Infância: Como foi a infância da paciente? Tem algum fato marcante? Como era o relacionamento com os próprios pais?

Resposta:

Temática do paciente: qual é a principal temática do caso?

Resposta:

Observação do terapeuta: Há algo que considere relevante para o atendimento do caso pensando nos aspectos da depressão pós o parto?

Resposta: