

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: CLÍNICA MÉDICA

**A INFLUÊNCIA DE FATORES PSICOSSOCIAIS NA INTERRUPÇÃO PRECOCE DO
ALEITAMENTO MATERNO**

OLGA GARCIA FALCETO

Orientadora: Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, para obtenção do título de Doutor em Clínica Médica.

Porto Alegre

2002

AGRADECIMENTOS

Ao final do curso de Medicina, meu coração se dividia entre a Medicina Social, a Pediatria e a Psiquiatria.

Trinta anos depois, com esta tese, tenho a felicidade de integrar conhecimentos (e colegas) das três áreas. Mais que isso, consolido uma trajetória de três décadas de empenho em colocar meus conhecimentos a serviço da sociedade sem perder o foco nas capacidades e no sofrimento dos indivíduos e de suas famílias. Por isso, dou *“gracias a la vida”*.

Agora, os agradecimentos pessoais.

À minha mãe Remedios Falceto Abadia, companheira e co-construtora de toda esta jornada. À memória de meu pai Celedonio Garcia Casino, que sempre me acompanhou e inspirou. A meus padrinhos, o falecido pediatra José Pujol Grua e à gineco-obstetra Ana Maria Izquierdo, modelos de médico e amigo para mim. A meus filhos, Enrique e Luisa, que me proporcionaram a recíproca felicidade de amamentar, em todos os seus sentidos. A meu marido José Ovídio Copstein Waldemar, que colaborou e teve paciência durante minha longa caminhada. Aos amigos e colegas, em especial os do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria da UFRGS e os do Instituto da Família, que toleraram e deram cobertura ao meu retiro “relativo” para construir esta tese. À colega e amiga Carmen Fernandes e ao

Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, que oportunizaram este estudo. À Faculdade de Medicina da UFRGS e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que forneceram a infra-estrutura que permitiu sua realização. À minha orientadora Elsa Regina Justo Giugliani, escolhida por sua exigência científica e que fez jus à expectativa, ao mesmo tempo que soube ser minha amiga. À Nilsa Panizzi, secretária e companheira de jornada. Aos colegas terapeutas de família e aos estudantes que ofereceram seu tempo com a generosidade de quem tem paixão por seu trabalho. Às famílias que nos receberam em suas casas com excepcional hospitalidade e paciência, mostrando, o mais das vezes, agradecimento por nosso interesse em conhecê-las, desde a mais humilde à mais rica.

EQUIPE DE TRABALHO

Orientadora: Elsa Regina Justo Giugliani

Coordenadoras do Programa da Criança nas Unidades de Saúde: Carmen Fernandes, Vanda Leite e Lisiane Perico

Terapeutas de Família - Médicas Comunitárias: Carmen Fernandes, Elizabeth Wartchow; **Pedagoga:** Paulina Silbert; **Pediatra:** Ângela Diehl; **Psicólogas:** Claudia Baratojo, Daniela Domingues, Denise Jong, Iara Sotto Mayor, Izabel Sperb, Jeane Larronda, Lucy Bugs, Mara Rossato, Márcia Tomazi, Maria Cristina Jung; **Psiquiatras:** Alceu Correia Filho, José Ovídio Waldemar, Marina Netto, Olga Garcia Falceto, Regina Palma

Estudantes de Medicina: Anelise Cancelli, Antônio de Barros Lopes, Camila Giugliani, Carolina Alboim, Clarice Ritter, Daniel Barbosa, Guilherme Polanczyk, Jeber Ammar, Karina Marramarco, Letícia Quarti, Marta Pereira Lima, Martina Hoblik, Mauricio Kunz, Silvia Kelbert e Tazio Vanni

Estatísticos: Mathias Bressel e Vânia Naomi Hirakata

Bibliotecária: Viviane Carrion Castanho

Secretária: Nilsa Panizzi

Revisora do Português: Clarice Bohn Knies

Revisão do texto em inglês: Scientific Linguagem Ltda

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	3
2.1 OS PERSONAGENS DA PESQUISA.....	4
2.1.1 <i>O incrível bebê</i>	4
2.1.2 <i>A valorosa mãe</i>	6
2.1.3 <i>Onde está o pai?.....</i>	8
2.1.4 <i>A interação mãe-bebê e pai-bebê</i>	9
2.1.5 <i>Que família é essa?</i>	12
2.1.6 <i>Qual o papel da família extensa e dos outros?</i>	15
2.2 A COMPLEXIDADE DO TEMA	16
2.3 FATORES DE RISCO PARA MORBIMORTALIDADE INFANTIL	17
2.4 AMAMENTAÇÃO.....	21
2.4.1 <i>Considerações históricas.....</i>	23
2.4.2 <i>Amamentação como proteção biológica.....</i>	26
2.4.3 <i>Amamentação como proteção emocional</i>	28
2.4.4 <i>Recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto à amamentação</i>	30
2.4.5 <i>Dados estatísticos.....</i>	30

2.4.6 A influência dos fatores psicossociais na amamentação	33
2.4.7 Fatores psicológicos maternos e paternos envolvidos na amamentação.....	38
2.4.7.1 A influência dos transtornos mentais maternos e paternos	38
2.4.7.2 A influência de fatores relacionais sobre a amamentação: a relação conjugal, o apoio do pai e de outros.....	43
2.4.7.3 Conseqüências dos transtornos mentais da mãe e do pai no desenvolvimento da criança	46
2.4.7.4 A necessidade da visão multidisciplinar no estudo da amamentação.....	47
2.5 BREVE REVISÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO INDIVIDUAL E FAMILIAR.....	48
2.5.1 Entrevista clínica	48
2.5.2 Escalas de avaliação individual	49
2.5.3 Escala de avaliação do funcionamento relacional de Beavers-Timberlawn: BT.....	50
2.5.4 Escala de avaliação da família: GARF	52
3 JUSTIFICATIVA.....	55
4 OBJETIVOS DA PESQUISA	57
4.1 OBJETIVO GERAL.....	57
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
5 A PESQUISA	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
8 ANEXOS	75
Anexo A – Consentimento informado I e II	75
Anexo B - Fluxograma de entrada das famílias no estudo	78
Anexo C - Questionário do estudante.....	80
Anexo D - Questionário do entrevistador.....	83
Anexo E - Questionário da mãe.....	86

Anexo F - Questionário do pai	94
Anexo G - Resumo dos achados - consenso	101
Anexo H - Escala de avaliação do casal <i>Beavers-Timberlawn: BT</i>	103
Anexo I - Escala de avaliação global do funcionamento relacional: GARF	106
Anexo J - Artigos	109
Artigo 1 - <i>Influence of parental mental health on early termination of breastfeeding: a case-control study</i>	110
Versão em português: A influência da saúde mental materna e paterna na interrupção precoce do aleitamento: um estudo de casos e controles	128
Artigo 2 - <i>Marital relationship and breastfeeding: is there na association?</i>	149
Versão em português: Relação conjugal e amamentação: existe associação?	170

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Índices mundiais de amamentação exclusiva entre os bebês Menores de quatro meses (OMS, 1996)	32
Figura 2 – Rede Global de Amamentação	46

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção desta pesquisa deve-se à crença de que a Universidade tem a obrigação de buscar conhecer a realidade que a cerca à procura de novas respostas para velhos problemas. Este estudo dá continuidade a uma linha de pesquisa sobre as relações familiares, na busca de incluir essa dimensão da vida e da saúde na abordagem médica dos pacientes e seus problemas. Nasceu da solicitação de profissionais responsáveis pelo Programa da Criança do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição para colaborar na investigação das famílias de risco de sua área de abrangência, com vistas a melhor planejar seu atendimento.

Este trabalho originou-se, pois, da associação entre a Universidade e um serviço público de saúde que trabalha junto à comunidade, em íntimo contato com as famílias, o que possibilitou a realização de um estudo no interior de suas casas. A avaliação das famílias na comunidade, com a colaboração de profissionais ligados ao Instituto da Família, permitiu o conhecimento de pessoas das diferentes classes sociais, incluindo aquelas que estão marginalizadas e utilizam pouco o serviço de saúde, o que por si só é um forte fator de risco para morbimortalidade.

Estudaram-se as famílias problemáticas, mas também as mais saudáveis, que podem propiciar o conhecimento de suas estratégias de manutenção da resiliência frente às dificuldades do dia-a-dia, ou seja, a capacidade que indivíduos e famílias têm

de voltar ao estado habitual ou de mantê-lo ao enfrentar adversidades. Esse enfoque na saúde é relativamente novo, sendo muito valorizado na área da Psiquiatria do bebê (Cordeiro, 1997), na busca de novas formas de intervenção psicossocial na infância, já que ele tem demonstrado que pode mostrar caminhos inovadores de prevenir e enfrentar a doença com sucesso.

A primeira etapa da pesquisa, que está descrita nesta tese, tem como foco o perfil psicossocial de uma amostra da população do bairro Vila Jardim, em Porto Alegre, e sua influência na interrupção precoce do aleitamento, aqui definido como aquele que ocorre antes do término do quarto mês de vida do bebê. Este foco de estudo deve-se ao fato de que o desmame precoce é um evento muito freqüentemente associado com alto risco de morbimortalidade para o bebê (Giugliani *et al.*, 1997). A segunda etapa do estudo já está em andamento e visa a acompanhar o desenvolvimento das famílias como unidade biopsicossocial e como matriz do desenvolvimento dos indivíduos que as formam, em especial as crianças.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica constou do levantamento dos artigos publicados nos últimos dez anos nas revistas indexadas nas bases MEDLINE, PSYCHINFO e LILACS relacionadas aos assuntos centrais da tese, além de outros artigos de referência e aqueles da área da amamentação e da terapia familiar que estão em revistas não indexadas. Também foram consultados livros importantes, em especial, na área de Psiquiatria do bebê.

Esta revisão se inicia com a caracterização dos objetos principais do estudo, ou seja, o bebê, seus pais e a família que formam. A seguir, se detém nas dificuldades de avaliar pessoas e grupos familiares com instrumentos derivados da metodologia científica empírica, introduzindo a idéia da complexidade do objetivo do estudo. Segue-se fazendo uma revisão dos fatores gerais de risco para a morbimortalidade infantil e passa-se a concentrar o foco na amamentação, dando um panorama geral de sua importância e apresentando dados estatísticos relevantes, para, depois, entrar no estudo mais detalhado dos fatores psicossociais envolvidos em seu sucesso ou fracasso. Conclui-se fazendo uma rápida revisão dos métodos diagnósticos utilizados nesta pesquisa.

2.1 OS PERSONAGENS DA PESQUISA

2.1.1 O incrível bebê

Ao contrário do que se acreditava, o bebê já nasce com incríveis capacidades de percepção, de integração de suas percepções e de relacionamento. Ele nasce de olhos abertos, conhece sua mãe pelo cheiro e é capaz de sugar imediatamente, se colocado ao seio. A distância focal fixa de seus olhos é de 20 a 25cm, justamente a distância entre seus olhos e os de sua mãe quando é cingido em seus braços. Demonstra um vívido interesse pela complexidade da face humana e seus múltiplos movimentos. Seu estado de consciência flutua, mas ao nascer está no estado de inatividade alerta, capaz de estabelecer contato e começar a aprender tudo o que o mundo externo lhe oferece (Klaus *et al.*, 1993; Klaus, 1998).

O choro do bebê é um apelo ao qual qualquer adulto sensível sente-se obrigado a responder. É o seu mais poderoso instrumento de sobrevivência. Logo desenvolve vários tipos de choro, que sua mãe e seus cuidadores mais próximos aprendem a reconhecer. O bebê cuidado pela mãe ou por um único adulto constante chora menos, porque não precisa chorar para ter suas necessidades satisfeitas (Sander, 1989).

Cedo começa a demonstrar pequenos sorrisos que, se respondidos com sorrisos e verbalizações por sua mãe, seu pai e seus entes queridos, irão se multiplicando e se dirigindo cada vez mais especificamente para aqueles que o cuidam. Aos quatro meses, já se relaciona especialmente com sua mãe, imitando sons

e fazendo vocalizações sociais, fixa a cabeça e acompanha com interesse o trajeto de objetos novos, procurando alcançá-los e já podendo apreendê-los com as mãos.

Stern (1992), psicanalista e pesquisador do desenvolvimento infantil, parte dos resultados das pesquisas empíricas sobre os comportamentos dos bebês para tentar criar uma teoria que explique a experiência subjetiva do bebê. Centra sua teoria no entendimento de que a noção do eu é primária e tem como consequência o reconhecimento do outro, noções essas que são fenômenos universais que influenciam todas as experiências sociais humanas. Segundo ele, os bebês começam a experimentar o senso de um eu emergente desde o nascimento, estão predispostos a ter consciência de seus processos auto-organizadores e jamais experienciam um período de total indiferenciação eu/outro, não havendo confusão entre eu e outro no começo ou em qualquer ponto durante o período de bebê. Eles também estão predispostos a responder seletivamente a eventos sociais externos e não têm uma fase tipo autista, como pensaram anteriormente outros estudiosos. Durante o período dos dois aos seis meses, os bebês consolidam o senso de um eu nuclear como uma unidade separada, coesa, limitada, física, com um senso de sua própria pessoa, afetividade e continuidade no tempo. Não há uma fase tipo simbiótica. De fato, as experiências subjetivas de união com outrem podem ocorrer somente depois de existir o senso de um eu nuclear e de um outro nuclear. As experiências de união, que outros chamam de dependência, são vistas assim como o resultado bem-sucedido do organizar ativamente a vivência do eu-com-o-outro, e não o produto de um fracasso passivo da capacidade de diferenciar o eu do outro.

Os estudos atuais de psicologia do desenvolvimento do bebê não dão a mesma ênfase que os pioneiros Freud e Erikson deram em seus estudos à oralidade na constituição do psiquismo. Segundo Stern (1992), “a falta de ênfase na boca no envolvimento com o mundo, comparada aos olhos e ouvidos, é parcialmente para

reparar o prévio desequilíbrio de ênfase, não para mitigar a contribuição da boca”. Continua ele: “...e sobre o papel da alimentação – o ato consumatório e os concomitantes sentimentos de saciedade? Como serão conceitualizados durante um período de relacionamento emergente? Os sentimentos de saciedade em associação com a percepção de uma pessoa ou parte de uma pessoa são inquestionavelmente importantes. A amamentação é uma atividade vital para o relacionar-se emergente por muitas razões. É uma das primeiras atividades sociais recorrentes importantes, uma ocasião que repetidamente põe a mãe e o bebê em íntimo contato face a face, durante a qual o bebê passa por vários estados, incluindo a inatividade alerta”.

2.1.2 A valorosa mãe

Só a mulher-mãe está biologicamente equipada para amamentar. Todas as outras funções de cuidados do bebê podem ser desempenhadas pelo pai e outros.

Por mais que a gravidez prepare a mulher para ser mãe, ter um filho recém-nascido nos braços sempre parece um evento súbito, causador de insegurança. Isso se acentua numa sociedade em que a mulher exerce múltiplas funções e que não confere valor explícito ao trabalho de cuidar das crianças. Nas cidades ocidentais, com uma família freqüentemente nuclear e uma rede social diminuída, a mulher muitas vezes se encontra muito isolada para fazer face às complexidades dos cuidados solicitados por seu bebê. Com o seu nascimento, ela deixa de ser o centro de sua própria vida e tem que colocar o bebê nessa posição. Temporariamente, a cadência do tempo, que passa a ser aquela dos ritmos biológicos de seu bebê, muda. Essa experiência leva a mulher a desconstruir sua identidade anterior e reconstruir uma

nova identidade, a de mulher-mãe. Esse processo sempre é acompanhado de algum grau de angústia e confusão.

A mulher-mãe tem que aprender a simultaneamente preocupar-se “suficientemente” (na linguagem de Winnicott (1997), pediatra e psicanalista inglês, autor de referência em Psiquiatria Infantil) com seu bebê, com seu marido, com outros filhos se os têm, com sua casa e com suas outras funções sociais, inclusive seu emprego. Antropólogos estudiosos da família (Rap, 1978; Bourdieu, 1994) também apontam a função social da mulher que, ao criar e educar seus filhos, reproduz a “mão-de-obra” necessária à manutenção da sociedade na qual vive. À mulher, freqüentemente quase sozinha, com o apoio que seu marido consegue lhe dar, cabe a responsabilidade, que deveria ser compartilhada pela sociedade, de criar o filho, que representa a continuidade não só de sua família, mas de seu grupo social e da espécie.

Essa posição tão importante não é, entretanto, adequadamente recompensada. Em geral, os resultados positivos da maternagem são pouco enfatizados, ao passo que os negativos, por exemplo, os sintomas psiquiátricos dos filhos, são creditados na literatura especializada quase que exclusivamente a problemas da relação mãe-filho.

O Brasil tem uma legislação relativamente avançada de proteção da fase inicial da maternidade, com a licença do trabalho de quatro meses, que na maioria dos países é mais curta. Esse direito constitucional, no entanto, às vezes serve para que as mulheres em idade reprodutiva sejam discriminadas ao se candidatarem a um emprego. Além disso, a legislação exige que empresas com mais de 30 funcionárias em idade reprodutiva tenham creches que garantam a continuidade dos cuidados e da amamentação de seus filhos. Essa lei, entretanto, é pouco cumprida.

2.1.3 Onde está o pai?

O homem é responsável por metade da carga genética do bebê e, idealmente, por metade da decisão de trazê-lo ao mundo e criá-lo. Frequentemente ainda, entretanto, o pai se mantém na posição de provedor, garantindo o sustento da mulher e dos filhos, responsabilizando-se pelas relações com o mundo externo à família e delegando os cuidados com a casa e a prole a sua esposa. Os pais “mais modernos”, na sua maioria da classe média, mais conscientes de seu papel, ultrapassaram essa posição de serem apenas provedores da família, posição que compartilham muitas vezes com a mulher, e participam das consultas pré-natais, acompanhando de perto o desenvolvimento da gravidez. Muitas vezes, no entanto, o emprego não lhes permite sair para as consultas, ou o sistema de saúde não está preparado para incluí-los. Isso é lamentável, porque numerosos estudos demonstraram que sua participação durante a gravidez e no processo de parto facilita essas vivências para a mãe, além de também acelerar e intensificar a formação do vínculo pai-bebê (Rohde, 1991; Marks *et al.*, 1995).

Na população de baixa renda, em que os valores da família patriarcal ainda são os mais prevalentes, paradoxalmente, a mulher frequentemente tem mais facilidade de conseguir emprego, ficando ela na função de provedora e o homem sem sua função habitual. O homem, desvalorizado e desmoralizado, recorre muitas vezes ao uso de álcool e drogas, quando não busca saída para o seu problema econômico em atividades ilícitas. O risco é maior quando a paternidade coincide com a adolescência do pai. Essa é possivelmente a maior causa de conflitos e separações que acabam por deixar a mulher na dupla função de responsável pelos cuidados e também pela subsistência dos filhos. Muitas vezes o problema volta a se repetir com novos

parceiros da mãe, criando-se famílias em que uma mulher é integralmente responsável por filhos de mais de uma relação conjugal.

2.1.4 A interação mãe-bebê e pai-bebê

É um fato incontestável que, na cultura ocidental moderna, os cuidados para com os filhos têm sido sinônimo de maternagem, ficando a paternagem num obscuro segundo plano. Um artigo recente (Leach, 1997) coletou a opinião de 402 membros de uma organização internacional de especialistas em Saúde Mental da Primeira Infância sobre o que eles consideravam como sendo o melhor cuidado possível de ser oferecido para crianças de zero a 36 meses, partindo do pressuposto de que todos os tipos de cuidados estariam disponíveis e seriam de alta qualidade. As respostas, consistentemente, endossaram o cuidado prolongado pela mãe, sendo os pais quase totalmente ignorados como possíveis cuidadores principais e/ou auxiliares. Partindo dessa crença arraigada, que é evidente na maioria dos livros-texto sobre desenvolvimento infantil precoce, não surpreende que se estude muito mais a interação mãe-bebê que a interação pai-bebê, o que, aliado ao lugar diferenciado que ocupam homens e mulheres na sociedade, ajuda a confirmar e manter essa convicção.

Um dos primeiros estudiosos da interação da dupla mãe-bebê, Bowlby (1989), conceitou o “comportamento de apego”, para o qual, segundo ele, o bebê nasce biologicamente preparado. Esse comportamento se manifesta em outras espécies, tendo sido descrito por Harlow (citado por Bowlby, 1989) em macacos-rhesus recém-nascidos que, independentemente da necessidade de receber alimentação, escolhiam

uma “mãe-boneca” macia, que não os alimentava, em detrimento de uma “mãe-boneca” dura (de arame) que os alimentava. O comportamento de apego é descrito como qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa alcançar e manter proximidade com algum outro indivíduo claramente identificado, considerado mais apto para lidar com o mundo. No caso do bebê, os comportamentos de apego são manifestados em relação a seus cuidadores primários – em geral, principalmente a mãe.

Nas últimas décadas, muitos pesquisadores têm estudado, em ambiente laboratorial, os comportamentos que ocorrem entre a dupla mãe-bebê. Ainsworth *et al.* (1978), do grupo de Bowlby, foram os primeiros a idealizar uma classificação para esses comportamentos, tentando separar os normais daqueles que constituem risco ao desenvolvimento. Eles descreveram os comportamentos associados com apego seguro e aqueles que indicam apego inseguro à mãe, dividindo esses últimos em apego com excessivo envolvimento e apego com pouco envolvimento. Esses estudos evoluíram e resultaram na chamada “Classificação Diagnóstica: Zero a Três”, construída por um grupo internacional de especialistas que aperfeiçoaram esses conceitos.

Os estudos de Klaus e Kennel (1993) também foram fundamentais, permitindo que se conhecessem as muitas capacidades do recém-nascido, ao observar os comportamentos dos bebês em relação a suas mães logo após o parto. Eles também descreveram diferenças entre as formas com que costumeiramente a mãe e o pai se comportam no processo de reconhecimento de seu bebê.

Paralelamente aos estudos experimentais da relação mãe-bebê, psiquiatras, em especial psicanalistas, chamados para lidar com dificuldades manifestadas por bebês ou por mães de bebês na sua interação com eles, desenvolveram um campo de

conhecimento hoje chamado de Psiquiatria do Bebê, que adicionou a questão dos significados emocionais dos comportamentos. Bertrand Cramer, um dos pioneiros, psicanalista suíço, integrou seus conhecimentos aos de Barry Brazelton, pediatra americano pioneiro dos estudos observacionais. Utilizando as duas abordagens de estudo, eles descreveram a interação mãe-bebê como sendo dividida em fases de início, regulação, manutenção e término. Segundo eles, um mesmo comportamento adquire diferentes significados conforme ocorra em cada um desses períodos. A interação, portanto, deve ser vista como um processo dotado de ciclos de engajamento e dispersão. No interior de cada ciclo, o comportamento pode ser classificado, segundo sua qualidade, como intrusivo, recíproco, empático ou violador. Este modelo pressupõe uma influência mútua de ambos os membros, agindo sobre e moldando o outro, mas também sendo moldado pelo outro. Cada membro armazena uma memória ou uma expectativa do outro, que influencia as suas próprias respostas. Todas as diferenças individuais dos bebês afetam os pais, cujas histórias e fantasias pessoais determinam sua capacidade de serem moldados e de responderem por sua vez. A história vivida pelos pais dos bebês com seus próprios pais, e outras figuras importantes, influenciará a sua capacidade de responder às necessidades expressas pelo bebê (Brazelton *et al.*, 1992).

Guy Corneau, psicólogo canadense estudioso da função paterna, em seu livro “Pai ausente, filho carente”, diz que, erroneamente, até poucos anos atrás a Psicologia considerava que o papel do pai diretamente com o filho começava no terceiro ou quarto ano de vida. Cita estudos realizados nos Estados Unidos e na Noruega que demonstraram que “é durante os dois primeiros anos da sua existência que os meninos têm absoluta necessidade do pai”. Segundo esses estudos, meninos que tinham em comum terem estado separados de seus pais nos dois primeiros anos de

vida demonstravam deficiência no plano social, sexual, moral ou cognitivo (Corneau, 1991).

Está bem demonstrado que o pai interage com o filho pequeno de maneira diferente da mãe, privilegiando as brincadeiras. O comportamento do pai é mediado pela atitude da mãe em relação ao papel do pai. Algumas mães, segundo Brazelton e Cramer (1992), visando a satisfazer as próprias necessidades, tendem a interferir com o vínculo recíproco entre bebês e pais, como se a emancipação da criança em relação à unidade simbiótica com a mãe as ameaçasse. Dizem ainda que a experiência que a mãe teve do triângulo edipiano influencia as oportunidades que dará a sua criança de aproximar-se do pai. Parece lógico supor que esses comportamentos são repetições comportamentais trigeracionais rígidas, já que, possivelmente, as mães também tiveram pais pouco presentes. Por outro lado, há artigos na literatura demonstrando que pais de crianças cujas mães querem que eles se envolvam para substituí-las parcialmente nos cuidados, em função de suas carreiras, têm mais dificuldades que elas em sentir-se capazes de desenvolver comportamentos cuidadores, o que é compreensível, visto que quando meninos tiveram menos oportunidade de treinar comportamentos de cuidadores do que as meninas (Glass *et al.*, 1998; Hudson *et al.*, 2001).

2.1.5 Que família é essa?

A família é mais do que a soma dos seus membros. É um organismo com regras próprias de funcionamento. Essas leis configuram uma estrutura estável, mas com flexibilidade para mudar com o passar do tempo. Começa pela união de dois

indivíduos e se torna mais complexa com a chegada do primeiro filho. A família com filhos pequenos é muito diferente da família com filhos grandes. E quando os filhos crescem e saem de casa, o casal volta à situação de estar só.

Idealmente, em nossa sociedade, a família nuclear surge do encontro de dois adultos jovens, já independentes e diferenciados de suas famílias de origem, que se escolhem livremente após um período de conhecimento mútuo. A eleição é fruto de razões conscientes e inconscientes. Quanto menos contraditórias forem as razões, mais chances terá o casamento de ser satisfatório. De modo geral, os casais com afinidades culturais, religiosas, políticas e provenientes de classes sociais não muito diferentes têm maiores facilidades de adaptação. Em nossa cultura, o casal funciona ainda predominantemente de forma complementar, com o homem sendo considerado o cabeça do casal, aquele que garante a subsistência, mesmo quando a mulher também trabalha fora do lar. As decisões são tomadas em conjunto, mas há uma clara predominância de um ou outro em áreas diferentes, sendo as finanças, por exemplo, do marido e a casa, da mulher. Muitos dos problemas enfrentados atualmente pelos casais saudáveis se relacionam com as mudanças no papel da mulher na sociedade e com a necessidade de a família se adaptar a uma mulher profissional e autônoma. Nos casamentos que funcionam bem, há equilíbrio entre os aspectos complementares e simétricos do casal.

A tarefa fundamental no início do casamento é o conhecimento recíproco e a construção de regras próprias de funcionamento, as quais guardam semelhanças, mas também diferenças, com as da família de origem. É um período no qual o casal vive mais distanciado das famílias, renegociando as relações com os pais de ambos os cônjuges e com os amigos, velhos e novos.

A chegada do primeiro filho é um período difícil de acomodação a uma terceira pessoa. Idealmente, o pai oferece a segurança necessária à formação de um bom vínculo mãe-filho, sem que o ciúme, que naturalmente existe, interfira na sua ligação com o filho e a esposa. É um momento em que a família diminui os contatos com o meio externo e em que muitos hábitos mudam. Com frequência, há uma reaproximação com os avós, que ajudam nos cuidados do bebê, sem competir com os pais. Em geral, as dificuldades das famílias com bom funcionamento decorrem das exigências externas de trabalho, em que o pai, a mãe, ou ambos, são muito solicitados por estarem em idade de investir profissionalmente, o que é difícil de conciliar com as intensas demandas do bebê. A cada filho que nasce, a situação se torna mais complexa, sendo necessária a preparação não só dos pais, mas também dos irmãos, que sofrem com o medo de perder seu lugar na família. Os pais devem adequar seus cuidados de forma especial à idade e à personalidade de cada um dos filhos (Falceto *et al.*, 2001).

Em muitas famílias, esta visão ideal de desenvolvimento não ocorre. Frequentemente, problemas econômicos impedem que muitas sigam o tradicional ditado “quem casa quer casa”, sendo obrigadas a compartilhar a casa da família de origem, em geral a materna. A falta de espaço e privacidade gera relacionamentos com aspectos negativos – retardo relativo na individuação de seus membros e, muitas vezes, tensão e conflito –, mas também com aspectos positivos, em especial na fase em que o casal tem um bebê recém-nascido, que são a possibilidade dos pais serem cuidados para melhor cuidarem seu filho, além do desenvolvimento de apego e solidariedade entre todos.

2.1.6 Qual o papel da família extensa e dos outros?

A imprensa tem repetido uma citação divulgada ou inventada por Hillary Clinton: “Precisa-se de uma aldeia inteira para criar uma criança”. Trata-se de uma noção muito importante, mas difícil de alcançar em nossa sociedade urbana contemporânea.

As famílias das cidades ocidentais estão, predominantemente, organizadas de forma atomizada em pequenos agrupamentos chamados “famílias nucleares”, compostos, freqüentemente, de pai, mãe e filhos. Outras vezes são compostas só de mãe e filhos, com um companheiro transitório ou eventual. As famílias extensas, freqüentemente, já não vivem tão próximas que possam oferecer o apoio e os ensinamentos que ofereciam algumas gerações atrás. Sim, a sociedade está mais flexível, a mulher tem mais oportunidades, mas tem menos apoio. A sociedade ainda não se organizou para oferecer substituição adequada para a família extensa, ou talvez nunca deva ou consiga fazê-lo. Berçários, creches e escolas só substituem muito parcialmente o apoio íntimo que mães e pais recentes precisam. A rede de amigos, vizinhos e colegas dos pais talvez supra em parte essa função, que também é esperada dos médicos e dos profissionais da saúde.

A atomização das famílias tende a repetir a estrutura social moderna baseada no individualismo e na competição como modalidades de lutar por um lugar ao sol. A mãe, muitas vezes quase sozinha, tem que não só criar e educar o jovem que irá competir no mercado de trabalho, mas também garantir a manutenção de sua família e da sociedade. A família é um sistema que tende a se organizar internamente de forma

semelhante, isomorficamente ao sistema social maior do qual faz parte (Minuchin *et al.*, 1990).

2.2 A COMPLEXIDADE DO TEMA

Como se procurou mostrar na apresentação dos personagens da pesquisa e das interações entre eles, o tema deste estudo é muito complexo.

Historicamente, a ciência médica utilizou a metodologia científica empírica para progredir, fracionando os fenômenos em partes e procurando analisá-los isoladamente, para melhor compreendê-los. Mas, segundo Pascal (citado por Morin, 2001), “o conhecimento do todo precisa do conhecimento das partes, que precisam do conhecimento do todo”.

Especialmente na área da Psiquiatria, é essencial o conhecimento das interações e do todo para compreender as partes, ou seja, os indivíduos. Entretanto, o estudo do desenvolvimento psicológico do indivíduo, e da sua relação com a amamentação em particular, concentra-se na pessoa da criança e, no máximo, na dupla mãe-bebê, freqüentemente isolando-os de seu meio ambiente.

Morin (2001), revendo os quatro princípios do conhecimento científico (o princípio da ordem, o da separação, o da redução e o da lógica dedutivo-indutivo-identitária), diz que “o princípio de separação não morreu, mas é insuficiente. É preciso separar, distinguir, mas também é necessário reunir e juntar. O princípio da ordem não morreu, é preciso integrá-lo na dialógica ordem-desordem-organização. Quanto ao princípio de redução, encontra-se morto, porque jamais chegaremos ao

conhecimento de um todo a partir do conhecimento dos elementos de base. O princípio da lógica dedutiva deixou de ser absoluto e é preciso saber transgredi-lo”.

Saber transgredi-lo significa buscar maneiras científicas de pesquisar a complexidade dos fenômenos vitais. É nessa direção do conhecimento científico que este trabalho procura se inserir, ao estudar o desmame precoce e a manutenção da amamentação focalizando não apenas a dupla mãe-bebê, mas também o pai, as interações entre mãe e pai, destes com seu bebê, suas relações familiares, e a rede social em que vivem.

2.3 FATORES DE RISCO PARA MORBIMORTALIDADE INFANTIL

O desenvolvimento de um país mede-se pela qualidade de vida de seu povo. Dentre os indicadores de saúde, aquele que mais traduz o nível de desenvolvimento é o índice de mortalidade infantil. No Brasil, no decorrer das últimas décadas, vem diminuindo o coeficiente de mortalidade infantil: era 48,0 por 1.000 nascidos vivos em 1990 e passou a ser 29,6 por 1.000 nascidos vivos em 2000. Na região Sul, o mesmo índice foi 28,7 em 1990 e 19,7 em 2000 (IBGE, 2002). Esses índices continuam, no entanto, excessivamente altos. Outro dado importante é a marcante diferença deste coeficiente em diferentes regiões do País e em diferentes regiões de uma mesma cidade, dependendo da situação socioeconômica. Um estudo dos óbitos em Porto Alegre em 1980 mostrou que, nas áreas de ocupação regular dos terrenos, o coeficiente foi de 24 por 1.000, enquanto que nas áreas faveladas foi de 76 por 1.000, para um valor global da cidade de 34 por 1.000 (Guimarães *et al.*, 1985).

A mortalidade infantil é o desfecho mais grave, que ocorre quando a saúde da criança está em risco. Existem, contudo, outros transtornos do desenvolvimento físico, emocional e social ocasionados por cuidados inadequados para a idade, negligência ou abuso, que estão associados com o posterior desenvolvimento de problemas escolares, delinqüência, violência, abuso de drogas e gravidez na adolescência (Raine *et al.*, 1994). Estes são gerados com mais freqüência em situações socioeconômicas adversas e, por sua vez, ajudam a perpetuar o ciclo da miséria.

Já estão bem definidas algumas situações de risco ao nascer que podem levar ao desfecho da mortalidade ou desenvolvimento alterado da criança. Entre os fatores biológicos da criança estão: baixo peso ao nascer (<2.500g), prematuridade (gestação de menos de 37 semanas), gestação gemelar, malformação congênita e intercorrência clínica que exija hospitalização. Entre os fatores que envolvem a mãe estão: falta de aleitamento materno ou sua manutenção por tempo inadequado, gestação na adolescência, poucas visitas médicas pré-natais, baixa escolaridade, óbito de filhos menores de cinco anos, intervalo entre o nascimento dos filhos menor que dois anos e número de filhos morando na mesma casa superior a três. Como fatores socioeconômicos, destaca-se a renda familiar *per capita* de menos de um salário mínimo. Alguns grupos consideram como de risco a renda *per capita* menor que meio salário mínimo (Blank, 1996; Drachler, 1996).

O fator de risco mais comumente encontrado na população do bairro Vila Jardim, em Porto Alegre, é o desmame precoce, segundo o Relatório Anual de Avaliação das Ações Materno-Infantis do Grupo Hospitalar Conceição (1997). É por isso que o desmame precoce foi escolhido como foco deste trabalho. Em especial, porque os fatores psicossociais de risco para o desmame são ainda pouco compreendidos.

Num levantamento preliminar da literatura médica referente à relação entre risco do recém-nascido e fatores psicossociais, encontrou-se relativamente pouco material. Um artigo de revisão publicado por um grupo de Toronto, Canadá (Wilson *et al.*, 1996), enfatiza a mesma questão que motiva o presente estudo: a pouca relevância dada aos fatores psicossociais na avaliação pré-natal e a ênfase quase exclusiva na pessoa da mãe, inclusive com importante potencial de culpabilização da mãe pelos problemas do bebê. Mostra que não existem ainda definições adequadas e consensuais sobre quais são os fatores de risco para o bebê e quais suas conseqüências. O grupo estuda os fatores pré-natais de risco psicossocial relacionados com o desenvolvimento de problemas familiares no pós-parto, focalizando o abuso do bebê e/ou da mãe, depressão materna, disfunção conjugal e doença física. Os autores identificaram, numa análise de 118 artigos, 15 fatores que mostravam associação forte com problemas de morbimortalidade pós-natal: **1) fatores familiares:** disfunção ou insatisfação conjugal, falta de apoio social, expectativas de papel de gênero tradicionais e rígidas, eventos traumáticos recentes; **2) violência doméstica:** a mãe ou companheiro que sofreram ou testemunharam violência na infância, abuso da mãe por companheiro atual ou passado, companheiro suspeito de abuso sexual infantil ou disciplinador excessivamente severo; **3) fatores maternos:** má relação com seus pais, baixa auto-estima, problema psiquiátrico atual ou no passado, gravidez ainda não desejada após a vigésima semana de gestação, depressão no período pré-natal, cuidados pré-natais só iniciados no 3º trimestre da gestação, recusa em participar ou abandono de programas pré-natais; e **4) abuso de álcool e/ou drogas:** pela mãe ou companheiro.

Outro estudo relevante, este de um grupo de Santiago, Chile (Araya *et al.*, 1995), mostra a associação entre transtornos psicológicos da mãe e doenças respiratórias e digestivas e atraso pondo-estatural do bebê. O estudo não tem dados

para indicar a direção da associação, ou seja, se a mãe neurótica propicia de alguma maneira o aparecimento de problemas no filho ou se os problemas de saúde do filho a neurotizam.

Um artigo da Nova Zelândia (Ford *et al.*, 1996) mostra associação entre a falta de apoio social da mãe e a síndrome de morte súbita do recém-nascido.

Outros trabalhos mostram a relação entre o surgimento de problemas no bebê e vários fatores: 1) adolescência da mãe – as características psicológicas próprias da adolescência dificultam a função materna (Trad, 1995); 2) abuso de álcool da mãe e do pai – verificam-se maiores problemas no bebê quando os dois abusam de álcool, havendo maiores conseqüências em meninos e indícios de ausência de problemas se só o pai abusa (Nordberg *et al.*, 1994); 3) diabetes na mãe – um artigo mostra alterações no desenvolvimento do QI (Yamashita *et al.*, 1996) e outro não mostra alterações no bebê (Rizzo *et al.*, 1994); 4) influência de fatores biológicos do próprio bebê – um artigo estuda a associação entre a gravidade da infecção perinatal por HIV e o desenvolvimento neuromotor do bebê, mostrando que a gravidade da infecção afeta mais o bebê que a ocorrência ou não da infecção na mãe (Nozyce *et al.*, 1994); 5) impacto de problemas do bebê na mãe – um estudo com crianças com paralisia cerebral (Lambrenos *et al.*, 1996) não encontrou associação entre a gravidade do problema e depressão materna, mas encontrou relação com as seguintes 12 características psicossociais da mãe: moradia em local miserável, problemas na moradia, chefe de família desempregado (pelo menos por um mês antes da entrevista), mãe desempregada (foram incluídas mães que estavam usufruindo seguro maternidade mas sem perspectivas futuras de emprego), classe social baixa, quatro ou mais crianças vivendo na casa, falta de relação conjugal estável (menos de um ano de relação no momento da entrevista), relação difícil com o cônjuge, problemas da

mãe com sua família de origem, isolamento social (ver família e amigos menos que uma vez por semana), sentimentos de solidão e falta de confidente adulto.

2.4 AMAMENTAÇÃO

Alimentar-se é um pré-requisito para o crescimento do bebê. Durante os primeiros seis meses de vida, a velocidade de ganho ponderal da criança é a maior que terá até chegar à puberdade. Nesse período, a maturação do sistema nervoso central ocorre com uma velocidade que não se repetirá. O custo em energia desse crescimento é muito alto, correspondendo a 30% da alimentação total ingerida pela criança no primeiro e segundo mês e caindo para aproximadamente 3% do nono ao décimo segundo mês. O peso da criança tipicamente duplica nos primeiros quatro a seis meses e triplica ao final do primeiro ano de vida. Ao mesmo tempo, a alimentação é a principal oportunidade de socialização da criança e influencia as outras interações e subseqüentes preferências e aversões. A importância social e psicológica da alimentação fica evidente ao avaliar-se a quantidade de tempo que adultos cuidadores e bebês utilizam para as atividades de alimentação e suas correlatas (arrotar, mudanças de fraldas, etc.), além do impacto que os problemas alimentares têm na relação pais-bebê (Rutter *et al.*, 1994).

A amamentação é um fenômeno biopsicossocial afetado por múltiplos fatores. A amamentação, antes de ser um fato científico, é um ato humano. Enfatiza-se aqui o humano e não só o biológico, pela complexa rede de determinantes e significados da amamentação, como é salientado por Almeida (1999). A amamentação é o primeiro ato relacional do ser humano, que o une profundamente a sua mãe e, indiretamente,

ao pai que ajudou a gerá-lo se este cumpre sua principal função do momento, que é dar à mãe as condições e o tempo para que ela se dedique ao filho. E o pai e a mãe podem acolher, abraçar e suprir melhor seu bebê se estiverem apoiados por um contexto familiar e social e de atendimento de saúde que os oriente e fortaleça. A decisão de amamentar, de continuar amamentando ou parar de amamentar é feita principalmente pela mãe (Bottorff, 1990), a partir de suas experiências passadas, de sua rede de apoio presente, das condições biológicas e emocionais que ela e o bebê apresentam e também do valor social que é dado à amamentação e à maternidade na comunidade em que vive. Amamentar é um processo prazeroso, mas que freqüentemente se inicia com dor e é permeado de dificuldades; por isso a mãe precisa de muita determinação para iniciá-la efetivamente e mantê-la. Essa determinação pode ser apoiada ou dificultada por múltiplos fatores.

A amamentação deve ser promovida pelo sistema de saúde como ação prioritária na prevenção de problemas e na melhoria da saúde física e mental das crianças e suas famílias. Além de prover proteção biológica ao bebê, ela é produto e também promotora da interação que estabelece a maior intimidade possível entre dois seres humanos, e constrói os alicerces para o futuro da relação mãe-filho e para outras relações interpessoais da criança. Nos países em desenvolvimento, ela deve ser estimulada porque é fundamental na proteção do bebê contra infecções e desnutrição; nos desenvolvidos, porque está comprovado que é a alimentação biologicamente mais apropriada para o bebê. Além disso, ela evita excesso de sangramento uterino pós-parto e câncer de útero e mama na mãe e espacia naturalmente os nascimentos (Giugliani, 1994).

2.4.1 Considerações históricas

Ao longo de sua evolução, o *Homo sapiens*, que surgiu há aproximadamente 40.000 anos, se manteve mais de 99,9% do tempo amamentando seus descendentes. E, antes disso, também seus ascendentes o fizeram. Ele foi, portanto, programado geneticamente para receber os benefícios do leite humano e do ato de amamentar. Vários pesquisadores têm tentado inferir qual seria o tempo de amamentação da espécie humana sem a influência da cultura; utilizam, para isso, o exemplo de gorilas e chimpanzés, que têm 98% de seu material genético semelhante ao do homem. Dizem que, em geral, estes são amamentados até atingir um terço de seu peso adulto. Seguindo essa teoria, o desmame da espécie humana ocorreria entre os quatro e sete anos de idade, sendo mais prolongado para os meninos. Levando em conta essa e outras teorias, avalia-se que, se deixados ao natural, os bebês humanos mamariam entre dois anos e meio e sete anos. Existem, de fato, estudos etnográficos que sugerem que, antes da disseminação dos leites artificiais, as crianças eram tradicionalmente amamentadas por três a quatro anos, idade em que espontaneamente deixavam de fazê-lo (Giugliani, 1999).

Pelas razões acima expostas, alguns afirmam que o uso disseminado de leite não-humano em crianças pequenas é o maior experimento não controlado envolvendo a espécie humana (citado por Giugliani, 2000).

Ao longo do tempo, a amamentação humana tem sofrido muitas vicissitudes. Na Europa, nos séculos XVIII e XIX, até o início do século XX, a amamentação não era estimulada na aristocracia e burguesia, onde se esperava que as mulheres cuidassem da sua beleza física e acompanhassem os maridos nos eventos sociais. O aleitamento era delegado para as amas-de-leite, que freqüentemente eram obrigadas

a desmamar seus próprios filhos para amamentar os filhos dos senhores. Essa política foi possível em razão das más condições econômicas da população e da baixa importância dada às mulheres, à maternidade e à amamentação e, certamente, ajudou a perpetuar o baixo *status* social da mulher. O Brasil colonial importou esses costumes sociais de Portugal. Aqui, as amas-de-leite foram primeiro as índias e depois as escravas negras.

A alta mortalidade infantil, que acompanhou o desmame precoce, obrigou os Estados a repensar esse modelo, criando-se no século XIX o movimento higienista que estimulava a amamentação, reduzindo-a, entretanto, a um “ato natural, biológico e intuitivo, próprio da espécie”. Essa abordagem, que não lidava com as ambivalências maternas e sociais em relação à amamentação, tinha muitas limitações (Almeida, 1999).

O quadro global de desmame precoce foi agravado com o início da industrialização do leite condensado e da farinha láctea, que chegaram ao Brasil pela primeira vez em 1912, seguidos dez anos depois pelas fórmulas lácteas. Invadiram o mercado prometendo ser um alimento mais adequado para o bebê que o próprio leite materno. O modelo “a alimentação artificial é a melhor para o bebê”, adotado inicialmente pela classe alta, também foi copiado, a seguir, pela classe baixa.

Sempre houve resistência a esses eventos, mas a mudança em favor da amamentação só ganhou força com a publicação, em 1974, de *The Baby Killer*, escrito pelo jornalista inglês Mike Muller, que iniciou uma grande polêmica entre diversos grupos sociais e os fabricantes de leite em pó ao demonstrar que o marketing praticado pelas multinacionais elevava os índices de morbimortalidade infantil das populações pobres da África, Ásia e América Central.

Em 1967, Newton e Newton, num artigo publicado no prestigiado *New England Journal of Medicine*, já enfatizaram a importância da amamentação. Eles afirmavam que a rápida queda nas taxas de aleitamento da época sugeria que ela era precipitada por fatores psicológicos, os quais, segundo os autores, originavam-se no indivíduo e nos grupos sociais. Já na época, os autores falavam da suspeita de que as atitudes do marido, da família e dos amigos em relação à amamentação pareciam muito importantes no seu sucesso. Referiam serem essas questões de difícil estudo e queixavam-se da falta de esforços para correlacionar estatisticamente a atitude do pai com o sucesso da amamentação. Esse artigo, o único encontrado na bibliografia médica indexada a revisar os aspectos psicológicos da amamentação com base em achados de pesquisa, já continha, em data anterior à publicação do artigo *The Baby Killer*, a maioria das bases científicas que justificaram a retomada do aleitamento materno.

No Brasil do final da década de setenta, a mortalidade infantil era de 88 por 1.000 nascidos vivos no País; no Nordeste era de 124 por 1.000; a desnutrição crônica vitimava 48% da população brasileira; o desmame no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactantes da cidade de São Paulo e 80% dos de Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeira aos recém-nascidos e 90% o uso de água nos intervalos das mamadas; 60% das mulheres brasileiras não faziam exames pré-natais (Almeida, 1999).

Para reverter esse quadro, houve ampla mobilização do sistema de saúde e de segmentos da sociedade civil organizada. Em 1981, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendaram o Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, impondo severas restrições à propaganda de leites industrializados, limitando seu uso às situações em que não era possível ou adequado o aleitamento materno. No Brasil, o primeiro

Programa Nacional de Incentivo à Amamentação foi desencadeado também no ano de 1981. Ao longo da década, muitas conquistas foram feitas no País: a implantação do sistema de alojamento conjunto nas maternidades; o estabelecimento de normas para implantação e funcionamento de bancos de leite humano; a instituição de um código de comercialização dos sucedâneos do leite materno; a licença maternidade com duração de 120 dias sem prejuízo para o emprego e o salário; o direito das presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; a inclusão do tema em currículos escolares; a realização de programas de capacitação de recursos humanos em diferentes níveis de complexidade; a implantação de centros de referência; a criação de grupos de apoio a mulheres que amamentam; e o desenvolvimento de pesquisas e estudos em relação ao tema. Essas ações resultaram na redução da alimentação artificial, tendo como resultado que 65% dos lactantes brasileiros passaram a não usar leites modificados entre 1980 e 1989 (Almeida, 1999).

É interessante notar que toda essa mobilização ocorreu simultaneamente ao processo de redemocratização do Brasil e também ao desenvolvimento do movimento feminista no País. Não foram encontradas referências a como o movimento feminista daqui se relacionou com o movimento pró-amamentação.

2.4.2 Amamentação como proteção biológica

Vários estudos têm mostrado o efeito protetor do leite materno contra a mortalidade infantil, efeito que varia de acordo com a idade da criança, a duração e o padrão de amamentação (exclusiva, predominante ou parcial). Especialmente em populações de baixo nível socioeconômico, quanto menor a criança e maior o período

de amamentação, maior a proteção conferida pelo leite materno (Habicht *et al.*, 1986; Victora *et al.*, 1987). Em Porto Alegre e Pelotas, no Rio Grande do Sul, as crianças menores de 1 ano não amamentadas tiveram um risco 14,2 e 3,6 vezes maior de morrer por diarreia e doença respiratória, respectivamente, quando comparadas com crianças alimentadas exclusivamente ao seio. Para as crianças parcialmente alimentadas ao seio, esse risco foi de 4,2 e 1,6 vezes respectivamente. O risco de morrer por diarreia entre as crianças não amamentadas foi maior nos dois primeiros meses (risco relativo = 22,3) (Victora *et al.*, 1987).

Outras vantagens da amamentação freqüentemente citadas na literatura são a menor prevalência de alergias, a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, o melhor desenvolvimento neurológico da criança, a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, além da promoção de menor sangramento uterino após o parto, prevenção de gravidez e proteção contra câncer de mama e de útero na mulher. Um grupo de peritos chegou ao consenso de que as mulheres amenorréicas amamentando exclusiva ou predominantemente até os seis meses após o parto têm 98% de proteção contra nova gravidez (*Family Health International*, 1988). O espaçamento entre os nascimentos conferido pelo aleitamento materno é importante para a saúde da criança, especialmente nas populações menos privilegiadas. A análise dos dados da *World Fertility Survey* (Hobcraft *et al.*, 1985) de 39 países em desenvolvimento apontou para uma mortalidade consideravelmente maior em crianças que nasceram até dois anos após o nascimento de um irmão ou cujas mães engravidaram antes de suas crianças completarem 2 anos. Este achado foi confirmado em estudo brasileiro (Huttly *et al.*, 1992).

A amamentação exclusiva tem sido recomendada por conferir maior proteção contra infecções (Victora *et al.*, 1987). O efeito protetor do leite materno contra diarreias pode diminuir substancialmente quando a criança recebe, além do leite da

mãe, qualquer outro alimento, incluindo água ou chás. Num país como o Brasil, onde uma boa parcela da população vive em condições precárias e as doenças infecciosas são ainda causa importante de mortalidade infantil, o aleitamento materno exclusivo, sem complementação com água ou chá, deve ser incentivado nos primeiros meses de vida. A complementação com outros alimentos e líquidos não-nutritivos está associada, também, a diminuição do volume do leite materno. Como a maioria dos alimentos oferecidos às crianças pequenas é menos nutritiva que o leite materno, a complementação precoce pode ser desvantajosa para a criança sob o ponto de vista nutricional. Além disso, também tem sido associada a uma menor duração do aleitamento materno (Winikoff *et al.*, 1989). Não há evidências na literatura de que exista alguma vantagem na introdução precoce (antes dos 6 meses) de outros alimentos que não o leite humano na dieta da criança (Kramer *et al.*, 2002). Pelo contrário, os relatos de que essa prática possa ser prejudicial são abundantes (Victora *et al.*, 1987; Giugliani *et al.*, 1997).

2.4.3 Amamentação como proteção emocional

Do ponto de vista emocional, são inúmeras as vantagens da amamentação observadas tanto para o bebê quanto para os pais. Para a mãe e para o bebê, ela possibilita uma rica interação que, em geral, facilita o estabelecimento do vínculo entre ambos, levando a uma satisfação mútua, compensando a ruptura e o vazio percebidos pela mãe com a brusca separação por ocasião do parto (Zavaschi *et al.*, 1991).

Langer (1980), cita estudos antropológicos que descreveram que, em culturas primitivas, uma excelente amamentação cercada de harmonia e carinho, seguida de uma criação afetuosa e consistente das crianças, resulta em uma comunidade pacífica, feliz e sensualmente bem dotada, onde o suicídio inexistente. Já em outras, nas

quais a amamentação é realizada com brutalidade e impaciência, e a educação das crianças é feita de maneira desrespeitosa, as relações sexuais entre os adultos são rudes, permeadas de agressão, sendo a sociedade como um todo belicosa e o suicídio, prática comum. A saciedade da fome, acompanhada de satisfação oral, implica uma forte relação entre o bebê e a mãe, que lhe permite sugar sem pressa, olhar para a mãe, ouvir sua voz e sentir-se aquecido, seguro e aconchegado em seus braços, percebendo o contato de sua pele com a da mãe, e seu cheiro peculiar. O bebê percebe que seus sinais (choro, expressões faciais e balbucios) são progressivamente compreendidos por sua mãe. Essas experiências repetidas vão favorecendo o estabelecimento, no psiquismo da criança, da percepção de si própria como um ser confiante e querido por seus cuidadores, com uma identidade própria. Já quando os cuidados básicos iniciais, começando pela amamentação, não forem bem ministrados, há o risco de não se terem cidadãos sadios do ponto de vista psíquico. Entretanto, é importante acrescentar que os cuidados podem ser sensíveis e atenciosos também nas situações em que não é possível o aleitamento materno (Zavaschi *et al.*, 1996).

O aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, segundo estudos recentes, está relacionado com o melhor desenvolvimento das capacidades cognitivas de crianças que nasceram com baixo peso, avaliadas aos 13 meses com a Escala de Bailey e aos 5 anos com o teste de inteligência de Wechsler. Crianças nascidas com peso adequado para a idade gestacional alimentadas com aleitamento exclusivo até os 6 meses também se beneficiaram, mas o aumento relativo do quociente de inteligência não foi tão dramático. Como se sabe, a capacidade cognitiva é fundamental para o pleno desenvolvimento da criança (Rao, 2002).

Quanto ao estabelecimento do vínculo mãe-bebê, não existe qualquer prova de que o alimento seja o fator que, nos primeiros dias de vida, reforça a orientação visual

preferencial do bebê para a mãe. Em vez disso, é agora claro que, quanto mais um bebê olha para a mãe – o que costuma acontecer mais durante o aleitamento natural que no artificial –, mais provável é que esta se mova em sua direção, faça gestos, fale ou cante para ele, o acaricie e o abrace e, em consequência, por um processo de retroalimentação, o bebê tenda a olhá-la com mais intensidade e frequência, o que, reciprocamente, reforça o vínculo da mãe com ele (Bowlby, 1984).

2.4.4 Recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto à amamentação

Baseada nos conhecimentos atuais sobre as vantagens da amamentação exclusiva e as desvantagens da introdução precoce de alimentos diferentes do leite humano, a OMS recomenda às mães o aleitamento exclusivo de seus bebês nos primeiros seis meses de vida (Kramer, 2002). Atualmente, é consenso a recomendação de manter a amamentação, com complementação, durante os dois primeiros anos de vida ou mais (WHO, 2002). O leite humano é o alimento mais completo para os bebês até os seis meses e continua a ser uma fonte importante de nutrientes e anticorpos e uma fonte de aconchego emocionalmente importante na segunda metade do primeiro ano de vida e subsequentemente (Victora *et al.*, 1987; Giugliani *et al.*, 1997; Giugliani, 2000). A prática da continuidade do aleitamento até os 24 meses ou mais é também preconizada no Brasil pelo Ministério da Saúde (2001).

2.4.5 Dados estatísticos

No relatório da OMS (WHO, 1996), sobre a situação mundial da amamentação, é enfatizada a dificuldade de obter informação uniforme sobre a frequência e a duração da amamentação que possa ser adequadamente comparada, devido às diferenças das pesquisas quanto aos conceitos de cada tipo de alimentação (amamentação exclusiva, predominante e parcial). Além disso, são relativamente poucos os países que realizaram inquéritos nacionais (61 dos 190 membros da OMS); mesmo assim, eles representam 58% da população infantil mundial. A partir desses dados, é possível traçar o seguinte panorama: na África, apesar da duração mediana ser relativamente alta (21 meses), apenas 19% das crianças menores de 4 meses são exclusivamente amamentadas; no Sudeste Asiático, quase metade dos bebês menores de 4 meses é exclusivamente amamentada e a duração mediana do aleitamento é 25 meses; nos países do leste do Mediterrâneo, a duração mediana é 19 meses e nos do oeste do Pacífico, 14 meses; a duração mais curta, de 10 meses, é encontrada nas Américas. Em suma, estima-se que, no mundo, 35% dos bebês abaixo de 4 meses são exclusivamente amamentados e que a duração mediana do aleitamento é de 18 meses (Figura 1).

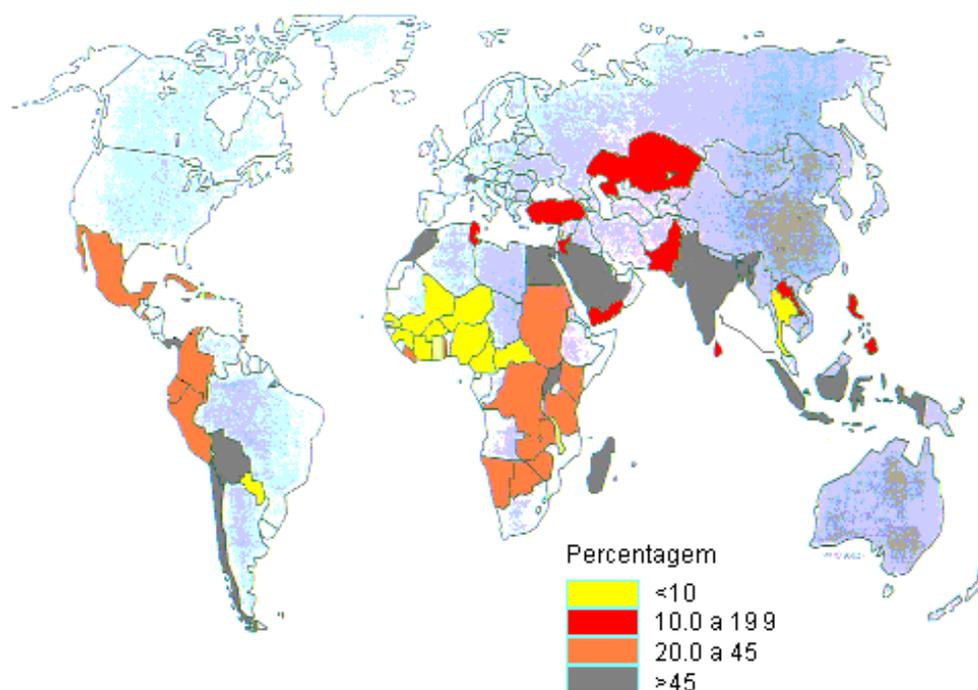


Figura 1 – Índices mundiais de amamentação exclusiva entre os bebês menores de quatro meses (WHO, 1996)

A pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (Ministério da Saúde, 2001), realizada pelo Ministério da Saúde no ano de 1999, apresenta resultados bastante diferenciados nas várias regiões do País, conforme os dados que serão descritos a seguir. A região sul mostrou os melhores índices de prática de aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida, mas também a menor duração mediana do aleitamento. A região norte apresentou o oposto desses resultados, ou seja, a duração é maior, mas água, chás, sucos e mesmo outros alimentos são oferecidos ao bebê precocemente. O estudo também mostra variações importantes dentro da mesma região.

Excetuando as capitais da região norte do País, todas as demais capitais brasileiras apresentaram duração mediana de aleitamento materno inferiores a 12 meses. E em todas as capitais estudadas a duração mediana de aleitamento materno exclusivo foi inferior a 70 dias.

Comparando-se os dados encontrados naquele estudo com pesquisas realizadas nos anos de 1975, 1989 e 1996, observa-se um aumento significativo na duração mediana de aleitamento materno no País, que passou de 2,5 meses em 1975 para 5,5 meses em 1989, 7 meses em 1996 e 9,9 meses em 1999.

Quando se comparam os dados de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses, observa-se um aumento importante dessa prática no País: a freqüência de 3,6% observada em 1986 passa para 35,6% no estudo de 1999.

Padrões de prevalência e de duração do aleitamento natural identificam as seguintes fases da amamentação nas sociedades: a fase I, denominada de

“tradicional”, caracteriza-se pela alta prevalência e pela longa duração do aleitamento; a fase II, chamada de “transformação”, distingue-se pelo declínio da prevalência e pelo encurtamento da duração do aleitamento natural; e a fase III, que é marcada pelo ressurgimento da amamentação com aumento da sua prevalência e duração. Os grupos sociais existentes em uma dada região – a elite urbana, a população urbana pobre e a população rural – atingem cada uma dessas fases em diferentes momentos. Entre esses grupos sociais, aquele que tem desencadeado mudanças em relação ao aleitamento materno é a elite urbana, que é posteriormente seguida pela população urbana pobre e, finalmente, pela população rural (Williamson, 1989).

Os resultados aqui discutidos mostram que, de modo semelhante ao que ocorreu com a duração mediana, a prevalência da amamentação também aumentou, sugerindo que a população urbana das 25 capitais investigadas e do Distrito Federal encontra-se na fase III, ou seja, de ressurgimento do aleitamento materno como prática socialmente predominante de alimentação da criança pequena.

2.4.6 A influência dos fatores psicossociais na amamentação

Winnicott (1997) faz uma comovente descrição do ato de amamentar, revelando sua delicadeza e intensidade e demonstrando que, se não houver as melhores condições para que ocorra, a amamentação corre perigo. É esta a descrição de Winnicott: “Quando observo a forma delicada com que a mãe que não tem pressa cuida da amamentação, fico sempre maravilhado. Aí está ela, proporcionando todo o conforto possível ao bebê e organizando um cenário em que a amamentação possa ocorrer, se tudo for bem. O cenário faz parte de uma relação humana. Se a mãe

amamentar ao peito, vemos como ela deixa que o bebê, mesmo o mais pequenino, fique com as mãos livres, de modo que, quando ela expõe o seio, a tessitura da pele e o seu calor possam ser sentidos; além disso, a distância entre o seio e o bebê pode ser calculada, pois o bebê dispõe apenas de uma reduzida nesga de mundo onde colocar objetos, aquela nesga que pode ser alcançada pela boca, as mãos e os olhos. A mãe consente que o rosto do bebê lhe toque o seio. A princípio, os bebês ignoram que os seios fazem parte da mãe. Se o rosto toca no seio, eles não sabem se aquela sensação agradável provém do seio ou do rosto. De fato, os bebês brincam com as bochechas e arranham-nas, exatamente como se fossem seios, e há toda a razão para que as mães permitam aos filhos o máximo de contato que eles queiram. Sem dúvida, as sensações dos bebês são, neste aspecto, muito penetrantes e, se são penetrantes, podemos estar certos de que são importantes. O bebê, sobretudo, necessita de todas essas experiências calmas que estou descrevendo; necessita sentir-se amorosamente envolvido, isto é, de um modo repleto de vida, mas sem pressa: sem impaciência e sem tensão. Este é o cenário. Mais cedo ou mais tarde haverá um contato entre o mamilo materno e a boca do bebê. Não interessa o que exatamente acontece. A mãe integra-se na situação, faz parte da mesma e agrada-lhe sobremaneira a intimidade dessa relação. Participa sem noções preconcebidas sobre a maneira como o bebê se deve comportar. Esse contato entre o mamilo e a boca do bebê faz este pensar: "Talvez exista alguma coisa lá fora da boca que valha a pena procurar". A saliva começa a correr; de fato, poderá fluir tanta baba que a criança acabe por gostar de a engolir e, por algum tempo, quase nem precise de leite. Gradualmente, a mãe capacita o bebê a compor na imaginação aquilo que ela realmente tem para lhe oferecer, e o bebê começa a levar o mamilo à boca, e alcançá-lo até a raiz com as gengivas e a mordê-lo, talvez mesmo a chupá-lo. Depois há uma pausa. As gengivas soltam o mamilo e o bebê desvia-se da cena da ação. A idéia do seio desvanece-se. Vê você como é importante a última parte? O bebê tinha uma

idéia, e o seio com o mamilo apareceu, estabelecendo-se um contato. Depois o bebê pôs fim à idéia e afastou-se – e o mamilo desapareceu. A mãe compreende o que o bebê sente, porque é viva e tem imaginação. Aguarda. Passados alguns minutos, ou menos, o bebê volta-se novamente para onde ela ficou o tempo todo, pronta para colocar o mamilo, e assim se estabelece um novo contato, no momento rigorosamente exato. A operação repete-se diversas vezes e o bebê mama não de uma coisa que contém leite, mas de uma propriedade pessoal cedida por um momento a uma pessoa que sabe o que tem a fazer com ela. O fato de que a mãe é capaz de executar uma adaptação tão delicada revela que se trata de um ser humano, e o bebê não demora a apreciar esse fato”.

Essa delicada coreografia é aprendida na interação tanto pelo bebê quanto pela mãe. E torna-se parte fundamental da construção do psiquismo e da vida relacional do bebê e da transformação da identidade da mulher em mulher-mãe.

As mães têm de aprender a serem maternais, através da experiência. Pela experiência, elas evoluem e ganham a autoconfiança tão necessária para enfrentar as vicissitudes da amamentação. E esta experiência torna-se o modelo para as outras situações que enfrentará na criação de seu filho. A longo prazo, esse processo, em que as mães – e os pais – descobrem e consolidam a confiança em sua própria capacidade de maternagem-paternagem, é crucial e lhes permitirá ajudar seus filhos a desenvolver-se bem, além de treiná-los a conduzir-se com maior autonomia em todas as áreas de suas vidas.

Há vários fatores descritos na literatura relacionados à escolha materna de não amamentar ou à duração reduzida da amamentação. Os fatores são complexos e variam com o lugar e a cultura, incluindo-se aqui os fatores sociais já descritos. De modo geral, nos países de Primeiro Mundo, mais mães que trabalham fora parecem

escolher alimentar seu recém-nascido com mamadeira. Além disso, está descrito que mais mães com personalidades ditas “pouco maternais”, ou seja, mais voltadas para seu desenvolvimento pessoal, parecem fazer essa escolha (Newton *et al.*, 1967; Lawrence *et al.*, 1999). Depois de iniciado o aleitamento, os fatores identificados como associados com o desmame precoce são: baixa escolaridade materna, falta de conhecimentos sobre amamentação, tanto da mãe quanto do pai (Giugliani *et al.*, 1995) e falta de ajuda nos trabalhos domésticos (Giugliani *et al.*, 1992, 1995; Bar-Yam *et al.*, 1997; Susin, 1997). Também têm sido considerados fatores de risco a adolescência da mãe e baixa-classe social (Cooper *et al.*, 1988). Um estudo americano cita como fator de risco a mãe ser de cor negra (Jacobson *et al.*, 1991). A questão da cor parece, no entanto, estar mais associada com o fato de mais mães negras serem pobres e terem pouca rede de apoio do que com a cor propriamente dita.

A literatura é escassa (só foram encontrados 15 artigos) no que se refere ao estudo dos fatores do bebê e da relação mãe-bebê que influenciam na amamentação. É crença generalizada que a amamentação favorece o fortalecimento do vínculo e vice-versa. Há estudos que mostram que, quando o bebê lambe o seio ou o massageia, a oxitocina liberada provoca na mãe sonolência leve, euforia, aumento de tolerância à dor e “aumento do amor” pelo filho (Klaus, 1998; Winberg *et al.*, 1998). Em relação à influência na duração da amamentação, há diferentes achados: enquanto uns relatam aumento do período de aleitamento quando a comunicação da dupla mãe-bebê é boa (Klaus, 1998; De Andraca *et al.*, 1999), outros não encontram tal associação (Renfrew *et al.*, 2000).

Os estudos sobre o desenvolvimento da relação mãe-bebê, em geral, descontextualizam essa dupla. Por isso, essa abordagem é ampliada nesta pesquisa, incluindo um estudo mais aprofundado da influência do pai e da relação conjugal no

bem-estar da dupla mãe-bebê. Já está bem estabelecido que a presença do pai nas consultas pré-natais e no trabalho de parto estimula o vínculo pai-filho (Rohde, 1991; Marks *et al.*, 1995), mas não se encontraram estudos que correlacionem esses dados com a avaliação do risco do bebê para desmame precoce.

Quanto à relação com a família de origem, é do conhecimento empírico na área da Terapia Familiar que o nascimento de um bebê promove a reaproximação dos pais com seus próprios pais, criando um sistema de apoio que facilita os cuidados com o bebê (Falceto *et al.*, 1996; Prado, 1996). Não foram encontradas pesquisas que estudem sistematicamente esse processo. As que abordam o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê referem-se à maior chance de a mãe construir um bom vínculo quando ela teve uma boa relação com sua mãe ou quando, pelo menos, conseguiu reexaminar essa relação depois de adulta e está “em paz” com sua experiência infantil (Stern, 1997).

O estudo sistemático da influência da rede social na saúde da família está apenas em seu início. A rede social compreende a família extensa, as amizades, as relações de trabalho, comunitárias e de serviços – como os de saúde, por exemplo – ou de credo religioso ou político. Inclui desde relações íntimas até relações ocasionais, que também são importantes na organização e enriquecimento da vida cotidiana.

Já há estudos demonstrando que uma atitude positiva dos profissionais da saúde em relação à amamentação aumentam as chances de ela ocorrer e sua duração (Giugliani *et al.*, 1994; Lawrence *et al.*, 1999).

Existem evidências importantes de que a presença da rede social atenua os problemas de saúde por meio da satisfação de diferentes necessidades: 1) a presença de uma figura familiar diminui as reações fisiológicas de alarme; 2) as relações sociais contribuem para dar sentido à vida das pessoas; e 3) a rede social propicia atividades

peçoais e de retroalimentação com respeito a questões que beneficiam ou provocam desvios de saúde (Sluzki, 1997). O impacto da diminuição da amamentação em âmbito internacional foi marcante, tendo sido ocasionado pela crença social de que o leite artificial era melhor para o bebê e a mãe. Essa crença, cujo apogeu já foi atingido, como está descrito nas considerações históricas a respeito da amamentação, está agora em processo de superação. Apesar dessas evidências, não está bem estudada a influência da rede social sobre a amamentação.

Um estudo da autora deste trabalho sobre mães que doaram seus bebês no período perinatal mostrou que tal comportamento materno ocorria para a proteção do bebê, já que as mães julgavam-se incapazes de cuidá-lo em situações em que uma série de fatores se associavam – pobreza, migração, doença mental –, embora o fator decisivo pareça ser a falta de rede de apoio para as mães (Falceto *et al.*, 1994).

2.4.7 Fatores psicológicos maternos e paternos envolvidos na amamentação

2.4.7.1 A influência dos transtornos mentais maternos e paternos

Apesar de todos os esforços atuais de promoção da amamentação pelo sistema de saúde, uma parcela significativa de mulheres continua a desmamar seus bebês precocemente. Com a intenção de compreender o fenômeno, Almeida e Couto (Almeida, 1999) estudaram a amamentação dos bebês em uma amostra brasileira de mães que trabalhavam profissionalmente como incentivadoras do aleitamento materno. Os resultados revelaram que a média da amamentação exclusiva dessas

mães foi de 98 dias, muito abaixo do ideal de 180 dias que ensinavam a suas clientes e, também, não justificado pela volta ao trabalho, já que todas tiveram direito à licença-maternidade de 120 dias. Quando perguntadas sobre as causas do desmame precoce, falaram da fragilização emocional que a mãe vivencia e da falta de apoio das famílias e colegas, enfatizando que a informação que tinham era insuficiente para enfrentar as dificuldades envolvidas no aleitamento.

A maioria dos estudos publicados sobre a influência da saúde mental na amamentação descreve achados contraditórios e refere-se apenas à depressão e à pessoa da mãe. Duas pesquisas (Areias *et al.*, 1996a; Matthey *et al.*, 2000), uma de Portugal e outra da Austrália, avaliaram a ocorrência de doença mental em ambos os progenitores. Só o estudo português cita outros transtornos além de depressão e nenhum dos dois aborda a associação entre amamentação e transtornos mentais. A prevalência cumulativa encontrada na cidade do Porto (Portugal) de depressão no primeiro ano pós-parto é de 53,7% para as mães e de 28,6% para os pais, muito acima do estudo australiano, que aponta 27,3% para as mulheres e 10,1% para os homens. Uma possível razão para a diferença de prevalência é que o estudo australiano foi feito em uma amostra de famílias com melhor situação socioeconômica. Outros artigos, todos originários de países do Primeiro Mundo, citam índices entre 10% a 20% como sendo a prevalência esperada de depressão pós-parto (O'Hara *et al.*, 1991); esses estudos também não parecem se referir a prevalência cumulativa.

A maioria dos autores refere-se à gravidez como o período de maior proteção da saúde mental da mulher (Lawrence *et al.*, 1999). No entanto, Kumar e Robson (1984) acharam um pico de incidência de depressão no início da gravidez e, recentemente, uma pesquisa britânica descreveu uma maior proporção de depressão materna durante a gravidez que no período pós-parto (Evans *et al.*, 2001). Entretanto, é quase consenso que o período pós-parto é a fase da vida em que a mulher está

mais vulnerável, correspondendo ao período em que há o maior número de internações psiquiátricas. Esse achado, no entanto, não foi verificado por um estudo de Cooper *et al.* (1988). A prevalência de depressão pós-parto segundo Lawrence *et al.* (1999) é entre 15% a 20%. Depressão pós-parto ocorre, em geral, no primeiro e segundo ou até o terceiro mês depois do nascimento (Kumar *et al.*, 1984). Ela é diferente do *post partum blues*, um processo autolimitado que ocorre no quarto ou quinto dia após o parto, caracterizando-se como um período de hipersensibilidade da mãe que, segundo a maioria dos estudos, não se associa com o desenvolvimento de depressão materna (Rohde *et al.*, 1997), ainda que outros afirmem que isso pode ocorrer em 21% a 25% dos casos. A depressão pós-parto, por sua vez, tende a aparecer em mulheres que já têm história anterior de depressão (Lawrence *et al.*, 1999).

Como já foi dito, poucos são os trabalhos que estudam a relação entre amamentação e depressão. Por exemplo, as discussões sobre alterações hormonais relacionadas com o estado de humor no pós-parto ignoram a lactação e a possibilidade de elas agirem como fator de proteção contra a depressão nesse período, devido aos altos níveis de prolactina e oxitocina. Um estudo de psicoendocrinologia (Abou-Saleh *et al.*, 1998) identificou taxas menores de prolactina nas mulheres deprimidas no final da primeira semana pós-parto, se comparadas com as normais e as que amamentavam. Nesse estudo, realizado na Arábia Saudita, baixa prolactina, associada com maior taxa de progesterona e tiroxina, predizia a ocorrência de depressão na sexta e décima semana pós-parto.

A maioria dos estudos evidencia que o início e/ou a manutenção da amamentação é menos freqüente em mães que se deprimem no pós-parto (Paykel *et al.*, 1980; Alder *et al.*, 1983, 1988; Cooper *et al.*, 1988; Trad, 1990; O'Hara *et al.*, 1991; Isabella *et al.*, 1994; Gaskin *et al.*, 1996). A depressão pode também iniciar-se mais

tarde, na vigência da amamentação. O'Hara *et al.* (1991), no entanto, num estudo prospectivo de mulheres com *post partum blues*, não encontrou associação entre amamentação e depressão.

Alguns estudos associam a depressão com parto difícil ou outros eventos traumáticos (Lawrence *et al.*, 1999).

Um estudo realizado nos Estados Unidos de 1987 a 1988 (Jacobson *et al.*, 1991) com uma população pobre e predominantemente negra encontrou um percentual mais baixo de amamentação nesse grupo que no grupo controle branco. A avaliação, realizada no sexto mês pós-parto, não verificou associação entre depressão materna e desmame.

Há relatos clínicos de casos em que a interrupção aguda da amamentação de mulheres já deprimidas pode intensificar o quadro, podendo precipitar até mesmo comportamento suicida (Trad, 1990; Hannah *et al.*, 1992; Lawrence *et al.*, 1999).

Por outro lado, alguns estudos dizem que aparecem mais transtornos mentais nas mães que amamentam (Paykel *et al.*, 1980; Cooper *et al.*, 1988; O'Hara *et al.*, 1991). Um estudo longitudinal (Alder *et al.*, 1988) de 91 mulheres achou mais depressão em mães que aos seis meses ainda amamentavam do que na avaliação feita aos três meses. Os autores procuraram encontrar alguma explicação para essa associação nas características da vida sexual dessas mulheres: não a encontraram aos seis meses, mas sim aos três meses, já que as mulheres que amamentavam tendiam a retornar à vida sexual mais tarde. Esse achado poderia indicar uma relação entre maiores dificuldades no casamento e depressão, associação citada na maioria dos estudos, mas que é negada por outros. Outro estudo, nos Estados Unidos, (Isabella *et al.*, 1994) de uma população homogênea de 32 mulheres, mórmons em

sua maioria, encontrou mais depressão (e ansiedade) um mês após o parto nas mulheres que amamentavam.

Quando a mãe não tem apoio social adequado, a amamentação pode constituir-se não em um facilitador, mas em um fator adicional de estresse para a mãe. Um artigo da Inglaterra, dos mais citados na literatura, descreve dois estudos longitudinais independentes (Cooper *et al.*, 1993) que encontraram associação entre desmame e depressão, além de baixa classe social e pouca idade e educação materna. A pesquisa foi realizada em uma população de clínica pré-natal, constando da administração de escalas em 483 mulheres, seguida de entrevistas a 50 mulheres deprimidas e 50 não deprimidas.

Só dois trabalhos, como já foi citado, referem-se à saúde mental do pai no período ao redor do nascimento de um filho (Areias *et al.*, 1996a, 1996b; Matthey *et al.*, 2000). Relatam que os homens são mais freqüentemente acometidos de depressão a partir de três meses depois do nascimento e ao longo do primeiro ano de vida do bebê. Homens que têm esposas deprimidas tendem a se deprimir mais. Também as mulheres de companheiros com história de depressão têm um risco maior. Possivelmente, a falta de apoio mútuo, resultante do estado depressivo, está relacionada com esses achados. Essas pesquisas não estudam a associação entre saúde mental do pai e amamentação.

2.4.7.2 A influência de fatores relacionais sobre a amamentação: a relação conjugal, o apoio do pai e de outros

A manutenção da amamentação e o desmame estão associados com múltiplos fatores. Uma mãe deprimida que tenha conseguido iniciar a amamentação pode mantê-la, especialmente se tiver apoio do marido, enquanto uma mãe não deprimida pode não amamentar por outras razões, como necessidade de voltar ao trabalho ou existência de uma rede social que não estimula a amamentação (Bick *et al.*, 1998). Para uma mãe que não tem uma rede social de apoio, a amamentação, ao invés de facilitar sua vida, pode ser um fator adicional de estresse (Lawrence *et al.*, 1999).

Dois artigos recentes de revisão (Bar-Yam *et al.*, 1997; Raj *et al.*, 1998), ao focalizar especificamente o papel do pai, apontaram sua influência positiva na decisão, estabelecimento e manutenção do aleitamento. Um deles (Bar-Yam *et al.*, 1997) cita Gamble, que descreveu quatro estilos de paternagem: pai envolvido, pai auxiliar, pai supervisor e pai desligado. Menciona também que, às vezes, os pais apóiam a decisão materna de amamentar sem dar-se conta das conseqüências que o aleitamento trará à vida das esposas, passando depois a sentir-se excluídos da relação destas com os bebês. Bick (1998), que entrevistou 906 mulheres buscando os fatores que influenciam a cessação precoce da amamentação, inclui como fator predisponente a mãe ser solteira, mas não avalia a qualidade da relação conjugal. Existem várias outras pesquisas (Bevan *et al.*, 1984; Black *et al.*, 1990; Grossman *et al.*, 1990; Macgowan *et al.*, 1991; Serdula *et al.*, 1991; Freed *et al.*, 1992a, 1992b; Cooper *et al.*, 1993; Giugliani *et al.*, 1994; Isabella *et al.*, 1994; Littman *et al.*, 1994; Park *et al.*, 1994; Gorman *et al.*, 1995; Susin, 1997; Li *et al.*, 1999; Lawrence *et al.*, 1999; Tarkka *et al.*, 1999) demonstrando associação entre a presença de apoio do

pai à amamentação e a sua manutenção, segundo as informações dadas pelas mães. Não se encontraram publicações que incluam a entrevista do pai sobre suas crenças e atitudes em relação à amamentação e sobre sua avaliação da relação conjugal. Gorman *et al.*(1995), por exemplo, entrevistaram pais de origem mexicana nos Estados Unidos, mas apenas com respeito a sua visão do aleitamento materno.

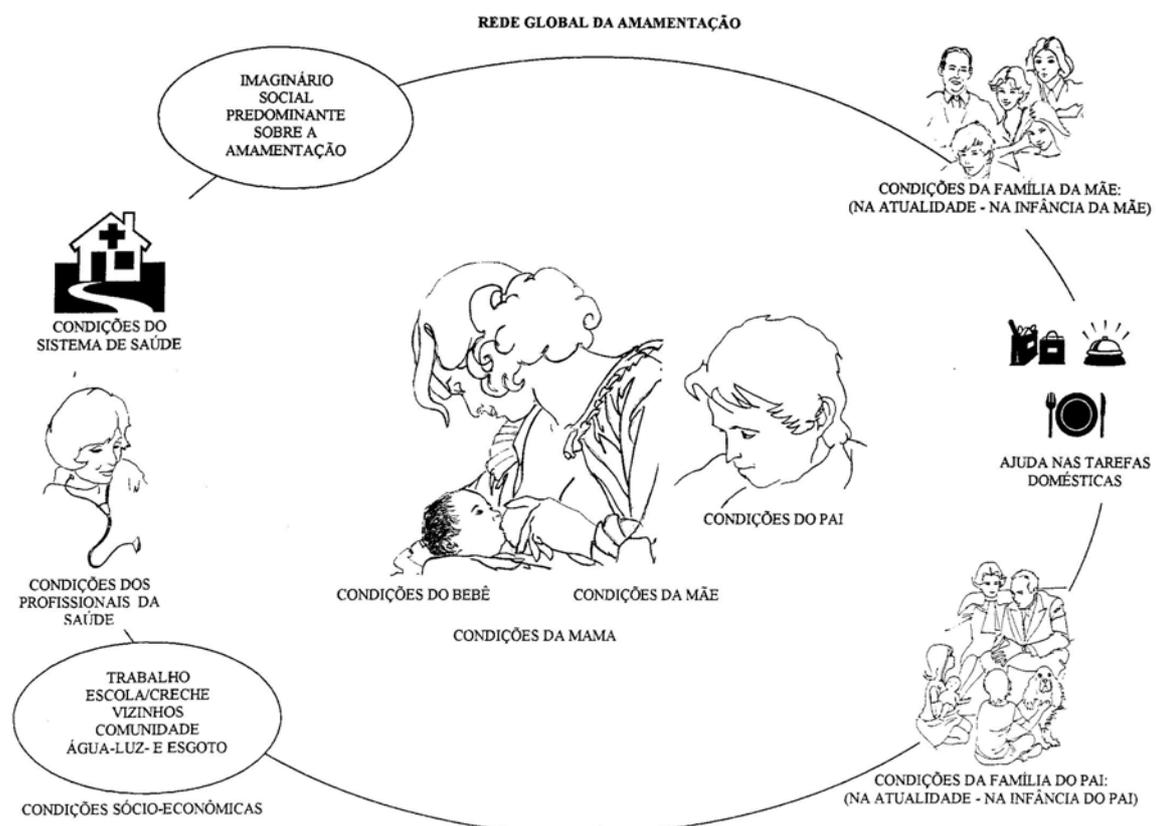
Foram revisadas algumas publicações que focalizam a relação conjugal no período perinatal, relacionando-a com a qualidade dos cuidados ao bebê, mas que não fazem referência à amamentação. Demonstram existir associação entre a presença de uma boa relação conjugal e envolvimento do pai nos cuidados ao bebê, bem-estar da mãe e uma maior capacidade desta de oferecer respostas sensíveis às necessidades do bebê (Namba *et al.*, 1999; Pauli *et al.*, 2000; Feldman, 2000). Foram encontrados dois artigos (Vandell *et al.*, 1997; Rogers *et al.*, 1998) que referem uma associação positiva entre boa qualidade dos cuidados parentais e relato de maior felicidade conjugal. Ao lado disso, quatro estudos longitudinais (Belsky *et al.*, 1983; Gloger *et al.*, 1998; Broom, 1998; Crockenberg *et al.*, 2001) identificaram uma deterioração na qualidade da relação conjugal após o nascimento de um filho, já que os pais passam a focalizar os cuidados do bebê, negligenciando as atenções ao parceiro, necessárias para manter aceso o relacionamento amoroso do casal.

Os estudiosos da relação conjugal referem que esta envolve a execução de duas funções básicas (Minuchin, 1982): 1) a função conjugal, que implica a satisfação das necessidades objetivas e subjetivas dos cônjuges, com a provisão de apoio mútuo para o seu desenvolvimento pessoal (amizade), parceria nas responsabilidades e tarefas do dia-a-dia (companheirismo) e relacionamento afetivo e sexual (relação amorosa ou romance); e 2) a função parental, que envolve o funcionamento do casal como equipe que cuida das necessidades da prole, implicando um relacionamento entre si e com os filhos adequado ao estágio do desenvolvimento destes. Na maioria

dos casais, existe associação entre a qualidade do seu funcionamento nas duas áreas, ou seja, na sua função conjugal e parental (Broom, 1998).

Quanto à rede social mais ampla, têm sido tentadas várias experiências de cuidados adicionais às duplas mãe-bebê pelo sistema de saúde (Gunn *et al.*, 1998; Morrell *et al.*, 2000), graças ao reconhecimento da importância de fazer-se o diagnóstico precoce da depressão pós-parto e de dar-se suporte à mãe como parte do tratamento.

A Figura 2 ilustra a complexidade da rede de relações necessárias para o bom desenvolvimento da amamentação.



A literatura e Figura 2 - Rede global da amamentação das mães-bebê com problemas, sendo que Oates (1996), na Inglaterra, chega a sugerir que essa atividade deveria ser uma nova especialidade em Medicina.

2.4.7.3 Conseqüências dos transtornos mentais da mãe e do pai no desenvolvimento da criança

Existe uma crença generalizada de que a amamentação facilita e promove a formação do vínculo mãe-bebê. Mães que verbalizam gostar e querer amamentar amamentam mais e têm interações mais prazerosas com seus bebês (Newton *et al.*, 1967). Entretanto, o estudo da interação de mães deprimidas com seu bebê durante a amamentação mostrou que elas têm mais dificuldades de responder às sinalizações, necessidades e problemas do filho (Nordström *et al.*, 1988; Lawrence *et al.*, 1999). Milgrom, citado por Lawrence (1999), relatou que bebês de três a seis meses, filhos de mães deprimidas, choram mais que os demais, o que pode estar associado à grande frequência com que as mães dão como razão do desmame sua percepção de que seu “leite não sustenta, é fraco” (Siqueira *et al.*, 1994; Lawson *et al.*, 1995). Esta verbalização pode ser também interpretada como o produto de idéias de desvalia, resultado da depressão.

Um estudo longitudinal de primeiros filhos de uma população de risco para problemas de desenvolvimento identificou associação entre psicopatologia dos pais e atrasos do desenvolvimento aos dois anos mas não aos três meses de vida da criança. Quando a mãe tinha psicopatologia, a criança tinha atraso cognitivo e socioemocional. Quando era o pai o portador da psicopatologia, a criança só demonstrava atraso cognitivo. Também foi observada a associação inversa, de que um bebê de temperamento difícil pode atrapalhar a formação do vínculo mãe-bebê. Além da perturbação da relação mãe-bebê, outros problemas familiares, como transtornos da relação conjugal, também estão associados com a psicopatologia dos

pais. O estudo sugere que o impacto da depressão materna no desenvolvimento do filho é maior na idade pré-escolar (Laucht *et al.*, 1994).

Como se viu até agora, a maioria dos estudos refere-se só à depressão. Eventualmente, eles mencionam ansiedade (Kumar *et al.*, 1984; Nordström *et al.*, 1988) sem, contudo, diferenciar claramente os diagnósticos. Outro problema prevalente e ainda pouco estudado é o abuso de substâncias pelos pais. Um estudo sueco que seguiu uma coorte de mulheres grávidas da população em geral identificou associação entre problemas do desenvolvimento aos quatro anos e alcoolismo dos pais. O atraso era maior em meninos e pior se ambos os pais tinham problema. Se só o pai bebia, não se verificou atraso (Nordberg *et al.*, 1994). Um estudo populacional americano identificou a tendência de filhos de alcoolistas em famílias monoparentais sofrerem acidentes graves (Bijur *et al.*, 1992).

2.4.7.4 A necessidade da visão multidisciplinar no estudo da amamentação

A revisão bibliográfica demonstrou que a maioria dos estudos sobre amamentação oriundos da área da Pediatria concentra-se nos fatores biológicos envolvendo o bebê e a mãe. As pesquisas sobre o desenvolvimento do bebê da área da Psiquiatria Infantil e da Psiquiatria do Bebê atêm-se ao estudo da dupla mãe-bebê. São poucos os estudos sobre a associação entre amamentação e desenvolvimento psicológico do bebê. Não foram encontradas pesquisas que estudassem a associação entre amamentação e saúde mental do pai, apesar de estar bem estabelecido que o apoio deste ao aleitamento favorece seu sucesso.

Fica evidente nesta revisão da literatura que faltam estudos multidisciplinares sobre a amamentação capazes de, hipoteticamente, construir uma metodologia científica mais adequada à compreensão da complexidade dos fenômenos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no sucesso ou no fracasso do aleitamento materno. É nesse espaço multidisciplinar que a pesquisa aqui descrita procura se inserir.

2.5 BREVE REVISÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO INDIVIDUAL E FAMILIAR

2.5.1 Entrevista clínica

A entrevista clínica individual é o método tradicional de diagnóstico em Psiquiatria. Utilizam-se perguntas abertas e perguntas dirigidas para identificar sintomas específicos, dando especial relevo e cuidado a aspectos da relação médico-paciente. Entrevistam-se o paciente e familiares.

As classificações diagnósticas psiquiátricas mais utilizadas no Brasil são a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993), na parte que classifica os transtornos mentais e de comportamento, e a Classificação da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-IV) (*American Psychiatric Association*, 1994).

O principal problema envolvido no diagnóstico psiquiátrico mediante exame clínico é a interferência da subjetividade do entrevistador. Esse efeito fica diminuído quando são utilizadas entrevistas semi-estruturadas, como as idealizadas para esta pesquisa (Anexos C – F). Também o treinamento disciplinado sobre como entrevistar e o uso das classificações diagnósticas, que descrevem pormenorizadamente os

sintomas e as características necessárias ao diagnóstico, aumentam a confiabilidade na avaliação do entrevistador. Além disso, as informações adicionais de familiares dão uma visão potencialmente mais objetiva do funcionamento do indivíduo, permitindo ao entrevistador formar uma opinião mais alicerçada em evidências.

Os diagnósticos resultantes de avaliações clínicas bem feitas abrangem melhor a complexidade do funcionamento humano e, por isso, costumam ser mais fidedignos que as escalas auto-respondidas (Andreoli *et al.*, 2000); entretanto, como são muito custosos em termos de pessoal e de tempo de execução, tais diagnósticos dificilmente podem ser utilizados em pesquisas quantitativas.

Durante as entrevistas, é importante evitar manifestações que possam ser interpretadas pela família como julgamentos ou orientações. As famílias, na fase em que estão envolvidas com filhos pequenos, são muito sensíveis a intervenções a respeito dos filhos. Também está bem documentado que famílias nessa fase despertam intensa contratransferência no entrevistador (Cramer *et al.*, 1993; Guedeney *et al.*, 1997; Regalado *et al.*, 2001).

2.5.2 Escalas de avaliação individual

Como em estudos populacionais ou de grandes grupos é difícil usar a entrevista clínica, foram desenvolvidas escalas auto-respondidas para simplificar a avaliação psiquiátrica individual.

O *Self Report Questionnaire* (SRQ) é um questionário auto-respondido de 20 perguntas, utilizado para a triagem de casos psiquiátricos em cuidados primários. Foi simplificado do SRQ idealizado por Harding em 1980, que constava de 24 perguntas e incluía também transtornos psicóticos. Harding baseou-se em instrumentos já em uso

em quatro países: O PASSR na Colômbia, o PGS na Índia, o GHQ na Inglaterra e a versão simplificada do PSE, também da Inglaterra. O SRQ-20, com 20 perguntas, usado neste trabalho, foi validado em São Paulo em relação a uma entrevista clínica e ao CIS de Goldberg, para uso no Brasil (Mari *et al.*, 1986). Em Porto Alegre, já tinha sido utilizado em um estudo de cuidados primários (Busnello *et al.*, 1983). Para os respondentes com menos de oito anos de escolaridade, as perguntas eram lidas em voz alta. Usando como ponto de corte 7-8 respostas positivas, a sensibilidade e a especificidade foram de 83% e 80% respectivamente. Esse foi o melhor ponto de corte para as mulheres. Para os homens, estipulou-se o ponto de corte 5-6 (sensibilidade 89%, especificidade 77%). Houve forte correlação com a entrevista psiquiátrica em relação à gravidade dos sintomas ($R=0,70$). A correlação foi menor com o CIS ($R=0,55$).

2.5.3 Escala de avaliação do funcionamento relacional de Beavers-Timberlawn: BT

As famílias saudáveis, segundo Beavers, apresentam uma estrutura clara e flexível que torna o convívio fácil (Beavers *et al.*, 1982; Falceto *et al.*, 1997). A funcionalidade das regras familiares é, para elas, a maior preocupação. Mudanças de direção não são ameaçadoras, e mesmo o menor dos filhos é considerado capaz de dar sugestões. Seus membros gostam de contribuições novas, que examinam com cuidado e, após negociações, freqüentemente aceitam. De muita importância é um alto respeito pelas necessidades biológicas de seus componentes. A necessidade de intimidade não é vista como fraqueza. A raiva é enfrentada como um sinal de que algo

precisa ser mudado ou corrigido. O interesse sexual é, em geral, considerado uma força positiva.

Beavers identifica cinco qualidades da família consideradas importantes para o desenvolvimento de indivíduos capazes, adaptativos e saudáveis: 1) estrutura de poder: a estrutura de poder é clara e compartilhada de forma igualitária pelos pais (mesmo que não tenham funções idênticas); 2) grau de individuação dos membros da família: as famílias saudáveis prestigiam os esforços de individuação ao mesmo tempo que facilitam a interdependência de seus membros; 3) aceitação de separações e perdas: as famílias saudáveis superam as perdas, já que, por definição, a família saudável é aquela capaz de se “autodissolver”, permitindo a saída de seus filhos de casa; 4) percepção da realidade: as famílias saudáveis compartilham uma mitologia familiar verificável pelo observador e reconhecem as conseqüências da passagem inexorável do tempo; 5) afeto: o afeto predominante nas famílias saudáveis é de afeição e carinho; caracterizam-se por ser otimistas e confiantes, permitem a circulação e manejo de todos os tipos de afeto, sejam de conotação positiva ou negativa; o uso do humor constitui-se num importante mecanismo para lidar com dificuldades. Postula-se que alterações nesses parâmetros do funcionamento familiar facilitam o aparecimento de patologia psiquiátrica de menor ou maior intensidade.

Com base nesse modelo teórico, já testado em pesquisas prévias, a equipe da Fundação Timberlawn elaborou a escala de avaliação familiar, que chamou de Beavers-Timberlawn, em que são dadas notas de 1 a 5 para as diversas dimensões de funcionamento, divididas em 13 itens. Há também uma nota global do funcionamento (de 1 a 10). A escala é preenchida por observadores treinados (Anexo H).

2.5.4 Escala de avaliação da família: GARF

Pela sua complexidade, é muito difícil avaliar a estrutura e o funcionamento familiar de forma a obter um diagnóstico objetivo que facilite a intervenção preventiva ou terapêutica. Além disso, ainda existe discussão no campo da Terapia Familiar sobre o que é normal e patológico, ou melhor, quais os processos interacionais e eventos significativos que levam uma família a se desenvolver de uma forma funcional, facilitadora do desenvolvimento, ou de modo disfuncional, gerando sintomas impeditivos do crescimento individual e/ou da unidade familiar.

Entretanto, pesquisas realizadas nos últimos vinte anos já permitem um consenso sobre quais as características do funcionamento familiar que são promotoras do desenvolvimento. A Associação Americana de Psiquiatria tem um grupo voltado para o estudo do diagnóstico familiar que elaborou e conseguiu colocar o *Global Assessment of Relational Functioning* (GARF) (Kaslow, 1993), ou avaliação global do funcionamento relacional, como um adendo no livro de opções do DSM-IV, publicado em 1994. Robert Beavers, um dos autores da escala BT, faz parte do grupo que continua a trabalhar para que o diagnóstico da qualidade do funcionamento familiar seja incluído no próximo DSM como um dos eixos da classificação multiaxial. A construção da escala GARF baseia-se no pressuposto de que os problemas humanos se desenvolvem e se resolvem de forma interacional num contexto biopsicossocial. Como consequência, a inclusão do diagnóstico relacional no diagnóstico psiquiátrico multiaxial é fundamental. Existem pesquisas publicadas sobre o assunto no nível internacional, mas no Brasil são poucos os trabalhos publicados nesta área (Falceto, 2000).

A escala GARF permite avaliar o grau de preenchimento, pela família, das necessidades afetivas e instrumentais de seus membros, nas seguintes áreas:

- a) solução de problemas: capacidade de negociar objetivos, regras e rotinas; adaptabilidade ao estresse; capacidade de comunicação; capacidade de resolver conflitos;
- b) organização: manutenção de papéis interpessoais e limites dos subsistemas; funcionamento hierárquico; coalizões e distribuição do poder, controle e responsabilidade;
- c) clima emocional: clima e amplitude dos afetos; qualidade dos cuidados, empatia, envolvimento e ligação/comprometimento; comunhão de valores; respostas afetivas interpessoais e respeito; qualidade do funcionamento sexual.

A escala dá um escore de um a 99, dividido em cinco subgrupos. Devem ser dados escores específicos, intermediários, quando adequado. São os seguintes os subgrupos: subgrupo 5 (escore de 81 a 99) – a unidade interacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores; subgrupo 4 (escore de 61 a 80) – o funcionamento da unidade interacional é algo insatisfatório. São resolvidas muitas das dificuldades que ocorrem ao longo do tempo, mas não todas elas; subgrupo 3 (escore de 41 a 60) – apesar de haver períodos ocasionais de funcionamento satisfatório e competente das relações, aquelas disfuncionais e insatisfatórias tendem a prevalecer; subgrupo 2 (escore de 21 a 40) – a unidade interacional é óbvia e seriamente disfuncional. Períodos de relacionamento satisfatório são raros; subgrupo 1 (escore de 1 a 20) – a unidade interacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação (Anexo I).

Um estudo da aplicação do GARF realizado em Porto Alegre, RS (Falceto *et al.*, 2000) identificou sua utilidade para classificar os resultados da entrevista familiar diagnóstica, demonstrando grande aplicabilidade e adequação à população brasileira. O ponto de corte utilizado foi 70 ou mais para as famílias que estavam funcionando bem ou tinham dificuldades temporárias que não chegavam a prejudicar seu dia-a-dia.

A classificação da família nuclear em cinco níveis de funcionamento é um modelo que pode ser utilizado para a classificação do funcionamento também de outros subsistemas familiares, como o casal ou a relação com as famílias de origem.

3 JUSTIFICATIVA

O Brasil é um país de proporções continentais e com enormes recursos. No entanto, segundo dados atuais do IBGE, cerca de 53 milhões de seus habitantes vivem abaixo da linha de pobreza e, portanto, em condições socioeconômicas que os colocam em risco para problemas de saúde.

A infância costuma ser a faixa etária mais intensamente afetada pela adversidade e, ao mesmo tempo, por ser uma fase de desenvolvimento, é aquela em que a intervenção terapêutica dá resultados mais rápidos e positivos (Cramer *et al.*, 1993). A saúde das crianças é decorrência da saúde de suas famílias, que são seu ninho e seu alimento, em todos os sentidos. Só melhorando a saúde das famílias brasileiras, o trabalho em prol da saúde infantil será efetivo.

Já está bem estabelecida a importância da amamentação ao peito materno para o desenvolvimento integral do bebê e do vínculo mãe-filho. A OMS propugna a manutenção da amamentação exclusiva até o 6º mês e complementada até os 2 anos ou mais, visando, entre outras coisas, a diminuir o risco de morbimortalidade do bebê. É, entretanto, grande a proporção de bebês que são desmamados precocemente. Eles constituem, no Brasil, um problema de saúde pública que vem sendo investigado sob vários prismas. Uma área ainda pouco estudada, também no nível internacional, é a influência dos fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno.

O presente estudo buscou conhecer o perfil psicossocial das famílias dos bebês que sofreram desmame precoce e daquelas em que isso não ocorreu, estudando como se davam as interações dentro da família e com a comunidade, para compreender a sua influência nesses processos.

Partiu-se do pressuposto de que o estudo naturalístico do desmame precoce do bebê dentro da comunidade é o método mais adequado para abranger a complexidade dos fatores psicossociais envolvidos. Os achados associados à maior resiliência do bebê e sua família serão úteis para a definição das intervenções em cuidados primários, respondendo, assim, à solicitação que foi feita à autora pelo Programa da Criança do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e que deu início a esta pesquisa. O que se buscou foi entender a relação existente entre o complexo processo da amamentação e as tentativas de solução que já estão sendo executadas pelo sistema de saúde (Helman, 1996; Tavares *et al.*, 1996). Os dados obtidos serão utilizados para fundamentar o desenvolvimento de intervenções padronizadas, com metodologia simplificada, para uso em cuidados primários, com vistas à prevenção de morbimortalidade infantil e de problemas familiares.

4 OBJETIVOS DA PESQUISA

4.1 OBJETIVO GERAL

Estudar, numa população de periferia urbana, fatores psicossociais associados com o desmame precoce dos bebês, definido como a situação na qual o bebê já não é mais amamentado aos quatro meses de idade.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudar a saúde mental da mãe e a do pai e relacioná-las com o desmame precoce do bebê.
2. Estudar a relação conjugal e relacioná-la com o desmame precoce do bebê.

5 A PESQUISA

A descrição da metodologia de pesquisa, os resultados e a sua discussão devem ser lidos nos dois artigos que constam do corpo desta tese e que são seu principal produto (Anexo J).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi construída com quatro finalidades principais: 1) avançar no conhecimento da influência dos fatores psicossociais no desmame precoce ou na manutenção da amamentação além dos quatro meses de idade do bebê; 2) criar condições para que esses conhecimentos sejam aplicados pelo sistema de saúde; 3) construir uma metodologia mais adequada ao estudo da complexidade do tema; 4) iniciar uma linha de pesquisa que acompanhe longitudinalmente o desenvolvimento infantil e da família, no contexto da sua rede social.

Quanto ao primeiro ponto, verificou-se que, na população estudada, o desmame precoce mostra associação com a presença de transtorno mental da mãe no puerpério, mas que aos quatro meses essa associação já não se verifica. Identificou-se, também, uma alta prevalência de transtornos mentais nas mães (53%) e nos pais (42%) dos bebês, chamando atenção a tendência do cônjuge do progenitor afetado também apresentar transtorno. Além disso, avaliou-se a relação conjugal, não tendo sido identificada uma associação direta desta com a manutenção ou não da amamentação. Entretanto, indiretamente, a relação conjugal está associada, porque o pai apóia mais a amamentação quando se relaciona bem com a mãe. Neste estudo, verificou-se o achado, já identificado no nível internacional, de que o apoio específico do pai à amamentação aumenta a sua duração. Sobre esses achados, já há dois artigos concluídos (Anexo J). Dados referentes a outros fatores psicossociais

envolvidos na amamentação, como temperamento do bebê, relação mãe-bebê e pai-bebê, relação com a família de origem e com a rede social, serão foco de outros artigos da autora.

Em relação ao segundo ponto, já se encontra em andamento um estudo do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição para modificar algumas rotinas do atendimento perinatal do Serviço de forma a aproveitar os ensinamentos desta pesquisa. Na unidade Barão de Bagé, em que o Programa de Saúde da Criança é coordenado pela co-autora do estudo, Dra. Carmem Fernandes, algumas modificações já estão em vigor.

1. Inclusão da família no pré-natal: insistência na presença do pai e da avó materna. Realização de entrevista semi-estruturada para detecção de transtorno mental, problemas na formação do vínculo com o filho em gestações anteriores e na geração passada.
2. Na primeira visita após o recebimento da Declaração de Nascimento, ênfase na impressão do entrevistador sobre o estado emocional da mãe e do pai, com o objetivo de detectar sinais precoces de problemas.
3. Supervisão da visita com elaboração de um plano de acompanhamento da família, adequado às necessidades identificadas.
4. Treinamento dos enfermeiros, auxiliares e técnicos na detecção precoce de depressão materna na consulta de puericultura.
5. Em andamento, montagem de um serviço de atenção à saúde do homem.

O ponto número três foi contemplado pela metodologia de pesquisa descrita na tese, construída por uma equipe de especialistas de diversas áreas médicas e depois

aplicada por uma equipe multidisciplinar de terapeutas de família. Está claro para o grupo de que as respostas metodológicas encontradas são “uma gota no oceano” de um campo que necessita muito investimento teórico e prático.

Quanto à construção das bases para a realização de uma pesquisa longitudinal do desenvolvimento infantil e da família no contexto da sua rede social no meio estudado, já está em campo uma equipe fazendo entrevistas e observações dos bebês e suas famílias, aproximadamente dois anos após seu nascimento. É desejo da equipe continuar investindo esforços para a construção de mais conhecimento sobre o desenvolvimento humano, estudado dentro de seu contexto, de uma forma que seja relevante à realidade e ao sistema de saúde do País.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23:465-75.
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1978.
3. Alder EM, Cox JL. Breast feeding and post-natal depression. *J Psychosom Res* 1983; 27:139-44.
4. Alder EM, Bancroft J. The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychol Med* 1988; 18:389-96.
5. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
7. Andreoli S, Blay S, Mari J. Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In: Gorestein C, Andrade L, Zuardi A, eds. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 45-52.
8. Araya M, Espinoza J, Zegers B, Cruchet S, Brunser O, Humphreys D, *et al.* Altered maternal psychological profile as health risk factor in poor urban infants. *Acta Paediatr Scand* 1995; 85:1213-6.
9. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1996a; 169:36-41.
10. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of

- the Edinburgh Postnatal Depression Scale in portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996b ;169:30-5.
11. Bar-Yam N, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact* 1997; 13:45-50.
 12. Beavers WR. Healthy, midrange and severely dysfunctional families. In: Walsh F, ed. *Normal family processes*. NewYork: The Guilford Press; 1982. p. 45-66.
 13. Belsky J, Spanier GB, Rovine M. Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *J Marri Fam* 1983; 45:567-77.
 14. Bevan ML, Mosley D, Lobach KS, Solimano GR. Factors influencing breastfeeding in an urban WIC program. *J Am Diet Assoc* 1984; 5:563-7.
 15. Bick DE, Macarthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery* 1998;14:242-7.
 16. Bijur PE, Kurzon M, Overpeck MD, Scheidt PC. Parental alcohol use, problem drinking, and children's injuries. *JAMA* 1992; 267:3166-71.
 17. Black RF, Blair JP, Jones VN, Durant RH. Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia. *J Am Diet Assoc* 1990; 2:255-9.
 18. Blank D. Conduas clínicas na promoção da saúde da criança e do adolescente. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1996. p.79-86.
 19. Bottorff JL. Persistence in breastfeeding: a phenomenological investigation. *J Adv Nurs* 1990; 15:201-9.
 20. Bourdieu P. Stratégies de reproduction et modes de domination. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1994; 105:3-12.
 21. Bowlby J. *Apego*. São Paulo: Martins Fontes; 1984.
 22. Bowlby J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1989.
 23. Brazelton TB, Cramer BG. *As primeiras relações*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.
 24. Broom BL. Parental sensitivity to infants and toddlers in dual-earner and single-earner families. *Nurs Res* 1998; 47:162-70.

25. Busnello E, Lima B, Bertolote JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico - tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1983; 4:207-10.
26. Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988; 152:799-806.
27. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychiatry Res* 1993; 37:171-6.
28. Cordeiro M. Treating infants and mothers in psychic distress: a mental health program for infancy. In: *Infant Mental Health Journal - special issue: evaluating infants and toddlers for treatment*; 1997.p.145-57.
29. Corneau G. Pai ausente filho carente: o que aconteceu com os homens? São Paulo: Brasiliense; 1991.
30. Cramer B, Palacio-Espasa F. Técnicas psicoterápicas mãe/bebê. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1993.
31. Crockenberg S, Langrock A. The role of specific emotions in children's responses to interparental conflict: a test of the model. *J Family Psychol* 2001; 15:163-82.
32. De Andraca I, Salas MI, Lopez C, Cayazzo MS, Icaza G. Effect of breast feeding and psychosocial variables upon psychomotor development of 12 month-old infants. *Arch Latinoam Nutr* 1999; 49:223-31.
33. Drachler ML. Promoção do desenvolvimento da criança. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1996. p. 93-100.
34. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br Med J* 2001; 323:257-60.
35. Falceto O, Quinalha AF, Tetelbom M. Abandono infantil no pós-parto imediato: estudo de casos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 1994; 16:80-8.
36. Falceto O, Aertz D, Fernandes C, Wartchow E. O médico, o paciente e a família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1996. p. 65-72.

37. Falceto O. Famílias com desenvolvimento funcional e disfuncional: validação das escalas diagnósticas FACES III, Beavers-Timberlawn e GARF [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1997.
38. Falceto O, Busnello E, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health* 2000; 7:255-63.
39. Falceto O, Waldemar JOC. O ciclo vital da família. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols MAS. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed; 2001.p.59-72.
40. Family Health International. Breast-feeding as a family planning method. *Lancet* 1988; 2:1204-5.
41. Feldman R. Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health J* 2000; 21:176-91.
42. Ford R, Hassal I, Mitchell E, Scragg R, Taylor B, Allen E, *et al.* Life events, social support and the risk of sudden infant death syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37:835-40.
43. Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics* 1992a; 90:224-7.
44. Freed GL, Jones TM, Schandler RJ. Prenatal determination of demographic and attitudinal factors regarding feeding practice in an indigent population. *Am J Perinat* 1992b; 5:420-4.
45. Gaskin IM, Hunt P. Ask the midwife. *Birth Gazette* 1996; 12:46-9.
46. Giugliani ERJ, Issler R, Justo E, Seffrin C, Hartmann R, Carvalho N. Risk factors for early termination of breast feeding in Porto Alegre, Brazil. *Acta Paediatr* 1992; 81:484-7.
47. Giugliani ERJ, Waleska TC, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decision to breastfeed. *J Hum Lact* 1994; 10:157-61.
48. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr (Rio J.)* 1994; 70:138-51.

49. Giugliani ERJ, Rocha VL, Neves J, Polanczyk C, Seffrin C, Susin L. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *J Pediatr (Rio J.)* 1995; 71:77-81.
50. Giugliani ERJ, Victora C. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos (bases científicas). Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 1997.
51. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr (Rio J.)* 2000; 76 (Supl.3): S238-S252.
52. Giugliani, ERJ. Evolução histórica da amamentação. In: Santos Jr. LA, ed. *A mama no ciclo gravídico puerperal*. São Paulo: Atheneu; 2000.p.3-6.
53. Glass J. Gender liberation, economic squeeze, or fear of strangers: why fathers provide infant care in dual-earner families. *J Marr Fam* 1998; 60:821-34.
54. Gloger T, Gabriele S, Huerkamp M. Relationship change at the transition to parenthood and security of infant-mother attachment. *Int J Behav Develop* 1998; 22:633-55.
55. Gorman T, Byrd TL, Vanderslice J. Breast-feeding practices, attitudes, and beliefs among Hispanic women and men in a border community. *Fam Com Health* 1995; 18:17-27.
56. Grossman LK, Fitzsimmons SM, Larsen-Alexander JB, Sachs L, Harter C. The infant feeding decision in low and upper income women. *Clin Pediatr* 1990; 29:30-7.
57. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Núcleo de Epidemiologia. Relatório Anual de Avaliação das Ações Materno-Infantis. Porto Alegre, 1997.
58. Guedeney A, Lebovici S. Evaluation into the relationship: reflections on new trends in evaluation, assesment and classification. *Infant Mental Health Journal* 1997 Sum; 18:171-81.
59. Guimarães JL, Fischmann A. Inequalities in 1980 infant mortality among shantytown residents and nonshantytown residents in the municipality of Porto Alegre, RGS, Brazil. *PAHO Bull* 1985; 19:235-51.
60. Gunn J, Lumley J, Chondros P, Young D. Does and early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:991-7.

61. Habicht JP, da Vanzo J, Butz WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? *Am J Epid* 1986; 123:279-90.
62. Hobcraft JN, McDonald JW, Rutstein SO. Demographic determinants of infant and early child mortality: a comparative analysis. *Pop Stud* 1985; 39:363-85.
63. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1992; 160:777-80.
64. Helman C. Antropologia médica e atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1996. p. 43-6.
65. Hudson D, Elek S, Fleck M. First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction and infant sex. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2001; 24:31-43.
66. Huttly S, Victora C, Barros F, Vaughan J. Birth spacing and child health in urban Brazilian children. *Pediatrics* 1992; 89:1049-59.
67. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Fecundidade Mortalidade. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2000/fecundidade_mortalidade/tabela_fecundidade.html. Acessado: 12/05/02.
68. Isabella PH, Isabella RA. Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *J Hum Lact* 1994; 10:257-64.
69. Jacobson SW, Jacobson JL, Frye KF. Incidence and correlates of breast-feeding in socioeconomically disadvantaged women. *Pediatrics* 1991; 88:728-36.
70. Kaslow F. Relational diagnosis: past, present and future. *American Journal of Family Therapy* 1993; 21:195-204.
71. Klaus M, Kennel J. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1993.
72. Klaus M. Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics* 1998; 102 (Suppl E):1244-6.
73. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2002*. Oxford: Update Software.

74. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit J Psychiat* 1984; 144:35-47.
75. Lambrenos K, Weindling AM, Calam R, Cox AD. The effect of a child's disability on mother's mental health. *Arch Dis Child* 1996; 74:115-20.
76. Langer M. *Maternidad y sexo*. 6 ed. Buenos Aires: Paidós, 1980.
77. Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Parental mental disorder and early child development. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1994; 3:125-37.
78. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 4th ed. St. Louis: Mosby;1999.
79. Lawson K, Tulloch MI. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs* 1995; 22:841-9.
80. Leach P. Infant care from infant's viewpoint: the views of some professionals. *Early Develop Parenting* 1997; 6:47-58.
81. Li Y, Kong L, Hotta M, Wongkhomthong S, Ushijima H. Breast-feeding in Bangkok, Thailand: current status, maternal knowledge, attitude and social support. *Ped Internat* 1999; 41:648-54.
82. Littman H, Medendorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed. *Clin Paediatr* 1994; 33:214-9.
83. Macgowan RJ, Macgowan CA, Serdula MK, Lane JM, Joessoef RM, Cook FH. Breast-feeding among women attending women, infants, and children clinics in Georgia, 1987. *Pediatrics* 1991; 87:361-6.
84. Mari JS, William P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
85. Marks M, Lovestone S. The role of the father in parental post natal mental health. *Br J Med Psychol* 1995; 68:157-68.
86. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000;60: 75-85.
87. Ministério da Saúde. *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília; 2001.
88. Minuchin S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1982.

89. Minuchin S, Fishman C. Técnicas em terapia familiar. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1990.
90. Morin E. Os desafios da complexidade. In: Morin E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.p.559-67.
91. Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *Br Med J* 2000; 9:321:593-8.
92. Namba S, Tanaka K. Effects of support from and conflict with intimates on childcare stress: a longitudinal study. *Japanese Journal of Health Psychology* 1999; 12:37-47.
93. Newton N, Newton M. Psychologic aspects of lactation. *N Engl J Med* 1967; 227:1179-88.
94. Nordberg L, Rydelius PA, Zetterström R. Parental alcoholism and early child development. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 404:14-8.
95. Nordström UL, Dallas JH, Morton HG, Patel NB. Mothering problems and child morbidity amongst "mothers with emotional disturbances". *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 67:155-8.
96. Nozyce M, Hittelman J, Muenz L, Durako S, Fischer M, Willoughby A. Effect of perinatally acquired HIV infection on neurodevelopment in children during the first two years of life. *Pediatrics* 1994; 94:883-91.
97. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues: biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:801-6.
98. Oates M. Psychiatric services for women following childbirth. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8:87-98.
99. Organização Mundial de Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1993.
100. Park M, Dimigen G. Cross-cultural comparison of the social support system after childbirth. *J Comp Fam Stud* 1994; 25:345-52.
101. Pauli Pott U, Mertesacker B, Bade U, Bauer C, Beckmann D. Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant Behav Develop* 2000; 23:23-9.

102. Paykel ES, Emms EM, Fletcher JM, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry* 1980; 136:339-46.
103. Prado LC. O bebê inaugura a família: a terapia pais-bebês. In: Prado LC, ed. *Famílias e terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1996. p. 97-130.
104. Raine A, Brennan P, Mednick S. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:984-88.
105. Raj VK, Plichta SB. The role of social support in breastfeeding promotion: a literature review. *J Hum Lact* 1998; 14:41-5.
106. Rao MR. Exclusive breastfeeding linked to improved cognitive function in SGA Children. *Acta Paediatr* 2002; 91:267-74.
107. Rap R. Family and class in contemporary America: notes toward an understanding of ideology. In: Thorne B, Yalom M, eds. *Rethinking the family: some feminist questions*. Boston: Northeastern Univ. Press.; 1978.p.497-9.
108. Regalado M, Halfon N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:1294-5.
109. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000*. Oxford: Update Software.
110. Rizzo TA, Ogata ES, Dooley SL, Metzger BE, Cho NH. Perinatal complications and cognitive development in 2 to 5-years-old children of diabetic mothers. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:706-13.
111. Rogers SJ, White LK. Satisfaction with parenting: the role of marital happiness, family structure, and parents' gender. *J Marri Fam* 1998; 60:293-308.
112. Rohde LA. A função paterna no desenvolvimento do bebê. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 1991; 13:127-35.
113. Rohde LA, Busnello E, Wolf A, Zomer A, Shansis F, Martins S, *et al.* Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatry Scand* 1997; 95:231-5.
114. Rutter M, Hay DF. *Development through life: a handbook for clinicians*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994.

115. Sander LW. Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. In: Greenspan SI, Pollock GH, ed. *The course of life*. Madison: International Universities Press; 1989.p.359-91.
116. Serdula MK, Cairns KA, Williamson DF, Fuller M, Brown JE. Correlates of breast-feeding in a low-income population of whites, blacks, and southeast Asians. *J Am Diet Assoc* 1991; 91:41-5.
117. Siqueira R, Durso N, Almada AGP, Moretra MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmica de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J.)* 1994; 70:16-20.
118. Sluzki C. *A rede social na prática sistêmica*. S.Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 1997.
119. Stern D. *O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1992.
120. Stern D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1997.
121. Susin L. *Conhecimento das mães e dos pais sobre aleitamento materno antes e após orientação pós-natal e sua relação com a prevalência da amamentação nos primeiros seis meses [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1997.
122. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *J Adv Nurs* 1999; 29:113-8.
123. Tavares M, Takeda S. Organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2 ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1996. p.22-9.
124. Trad PV. The emergence of psychopathology in a previously adaptive mother-infant dyad. *Am J Psychoter* 1990; 44:95-106.
125. Trad PV. Mental health of adolescent mothers. *J Am Acad Child and Adoles Psychiatry* 1995; 34: 130-42
126. Vandell DL, Hyde JS, Plant EA, Essex MJ. Fathers and "others" as infant-care providers: predictors of parents' emotional well-being and marital satisfaction. *Merrill Palmer Quarterly*. Wayne State Univ. Press 1997; 43:361-85.

127. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, *et al.* Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-22.
128. Williamson NE. Breastfeeding trends and patterns. *Int J Gynecol Obstet* 1989; Suppl 1:145-52.
129. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringir A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Can Med Assoc* 1996;154:785-99.
130. Winberg J, Porter RH. Olfaction and human neonatal behaviour: clinical implications. *Acta Paediatr* 1998; 87:6-10.
131. Winikoff B, Castle M, Laukaran V. Feeding infants in four societies: causes and consequences of mother's choices. Westport, CT: Greenwood Press; 1989.
132. Winnicott DW. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1977.
133. World Health Organization. Nutrition Unit. Global data bank on breast-feeding: breastfeeding, the best start in life. Geneva: WHO; 1996.
134. World Health Organization. Nutrition and infant feeding. Disponível: http://www.who.int/child-adol-health/nutrition/infant_exclusive.htm. Acessado: 12/05/2002.
135. Yamashita Y, Kawano Y, Kuriya N, Murakanis Y, Matsuishi T, Yoshimatsu K, *et al.* Intellectual development of offspring of diabetic mothers. *Acta Paediatr* 1996; 85:1192-6.
136. Zavaschi ML, Costa F, Lorenzon S, Michellon M. Promoção da saúde mental da criança. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2.ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1996. p. 100-8.
137. Zavaschi ML, Kuchenbecker R. Aspectos psicológicos do aleitamento materno. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 1991; 13:77-82.

Família n° |_|_|_|_|_|_|_|

Prontuário n° _____

Consentimento Informado I

Declaro, de livre e espontânea vontade, que concordo em participar da pesquisa “Relações familiares e rede social: sua influência na manutenção da amamentação e no desmame precoce de uma população de periferia urbana”, fornecendo informações sobre meu bebê e minha família. Fui informado(a) de que será realizada uma entrevista preliminar por um estudante de Medicina que colherá dados de identificação, da moradia e sobre a amamentação do bebê. Se a família for incluída no estudo haverá uma segunda entrevista realizada por dois terapeutas familiares que solicitarão informações sobre o funcionamento da família e as relações com o Posto de Saúde e a vizinhança, além de outras sobre o bebê.

Entendo que este trabalho é produto da associação entre o Serviço de Saúde Comunitária do GHC, a Faculdade de Medicina da UFRGS e o Instituto da Família com o objetivo de conhecer melhor as condições de vida e saúde dos recém nascidos atendidos pelos postos de Saúde do GHC, com vistas a melhorar seu atendimento e o de suas famílias.

Fui bem informado e tranqüilizado quanto ao fato de que minha recusa em participar do estudo não influenciará nosso atendimento no Posto de Saúde.

Dou permissão para que minha conversa seja gravada em vídeo para uso exclusivo neste estudo ()sim () não.

Mãe: _____

Pai: _____

Outros entrevistados: _____

Família n° |_|_|_|_|_|_|_|

Prontuário n° _____

Consentimento Informado II

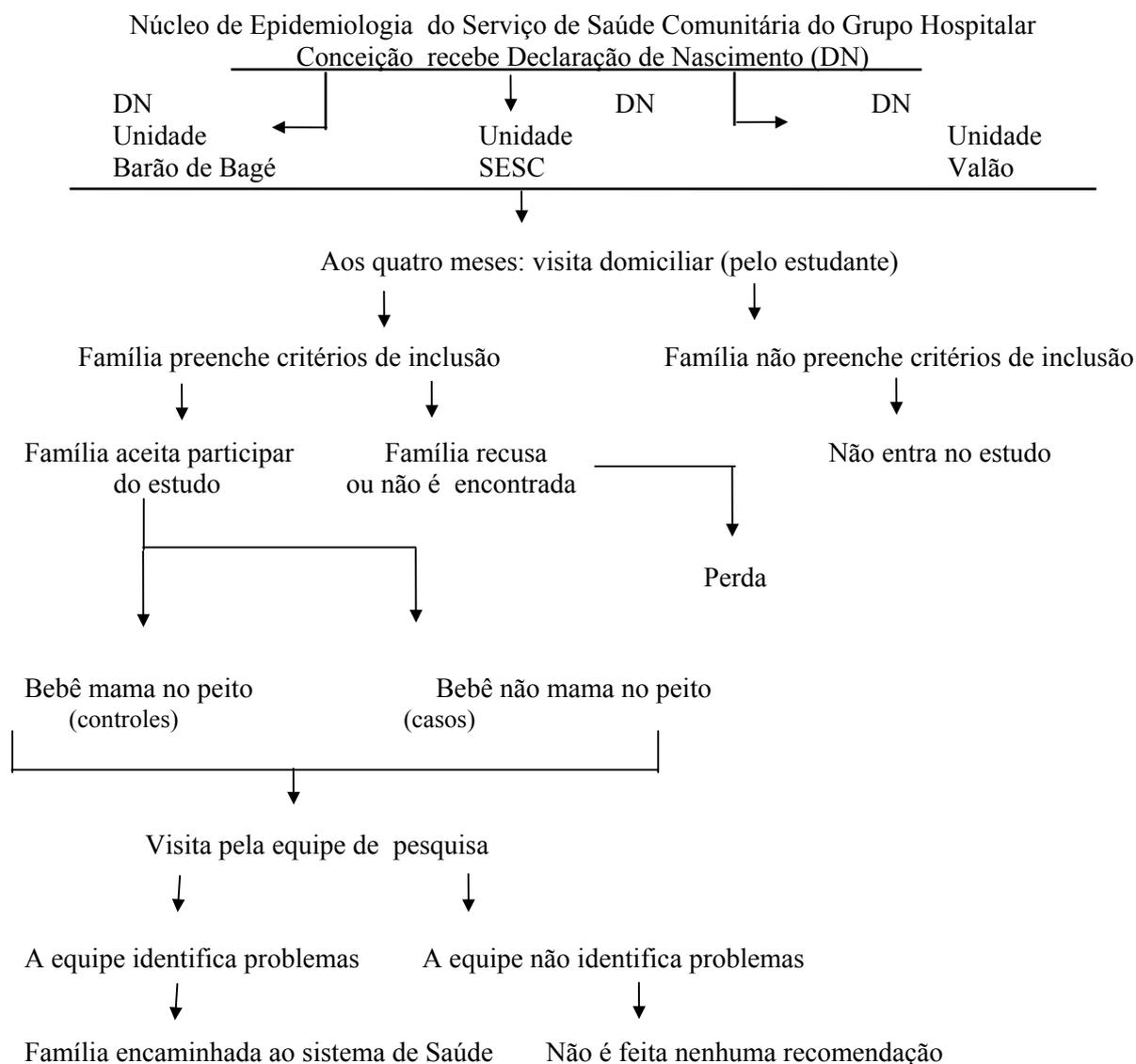
Dou aqui meu livre consentimento para que a gravação em vídeo da entrevista de minha família, parte da pesquisa “Relações familiares e rede social: sua influência na manutenção da amamentação e no desmame precoce de uma população de periferia urbana” (vide Consentimento Informado I), seja utilizado para fins de ensino das instituições envolvidas na pesquisa, que editarão material educativo sob a orientação da Dra. Olga Garcia Falceto, Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS e do Instituto da Família.

Mãe: _____

Pai: _____

Outros entrevistados: _____

FLUXOGRAMA DE ENTRADA DAS FAMÍLIAS NO ESTUDO



(com a autorização das famílias, a respectiva Unidade de Saúde, recebe resumo dos achados da entrevista)

Observação: Os cinco primeiros bebês desmamados e os dez primeiros que ainda mamam no peito entram na pesquisa a cada mês.

					NAVOS	<input type="checkbox"/>
					NTIOS	<input type="checkbox"/>
					NPRIMOS	<input type="checkbox"/>
					NOUTRO	<input type="checkbox"/>

5) CUIDADOS DO BEBÊ

Quantas horas por dia o bebê passa com a mãe horas e com o pai horas.

Quem é o principal cuidador? Quem o ajuda?

6) CUIDADOR SUBSTITUTO (não familiar, cuida da criança um turno ou mais pelo menos uma vez por semana)

Caso não houver outro cuidador, preencha com NSA (8). Se for instituição passe para o quadro seguinte.

Nome do cuidador:	Idade:	IDCUID	<input type="checkbox"/>
Sexo: (1) masculino (2) feminino		SEXCUID	<input type="checkbox"/>
Qual o grau de parentesco (caso haja)? (1) avô (2) tio (3) irmão (4) primo (5) padrinho (6) não tem (7) outro (8) NSA		PARCUID	<input type="checkbox"/>
Há quanto tempo cuida da criança? (em dias)		INÍCUID	<input type="checkbox"/>
Quantas horas por dia?		HDIACUID	<input type="checkbox"/>
Escolaridade: (anos completos)		ESCCUID	<input type="checkbox"/>
É remunerado pelo cuidado? (1) sim (2) não		RECUID	<input type="checkbox"/>
Endereço:			

O bebê está sendo levado para uma creche? (1) não (2) creche vicinal (3) instituição pública (4) instituição privada (8) NSA	CRECHE	<input type="checkbox"/>
--	---------------	--------------------------

7) MORADIA:

Tipo de construção: (1) tijolos (2) tijolos, rústica (3) madeira regular (4) mista (5) maloca (6) outro	MORCON	<input type="checkbox"/>
Água encanada: (1) sim, dentro de casa (2) sim, no terreno (3) usam a de outra casa	MORAGU	<input type="checkbox"/>
Deposição de excreta: (1) com descarga e ligação com fossa ou rede de esgoto; quantos banheiros? (2) poço negro ou latrina (3) não tem (céu aberto) (4) usam de outra casa	MORESG	<input type="checkbox"/>
Quantas peças tem a casa? Quantos dormem na casa?	MORPEÇ	<input type="checkbox"/>
Quantos lugares nas camas tem?	MORQTDOR	<input type="checkbox"/>
O bebê tem lugar só seu para dormir? (1) sim (o que?) (2) sim, mas dorme com os pais (3) sim, mas dorme com outro (4) não, dorme com os pais (5) não, dorme com outro	MORCAM	<input type="checkbox"/>
Se dorme com outro: (1) sempre (2) à vezes (3) raramente	DORMBEBE	<input type="checkbox"/>
Onde dormia logo após o nascimento? Por quanto tempo?		
Que bens a família possui? carros () não se sim, quantos? fogão () a gás () a lenha geladeira () sim () não rádio () sim () não quantos? televisão () sim () não - a cores () sim () não quantos? vídeo cassete () sim () não aspirador de pó () sim () não máquina de lavar roupas () sim () não		
Situação da casa: Tem cozinha independente? (1) sim (2) não A casa está organizada? (1) sim (2) mais ou menos (3) não A casa está limpa? (1) sim (2) mais ou menos (3) não Existe horta/jardim na casa? (1) sim (2) não	MORCOZ MORORG MORLIMP MORHOR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Há lixo espalhado nas áreas de circulação? (1) não (2) sim Há coleta de lixo? (1) coleta domiciliar (2) lixeira pública (3) lixo queimado ou enterrado (4) lixo jogado em campo aberto	MORLIX MORCOLIX	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Há energia elétrica? (1) com registro (2) com registro comum a várias casas (3) não tem	MORENERG	<input type="checkbox"/>
Tem empregada doméstica? (1) sim (2) não	EMPREG	<input type="checkbox"/>
São proprietários do terreno em que moram? (1) sim (2) não, alugam (3) não, emprestado, (4) não, posseiros, (5) não, outro	MORPRO	<input type="checkbox"/>
Classificação da moradia: (1) Boa: luz elétrica, água encanada dentro de casa, esgoto ligado à rede pública ou fossa, portas e janelas com vidro e trinco, forro no teto e assoalho. (2) Regular: luz elétrica, água encanada pelo menos até o quintal, sanitário com descarga (ligado ou não à rede) (3) Não satisfatória: não preenche os requisitos acima.	CLASMOR	<input type="checkbox"/>

CLASSE SOCIAL _____ (A, B, C, D, E)	CLASOC	<input type="checkbox"/>
NÍVEL DE POBREZA _____ (1. Baixa superior 2. Baixa inferior 3. Miséria)	NIVPOBR	<input type="checkbox"/>

PROTOCOLO A SER PREENCHIDO PELO ENTREVISTADOR

Data da entrevista: ____/____/____ Entrevistador: _____
 Caso 1 / Controle 2 Barão 1 / SESC 2 / Valão 3

Família nº: [][][][][][]

COMECE TRAZENDO TODOS PARA O LOCAL DA ENTREVISTA. EXPLIQUE A TAREFA E PEÇA OS CONSENTIMENTOS POR ESCRITO

1) Quem está presente na entrevista (descreva o parentesco com o bebê) _____

1) IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome da Criança:	
Nome da mãe:	
Nome do pai:	

2) QUEM ATENDE O BEBÊ

só mãe (1), mãe e pai (2), todos os que moram na casa (3), mãe e avó (4) a mãe está temporariamente ausente dos cuidados (8). Indique a razão:	ATBEB [][]
Quantas horas por dia a mãe passa com o bebê? horas e o pai? horas	HORASM [][]
	HORASP [][]

3) ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ

Que tipo de alimentação o seu bebê está recebendo? só leite materno (1), leite materno + água e/ou chá e/ou suco (2), leite materno + alimentos sólidos ou semi-sólidos (3), leite materno + outro leite (4), leite materno + outro leite + alimentos sólidos (5), não está recebendo leite materno (6)	TIPAL [][]
Se está amamentando: Porque você amamenta?	
Se o bebê não está amamentando: Quanto tempo você amamentou seu bebê? semanas	
Por qual motivo o seu bebê não está mais mamando no peito? NSA(8)	TAMAM [][]
	CAUSDESM [][]
Quando você amamenta (ou amamentava) seu bebê? a qualquer hora, quando chora de fome (1), tem horários certos para ser amamentado (2)	HORAM [][]
Você recebeu ou está recebendo estímulo de alguém para amamentar? De quem?	
Seu companheiro está lhe dando apoio para continuar amamentando (ou dava antes do desmame)? De que maneira? sim, muito(1), sim, algum(2), varia(3), NSA(8)	APOIAMC [][]
E o pai, de quem recebe o maior estímulo para apoiar sua companheira? AvóP (1), avóM (2), avôP (3), avôM (4), outros (5), não recebe (6)	ESTAMP [][]
SE A CRIANÇA ESTIVER RECEBENDO MAMADEIRA COM OUTRO TIPO DE LEITE Por que o seu bebê começou a tomar mamadeira com outro tipo de leite?	
O bebê usa chupeta? sim, bastante (1), sim, mais ou menos (2), sim, pouco (3), não (4)	CHUP [][]
A mãe fez pré-natal? sim (1), não (2). Quantas consultas? 5 ou mais (1), de 1 a 4 (2), NSA(8)	CONSPN [][]
A mãe foi orientada quanto à amamentação no pré-natal? sim (1), não (2), não lembra (3), NSA(8)	ESTPN [][]
E na maternidade? sim (1), não (2), não lembra (3), NSA(8)	ESTMAT [][]
Quem orientou? médico (1), enfermeiro (2), outro (3) NSA(8)	QESTMAT [][]
O pai foi orientado na maternidade? sim (1), não (2), não lembra (3)	ESTMATP [][]
Nas gestações anteriores da mãe, os bebês foram amamentados? sim (1), não (2), NSA (8)	AMGSTANT [][]
1º filho: sim (1), não (2), se “sim” quanto tempo? meses	F1AM [][] TF1AM [][][]
2º filho: sim (1), não (2), se “sim” quanto tempo? meses	F2AM [][] TF2AM [][][]
3º filho: sim (1), não (2), se “sim” quanto tempo? meses	F3AM [][] TF3AM [][][]
4º filho: sim (1), não (2), se “sim” quanto tempo? meses	F4AM [][] TF4AM [][][]
5º filho: sim (1), não (2), se “sim” quanto tempo? meses NSA (8)	F5AM [][] TF5AM [][][]
	MEDAM [][][]
A mãe amamentou outro bebê, que não fosse seu? sim (1), não (2). Motivo:	MAELEIT [][]
Se “sim”, era filho de quem? Quem pediu?	

Se os avós estiverem presentes, pergunte sua opinião e experiência em relação à amamentação	
Foi amamentado pela própria mãe? avóm(1) () sim () não, avóp(2) () sim () não avôm(3) () sim () não, avôp(4) () sim () não	
Acha importante amamentar? avóm(1) () sim () não, avóp(2) () sim () não avôm(3) () sim () não, avôp(4) () sim () não	
Amamentou seus filhos? avóm(1) () sim () não, () em parte avóp(2) () sim () não, () em parte	
Estimulou seus filhos quanto à Amamentação? avóm(1) () sim () não, avóp(2) () sim () não avôm(3) () sim () não, avôp(4) () sim () não	

4) GENOGRAMA FAMILIAR - incluir idades, se está vivo ou já faleceu (de quê), onde vivem, tempo de migração, como se relacionam, na infância dos pais como se relacionava cada família, que semelhanças e diferenças vêem em relação à sua família atual? Fazer desenho em folha adicional, usando pincéis coloridos.

5) REDE SOCIAL DA FAMÍLIA: PERGUNTAR PARA A MÃE E PARA O PAI CONJUNTAMENTE

Quem tem vindo visitar vocês? irmãos(m) (), irmãs(p) (), avós(m) (), avós(p) (), vizinh. (), amigos(m) (), amigos(p) (), familiares(), não recebe visitas() 1. fam. extensiva e outros, 2. fam. extensiva, 3. só recebe não fam, 4. não recebe ninguém	VISITF <input type="checkbox"/>
Com que frequência?	
As visitas são suficientes (1), poucas (2), demais (3)	SATVISF <input type="checkbox"/>
Algumas das mulheres próximas está amamentando? sim (1), não (2)	
Quem (grau de proximidade)	
Podem contar com alguém para cuidar do bebê? sim (1), não(2) Quem?	
Como é a relação com os vizinhos? ótima (1), boa (2), formal (3), ignoram-nos (4), ruim (5), péssima (6) Onde moram predominantemente suas famílias de origem? do pai (), da mãe (), irmãos(m) (), irmãs(p) (). (preencher com o nº) Porto Alegre (1), Grande Porto Alegre (2), InteriorR (3), InteriorU (4), Outro Estado (5), outro país (6)	RELVIZF <input type="checkbox"/>
Solicitam ajuda de quem, quando tem problemas e quando são financeiros? Esta ajuda é suficiente (1), pouca (2), demais (3)	SATAJ <input type="checkbox"/> RENAF <input type="checkbox"/> RENDAP <input type="checkbox"/> RENDAM <input type="checkbox"/>
Por sinal, ainda não perguntamos: Qual a renda média da família? R\$(.....SM) Qual a renda média do pai ? R\$(.....SM) Qual a renda média da mãe: R\$(.....SM)	
PAI: Qual sua religião? católica (1), protestante (2), espírita (3), umbandista (4), evangélica (5), judaica (6), não tem (7), tem mais de uma (8), outra (9) Freqüente? sim (1), não (2), NSA (8). Freqüente outra religião? sim (1), não (2), NSA (8) Você freqüente grupos da comunidade? sim (1), não (2). Se sim, quais? pais (1), escola (2), creche (3), associação comunitária (4), partido político (5), esporte (6), outros (7) NSA (8) É líder? sim (1), não (2). Grau de satisfação: pouca (1), média (2), muita (3), NSA (8) Para que eles lhe servem?	REL P <input type="checkbox"/> FRERELP <input type="checkbox"/> FREGRUP <input type="checkbox"/> SATGRUP <input type="checkbox"/>
MÃE: Qual sua religião? católica (1), protestante (2), espírita (3), umbandista (4), evangélica (5), judaica (6), não tem (7), tem mais de uma (8), outra (9) Freqüente? sim (1), não (2), NSA (8). Freqüente outra religião? sim (1), não (2), NSA (8). Você freqüente grupos da comunidade? sim (1), não (2). Se sim, quais? pais (1), escola (2), creche (3), associação comunitária (4), partido político (5), esporte (6), outros (7) NSA (8) É líder? sim (1), não (2). Grau de satisfação: pouca (1), média (2), muita (3), NSA (8) Para que eles lhe servem?	RELM <input type="checkbox"/> FRERELM <input type="checkbox"/> FREGRUM <input type="checkbox"/> SATGRUM <input type="checkbox"/>
Quais problemas da comunidade preocupam a sua família? Circule o número correspondente: esgoto, água e lixo (1) creches (5) segurança (9) iluminação (2) diversão (6) transporte (10) escola (3) habitação (7) outro (11) saúde (4) pobreza (8) identifica mais de dois (1), identifica um ou dois (2), não identifica (3)	PROBCOM <input type="checkbox"/>
Qual foi o principal problema que passaram e como conseguiram resolver?	

4. COMO A MÃE PERCEBEU O PARTO

<p>Onde foi o parto?</p> <p>Como foi o parto? <i>normal (1), cesárea (2)</i></p> <p>Durante o trabalho de parto você ficou: <i>sozinha (1), c/companheiro (2), c/mãe (3), c/outro parente (4), c/amiga (5), c/outro (6)</i></p> <p>Quem a levou ao hospital?</p> <p>Como foi a experiência do parto para você? <i>fácil(1), difícil, mas boa (2), difícil e sofrida (3)</i></p> <p>O Bebê ficou com você no quarto no hospital? <i>não (1), nas primeiras 12 horas (2), entre as 13 e 24 horas (3), depois do 1º dia (4), NSA (8). Recebeu alta do hospital com você?</i> <i>sim(1), não(2), NSA (8)</i></p> <p>Você recebeu informações sobre amamentação na maternidade? <i>sim (1), não(2), NSA (8)</i></p> <p>Se “sim”, quem deu? <i>médico (1), enfermeiro (2), outro..... (3), NSA (8)</i></p>	<p>TRABPART <input type="checkbox"/></p> <p>EXPPART <input type="checkbox"/></p> <p>ALOJCONJ <input type="checkbox"/></p> <p>ALTAB <input type="checkbox"/></p>
--	---

5. COMO ESTÁ A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ

<p>Como você está alimentando o seu bebê? <i>(1) só leite materno, (2) leite materno + água e/ou chá e/ou suco, (3) leite materno + alimentos sólidos ou semi-sólidos, (4) leite materno + outro leite (5) leite materno + outro leite + alimentos sólidos, (6) não está recebendo leite materno</i></p> <p>Se estiver amamentando: a experiência está sendo: <i>ótima(1), boa(2), regular(3), ruim(4), péssima(5), NSA (8)</i></p> <p>O que está sendo bom na amamentação?</p> <p>O que está sendo ruim na amamentação?</p>	<p>SENTAMAM <input type="checkbox"/></p>
--	---

6. REDE SOCIAL DA MÃE

<p>1. Tem alguém para ajudá-la: <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Preparando refeições <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Fazendo compras <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Cuidando dos outros filhos <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Consertando coisas na casa <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Limpando e arrumando a casa <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Pagando as contas <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Levando as crianças ao médico se estão doentes <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>2. Com quantas pessoas você pode contar quando sente necessidade? <i>três ou mais (1), duas (2), uma (3), nenhuma (4); Quem são?</i></p> <p>1. fam. nuclear, extensiva e outros, 2. fam. nuclear e extensiva, 3. fam. nuclear, 4. só conta c/não fam, 5. não conta com ninguém, 6. fam. nuclear e outros, 7. fam extensiva e outros</p> <p>3. Você conta com pessoas na vizinhança para cuidar de seu bebê se necessário? <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>4. Você tem pessoas (acima de 14 anos, não incluindo o companheiro) na sua casa ou fora com quem você fala regularmente? <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Se “sim”, você está satisfeita com essas conversas? <i>sim (1), mais ou menos (2), não (3), NSA (8)</i></p> <p>Quem tem vindo visitar vocês? <i>irmãosm (), irmãosp (), avósm (), avósp (), vizinh (), amigosm (), amigosp (), familiares (), não recebe visitas ()</i></p> <p>1. fam. extensiva e outros, 2. fam. extensiva, 3. só recebe não fam, 4. não recebe ninguém</p> <p>5. Convive com parentes? Com que frequência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana(1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca(4)</i></p> <p>Se “sim” a frequência é satisfatória? <i>muito satisf. (1), satisf. (2), algo insatisf.,(3) muito insatisf (4), intolerável (5), NSA (8)</i></p> <p>6. Em relação à amamentação, qual a pessoa que mais lhe ajuda na amamentação? <i>companheiro(1), mãe(2), sogra(3), irmã(4), amiga(5), outro(6), ninguém(7) NSA (8)</i></p> <p>Seu companheiro a apoia quanto à amamentação? <i>sim, sempre (1) sim às vezes (2) sim, raramente(3), não(4), NSA (8). Como?</i></p>	<p>AJREFM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCOMP <input type="checkbox"/></p> <p>AJFIM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCONSM <input type="checkbox"/></p> <p>AJLIMM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCONTM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCUIDM <input type="checkbox"/></p> <p>NAJM <input type="checkbox"/></p> <p>AJM <input type="checkbox"/></p> <p>AJVIZM <input type="checkbox"/></p> <p>CONVM <input type="checkbox"/></p> <p>SATCONVM <input type="checkbox"/></p> <p>VISM <input type="checkbox"/></p> <p>FVISPARM <input type="checkbox"/></p> <p>SATVISM <input type="checkbox"/></p> <p>AJAMAM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCAMA <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Você tem descansado o tempo suficiente? <i>sim(1), mais ou menos (2), não(3)</i></p> <p>8. O que você faz para se distrair ou descansar? <i>sai com o marido (), sai com a família (), dorme(), vê TV (), baile (), futebol (), cerveja com amigos (), churrasco em casa(), visita familiares (),brinca com filhos (), outra ().....</i></p> <p><i>envolve família e outros (1), restrito à família (2), restrito a descanso sem interação (3), só envolve outros (4), não descansa (5)</i></p> <p>9. Você está satisfeita com essa forma de descansar <i>sim (1), mais ou menos (2), não (3)</i></p>	<p>DESCM <input type="checkbox"/></p> <p>SATDESCM <input type="checkbox"/></p>

7. RELACIONAMENTO DO CASAL

1. Como é que você e seu companheiro se dão? <i>bem(1), mais ou menos(2), mal(3), NSA(8)</i>	RELCONJM	<input type="checkbox"/>
2. Você está contente com a maneira como seu companheiro expressa para você o que sente ou pensa? <i>contente (1), mais ou menos (2), não está contente (3), NSA (8)</i>	EXPSENCM	<input type="checkbox"/>
3. Agora a sua satisfação com a relação está igual ou diferente a antes da gravidez? <i>melhor(1), igual(2), pior(3), NSA(8)</i>	QRELCM	<input type="checkbox"/>
4. Como está a vida sexual de vocês? <i>boa, como sempre(1), boa, melhor que antes (2), boa, mas com dificuldades (3), com dificuldades (4), com dificuldades importantes (5), mal (6), desativada (7), NSA (8)</i>	SEXM	<input type="checkbox"/>
5. Está contente com a colaboração do seu companheiro nos cuidados do bebê? <i>sim (1), em parte (2), não (3), NSA (8)</i>	CUIBECM	<input type="checkbox"/>
6. Vocês tem discussões freqüentes? <i>não (1), às vezes(2), sim (3), NSA(8)</i>	DISCM	<input type="checkbox"/>
7. Se “sim” só discutem(1), chegam a se bater(2), NSA(8) As brigas estão relacionadas com: <i>uso de álcool (1), drogas (2), ciúmes (3), dinheiro (4), família (5), família(6)</i>	DISCBRM	<input type="checkbox"/>

Entrevistador, indique sua opinião quanto ao RELACIONAMENTO DO CASAL (pontue de 1 a 5):	RELCASE1	<input type="checkbox"/>
1. A unidade relacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores.		
2. Funcionamento da unidade relacional é algo insatisfatório. São resolvidas muitas das dificuldades que ocorrem ao longo do tempo, mas não todas elas.		
3. Apesar de haver períodos ocasionais de funcionamento satisfatório e competente das relações, aquelas disfuncionais e insatisfatórias tendem a prevalecer.		
4. A unidade relacional é óbvia e seriamente disfuncional. Períodos de relacionamento satisfatório são raros.		
5. A unidade relacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação.		
6. Não chegou a se constituir o casal		

8. RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA DE ORIGEM

1. Como você está se dando com sua mãe agora? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8). Descreva</i>	RELMM	<input type="checkbox"/>
Ela lhe incentiva (ou) a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8). E ao pai? ? sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente (3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>	MESTAMAM	<input type="checkbox"/>
Com que freqüência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4), NSA(8)</i>	MMESAMAP	<input type="checkbox"/>
Como você acha que seu companheiro se dá com a sua mãe? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8).</i>		
Como você acha que seu companheiro se dá com a mãe dele? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe(6), não tem companheiro (7), NSA (8).</i>	SOGESAMM	<input type="checkbox"/>
Sua sogra (ou substituta) a incentiva(ou) a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>		
2. Como você acha que sua mãe cuidou de você quando você era bebê? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8).</i>	MCUIDM	<input type="checkbox"/>
Ela a amamentou? <i>sim(1), não(2), não sabe(3), NSA (8). Se “sim”, quanto tempo?</i>meses, <i>não lembra (7), NSA (8)</i>	AMM	<input type="checkbox"/>
	TAMM	<input type="checkbox"/>
3. Como você está se dando com seu pai agora? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8). Descreva:</i>	RELPM	<input type="checkbox"/>
Ele a incentivou a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>	PESTAMAM	<input type="checkbox"/>
Ele incentivou seu companheiro a incentivá-la? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>	PMESCAMP	<input type="checkbox"/>
Com que freqüência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4), NSA(8)</i>		
Como você acha que seu companheiro se dá com o seu pai? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8)</i>	SOGROESM	<input type="checkbox"/>
Como você acha que seu companheiro se dá com o pai dele? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe(6), não tem companheiro (7), NSA (8)</i>		<input type="checkbox"/>
Seu sogro a incentiva(ou) a amamentar? <i>sim, muito (1), sim, um pouco(2), é ambivalente (3), não (4), não lembra (5), NSA (8)</i>		

<p>4. Como você acha que seu pai a cuidou quando você era bebê? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i></p> <p>5. Se há problemas ou distância na relação com os pais, esses fatos são justificáveis e perdoáveis para você? <i>já perdoou(1), tem dificuldades(2), não perdoa(3), não vê problemas(4), NSA (8).</i> Comente:</p>	<p>PCUIDM <input type="checkbox"/></p> <p>COERELFM <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Existe alguma pessoa com quem você considera que a relação está rompida e com quem não vê a possibilidade de reaproximação? <i>não(1), sim (2), Quem?</i> Porque?</p> <p>7. Se a família de origem está ausente, há outras pessoas que substituem a família para você, em especial sua mãe? <i>sim, bem(1), sim, pouco(2), não(3), NSA (8). Quem são?</i> Eles também a sentem como filha/irmã? <i>sim (1), não (2), não sei (3), NSA (8)</i></p> <p>7. Em relação aos amigos e parentes, você se sente predominantemente isolada ou apoiada? Dê uma nota de 1 a 10:</p>	<p>RUPFM <input type="checkbox"/></p> <p>SUBFM <input type="checkbox"/></p> <p>REDESOCM <input type="checkbox"/></p>

<p>Entrevistador, indique sua opinião Quanto a relação com a FAMÍLIA DE ORIGEM ou substituta (pontue de 1 a 5): M P</p> <p>Com a família de origem como um todo</p> <ol style="list-style-type: none"> As relações são satisfatórias segundo relato dos entrevistados e impressão dos entrevistadores. As relações são algo insatisfatórias. Apesar de haver períodos ocasionais de relações satisfatórias, predominam as relações disfuncionais e insatisfatórias. As relações são óbvia e seriamente disfuncionais. Períodos de relações satisfatórias são raros. Não há condições de manter a continuidade de ligação e contato. 	<p>FAMORME1 <input type="checkbox"/></p> <p>FAMORPE1 <input type="checkbox"/></p>
--	---

9. RESILIÊNCIA

<p>1. Que fatores podem estar atrapalhando a qualidade de vida de vocês? <i>falta de dinheiro (), falta de espaço(), excesso de trabalho (), os outros filhos (), companheiro (), emprego (), outro ()</i> <i>não tem (1), tem 1 ou 2 problemas (2), tem mais de 2 problemas (3), não consegue identificar (4)</i></p> <p>2. O que lhe dá força de viver e lutar nas situações difíceis da vida? <i>atribui à rede social (), à família (), aos filhos (), ao companheiro (), à força pessoal (), a seres superiores (), outro()</i> <i>identifica duas ou mais fontes (1), identifica uma fonte (2), não identifica (3)</i></p> <p>3. Você tem algum sonho especial na vida que gostaria de nos contar?</p>	<p>ATRAPM <input type="checkbox"/></p> <p>FORÇAM <input type="checkbox"/></p>
--	---

<p>Entrevistador, indique sua opinião Quanto a relação com a REDE SOCIAL (pontue de 1 a 5): M P</p> <p>Eficácia = apoio traduzido por ações necessárias + satisfação de quem recebe</p> <ol style="list-style-type: none"> A rede social é rica (A. quanto ao número de contatos, B. heterogeneidade, C. qualidade das relações e D. participação efetiva no apoio à família do bebê) e o entrevistado relata satisfação. O entrevistado relata satisfação ou leve insatisfação (mas o entrevistador considera a rede social pobre em alguma de suas características). Citar a letra correspondente conforme o entrevistado e o entrevistador O entrevistado relata insatisfação moderada com relação a uma ou mais das suas características (citar as letras correspondentes, segundo o entrevistado segundo o entrevistador) O entrevistado relata insatisfação grave em relação à sua rede social (citar as características identificadas pelo entrevistado e/ou entrevistador como insatisfatórias O contato com a rede social está intolerável, tornando o contato insustentável. 	<p>RESOME1 <input type="checkbox"/></p> <p>RESOPE1 <input type="checkbox"/></p>
--	---

10. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DA MÃE

<p>1. Tem-se sentido bem ou tem estado triste ou ansiosa após o nascimento do bebê? <i>bem(1), triste(2), ansiosa(3), triste e ansiosa(4)</i> E antes do nascimento do bebê? <i>bem(1), triste(2), ansiosa(3), triste e ansiosa(4)</i> Dê uma nota para seu estado de ânimo atual (de 1 a 10)</p>	<p>ANIMM <input type="checkbox"/></p> <p>ANIMGRM <input type="checkbox"/></p> <p>NOTANIM <input type="checkbox"/></p>
---	---

(PREENCHER ESCALA SRQ)

1	Você tem dores de cabeça frequentes?	sim	não
2	Tem falta de apetite?	sim	não
3	Dorme mal?	sim	não
4	Fica com medo com facilidade?	sim	não
5	Suas mãos tremem?	sim	não
6	Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	sim	não
7	Tem problema digestivo?	sim	não
8	Acha difícil pensar com clareza?	sim	não
9	Sente-se infeliz?	sim	não
10	Chora mais que o comum?	sim	não
11	Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	sim	não
12	Acha difícil tomar decisões?	sim	não
13	Seu trabalho diário é um tormento?	sim	não
14	Acha que é capaz de ter um papel útil na vida?	sim	não
15	Perdeu interesse pelas coisas?	sim	não
16	Acha que é uma pessoa que não vale nada?	sim	não
17	O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	sim	não
18	Sente-se cansada o tempo todo?	sim	não
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	sim	não
20	Fica cansada com facilidade?	sim	não
		SRQM	<input type="checkbox"/>

<p>2. Bebe? não (1), duvidoso (2), sim (3). Tem dificuldade de controlar a quantidade de bebida? não (1), sim (2) E no passado? não (1), sim (2). Quando? E seu companheiro bebe? não (1), sim (2), NSA (8). Tem dificuldade de controlar a quantidade de bebida? não (1), sim (2), NSA (8) E no passado? não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8). Quando?.....</p>	<p>ALCM <input type="checkbox"/></p> <p>ALCPASM <input type="checkbox"/></p> <p>ALCCM <input type="checkbox"/></p> <p>ALCPASC <input type="checkbox"/></p> <p>M <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Fuma? não (1), sim (2). Quanto costuma fumar? cigarros/dia. E no passado? não (1). Sim (2) Quando? Quanto costumava fumar?cigarros/dia E seu companheiro fuma? não (1), sim (2), NSA (8) Quanto costuma fumar? cigarros/dia. E no passado? não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8) Quando? Quanto costumava fumar? cigarros/dia</p>	<p>FUMM <input type="checkbox"/></p> <p>FUMPASM <input type="checkbox"/></p> <p>FUMCM <input type="checkbox"/></p> <p>FUMPASC <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Toma algum remédio habitualmente? não (1), sim (2). Qual? E seu companheiro? não (1), sim (2), NSA (8). Qual? Que remédios tomou durante a gestação?.....</p>	<p>REMM <input type="checkbox"/></p> <p>RECM <input type="checkbox"/></p> <p>REMGRM <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Usa drogas? não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8) Como? Com que frequência?..... E no passado? não(1), não sei(2), maconha(3), cocaína(4), cola (5), medic. para emagrecer(6), medic. para dormir (7), combinação (8), duvidoso (9) Quando?..... Como? Com que frequência?..... E seu companheiro usa drogas? não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8), NSA (88). Como?..... Com que frequência?..... E no passado? não(1), não sei(2), maconha(3), cocaína(4), cola (5), medic. para emagrecer(6), medic. para dormir (7), combinação (8), duvidoso (9) Quando?..... Como?..... Com que frequência?.....</p>	<p>DROGM <input type="checkbox"/></p> <p>DROGPASM <input type="checkbox"/></p> <p>DROGCM <input type="checkbox"/></p> <p>DROPASC <input type="checkbox"/></p>

<p>6. Já teve problema dos nervos? <i>não (1), sim (2)</i> Recebeu medicação? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Qual?..... Por quanto tempo?..... E seu companheiro já teve problema dos nervos? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Recebeu medicação? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Qual? Por quanto tempo?..... Você já teve baixa por esta razão? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Onde? Quanto tempo?..... Foi medicada? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Continuou psicoterapia? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Está em psicoterapia atualmente? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> E seu companheiro já teve baixa por esta razão? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8)</i> Onde? Quanto tempo?..... Foi medicado? <i>não(1), não sei (2), sim (3), NSA (8).</i>Continuou psicoterapia? <i>não (1), não sei(2), sim(3), NSA (8)</i> Está em psicoterapia atualmente? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i></p>	<p>PSIQM <input type="checkbox"/> MEDPSIM <input type="checkbox"/> PSIQCM <input type="checkbox"/> MEDPSICM <input type="checkbox"/> HOSPPSIM <input type="checkbox"/> PSICM <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Tem algum problema de saúde atualmente? <i>não (1), sim (2)</i> Qual? Esse problema dificulta o cuidado do bebê ? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Como? E seu companheiro tem algum problema de saúde atualmente? <i>não(1), sim(2), NSA(8)</i> Qual? Esse problema dificulta o cuidado do bebê ? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Como?</p>	<p>PRSAUM <input type="checkbox"/> PRCUIBEM <input type="checkbox"/> PRSAUCM <input type="checkbox"/> PRCUBECM <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Já perdeu algum filho por morte? <i>não (1) sim (2)</i> Que idade ele tinha?..... (1) período neo-natal, (2) menos de 1 ano, (3) pré-escolar, (4) escolar, (5) adolescente Qual a causa? <i>doença congênita (1), prematuridade (2), infecção (3), outros.....(4), NSA (8)</i> Tem algum filho que está sendo criado por outra pessoa? <i>não (1), sim, um (2), sim, mais de um(3)</i> (1) período neo-natal, (2) menos de 1 ano, (3) pré-escolar, (4) escolar, (5) adolescente Qual a sua idade?Nome e cuidador:..... Motivo:..... NSA (8)</p>	<p>MORTFILM <input type="checkbox"/> IDMORFIM <input type="checkbox"/> FCUI2M <input type="checkbox"/> IFCUI2M <input type="checkbox"/> IFCUI3M <input type="checkbox"/> IFCUI4M <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Já teve algum problema com a Justiça? <i>não (1), sim (2)</i> De que tipo?..... Quando?..... E seu companheiro já teve algum problema com a Justiça? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8)</i> De que tipo? Quando?.....</p>	<p>PROBLEGM <input type="checkbox"/> PROBLGCM <input type="checkbox"/></p>
<p>11. RELAÇÃO COM O POSTO DE SAÚDE</p>	
<p>O que você acha do Posto de Saúde?..... (1) ótimo (utiliza e o tem como referência para ajudar em todas as áreas), (2) bom (utiliza quando alguém está doente (consulta) e estou satisfeita), (3) mais ou menos (utiliza e a satisfação varia), (4) ruim (utiliza só quando não há outro recurso porque não é muito satisfatório), (5) não utiliza. Alguém a acompanha nas visitas? <i>sim (1), às vezes (2), não (3)</i> Quem?..... Com que frequência você tem utilizado o Posto?..... Alguém tem lhe orientado quanto à amamentação? <i>sim (1) não (2)</i> Se “sim”, quem? <i>médico (1), enfermeiro (2), auxiliar (3), todos (4), NSA (8)</i> Qual a orientação?.....</p>	<p>SATPSAUM <input type="checkbox"/> ESTAMPOM <input type="checkbox"/> QESTPOM <input type="checkbox"/></p>
<p>Se o bebê frequenta CRECHE. Na sua opinião, como estão as condições de espaço, higiene e alimentação? <i>muito boas(1), boas(2), mais ou menos(3), sofríveis(4), péssimas (5), NSA (8)</i></p>	<p>CONDCRE <input type="checkbox"/></p>

AS SEGUINTE PERGUNTAS NÃO DEVEM SER DIRIGIDAS À MÃE. SUAS RESPOSTAS SÃO CONCLUSÃO DO ENTREVISTADOR

O bebê foi gerado para manter os pais unidos? <i>não (1), talvez (2), sim (3)</i> (“sim”, se os pais estavam separados ou em processo de separação antes da gestação).	BEBUNIE1 <input type="checkbox"/>
Há evidências de negligência física no bebê? <i>não (1), talvez (2), sim (3)</i> (“sim”, se está emagrecido, apresenta infecção que não está sendo cuidada, passa muito tempo sem mudar de fraldas – com evidências de assadura - se seu berço está em local inapropriado por ser insalubre, se está sujo ou com roupas sujas, vestido inadequadamente).	NEGFBE1 <input type="checkbox"/>
Há evidências de negligência emocional no bebê? <i>não (1), talvez (2), sim (3)</i> (“sim”, se seu berço fica num lugar que dificulta o acesso dos cuidadores, se estes não respondem ao choro, se não seguram o bebê apropriadamente ao alimentá-lo, se não falam com ele).	NEGEBE1 <input type="checkbox"/>
Se “sim”, quais são os cuidadores negligentes? <i>mãe(1), pai (2), irmão (3), avó(4), avós de um (5) outro(6).....mais de um(7), NSA (8).</i>	CUINEGE1 <input type="checkbox"/>

Entrevistador, indique sua opinião quanto a SAÚDE MENTAL da mãe (pontue de 1 a 5): No momento da entrevista (nas duas últimas semanas); no puerpério; no passado.....	SMMPR <input type="checkbox"/>
1. Não há evidências de dificuldades.	<input type="checkbox"/>
2. Aparecem dificuldades leves (depressão, ansiedade) que não perturbam as relações ou a vida diária e não comprometem sua auto-estima.	SMMPU <input type="checkbox"/>
3. Aparecem dificuldades moderadas (depressão, ansiedade, irritação) que causam leve transtorno no dia-a-dia e comprometem sua auto-estima.	SMMPA
4. Aparecem dificuldades importantes que afetam moderadamente o dia-a-dia e as relações.	S
5. Aparecem dificuldades graves que afetam gravemente o dia-a-dia e as relações.	

Faça um relato sumário de sua impressão sobre a saúde mental da mãe no presente e no passado. Se necessário, inclua sua impressão diagnóstica.	
--	--

Na opinião do entrevistador:	RESFE1 <input type="checkbox"/>
Grau de resiliência da família: ótimo (1), bom (2), regular (3), insuficiente (4)	ENVPE1 <input type="checkbox"/>
Envolvimento do pai no atendimento do bebê: pai se envolve ativamente (1), pai apóia mas não participa (2), pai emocionalmente ausente ainda quedenro de casa (3), pai atrapalha os cuidados, mas está na casa (4), pai fisicamente ausente (5)	
Envolvimento da avó mais próxima avóm (1) avóp(2) NSA (8)..... .. nos cuidados do bebê: avó se envolve ativamente (cuida pelos menos um turno, 1 vez por semana)(1), avó se envolve ativamente, mora na casa (2), avó se envolve ativamente, mora no pátio (3), avó apoia, mas não participa (4), avó apoia pouco (5), avó não apoia (6), NSA (8)	ENVAVÓE1 <input type="checkbox"/> QENVAVE1 <input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO DO PAI

Converse em particular com o pai para investigar as seguintes questões:

1. COMO O PAI ESTÁ PERCEBENDO SEU BEBÊ NESTE MOMENTO

<p>Como é que você está se sentindo com a chegada do bebê?.....</p> <p>Como é que está seu bebê? <i>bem(1), com pequenos probl.(2), com problem. import.(3)</i></p> <p>Como é que foi escolhido o nome do bebê? Quem escolheu? É igual ao nome de quem?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Porquê?</p> <p>Você tinha preferência por algum sexo para seu bebê? <i>não tinha preferencia(1), coincide (2), não coincide (3)</i></p> <p>Como você avalia os comportamentos do seu bebê?</p> <p>ATIVIDADE <i>normal (1) muito passivo (2) muito ativo (3)</i></p> <p>REATIVIDADE <i>normal (1) pouca (2) excessiva (3)</i></p> <p>FOME <i>normal (1) pouca (2) excessiva (3)</i></p> <p>CHORO <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i></p> <p>SONO <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i></p> <p>OUTROS <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i></p> <p>É um bebê: <i>fácil (1), difícil (2), varia (3), não sei (4)</i></p> <p>Seu bebê já tem rotinas que você consegue prever? <i>sim (1), não (2), não sei (3)</i></p>	<p>BEBEP <input type="checkbox"/></p> <p>PRSEXBEP <input type="checkbox"/></p> <p>ATIVBEBP <input type="checkbox"/></p> <p>REATBEBP <input type="checkbox"/></p> <p>FOMEBEBP <input type="checkbox"/></p> <p>CHORBEBP <input type="checkbox"/></p> <p>SONOBEBP <input type="checkbox"/></p> <p>TEMPBP <input type="checkbox"/></p> <p>SINCRP <input type="checkbox"/></p>
--	--

2. COMO O PAI PERCEBEU A GESTAÇÃO

<p>Você participou das consultas do pré-natal? <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Você foi convidado pela companheira? <i>sim(1), não(2)</i> . Pelo médico? <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Você recebeu informações sobre amamentação no pré-natal? <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Quais?</p> <p>Como foi a experiência do pré-natal para você?</p> <p>Esta gravidez foi planejada? <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Você se preocupa com o uso de anticoncepcional? <i>sim (1), não (2), varia (3)</i></p> <p>Qual você prefere?</p> <p>Se a gravidez não foi planejada houve: <i>aceitação em seguida (1), aceitação a partir do 4º mês (2), não aceitação s/ tentativa de aborto (3), não aceitação c/ tentativa de aborto (4), NSA (8)</i></p> <p>Alguma companheira sua já fez aborto? <i>não (1), sim (2), não sabe (3)</i></p> <p>Se “sim”, quantos? NSA (8)</p> <p>Se foi planejada, você sofreu alguma situação ou perda que relacionou com seu desejo de engravidar a sua companheira? <i>não (1), aborto prévio (2), filho(3), pai(4), mãe (5), irmão (6), amigo íntimo (7), NSA (8)</i></p> <p>Você sofreu alguma perda ou trauma importante durante a gravidez? <i>não (1), sim (2)</i></p> <p>Qual?..... Em que mês da gestação?</p> <p>Como você se relacionou com o bebê enquanto ele estava na barriga? (marque com x)</p> <p><i>Acariciava a barriga () ; conversava com ele () ; tinha sonhos com o bebê () , imaginava histórias sobre como seria () , cantava ou ouvia música especial para ele () , sentia-se acompanhado () , não percebia nada especial ()</i></p> <p>1. muito envolvido 2. envolvido 3. Pouco envolvimento</p> <p>No pré-natal quem o orientou quanto à sua companheira amamentar? <i>médico (1), enfermeiro (2), agente saúde (3), vários profissionais (4), ninguém (5), NSA (8)</i></p>	<p>PRENP <input type="checkbox"/></p> <p>INFPPN <input type="checkbox"/></p> <p>PLGRAVP <input type="checkbox"/></p> <p>ANTICONP <input type="checkbox"/></p> <p>ACEITGP <input type="checkbox"/></p> <p>ABOCOMPP <input type="checkbox"/></p> <p>NABORCP <input type="checkbox"/></p> <p>PERDGP <input type="checkbox"/></p> <p>RELBARRP <input type="checkbox"/></p> <p>ESTAMPNP <input type="checkbox"/></p>
--	--

3. PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PARTO

<p>Você foi para o hospital com sua companheira quando começou o trabalho de parto? <i>sim(1), não (2)</i></p> <p>Você pôde acompanhar o parto de seu filho? <i>sim(1), não pode, estava ocupado(2), não convidaram(3), não quis(4), não permitiram(5)</i></p> <p>Como foi a experiência do parto para você?</p> <p>O que você sentiu quando viu seu bebê pela primeira vez?</p> <p>.....</p> <p>Você recebeu informações sobre amamentação na maternidade? <i>sim (1), não(2)</i></p> <p>Se “sim”, quem deu? <i>médico (1), enfermeiro (2), outro..... (3)</i></p>	<p>PHOSP <input type="checkbox"/></p> <p>PSALAP <input type="checkbox"/></p>
---	---

4. PERCEPÇÃO DO PAI SOBRE A AMAMENTAÇÃO

O que você acha (ou achou) de sua companheira amamentar seu bebê? <i> muito bom (1), bom (2), indiferente (3), prefiro que não (4)</i> Comente sua resposta	AMAP	<input type="checkbox"/>
--	------	--------------------------

5. REDE SOCIAL DO PAI

1. Convive com parentes? <i> 3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman. (2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4)</i> Se “sim” a frequência é satisfatória? <i> muito satisf. (1), satisf. (2), algo insatisf. (3), muito insatisf (4), intolerável (5), NSA (8)</i>	FVISPARP	<input type="checkbox"/>
2. Com quantas pessoas você pode contar quando sente necessidade? <i> três ou mais (1), duas (2), uma (3), nenhuma (4);</i> Quem são?	NAJP	<input type="checkbox"/>
1. fam. nuclear,extensiva e outros, 2.fam. nuclear e extensiva, 3. fam. nuclear, 4. só conta c/não fam, 5. não conta com ninguém, 6.fam.nuclear e outros , 7. fam extensiva e outros	AJP	<input type="checkbox"/>
3. Você conta com pessoas na vizinhança para cuidar de seu bebê se necessário? <i> sim (1) não (2)</i>	AJVIZP	<input type="checkbox"/>
4. Você tem pessoas (acima de 14 anos, não incluindo a companheira) na sua casa ou fora com quem você desabafa? <i> sim (1), não (2).</i> Em casa, quem?	CONVP	<input type="checkbox"/>
..... e fora de casa?	SATCONVP	<input type="checkbox"/>
Se “sim”, você está satisfeito com essas conversas? <i> sim (1), mais ou menos (2), não (3), NSA (8)</i> Quem tem vindo visitar vocês? () <i>irmãosm, () irmãosp, () avósm, () avósp, () vizinh., () amigosp, () amigosp, () familiares, () não recebe visitas</i>	VISP	<input type="checkbox"/>
1. fam. extensiva e outros, 2. fam. extensiva, 3. só recebe não fam, 4. não recebe ninguém	AJAMAP	<input type="checkbox"/>
5. Com quem você conversa sobre a amamentação do bebê? <i>companheira(1), mãe(2), sogra(3), irmão(4), amiga/o(5), não conversa(6), vários (7), NSA (8)</i>	CUIBEBP	<input type="checkbox"/>
6. Está contente com sua participação nos cuidados do bebê? <i> sim (1), em parte (2), não (3)</i>	DESCP	<input type="checkbox"/>
7. O que você faz para se distrair ou descansar? <i> sai com a companheira(), sai com a família (), dorme(), vê TV (), baile (), futebol (), cerveja com amigos (), churrasco em casa(), visita familiares (),brinca com filhos (), outra (11).....</i>	SATDESCP	<input type="checkbox"/>
envolve família e outros (1), restrito à família (2), restrito a descanso sem interação (3), só envolve outros (4), não descansa (5)		
8. Você está satisfeito com essa forma de descansar? <i> sim (1), mais ou menos (2), não (3)</i>		

6. RELACIONAMENTO DO CASAL

1. Você está contente com os cuidados que sua companheira dá ao bebê? <i> sim (1), em parte (2), não (3)</i>	CUIBEEMP	<input type="checkbox"/>
2. Como é que você e sua companheira se dão? <i> bem (1), mais ou menos (2), mal (3)</i>	RELCONJP	<input type="checkbox"/>
3. Você está contente com a maneira como sua companheira expressa para você o que sente ou pensa? <i> contente (1), mais ou menos (2), não está contente (3)</i>	EXPSENCP	<input type="checkbox"/>
4. Agora a sua satisfação com a relação está igual ou diferente a antes da gravidez? <i> melhor(1), igual(2), pior(3)</i>	QRELCP	<input type="checkbox"/>
5. Como está a vida sexual de vocês? <i> boa, como sempre(1), boa, melhor que antes (2), boa, mas com dificuldades (3), com dificuldades (4), com dificuldades importantes (5), mal (6), desativada (7), NSA (8)</i>	SEXP	<input type="checkbox"/>
6. Vocês tem discussões frequentes? <i> não (1), às vezes(2), sim (3)</i>	DISCP	<input type="checkbox"/>
7. Se “sim” só discutem(1), chegam a se bater(2), NSA (8) As brigas estão relacionadas com: <i> uso de álcool (1), drogas (2), ciúmes (3), dinheiro (4), família (5), família (6)</i> Por parte de quem?	DISCBRP	<input type="checkbox"/>

Entrevistador, indique sua opinião quanto ao RELACIONAMENTO DO CASAL (pontue de 1 a 6):	RELCASE2	<input type="checkbox"/>
1. A unidade relacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores.		
2. Funcionamento da unidade relacional é algo insatisfatório. São resolvidas muitas das dificuldades que ocorrem ao longo do tempo, mas não todas elas.		
3. Apesar de haver períodos ocasionais de funcionamento satisfatório e competente das relações, aquelas disfuncionais e insatisfatórias tendem a prevalecer.		
4. A unidade relacional é óbvia e seriamente disfuncional. Períodos de relacionamento satisfatório são raros.		
5. A unidade relacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação.		
6. Não chegou a se constituir o casal		

7. RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA DE ORIGEM

<p>1. Como você está se dando com a sua mãe agora? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8). Descreva</i>.....</p> <p>.....</p> <p>Ela incentiva(ou) sua companheira a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8). E você a incentivá-la?</i> <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8).</i></p> <p>Com que frequência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4), NSA(8)</i></p> <p>Como você acha que sua companheira se dá com a sua mãe? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8).</i></p> <p>Como você acha que sua companheira se dá com a mãe dela? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i></p> <p>Sua sogra (ou substituta) o incentiva(ou) a estimular a amamentação? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), NSA (8)</i></p> <p>2. Como você acha que sua mãe cuidou de você quando você era bebê? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8). Ela o amamentou?</i> <i>sim(1), não(2), não sabe(3), NSA (8). Se “sim”, quanto tempo?.....meses, não lembra(7) NSA (8)</i></p>	<p>RELMP <input type="checkbox"/></p> <p>MPESAMM <input type="checkbox"/></p> <p>MPESAMP <input type="checkbox"/></p> <p>SOGRAESP <input type="checkbox"/></p> <p>MCUIDP <input type="checkbox"/></p> <p>AMP <input type="checkbox"/></p> <p>TAMP <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Como você está se dando com seu pai agora? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8). Ele incentivou sua companheira a amamentar?</i> <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5),NSA (8). E você a incentivá-la?</i> <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8).</i></p> <p>Descreva:.....</p> <p>.....</p> <p>Com que frequência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4), NSA(8)</i></p> <p>4. Como você acha que sua companheira se dá com o seu pai? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8)</i></p> <p>Como você acha que sua companheira se dá com o pai dela? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4),ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i></p> <p>Seu sogro (ou substituto) o incentiva(ou) a estimular a amamentação? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i></p> <p>5. Como você acha que seu pai o cuidou quando você era bebê? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i></p>	<p>RELPP <input type="checkbox"/></p> <p>PPESAMAM <input type="checkbox"/></p> <p>PPESAMAP <input type="checkbox"/></p> <p>SOGESAMP <input type="checkbox"/></p> <p>PCUIDP <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Se há problemas ou distância na relação com os pais, esses fatos são justificáveis e perdoáveis para você? <i>já perdoou (1), tem dificuldades (2), não perdoa (3), não vê problemas (4), NSA (8).</i></p> <p>Comente:</p> <p>.....</p> <p>Existe alguma pessoa com quem você considera que a relação está rompida e com quem não vê a possibilidade de reaproximação? <i>não (1), sim (2). Quem?</i></p> <p>..... Porque?</p> <p>7. Se a família de origem está ausente, há outras pessoas que substituem a função de pai/mãe/irmãos para você? <i>sim, bem(1), sim, pouco(2), não (3), NSA (8). Quem são?</i></p> <p>.....</p> <p>.....NSA (8)</p> <p>Eles também o sentem como filho/irmão? <i>sim(1), não(2), não sabe(3)</i></p>	<p>COERELFP <input type="checkbox"/></p> <p>RUPFP <input type="checkbox"/></p> <p>SUBFP <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Em relação aos amigos e parentes, você se sente predominantemente isolado ou apoiado? Dê uma nota de 1 a 10:</p>	<p>REDESOC <input type="checkbox"/></p>

<p>Entrevistador, indique sua opinião quanto a relação com a FAMÍLIA DE ORIGEM ou substituta (pontue de 1 a 5): M P</p> <p>Com a família de origem como um todo</p> <p>1. As relações são satisfatórias segundo relato dos entrevistados e impressão dos entrevistadores.</p> <p>2. As relações são algo insatisfatórias.</p> <p>3. Apesar de haver períodos ocasionais de relações satisfatórias, predominam as relações disfuncionais e insatisfatórias.</p> <p>4. As relações são óbvia e seriamente disfuncionais. Períodos de relações satisfatórias são raros.</p> <p>5. Não há condições de manter a continuidade de ligação e contato.</p>	<p>FAMORME2 <input type="checkbox"/></p> <p>FAMORPE2 <input type="checkbox"/></p>
--	---

8. RESILIÊNCIA

1. Que fatores podem estar atrapalhando a qualidade de vida de vocês? <i>falta de dinheiro (), falta de espaço(), excesso de trabalho (), os outros filhos (), companheira(), emprego(), outro ()</i>	ATRAPP	<input type="checkbox"/>
não tem (1), tem 1 ou 2 problemas (2), tem mais de 2 problemas (3), não consegue identificar (4)		
2. O que lhe dá força para viver e lutar nas situações difíceis da vida? <i>atribui à rede social (), à família (), aos filhos () à companheira (), à força pessoal(), à seres superiores(), outro ()</i>	FORÇAP	<input type="checkbox"/>
identifica duas ou mais fontes (1), identifica uma fonte (2), não identifica (3)		
3. Você tem algum sonho especial na vida que gostaria de nos contar?		
.....		
.....		

Entrevistador, indique sua opinião quanto a relação com a REDE SOCIAL (pontue de 1 a 5): M P	RESOME2	<input type="checkbox"/>
Eficácia = apoio traduzido por ações necessárias + satisfação de quem recebe	RESOPE2	<input type="checkbox"/>
11A rede social é rica (A. quanto ao número de contatos, B. heterogeneidade, C. qualidade das relações e D. participação efetiva no apoio à família do bebê) e o entrevistado relata satisfação.		
1. O entrevistado relata satisfação (mas o entrevistador considera a rede social pobre em alguma de suas características) ou leve insatisfação. Citar a letra correspondente conforme o entrevistado e o entrevistador		
2. O entrevistado relata insatisfação moderada com relação a uma ou mais das suas características (citar as letras correspondentes, segundo o entrevistado segundo o entrevistador		
3. O entrevistado relata insatisfação grave em relação à sua rede social (citar as características identificadas pelo entrevistado e/ou entrevistador como insatisfatórias		
4. O contato com a rede social está intolerável, tornando o contato insustentável.		

9. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DO PAI

1. Tem-se sentido bem ou tem estado triste ou ansioso após o nascimento do bebê? <i>bem(1), triste (2), ansioso (3), triste e ansioso (4)</i>	ANIMP	<input type="checkbox"/>
E antes do nascimento do bebê? <i>bem (1), triste (2), ansioso (3), triste e ansioso (4)</i>	ANIMGRP	<input type="checkbox"/>
Dê uma nota para seu estado de ânimo atual (de 1 a 10):	NOTANIP	<input type="checkbox"/>

(preencher escala SRQ)

1	Você tem dores de cabeça frequentes?	sim	não
2	Tem falta de apetite?	sim	não
3	Dorme mal?	sim	não
4	Fica com medo com facilidade?	sim	não
5	Suas mãos tremem?	sim	não
6	Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	sim	não
7	Tem problema digestivo?	sim	não
8	Acha difícil pensar com clareza?	sim	não
9	Sente-se infeliz?	sim	não
10	Chora mais que o comum?	sim	não
11	Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	sim	não
12	Acha difícil tomar decisões?	sim	não
13	Seu trabalho diário é um tormento?	sim	não
14	Acha que é capaz de ter um papel útil na vida?	sim	não
15	Perdeu interesse pelas coisas?	sim	não
16	Acha que é uma pessoa que não vale nada?	sim	não
17	O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	sim	não
18	Sente-se cansada o tempo todo?	sim	não
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	sim	não
20	Fica cansada com facilidade?	sim	não
		SRQP	<input type="checkbox"/>

2. Bebe? <i>não (1), duvidoso (2), sim (3). Tem dificuldade de controlar a quantidade de bebida? <i>não (1), sim (2)</i></i>	ALCP	<input type="checkbox"/>
E no passado? <i>não (1), sim (2). Quando?</i>	ALCPASP	<input type="checkbox"/>
E sua companheira bebe? <i>não (1), sim (2). Tem dificuldade de controlar a quantidade de bebida? <i>não (1) sim (2)</i></i>	ALCCP	<input type="checkbox"/>
E no passado? <i>não (1), não sei (2), sim (3)</i> Quando?	ALCPASCP	<input type="checkbox"/>
3. Fuma? <i>não (1), sim (2). Quanto costuma fumar? <i>cigarros/dia.</i></i>	FUMP	<input type="checkbox"/>
E no passado? <i>não (1), sim (2)</i>	FUMPASP	<input type="checkbox"/>

Quando?.....Quanto costumava fumar? cigarros/dia. E sua companheira fuma? não (1), sim (2) Quanto costuma fumar? cigarros/dia. E no passado? não (1), não sei (2), sim (3) Quando?Quanto costumava fumar? cigarros/dia	FUMCP <input type="checkbox"/> FUMPASCP <input type="checkbox"/>
4. Toma algum remédio habitualmente? não (1), sim (2). Qual? E sua companheira? não (1), sim (2). Qual? Que remédios ela tomou durante a gestação?.....	REMP <input type="checkbox"/> REMCP <input type="checkbox"/> REMGRCP <input type="checkbox"/>
5. Usa drogas não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8) Como?Com que frequência?..... E no passado? não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8) Quando? Como?Com que frequência?..... E sua companheira usa drogas? não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8) Como?Com que frequência?..... E no passado? não(1), não sei(2), maconha(3), cocaína(4), cola (5), medic. para emagrecer(6), medic. para dormir (7), combinação (8), duvidoso (9) Quando?..... Como?Com que frequência?.....	DROGP <input type="checkbox"/> DROGPASP <input type="checkbox"/> DROGCP <input type="checkbox"/> DRGPASCP <input type="checkbox"/>
6. Já teve problema dos nervos? não (1), sim (2) Recebeu medicação? não (1), sim (2), NSA (8) Qual? Por quanto tempo?..... E sua companheira já teve problema dos nervos? não (1), sim (2) Recebeu medicação? não (1), sim (2), NSA (8) Qual? Por quanto tempo?..... Você já teve baixa por esta razão? não (1), sim (2), NSA (8) Onde?.....Quanto tempo?..... Foi medicado? não (1), sim (2), NSA (8) Continuou psicoterapia? não (1), sim (2), NSA (8) Está em psicoterapia atualmente? não (1), sim (2) E sua companheira já teve baixa por esta razão? não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8) Onde?.....Quanto tempo?..... Foi medicada? não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8) Continuou psicoterapia? não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8) Está em psicoterapia atualmente? não (1), sim (2)	PSIQP <input type="checkbox"/> MEDPSIP <input type="checkbox"/> PSIMP <input type="checkbox"/> MEDPSICP <input type="checkbox"/> HOSPPSIP <input type="checkbox"/> PSICP <input type="checkbox"/>
7. Tem algum problema de saúde atualmente? não (1), sim (2) Qual? Esse problema dificulta o cuidado do bebê ? não (1), sim (2), NSA (8) Como?..... E sua companheira tem algum problema de saúde atualmente? não (1), sim (2) Qual? Esse problema dificulta o cuidado do bebê ? não (1), sim (2), NSA (8) Como?.....	PROSAUP <input type="checkbox"/> PRCUIBEP <input type="checkbox"/> PRSAUCP <input type="checkbox"/> PRCUBECP <input type="checkbox"/>
8. Já perdeu algum filho por morte? não(1), sim (2). Que idade ele tinha? NSA (8) Qual a causa? doença congênita (1), prematuridade(2), infecção (3), outros.....(4) (1) período neo-natal, (2) menos de 1 ano, (3) pré-escolar, (4) escolar, (5) adolescente Tem algum filho que está sendo criado por outra pessoa? não (1), sim, um (2) sim, mais de um (3) (1) período neo-natal, (2) menos de 1 ano, (3) pré-escolar, (4) escolar, (5) adolescente Qual a idade?Nome e cuidador:..... Motivo:..... NSA (8)	MORTFILP <input type="checkbox"/> IDMORFIP <input type="checkbox"/> FCUI2P <input type="checkbox"/> IFCUI2P <input type="checkbox"/> IFCUI3P <input type="checkbox"/> IFCUI4P <input type="checkbox"/>
9. Já teve algum problema com a Justiça? não (1), sim (2) De que tipo?..... Quando?..... E sua companheira já teve algum problema com a Justiça? não (1), não sei (2), sim (3)	PRBLEGP <input type="checkbox"/> PRBLEGCP <input type="checkbox"/>

De que tipo?..... Quando?.....	
10. RELAÇÃO COM O POSTO DE SAÚDE	
O que você acha do Posto de Saúde?..... (1) ótimo (utiliza e o tem como referência para ajudar em todas as áreas), (2) bom (utiliza quando alguém está doente (consulta) e estou satisfeito), (3) mais ou menos (utiliza e a satisfação varia), (4) ruim (utiliza só quando não há outro recurso porque não é muito satisfatório), (5) não utiliza. Com que frequência você tem utilizado o Posto?..... Você tem ido às consultas do seu bebê? sim (1), às vezes (2), não (3) Alguém tem lhe orientado quanto à amamentação? sim (1) não (2) Se “sim”, quem? médico (1), enfermeiro (2), auxiliar (3), todos (4) NSA (8) Qual a orientação?.....	SATPSAUP <input type="checkbox"/> ESTAMPOP <input type="checkbox"/> QESTPSP <input type="checkbox"/>
Se o bebê frequenta CRECHE. Na sua opinião, como estão as condições de espaço, higiene e alimentação? muito boas (1), boas (2), mais ou menos(3), sofríveis (4), péssimas (5), NSA (8)	CONDCRE <input type="checkbox"/>

AS SEGUINTE PERGUNTAS NÃO DEVEM SER DIRIGIDAS AO PAI. SUAS RESPOSTAS SÃO CONCLUSÃO DO ENTREVISTADOR

O bebê foi gerado para manter os pais unidos? não (1), talvez (2), sim(3) (“sim”, se os pais estavam separados ou em processo de separação antes da gestação).	BEBUNIE2 <input type="checkbox"/>
Há evidências de negligência física no bebê? não (1), talvez (2), sim (3) (“sim”, se está emagrecido, apresenta infecção que não está sendo cuidada, passa muito tempo sem mudar de fraldas - com evidências de assadura - se seu berço está em local inapropriado por ser insalubre, se está sujo ou com roupas sujas, vestido inadequadamente).	NEGFB2 <input type="checkbox"/>
Há evidências de negligência emocional no bebê? não (1), talvez (2), sim (3) (“sim”, se seu berço fica num lugar que dificulta o acesso dos cuidadores, se estes não respondem ao choro, se não seguram o bebê apropriadamente ao alimentá-lo, se não falam com ele). Se “sim”, quais são os cuidadores negligentes? mãe(1), pai (2), irmão (3), avó(4), avós de um (5) outro(6)....., mais de um (7) NSA (8).	NEGEBE2 <input type="checkbox"/> CUINEGE2 <input type="checkbox"/>
Entrevistador, indique sua opinião quanto a SAÚDE MENTAL do pai (pontue de 1 a 5): No momento da entrevista (nas duas últimas semanas); no puerpério.....; no passado 1. Não há evidencias de dificuldades. 2. Aparecem dificuldades leves (depressão, ansiedade) que não perturbam as relações ou a vida diária e não comprometem sua auto-estima. 3. Aparecem dificuldades moderadas (depressão, ansiedade, irritação) que causam leve transtorno no dia-a-dia e comprometem sua auto-estima. 4. Aparecem dificuldades importantes que afetam moderadamente o dia-a-dia e as relações. 5. Aparecem dificuldades graves que afetam gravemente o dia-a-dia e as relações.	SMPPR <input type="checkbox"/> SMPPU <input type="checkbox"/> SMPPAS <input type="checkbox"/>
Faça um relato sumário de sua impressão sobre a saúde mental do pai no presente e no passado. Se possível, inclua sua impressão diagnóstica.	

Na opinião do entrevistador: Grau de resiliência da família: (1) ótima (2) boa (3) regular (4) insuficiente. Envolvimento do pai no atendimento do bebê: pai se envolve ativamente(1), pai apoia mas não participa(2), pai emocionalmente ausente ainda que dentro de casa(3), pai atrapalha os cuidados, mas está na casa (4), pai fisicamente ausente (5) Envolvimento da avó mais próxima avóm (1) avóp(2) NSA (8)..... .. nos cuidados do bebê: avó se envolve ativamente (cuida pelos menos um turno, 1 vez por semana)(1), avó se envolve ativamente, mora na casa (2), avó se envolve ativamente, mora no pátio (3), avó apoia mas não participa (4), avó apoia pouco (5), avó não apoia (6), NSA (8)	RESFE2 <input type="checkbox"/> ENVPE2 <input type="checkbox"/> ENVAVÓE2 <input type="checkbox"/> QENVAVE2 <input type="checkbox"/>
--	--

**RESUMO DOS ACHADOS - CONSENSO -
IMPRESSÃO DO ENTREVISTADOR SOBRE O FUNCIONAMENTO FAMILIAR E DA REDE SOCIAL**

Entrevistadores:..... Família nº: [][][][][] Data da visita/...../.....
Bebê:..... Mãe:

Impressão sobre a relação mãe-bebê. Relate uma interação que a ilustre.

Impressão sobre a relação pai-bebê. Relate uma interação que a ilustre.

Impressão sobre o funcionamento da família nuclear: Principais alianças e rupturas, funcionamento do casal (papéis homem / mulher) funcionamento do sistema fraternal (quando há).

Comentário sobre o genograma (evidencie as capacidades e os problemas da família de origem – padrões relacionais, capacidade de enfrentar adversidade, realizações, migrações, doença mental, separações, rupturas, violência -)

Impressão sobre o funcionamento da rede social (extensão, número de contatos, heterogeneidade, qualidade e manutenção das relações, satisfação por receber apoio efetivo, reciprocidade)

Impressão quanto à resiliência da família: (1) ótima (2) boa (3) regular (4) insuficiente.
Comente:

Nota do funcionamento atual da família segundo GARF:

Nota do funcionamento da família no último trimestre de gravidez:

Nota do funcionamento atual do casal (sg. escala do protocolo):

Sg. Beavers 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__ 12__ 13__ 14__ 15__

Nota do relac. da família nuclear com a família de origem da mãe (sg.escala do protocolo):

Nota do relac. da família nuclear com a família de origem do pai (sg.escala do protocolo):

Nota do funcionamento atual da relação mãe-bebê segundo o PIR-GAS:

Nota do funcionamento atual da relação pai-bebê segundo o PIR-GAS:

Se necessário dê sua impressão diagnóstica (sg. DSM-IV e CID-10) da mãe, pai ou outro:

CIDM1 [][][][][]
CIDM2 [][][][][]
CIDP1 [][][][][]
CIDP2 [][][][][]

TIPAL [][]
RESIL [][]
NIVPOBR [][]
MORARISC [][]
CLASOC [][]
GARF [][]
GARFGEST [][]
FUNCASAL [][]
ENVAI [][]
ENVAVÓ [][]
QENVAVÓ [][]
FM [][]
FP [][]
PIRGASM [][]
PIRGASP [][]
TEMPB [][]
CIDMP [][][][][]
CIDPP [][][][][]

Nota do funcionamento atual da rede social (sg. escala do protocolo) :

entrevistador: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

mãe: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

pai: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

DSMM1 [][][][][]
DSMM2 [][][][][]
DSMP1 [][][][][]
DSMP2 [][][][][]

DSMMP [][][][][]
DSMPP [][][][][]

REDESOC [][]
REDESOCM [][]
REDESOCP [][]

Nota do questionário auto-respondido:

mãe: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__ 12__ 13__ 14__ 15__ 16__

pai: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__ 12__ 13__ 14__ 15__ 16__

Sugestões quanto à necessidade de abordagem terapêutica. Assinale com x:

(1) não mostra necessidade, (2) recomenda-se especial atenção psico-social do clínico, (3) necessita atendimento especializado. Comente:

QAUTORM [][]
QATUORP [][]
ENCAM [][]

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CASAL
(adaptada da ESCALA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE BEAVERS-TIMBERLAWN)

I . ESTRUTURA DO CASAL

1. Evidências de distribuição de poder

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Caos		Marcada Dominação		Moderada Dominação		Liderada		Igualitária
Sem líder; ninguém tem poder suficiente para estruturar a interação.		Controle próximo ao absoluto. Não há negociação. Dominação e submissão são a regra.		Controle próximo ao absoluto. Alguma negociação, mas dominação e submissão são a regra.		Tendência a haver dominação e submissão, mas maioria das interações é através de negociação respeitosa.		Liderança dividida entre os pais, mudando com a natureza da interação.

2 . Coalizões parentais do casal

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Coalizão principal é entre pai (ou mãe) e outro adulto (ou atividade)				Coalizão parental Fraca				Coalizão parental forte

3 . Intimidade

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Limites entre os indivíduos são amorfos e indistintos.		Isolamento e distância		.		Algumas queixas quanto a falta de intimidade		Intimidade com limites individuais bem distintos

4. Mitologia - Congruência da mitologia do casal (como o casal define seu próprio funcionamento) com a realidade observável

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Muito congruente		Congruente na sua maior parte				Algo incongruente		Muito incongruente

5 . Capacidade de negociar e resolver problemas

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Extremamente eficiente		Boa		Existe, mas há evidências de Dificuldade		Pouco eficiente		Extremamente ineficiente

II . AUTONOMIA

6 . Clareza da comunicação individual de pensamentos e sentimentos.

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Muito clara				Algo vaga e Escondida				Quase nunca as pessoas são claras

7 . Grau de responsabilidade assumida pelos membros sobre suas ações passadas, presentes e futuras.

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Em geral os membros assumem responsabilidade por suas ações individuais				As vezes membros assumem a responsabilidade por suas ações individuais, mas a tática também inclui acusação do outro, falar na terceira pessoa ou no plural				Membros raramente ou nunca assumem responsabilidade por ações individuais

8 . Invasão da individualidade do outro (falam um pelo outro, "lêem a mente" do outro)

ESCALA GARF

(avaliação global do funcionamento relacional)

NOTA: Leia toda a escala cuidadosamente antes de dar sua avaliação. Use escores específicos, intermediários quando possível, p.ex. 45, 68, 72. Se não há informação detalhada adequada para dar escores específicos, use pontuações médias nas cinco partes, isto é, 90, 70, 50 ou 10.

5. (81-99) Existem padrões e rotinas combinados que permitem a satisfação das necessidades habituais de cada participante; existe flexibilidade para mudar a resposta a eventos ou necessidades fora do usual; conflitos ocasionais e transições difíceis são resolvidos através de comunicações e negociações destinadas a solucionar problemas.

Existe um entendimento compartilhado e acordo sobre os papéis e tarefas apropriados; a tomada de decisões é estabelecida para cada área funcional; existe reconhecimento das características particulares e dos méritos de cada subsistema (p.ex. pais/casal, irmão e indivíduos).

Existe uma atmosfera otimista nas relações apropriada para a situação; uma grande variedade de sentimentos é livremente expressa e elaborada; há uma atmosfera geral de calor, carinho e valores compartilhados. As relações sexuais dos adultos são satisfatórias.

EM SUMA: A unidade relacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores.

4.(61-80) A maioria dos problemas relacionais corriqueiros é resolvida adequadamente, mas existe dor e dificuldade em responder a situações incomuns. Alguns conflitos permanecem não resolvidos, mas não perturbam a relação.

A tomada de decisões é feita, em geral, de forma competente, mas o esforço para o controle dos membros entre si, às vezes, é maior que o necessário e/ou é inefetivo. Indivíduos e coalizões são claramente demarcados mas, às vezes, são depreciados ou discriminados.

Uma gama de sentimentos é expressa, mas é evidente que há áreas de bloqueio emocional e tensão. Calor e carinho estão presentes, mas são marcados por irritabilidade e frustração. A atividade sexual dos adultos pode ser algo insatisfatória e problemática.

EM SUMA: O funcionamento da unidade relacional é algo insatisfatório. São resolvidas muitas das dificuldades que ocorrem ao longo do tempo, mas não todas elas.

3.(41-60) A comunicação, a solução de problemas e as atividades rotineiras, com bastante frequência, são inibidas ou atrapalhadas por conflitos não resolvidos; há dificuldade moderadamente severa em adaptar-se a situações de stress e transições, como saídas da família, mortes, nascimentos e casamentos.

A tomada de decisões é só intermitentemente competente e efetiva; nessas situações observa-se excessiva rigidez ou falta significativa de estrutura. As necessidades individuais estão frequentemente submersas.

Dor e/ou raiva inefetiva ou paralisia emocional interferem com a possibilidade de compartilhar alegrias. Apesar de haver algum calor e apoio para os membros, esses, em geral, são desigualmente distribuídos. Problemas sexuais entre os adultos são freqüentes.

EM SUMA: Apesar de haver períodos ocasionais de funcionamento satisfatório e competente das relações, aquelas disfuncionais e insatisfatórias tendem a prevalecer.

2. (21-40) Os padrões e rotinas relacionais não satisfazem as necessidades dos membros; expectativas estabelecidas são ignoradas ou rigidamente cumpridas, apesar de mudanças situacionais. Transições do ciclo vital como partidas ou entradas das/nas relações geram problemas frustrantes e não resolvidos.

A tomada de decisões é tirânica ou bastante ineficaz. As características particulares dos indivíduos não são apreciadas, ou são ignoradas por coalizões rígidas ou confusamente fluídas.

Períodos de convivência agradável em conjunto são infreqüentes; distância óbvia e hostilidade declarada refletem conflitos importantes que permanecem não resolvidos e bastante doídos. Disfunção sexual grave entre os adultos é freqüente.

EM SUMA: A unidade relacional é óbvia e seriamente disfuncional. Períodos de relacionamento satisfatório são raros.

1.(1-20) As rotinas relacionais são poucas (p.ex., não há horários combinados de refeições, sono ou período de vigília); os membros da família freqüentemente não sabem onde os outros estão, ou o que esperar uns dos outros; a comunicação é repetidamente atrapalhada por mal-entendidos e falta de atenção no que os outros dizem.

Responsabilidades pessoais e geracionais não são reciprocamente aceitas e reconhecidas. Os limites da unidade relacional como um todo e dos subsistemas não podem ser identificados ou respeitados. Pessoas, nessa relação, podem fisicamente ameaçar, agredir ou sexualmente atacar umas às outras.

O desespero e o cinismo são francos; pouca atenção é prestada às necessidades emocionais dos outros; quase não existe sentimento de pertencimento, ligação ou preocupação com o bem-estar uns dos outros.

EM SUMA: A unidade relacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação.

0. Informação inadequada.

ESCORE ATUAL _____
 MAIS COMPETENTE NO ANO PASSADO _____
 (por alguns meses)
 MENOS COMPETENTE NO ANO PASSADO _____
 NO INÍCIO DO TRATAMENTO _____

Adequação da escala (marque uma das opções)

1. não aplicável
2. difícil (caso compatível com dois ou mais níveis)
3. pobre (possível, mas as características principais do caso não combinavam)
4. bastante boa
5. muito boa
6. informação inadequada para classificar

Comente livremente a impressão que essa família lhe deixou:

INFLUENCE OF PARENTAL MENTAL HEALTH ON EARLY TERMINATION OF BREASTFEEDING: A CASE-CONTROL STUDY

Olga Garcia Falceto, Elsa R.J. Giugliani, Carmen Luiza C. Fernandes

ABSTRACT

Study objective: To investigate the existence of an association between termination of breastfeeding before four months postpartum and parental mental health. **Design:** Case-control study. **Setting:** Urban area in southern Brazil. **Patients and Methods:** 153 families with four-month-old babies were investigated: in 51 families (cases), breastfeeding had been discontinued; in 102 families (controls) the babies were being breastfed. Two family therapists evaluated maternal and paternal mental health in both groups during home visits using semi-structured interviews with individual parents and couples. These interviews formed the basis for diagnosis according to DSM-IV criteria, and for the diagnosis of emotional and relational functioning of each parent according to the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning Scale. The parents also completed the Self-Reporting Questionnaire. **Main Results:** Disorders were found in 59% of case mothers versus 48% of control mothers. Depression was the most prevalent disorder affecting both mothers and fathers. We did not identify a statistically significant association between maternal mental disorder and termination of breastfeeding before four months of age. When the mother had mental problems during the puerperium, however, she was twice as likely to interrupt breastfeeding. Among the mothers with mental disorders during the puerperium, 82% still had the problem when the study was performed. An association was observed between maternal and paternal mental health. **Conclusions:** Parental mental health does not seem to be associated with breastfeeding at four months. Maternal mental disorders during puerperium, however, may negatively affect the duration of breastfeeding. **Key words:** postpartum mental disorders, breastfeeding, parents

Introduction

Studies concerning the association of maternal depression and breastfeeding present contradictory findings. Most report shorter breastfeeding duration in the presence of postpartum depression (1-10), while some have not found any correlation between these two events (11-13). Other studies show a higher prevalence of postpartum depression in breastfeeding women (7,14,15), and several clinical reports describe cases in which breastfeeding was interrupted as a result of maternal depression (1,6,16-19). Still other studies have identified an association between maternal anxiety and shorter duration of breastfeeding (20).

Two main postpartum mood problems are described in the literature: postpartum blues and postpartum depression. Postpartum blues affects 25 to 76% of mothers in the first ten days postpartum (21). There is no consensus about the existence of an association between postpartum blues and postpartum depression, although some investigations show that 21 to 25% of the mothers affected by postpartum blues develop depression (6,11,21). Postpartum depression usually begins in the first three months after delivery and affects about 10 to 15% of mothers (22) or up to 24.5% (23).

Mothers with psychiatric problems in the postpartum period have been shown (16) to suffer from affective disorders (50-75%), anxiety (12%), schizophrenia (10-20%), and organic psychiatric disorders (2-12%) (16,24,25). In addition, men have been reported to present a cumulative incidence of paternal depression in the first year after childbirth: 23.8% in a Portuguese study (23), and 10.1% in an Australian study (26). In those two studies, the onset of the disorder was usually observed at three months after childbirth. Men who live with depressive women have a higher chance of becoming depressed, and vice-versa (23,24).

To date, however, no study has investigated the existence of a relationship between the mental health of both the father and the mother and discontinuation of breastfeeding. The objective of the present study was therefore to investigate the existence of an association between termination of breastfeeding before four months and parental mental health in an urban area in southern Brazil.

Methods

We performed a case-control study of families with four-month-old babies: in 51 families (cases), babies were no longer being breastfed, and in 102 families (controls), babies were being breastfed (exclusively or not). The age of four months was defined as the cut-off point for early weaning. This is a cut-off point often used in the literature, including local studies (27,28,29).

The study population was drawn from among the 18,000 inhabitants of an urban area in the city of Porto Alegre. This area is economically heterogeneous, housing mostly lower middle class – but a few very poor – families. A large public hospital, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), is in charge of the three outpatient clinics in the area, which are served by family physicians. All the households have running water and electricity, but some are not served by a sewage disposal system and garbage collection. All streets are paved, except for a few alleys where public safety is a serious problem.

The study protocol was approved by the Research Ethics Committee at GHC. The selection of families followed a strict methodology. Records of births in Porto Alegre hospitals were checked to identify families with babies younger than four months living in the area. When the baby reached the age of four months, a medical student visited the home to ask the family to take part in the study and to perform a preliminary interview. The team of interviewers received intensive training, after which a pilot study was carried out with ten families. All the interviewers and medical students involved contributed to the final version of the questionnaire. The senior investigators (O.G.F. and C.F.) also conducted interviews, pairing up with different interviewers to ensure the reliability of information. All data were entered twice and checked to rule out possible input errors.

Sample size was calculated for a 1:2 ratio. Our initial hypothesis was that about 60% of the mothers of early-weaned babies would present some type of emotional disorder, while 30% of those still breastfeeding would present emotional problems. This hypothesis was based on an epidemiological study of the population in Porto Alegre (30), according to which 48% of the adult population has some type of psychiatric disorder, including nicotine abuse, and on studies that indicate that the puerperium is the period during which women are at highest risk for developing mental disorders (16). In the present study, an α error of 0.05 and a β error of 0.20 were considered.

We planned to include the first five cases (that is, babies who were no longer breastfeeding at the time of the first visit) identified each month, and the two families that immediately followed the case-family in the list of births, and whose babies were still being breastfed, until the sample was complete. All families with four-month-old babies who lived in the study area were visited between March 1999 and May 2000. The families of 16 babies were excluded after a preliminary interview: three sets of twins, six babies of HIV-positive mothers, two babies who were deceased, one baby being fed by means of a nasopharyngeal tube and one baby whose mother was taking a medication that prevented her from breastfeeding. Seven families refused to provide any type of information. Thus 215 families answered at least the preliminary interview.

When the family agreed to participate in the study, both parents (or the mother only, when the parents were separated) signed an informed consent form. A home visit was then scheduled. The team of interviewers was blinded to the main research question. The interview was conducted by two family therapists and videotaped by a medical student. The two interviewers recorded their impressions independently. If a family was not found at home after three attempts, it was replaced with the next family on the list.

Home visits lasted about two hours and were divided into three parts. First, the interviewers held a preliminary conversation which sometimes included grandparents, other relatives or friends living in the same household or visiting at the moment of the interview. Then, the two parents were interviewed together, and finally each parent was interviewed individually. Of the 153 fathers, 120 were cohabiting with the mother of their child, and of these, 118 were interviewed. The other two were working out of town. Of the 33 not cohabiting, three were interviewed, giving a total of 121 fathers interviewed. Of those not cohabiting and not interviewed, 19 had lost contact with their babies, two were deceased, one was in jail, and one was hospitalised for long-term psychiatric treatment.

The first part of the interview with the parents focused on the birth and its impact on the life of the family and parents, on the baby's feeding, and on the breastfeeding support provided by the father and by the parents' families and social network. In the second part, the couple's relationship and social network were discussed. The genogram for each couple was drawn, including previous marriages and children from other relationships, with a description of both parents' families, their medical and psychiatric

histories, and similarities and differences in the way the couple and their families functioned.

In the third part, each therapist held an individual conversation with one of the parents. It started with an open conversation and moved on to questions about the pregnancy and delivery, about the interviewee's relationship with their partner, about their sexual life and their conflict resolution strategies, including questions about domestic violence, and about their relationship with relatives, friends, the broader social network, and the healthcare and justice systems. Questions also covered topics relating to personal history, to the partner's medical and psychiatric status, to alcohol and drug use, and to past and present psychiatric hospitalisations and use of psychotropic drugs.

Each parent individually completed the 20-question version of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). A cut-off score of 7 or more for women and 5 or more for men to indicate probable mental disorders was used based on the validation of the SRQ in Brazil (31).

After completing the diagnostic process, the interviewer assessed the level of emotional functioning of the mother and father in daily life and in their main relationships, according to the categorical version of the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale, which scores relational functioning using a five-level scale: from 1 = no evidence of difficulties, to 5 = important difficulties that seriously affect everyday life and relationships (32). The sample was then divided into two groups: without or with minor disorders (scores 1 and 2), and with moderate to severe disorders (scores 3 to 5). Scores for emotional functioning were determined for present functioning (in the past two weeks), functioning during puerperium (defined as the 1st month postpartum), and past functioning (defined as the period before delivery).

The two interviewers discussed and agreed on a diagnosis for each parent based on DSM-IV criteria (32). Nicotine abuse was not considered. If there was disagreement, the case was discussed again with the principal investigator (O.G.F.) until a consensus was reached.

The Student *t* test was used to analyse continuous data when comparing the case and control groups, and the chi-square test and odds ratio were used for categorical data. At the end of the analysis, a logistic regression test was used to control the effects of possible confounding variables on the association between mental health and

breastfeeding. The variables entered into the model were those that were statistically associated ($P < 0.05$) with the baby's type of feeding at four months in the bivariate analysis, except for father's age and number of children, since these two variables were related to mother's age and birth order. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for the statistical analyses.

Results

Of the 222 families that met the inclusion criteria, seven refused to talk to the interviewers and 62 completed only the preliminary interview.

The 62 families that answered only the preliminary interview were compared to the 153 families that completed the study to investigate selection bias. The following characteristics were analysed: age, schooling, skin colour, mother's and father's occupation, whether the mother and father lived together, method of delivery, length of gestation, sex of the baby, birthweight, hospitalisations, household conditions and socio-economic class. The number of non-white men ($P = 0.016$) and low-weight babies ($P = 0.001$) was significantly higher in the group that did not complete the study, but neither of these variables was associated with breastfeeding at four months.

Mean maternal age of the study population was 26 years (range: 14 to 45 years). Mean paternal age was 30 years (range: 17 to 62 years). Mean period of schooling was 6.6 ± 2.9 years among mothers (range: 1 to 14 years) and 7.6 ± 7.4 among fathers (range: 0 to 18 years). Most subjects in our sample were white (58% of the women and 60% of the men), and 86% of the mothers had had the recommended number of prenatal visits (5 or more). The mean number of children per family was 2.2, and the largest family had eight children. Seventy-eight percent of the couples lived together. Household conditions were adequate for 91% of the families, that is, they had electricity, running water in the house, and sewerage system. Seventy-six percent of the mothers were not currently working; 75% of the fathers had a job, and the other 25% made a living doing odd jobs. Median family income was 3.6 (range: 0 to 16.9) minimum wages (about US\$ 280 per month). Four families (2.6%) described themselves as having no steady income.

The mean birthweight of the babies was 3,240 g. Most were born at term by vaginal delivery. While in the hospital, 75% the babies and their mothers roomed in. Nine babies were later separated from their mothers due to maternal hospitalisation.

Table 1 presents a comparison of the characteristics of the two groups involved in the study. A significant association was observed between breastfeeding at four months and the following factors: a) younger mothers and fathers, b) mother's first child, c) less than four children in the family, d) mother rooming in with the baby, and e) mother not being separated from the baby. Of the 102 breastfed babies, 29 (28.4%) were exclusively breastfed at four months (receiving only breast milk, and no other liquid or solid), and 73 (72.6%) were partially breastfed. Of the babies who were no longer breastfed, 23 (45.1%) were weaned in the 1st month, and 15 (29.4%), 12 (23.5%) and 1 (2%) in the 2nd, 3rd and 4th month of life, respectively.

Eighty-five percent of the 121 fathers interviewed said that they considered breastfeeding very important for the baby; all the others considered it important. None of the fathers made any negative remark about breastfeeding. According to the mothers, 70% of the fathers in the control group and 51% of the fathers in the case group offered them effective support for breastfeeding, revealing a significant difference between the two groups ($P=0.017$).

At the time of the interview, 79 (52%) mothers and 52 (43%) fathers had psychiatric disorders (Table 2). The number of mothers diagnosed with mental disorders in the case group was around 11% higher than in the control group according to both the DSM-IV and the SRQ-20, but this difference was not statistically significant (Table 2). Similarly, no significant difference was observed between the two groups of fathers.

The percentage of maternal emotional and relational problems during puerperium was 57% for mothers who were not breastfeeding, and 37% for mothers who were still breastfeeding. There was a statistically significant association between weaning and maternal mental health problems in the puerperium (Table 3). The association remained close to significance in the multivariate logistic regression used to control the effects of maternal age, birth order, mother-child separation and rooming-in (Table 4).

About 44% of the mothers and 37% of the fathers in the study population showed evidence of having had emotional and relational disorders in the past, with no significant difference between the groups (Table 3). At four months postpartum, 82% of those mothers presenting relational functioning problems during the puerperium still presented the same problem. Five percent of the women did not have any disorders during the puerperium but presented difficulties at four months (Table 5).

The most prevalent diagnostic category of parental mental disorder (Table 6) was depression. There was no statistical difference between case and control parents in terms of type of mental disorder.

In 77% of those families in which the mother had a mental health disorder at four months after the baby's birth, the father also presented mental problems, and in 70% of those families in which the mother had no disorder the father also had no disorder. During puerperium, this situation was observed in 71% of the couples for presence of emotional and relational problems, and in 73% of the couples for absence of such problems. The simultaneous presence of mental disorders in both parents was not associated with interruption of breastfeeding before four months, even when the group was compared to the group of parents without disorders ($P=1.0$).

Discussion

Little is available in the literature about the influence of mental health, especially the father's, on the duration of breastfeeding. The purpose of this study was to investigate this association, and our results revealed some relevant facts.

The psychiatric evaluation of mothers at four months postpartum, contrary to our initial hypothesis, did not reveal a statistically significant association between mental disorders and termination of breastfeeding, although we did find a higher number of mothers with problems in the group that had already interrupted breastfeeding. Mothers with any type of disorder were able to breastfeed at the same rate as women without a disorder. This seems to confirm the strength of the mother-baby bond and the power of maternal resilience, and may reflect the appreciation of breastfeeding in the community, as reported in the literature (2).

When the mother had problems during puerperium, however, she was twice as likely to interrupt breastfeeding before four months. It therefore seems that the mental health status of the mother at the moment when breastfeeding is being established may influence the continuation of breastfeeding. The high rate of persistence of maternal mental disorders appearing during puerperium emphasises the need for early diagnosis and therapeutic intervention. The postpartum period has been reported as being the period during which women are at highest risk of developing mental disorders because of the

multiple physical, emotional, and relational changes that have to be faced after the baby is born (16).

Paternal mental problems were also very frequent, but not associated with early weaning. We found a higher rate of fathers with disorders at four months postpartum (43%) than in puerperium (32%), which is in agreement with findings reported in two other studies (23,24). These findings could be associated with the fact that at four months the father-baby 'honeymoon' has lost its intensity, while the intensity of the mother-child relationship persists, with a relative exclusion of the father. Some of the negative changes affecting mothers in the postpartum period, such as those in the sleep routine, also affect fathers, who face additional demands as providers while receiving less attention from their wives. Support from the social network tends to decrease, and this may force the father to face more closely his role as provider and protector, as well as his personal limitations. This becomes even more difficult when the mother suffers from a mental disorder.

Although this study was not designed to investigate prevalence (either of breastfeeding or of psychiatric diagnoses), we did observe a high frequency of mental disorders (52% of the mothers and 43% of the fathers). In addition, 44% of the mothers and 37% of the fathers had a history of psychiatric disorders. These percentages are higher than those previously reported (23,26), and suggest that postpartum psychiatric disorders in some parents may represent a continuation of a history of mental problems. Of those mothers and fathers with mental disorders, the majority were diagnosed as suffering from depression, as previously observed in several studies published in various countries. The prevalence of depression in our sample was higher than in the general population of Porto Alegre, which has been estimated, with another methodology, at 17% for women and 9.3% for men (30).

Among the possible methodological limitations of this research, it is important to underscore the high number of families that were identified as eligible but could not complete the study, and were thus replaced by others. It is also important to remember that participation is more difficult when the involvement of the whole family is required. We compared the families that did not complete the study with those that did, and found no significant differences in terms of the variables associated with breastfeeding. The fact that this was a case-control study, combined with the results of this comparison, indicates that our results were probably not affected by such limitations. The nature of the phenomenon

under study – breastfeeding – prevented us from performing a double-blind study, but the possible bias resulting from this fact was minimised by the two interviewers' not knowing the main research question, their independent evaluations and the participation of two informants (mother and father). The retrospective self-evaluation of maternal emotional and relational functioning is another possible limitation, but unreliability was limited by the inclusion of at least two informants and two evaluators to measure events that had occurred only three months before the interview. The bias that could be associated with self-reporting was also minimised by checking the information reported by the mother with the father and vice-versa.

We chose to use the SRQ-20 because it is self-administered by the subjects, and thus provided a more objective measure, and also because it has been validated for Brazilian Portuguese, which is not the case of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) employed in most studies. Our results are therefore not always comparable to those of studies employing the EPDS, although they tend in the same direction. The use of the SRQ-20 is also justified by the fact that it is often employed in studies concerning primary health care. It is important to stress that, although the results provided by the SRQ-20 regarding prevalence were different from those found with the DSM-IV, the general results regarding associations were very similar. In the discussion of results, we chose to refer mostly to the DSM-IV clinical diagnoses (and not SRQ-20 results) because we considered them to be more methodologically sound, and thus more accurate. In the population we studied, there was an identifiable tendency, especially among men, to undervalue emotional complaints. As the use of the SRQ-20 depended on the subjects admitting to having symptoms and complaints, this may explain the fact that the differences in prevalence between the two methods were 16% for the women and 26% for the men.

The most important contribution of this study is its methodological originality and its broader focus, including both parents in assessing mental health and the continuation of breastfeeding. Since the study involved diagnoses of mental disorders obtained through subjective measurements of predominantly subjective phenomena, the method of data collection was carefully planned to ensure reliability. This was done by eliciting information from more than one family member, and by taking into consideration the consensus of two trained family therapists who counted on an advisor (and on videotapes

of the interviews) to make diagnostic decisions whenever no initial consensus was reached. We believe that the present results can be generalised to families whose characteristics and culture are similar to those of the study population.

The high prevalence of psychiatric disorders in both parents in the postnatal period, the association between maternal mental disorder during puerperium and early interruption of breastfeeding, and the strong persistence of maternal problems at four months postpartum highlight the need to prepare health service providers for the early identification of psychiatric problems. We believe that it is possible to train health teams at the various levels of health care, including primary care, to provide competent and sensitive care to babies, their mothers, fathers, and families.

Acknowledgements: The authors acknowledge the financial support provided by the Research Incentive Fund (FIPE) and the editorial support provided by the Research Graduate Group (GPPG) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. We thank Vanda Leite, MD and Lisiane Perico, RN from GHC and the following family therapists *, medical students **, and statisticians *** for their support with data collection and analysis: * Alceu Correia Filho, Angela Diehl, Claudia Baratojo, Carmen Fernandes, Daniela Domingues, Denise Jong, Elizabeth Wartchow, Iara Sotto Mayor, Izabel Sperb, Jeane Laronda, José Ovidio Waldemar, Lucy Bugs, Mara Rossato, Marcia Tomazi, Maria Cristina Jung, Marina Netto, Paulina Silbert and Regina Palma; ** Anelise Cancelli, Antônio de Barros Lopes, Camila Giugliani, Carolina Alboim, Clarice Ritter, Daniel Barbosa, Guilherme Polanczyk, Jeber Ammar, Karina Marramarco, Letícia Quarti, Marta Pereira Lima, Martina Hoblik, Mauricio Kunz, Silvia Kelbert and Tazio Vanni; *** Mathias Bressel and Vania Naomi Hirakata.

References

- 1 Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychiatr Res* 1993;**37**:171-6.
- 2 Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *J Adv Nurs* 1999;**29**:113-8.
- 3 Galler JR, Harrison RH, Biggs MA, et al. Maternal moods predict breastfeeding in Barbados. *J Dev Behav Pediatr* 1999;**20**:80-7.
- 4 Ribas D, Rubin F. Études des facteurs influant sur la fréquence, la durée, l'échec précoce de l'allaitement maternel, pour 1100 nourrissons parisiens. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1980;**28**:565-72.
- 5 Romino P. Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1990;**69**:7-37.
- 6 Hannah P, Adams D, Lee A, et al. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1992;**160**:777-80.
- 7 Alder EM, Cox JL. Breast feeding and post-natal depression. *J Psychosom Res* 1983;**27**:139-44.
- 8 Fleming A, Ruble DN, Flett GL, et al. Postpartum adjustment in first-time mothers: relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Dev Psychol* 1988;**24**:71-81.
- 9 Kearney MH, Cronenwett LR, Barrett JA. Breast-feeding problems in the first week postpartum. *Nurs Res* 1990;**39**:90-5.
- 10 Hellin K, Waller G. Mothers' mood and infant feeding: prediction of problems and practices. *J Reprod Infant Psychol* 1992;**10**:39-51.
- 11 O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Prospective study of postpartum blues: biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;**48**:801-6.
- 12 Holt GM, Wolkind SN. Early abandonment of breast feeding: causes and effects. *Child Care Health Dev* 1983;**9**:349-55.
- 13 Pop VJM, Essed GG, Gens CA, et al. Prevalence of post partum depression – or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;**72**:354-8.
- 14 Alder E, Bancroft J. The relationship between breastfeeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychol Med* 1988;**18**:389-96.

- 15 Isabella PH, Isabella RA. Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *J Hum Lact* 1994;**10**:257-64.
- 16 Lawrence RA, Lawrence RM. Medical complications of the mother. In: Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1999;550-61.
- 17 Trad PV. The emergence of psychopathology in a previously adaptive mother-infant dyad. *Am J Psychoter* 1990;**44**:95-106.
- 18 Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? *Can J Psychiatry* 1997;**42**:1061-5.
- 19 Susman VL, Katz JL. Weaning and depression: another postpartum complication. *Am J Psychiatry* 1988; **145**:498-501.
- 20 Scrimshaw SCM, Engle PL, Arnold L, et al. Factors affecting breastfeeding among women of Mexican origin or descent in Los Angeles. *Am J Public Health* 1987;**77**:467-70.
- 21 Rohde LA, Busnello E, Wolf A, et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 1997;**95**:231-5.
- 22 Essex C, Smale P, Geddis D. Breastfeeding rates in New Zealand in the first 6 months and the reasons for stopping. *N Z Med J* 1995;**108**:355-7.
- 23 Areias MEG, Kumar R, Barros H, et al. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth – Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996;**169**:30-5.
- 24 Nordström UL, Dallas JH, Morton HG, et al. Mothering problems and child morbidity amongst “mothers with emotional disturbances”. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;**67**:155-8.
- 25 Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;**144**:35-47.
- 26 Matthey S, Barnett B, Ungerer J, et al. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000;**60**:75-85.
- 27 Giugliani E, Issler R, Kreutz G, Meneses C, Justo E, Kreutz V, Pires M. Breastfeeding pattern in a population with different levels of poverty in Southern Brazil. *Acta Paediatr* 1986;**85**:1499-500.

- 28 Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Porto Alegre, Brazil. *Acta Paediatr* 1992; **81**:484-7.
- 29 Kummer SC, Giugliani ERG, Susin LRO, Folletto JL, Lermen NR, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno em clientela de uma maternidade. *Rev. Saúde Publ* (São Paulo) 2000;**34**:143-8.
- 30 Busnello ED, Pereira MO, Knapp WP, et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr* 1993;**42**(Supl.1):55s-60s.
- 31 Mari JS, William P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;**148**:23-6.
- 32 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

Table 1. Characteristics of the study population

			Cases		Controls		<i>P</i> ¹
			mean ± SD		mean ± SD		
Age (years)	Mother		27.7 ± 6.7		24.5 ± 6.1		0.001
	Father		32.5 ± 10.0		28.5 ± 8.2		0.006
			N	%	N	%	<i>P</i> ²
Schooling (years)	Mother	up to 4	12	23.5	23	22.5	0.758
		5 to 11	37	72.5	77	75.5	
		12 or more	2	3.9	2	2.0	
	Father ³	up to 4	8	16.7	20	20.2	
		5 to 11	38	79.2	74	74.7	
		12 or more	2	4.2	5	5.1	
Skin colour	Mother	white	33	64.7	53	52.0	0.134
		non-white	18	35.3	49	48.0	
	Father ³	white	33	66.0	56	54.9	
		non-white	17	34.0	46	45.1	
Mother and father cohabiting		yes	39	76.5	81	79.4	0.677
		no	12	23.5	21	20.6	
Current employment	Mother	yes	14	27.5	20	19.6	0.271
		no	37	72.5	82	80.4	
	Father ³	yes	38	77.6	73	72.3	
		no	11	22.4	28	27.7	
Monthly family income (minimum wages ⁴)		up to 3	25	49.0	43	42.6	0.691
		4 to 10	23	45.1	53	52.5	
		over 10	3	5.9	5	5.0	
Household conditions		good/average	46	90.2	93	91.2	0.843
		poor	5	9.8	9	8.8	
Number of children		up to 3	38	74.5	92	90.2	0.010
		4 or more	13	25.5	10	9.8	
Prenatal follow-up		≥5 visits	44	86.3	89	87.3	0.865
		<5 visits	7	13.7	13	12.7	
Baby's sex		female	22	43.1	52	51.0	0.360
		male	29	56.9	50	49.0	
Birthweight		≥ 2500 g	49	96.1	94	92.2	0.355
		< 2500 g	2	3.9	8	7.8	
Birth order		firstborn	14	27.5	49	48.0	0.015
		other	37	72.5	53	52.0	
Method of delivery		vaginal	35	68.6	77	75.5	0.366
		caesarean	16	31.4	25	24.5	
Length of gestation		≥37 weeks	41	80.4	82	81.2	0.906
		<37 weeks	10	19.6	19	18.8	
Mother-baby separation due to hospitalisation of mother		no	45	88.2	99	97.1	0.029
		yes	6	11.8	3	2.9	
Rooming-in		yes	33	66.0	83	83.0	0.019
		no	17	34.0	17	17.0	

¹ Student's *t* test; ² Chi-square test; ³ Number of fathers varies because some mothers could not give or refused to give information about non-cohabiting fathers; ⁴ MW=minimum monthly wage in Brazil (about US\$ 70).

Table 2. Mental diagnoses of parents at the time of the study (according to DSM-IV criteria and SRQ scale)

	Disorder	Cases		Controls		Total		<i>P</i> ¹
		N	%	N	%	N	%	
Mother (DSM-IV)	with disorder	30	58.8	49	48.0	79	51.6	0.208
	without disorder	21	41.2	53	52.0	74	48.4	
Father (DSM-IV)	with disorder	18	47.4	34	41.0	52	43.0	0.509
	without disorder	20	52.6	49	59.0	69	57.0	
Mother (SRQ)	≥7 (disorder)	22	43.1	32	31.4	54	35.3	0.151
	<7 (no disorder)	29	56.9	70	68.6	99	64.7	
Father (SRQ) ²	≥5 (disorder)	7	18.9	13	15.7	20	16.7	0.658
	<5 (no disorder)	30	81.1	70	84.3	100	83.3	

¹ Chi-square test; ² n=120 because SRQ for one father was lost.

Table 3. Emotional and relational functioning of parents in puerperium and in the past (GARF scale)

	Disorder	Cases		Controls		Total		<i>P</i> ¹	Odds ratio (95% CI)
		N	%	N	%	N	%		
Mother ²	moderate/severe	29	56.9	38	37.3	67	43.8	0.021	2.22 (1.12-4.40)
	none/mild	22	43.1	64	62.7	86	56.2		
Mother ³	moderate/severe	25	49.0	43	42.2	68	44.4	0.421	
	none/mild	26	51.0	59	57.8	85	55.6		
Father ²	moderate/severe	15	39.5	24	28.9	39	32.2	0.249	
	none/mild	23	60.5	59	71.1	82	67.8		
Father ³	moderate/severe	15	39.5	30	36.1	45	37.2	0.725	
	none/mild	23	60.5	53	63.9	76	62.8		

¹ Chi-square test; ² in puerperium; ³ in the past.

Table 4. Multiple logistic regression analysis to assess association of mother's mental health in puerperium and weaning, after controlling for possible confounding variables

Variables	Odds ratio ²	95% Confidence Interval	<i>P</i> ¹
Mother's age ≥21 years	2.92	(1.02-8.37)	0.046
Not firstborn	1.71	(0.72-4.08)	0.228
Mother-baby separation	5.03	(0.93-27.17)	0.061
No rooming-in	2.04	(0.84-4.98)	0.116
Mother's moderate/severe emotional and relational functioning disorder in puerperium	2.09	(0.99-4.41)	0.052

¹ Wald χ^2 test; ² Risk for breastfeeding termination before four months

Table 5. Mothers' emotional and relational functioning in puerperium and at four months postpartum (GARF and DSM-IV)

		In puerperium			
		No/mild disorders		Moderate/severe disorders	
		N	%	N	%
four months postpartum	no or mild disorder	82	95.3	12	17.9
	moderate to severe disorder	4	4.7	55	82.1

Table 6. Psychiatric diagnoses of parents (according to DSM-IV criteria)

			Cases		Controls		<i>P</i> ¹
			N	%	N	%	
DSM-IV	Mother	depression	21	41.2	33	32.4	0.451
		anxiety	5	9.8	8	7.8	
		alcohol abuse	2	3.9	1	1.0	
		mental retardation	2	3.9	4	3.9	
		other disorders	0	0.0	3	2.9	
	Father	without disorder	21	41.2	53	52.0	0.429
		depression	10	26.3	18	21.7	
		anxiety	4	10.5	3	3.6	
		alcohol abuse	4	10.5	8	9.6	
		mental retardation	0	0.0	3	3.6	
	other disorders	0	0.0	2	2.4		
	without disorder	20	52.6	49	59.0		

¹ Chi-square test

Artigo 1 - Versão em Português

A INFLUÊNCIA DA SAÚDE MENTAL MATERNA E PATERNA NA INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO: um estudo de casos e controles

Olga Garcia Falceto, Elsa R.J. Giugliani, Carmen Luiza C. Fernandes

RESUMO

OBJETIVO: Verificar se existe associação entre desmame precoce (antes dos 4 meses) e saúde mental materna e paterna.

MÉTODO: Estudo de casos e controles em uma comunidade urbana, envolvendo famílias com bebês de quatro meses de idade, sendo que em 51 delas os bebês já haviam interrompido o aleitamento (casos) e em 102 eles ainda eram amamentados (controles). Comparou-se a saúde mental da mãe e do pai dos dois grupos. Esta foi avaliada por dois terapeutas familiares em visitas domiciliares, mediante entrevistas semi-estruturadas individuais e do casal, as quais fundamentaram um diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV e um diagnóstico do funcionamento emocional e relacional de cada um dos pais de acordo com os critérios da Escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional do DSM-IV. Os pais do bebê também responderam o *Self Report Questionnaire*.

RESULTADOS: Aos quatro meses do nascimento do bebê, não se verificou associação estatisticamente significativa entre transtorno mental da mãe e interrupção precoce da amamentação, apesar de ter sido encontrada uma diferença percentual entre os grupos. Identificaram-se transtornos psiquiátricos em 59% das mães-caso e em 48% das mães-controle. Entretanto, a presença de transtorno materno no puerpério demonstrou associação estatisticamente significativa com interrupção do aleitamento. A depressão foi o transtorno mais prevalente, mas não o único. Oitenta e dois por cento das mães com transtorno no puerpério continuavam com problemas no momento do estudo. Em relação aos pais, 42% tinham transtorno, porém não houve correlação entre sua saúde mental e amamentação aos quatro meses. Também entre os pais a depressão foi o transtorno mais prevalente. Foi verificada uma alta associação entre o estado da saúde mental da mãe e o do pai.

CONCLUSÃO: A saúde mental da mãe e do pai avaliada aos quatro meses após o parto parece não influir no desmame precoce. Já a presença de transtorno mental materno no puerpério pode afetar negativamente a duração da amamentação.

1. INTRODUÇÃO

Há muitas pesquisas sobre saúde mental materna no período pós-parto publicadas na literatura internacional (1,2). Abordam principalmente a depressão, não se referindo, em geral, a outros transtornos. Em sua maioria, não estudam a saúde mental do pai, nem o impacto desta na saúde da mãe. Encontram-se também inúmeros trabalhos que estudam variáveis psicossociais que influenciam a amamentação, mas que não incluem a avaliação específica do diagnóstico psiquiátrico materno. Quanto ao pai, apontam claramente a importância de seu apoio para o estabelecimento e manutenção do aleitamento, mas também não avaliam a associação entre apoio e saúde mental paterna. No conjunto, são poucos os trabalhos publicados que estudam a associação entre amamentação e saúde mental materna. Não foi encontrado nenhum que estude a associação entre a amamentação e a saúde mental do pai.

As pesquisas sobre a associação entre depressão materna e amamentação relatam achados contraditórios: a maioria constata um período menor de amamentação quando existe depressão pós-parto (1,3-11), mas algumas não encontraram correlação entre os dois eventos (12-14). Há também estudos que mostram maior prevalência de depressão pós-parto entre as mulheres que amamentam (8,15,16), além de relatos clínicos de interrupção aguda da amamentação precipitando depressão materna (1,7,17-20). Alguns trabalhos identificam ansiedade materna associada com diminuição do tempo de amamentação (21). Grande parte dos estudos publicados não avalia formalmente a saúde mental e sua relação com a amamentação, mas referem-se a mães que não se sentiram aptas a satisfazer seus bebês, o que pode corresponder a uma visão depressiva da mãe em relação a seu bebê. Mencionam-se cansaço e desânimo, que freqüentemente são sintomas depressivos (22-25).

A literatura descreve dois quadros principais de alterações de humor no período pós-parto: o *postpartum blues* e a depressão pós-parto.

O *postpartum blues*, que afeta 25% a 76% (26) das mães nos dez primeiros dias pós-parto, é de curta duração e autolimitado. Nesse período, as mulheres costumam ficar hiper-sensíveis. Não há consenso sobre a associação entre o *postpartum blues* e a depressão pós-parto, apesar de haver alguns estudos mostrando que de 21% a 25% das mães afetadas evoluem para um quadro de depressão (7,12,26). Já a depressão pós-parto é um transtorno que normalmente se inicia nos primeiros três meses pós-parto, acometendo em torno de 10% a 15% das mães (25) ou até 24,5% delas (27).

Em relação ao espectro diagnóstico das doenças mentais, Coble, citado por Lawrence (17), mostra que a maioria das mães com problemas nesse período sofre de transtornos afetivos (50% a 75%), ansiedade (12%), esquizofrenia (10% a 20%) e transtornos psiquiátricos orgânicos (2% a 12%) (17,28,29). As publicações sobre a saúde mental do pai relatam maior prevalência de depressão, sendo a sua incidência cumulativa no decorrer do primeiro ano de vida do filho - 23,8% em um estudo português (27) e 10,1% em um estudo australiano (30). Ambos verificaram que o quadro geralmente se inicia três meses após o nascimento do filho. Homens com companheiras depressivas têm maior chance de tornarem-se deprimidos e vice-versa (27,30).

Na falta de pesquisas investigando especificamente a associação entre a saúde mental materna e paterna e amamentação, este estudo foi idealizado para testar essa associação em uma população da cidade de Porto Alegre, no sul do Brasil.

2. MÉTODO

Este é um estudo de casos e controles envolvendo famílias com bebês de quatro meses. Em 51 delas os bebês já não recebiam leite materno (casos) e em 102 os bebês ainda o recebiam (controles), independentemente do aleitamento ser exclusivo ou não. Definiu-se, neste estudo, como sendo os quatro meses de idade do bebê o ponto de corte para desmame precoce, por ser bastante utilizado na literatura, inclusive em nosso meio (31,32,33).

A população do estudo pertence a uma área de Porto Alegre que abrange em torno de 18 mil habitantes. Essa população é economicamente heterogênea, sendo sua maior parte composta por famílias de classe média baixa e algumas muito pobres. A área é servida por três ambulatórios que pertencem ao hospital público Grupo Hospitalar Conceição. Todas as casas têm água encanada e eletricidade, mas as mais pobres não têm esgoto nem coleta de lixo. Toda a vizinhança tem ruas asfaltadas, exceto algumas áreas de becos, nos quais há também graves problemas de segurança.

A seleção das famílias seguiu uma metodologia rigorosa. Por intermédio dos registros de nascimentos em hospitais de Porto Alegre, eram identificadas as famílias dos bebês da área de abrangência do estudo. Logo após o aniversário de quatro meses do bebê,

um estudante da Faculdade de Medicina fazia uma visita domiciliar com o objetivo de obter dados de identificação e a permissão para fazer a entrevista familiar.

O tamanho da amostra foi calculado para um estudo de casos e controles na proporção de um para dois. Partiu-se da hipótese de que em torno de 60% das mães de bebês precocemente desmamados apresentariam algum transtorno emocional e de que só 30% das que ainda amamentavam teriam problemas. Esse pressuposto baseou-se numa pesquisa epidemiológica da população de Porto Alegre (34) que encontrou em torno de 48% da população de adultos com algum transtorno, incluindo-se o abuso de nicotina, e em estudos que apontam o período pós-parto como sendo o de mais riscos para a saúde mental da mulher (17). Foi delineado um estudo com erro α de 5% e β de 20%.

Os primeiros cinco casos identificados a cada mês eram incluídos na amostra e somados a dois controles para cada caso que os seguissem imediatamente na lista de nascimentos. Foram excluídas as famílias de 16 bebês: 6 filhos de mães HIV+, 3 duplas de gêmeos, 2 bebês falecidos, 1 por uso de sonda nasogástrica e 1 bebê cuja mãe ingeria medicação com contra-indicação de amamentação. Com essa metodologia, devido também à não participação de algumas famílias no estudo, acabaram sendo entrevistadas no período de março de 1999 a maio de 2000 todas as famílias com bebês de quatro meses que viviam na área de abrangência do estudo.

Ambos os pais, ou só a mãe no caso de viverem separados, assinavam um consentimento informado quando concordavam em participar do estudo. Marcava-se, então, uma visita ao domicílio em dia no qual ambos pudessem participar. A equipe mantinha-se cega em relação à família ser caso ou controle e em relação a outras características familiares até o momento da chegada na casa. A entrevista era realizada por dois terapeutas familiares e filmada por um estudante da Faculdade de Medicina. Os dois entrevistadores registravam suas impressões independentemente. Se a família não era encontrada após três visitas, ela era substituída pela próxima da lista.

A entrevista era semi-estruturada e durava cerca de duas horas. Neste intervalo de tempo, além de realizar-se a coleta de informações, eram observados os comportamentos e as interações dos entrevistados. A entrevista consistia de uma conversa inicial com todos os membros da família, incluindo muitas vezes avós e outros familiares e amigos. A segunda parte da entrevista era feita só com o casal e a terceira individualmente com cada um dos pais do bebê. Quando a mãe declarava não ter companheiro ou estar separada, a conversa começava do mesmo modo e continuava individualmente com ela ou, às vezes,

incluía um membro de sua família de origem, já que 84% delas viviam em sua companhia. Das 153 famílias, 120 mães coabitavam com o pai do bebê. Dentre os pais que coabitavam, só dois não foram entrevistados, porque trabalhavam fora da cidade. Das 33 famílias que não coabitavam, 12 mães declararam ter companheiro e, destas famílias, 3 pais foram entrevistados, resultando num total de 121 pais entrevistados. Entre os não coabitando e não-entrevistados, 2 pais eram falecidos e 16 estavam totalmente ausentes da vida do filho. Os três pais restantes, apesar de ter algum contato com o bebê, não estavam disponíveis para a entrevista.

A primeira fase da entrevista abordava o nascimento do bebê e suas repercussões na família e na vida dos pais, a alimentação do bebê e a participação do pai nos seus cuidados e o apoio oferecido por ele à mãe na amamentação. Também investigava o suporte dado pelas famílias de origem e pela rede social. Na segunda fase, eram enfocadas com profundidade a relação do casal, o cuidado dos filhos e a relação com a rede social. Foi realizado o genograma de cada casal, incluindo casamentos prévios e filhos de outras relações, com a descrição de ambas as famílias de origem, incluindo história médica e psiquiátrica, além de similaridades e diferenças do funcionamento do casal em relação ao de suas respectivas famílias. A terceira fase, realizada individualmente com cada um dos pais por um dos terapeutas, iniciava com uma conversa livre e seguia com perguntas dirigidas sobre a gestação e o parto, a relação com o bebê e o parceiro, a vida sexual, estratégias para solução de conflitos, incluindo perguntas sobre a presença de violência, relação com familiares, amigos, a rede social ampla e o sistema de saúde. Pesquisava-se também a história pessoal e a do cônjuge, incluindo sintomas médicos e psiquiátricos, uso de álcool e drogas, internações psiquiátricas, uso de psicofármacos no presente e no passado, além de envolvimento com a Justiça.

Cada um dos pais completava independentemente o *Self Report Questionnaire* (SRQ). Na análise dos resultados, utilizaram-se como ponto de corte do SRQ os valores apontados por sua validação no Brasil (35); assim, indicava suspeita de transtorno mental uma pontuação de 7 ou mais para as mulheres e de 5 ou mais para os homens.

Após a entrevista individual, o entrevistador pontuava o nível do funcionamento emocional da mãe e do pai na vida diária e em seus principais relacionamentos, segundo a versão categorizada da Escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional (EAGFR) do DSM-IV (36). Essa escala é constituída de cinco níveis, que vão desde 1 (não há evidências de dificuldades) até 5 (há dificuldades importantes que afetam gravemente o

dia-a-dia e as relações). A nota do funcionamento emocional era dada para o funcionamento no presente (nas últimas duas semanas), no puerpério (definido neste estudo como o primeiro mês pós-parto) e no passado (definido como antes do parto). A amostra foi agrupada em duas categorias: sem transtorno ou com dificuldades leves (escores 1 e 2) e com transtorno de moderado a grave (escores 3 a 5).

Posteriormente à entrevista, os dois entrevistadores discutiam suas impressões e davam, por consenso, uma impressão diagnóstica psiquiátrica da mãe e do pai, usando critérios do DSM-IV. Não se incluiu como transtorno o abuso de nicotina. Em caso de discordância, rediscutia-se a situação com a pesquisadora principal (OGF) até chegar a um consenso.

Depois do treinamento intensivo do grupo, foi realizado um estudo piloto com dez famílias. A equipe participou da formulação da versão final do questionário, de forma a senti-lo como seu.

As pesquisadoras responsáveis (OGF e CF) realizaram entrevistas ao longo do processo, em duplas, com diferentes entrevistadores, para garantir a fidedignidade das informações. Os dados foram digitados duas vezes e cruzados, à procura de eventuais erros de digitação.

A análise estatística incluiu o cálculo de frequência das diversas variáveis, o teste *t* de *Student* para a comparação entre os grupos de casos e controles das variáveis contínuas e o teste qui-quadrado e o *odds ratio* para as variáveis categóricas. Ao final, realizou-se um teste de regressão logística para verificar a influência de possíveis variáveis de confusão na associação entre saúde mental e amamentação. Entraram no modelo as variáveis que, na análise bivariada, estiveram estatisticamente associadas ($p < 0,05$) com a forma de alimentação da criança aos quatro meses, com exceção da idade do pai e do número de filhos, pois essas variáveis estavam relacionadas, respectivamente, com a idade da mãe e com a ordem de nascimento dos bebês. O nível de significância estatística estabelecido para o estudo foi de 0,05. As análises foram realizadas no programa SPSS.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3. RESULTADOS

Das 222 famílias que estavam dentro dos critérios de inclusão, 7 recusaram-se a falar com os entrevistadores e 62 responderam somente a entrevista feita pelo estudante de Medicina.

Foi realizado um estudo comparativo entre as 62 famílias que não foram entrevistadas pelos terapeutas de família e as 153 que entraram no estudo, em busca de um possível viés de seleção. Foram analisadas as seguintes características: idade, escolaridade, cor da pele e trabalho da mãe e do pai; coabitação; tipo de parto, tempo gestacional, sexo do bebê, peso ao nascer e hospitalizações; condições de moradia e classe social. O número de homens não brancos ($p=0,016$) e de bebês de baixo peso ($p=0,001$) era significativamente maior no grupo não estudado, mas essas variáveis não mostraram associação com a interrupção do aleitamento antes dos quatro meses.

Entre as famílias estudadas, a idade média das mães era de 26 anos (variação de 14 a 45 anos). Os pais tinham em média 30 anos (variação de 17 a 62 anos). A escolaridade média das mães era de 6,6 anos ($\pm 2,9$, variação de 1 a 14 anos) e a dos pais de 7,6 anos ($\pm 7,3$, variação de 0 a 18 anos). A maioria da amostra era branca (58% das mães e 60% dos pais). O número médio de filhos dessas famílias foi de 2,2 filhos, sendo a prole maior de 8. Setenta e oito por cento dos casais viviam sob o mesmo teto. As condições de moradia eram adequadas em 91% das famílias, ou seja, as casas tinham luz elétrica, água encanada e instalações sanitárias. Setenta e seis por cento das mães não estavam trabalhando no momento, enquanto que 75% dos pais tinham emprego, e os outros 25% declararam viver de biscates. A mediana da renda familiar era de 3,6 salários mínimos por mês (variação de 0 a 16,9) (aproximadamente 280 dólares). Quatro famílias (2,6% da amostra) declararam não ter renda fixa.

Oitenta e seis por cento das mães tiveram cinco ou mais consultas pré-natais, número considerado adequado. O peso médio dos bebês foi de 3.240g; a maioria nasceu a termo, de parto normal. Setenta e cinco por cento dos bebês permaneceu em alojamento conjunto no hospital com suas mães. Poucos bebês sofreram separação posterior de suas mães; quando isso ocorreu, foi por hospitalização das mães.

Na Tabela 1 apresenta-se uma comparação entre as características dos grupos de casos e de controles. Houve associação estatisticamente significativa entre mães que mantinham a amamentação aos quatro meses e os seguintes fatores: 1) pais e mães mais jovens, 2) bebês primogênitos, 3) três filhos ou menos, 4) alojamento conjunto e 5) bebês que não foram separados de suas mães.

Dentre os 102 bebês amamentados, 29 (28,4%) eram alimentados exclusivamente com leite materno aos quatro meses e 73 (72,6%) recebiam alimentação mista. Dentre os bebês que já não eram aleitados, 23 (45,1%) foram desmamados no primeiro mês, 15 (29,4%) durante o segundo, 12 (23,5%) no terceiro e 1 (2%) no decorrer do quarto mês.

Oitenta e cinco por cento dos 121 pais entrevistados declararam julgar a amamentação muito importante para o bebê; os demais julgavam-na importante. Nenhum pai fez referências negativas à amamentação. Na opinião das mães do grupo controle, 70% de seus companheiros apoiavam-nas efetivamente na prática do aleitamento; já na opinião das mães do grupo de casos, só 51% deles o faziam, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,017$).

No momento da entrevista, das 153 mães avaliadas, 79 (52%) tinham transtorno psiquiátrico. O mesmo foi verificado em 52 (43%) dos 121 pais entrevistados (Tabela 2).

Na avaliação aos quatro meses do nascimento do bebê, não se verificou associação estatisticamente significativa entre transtorno mental materno e desmame, apesar de 59% das mães-caso e 48% das mães-controle terem sido identificadas pelos entrevistadores como tendo transtorno, ou seja, verificou-se uma diferença percentual entre os grupos de 11 pontos (Tabela 2).

A saúde mental das mães medida pelo questionário SRQ aos quatro meses tampouco demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, apesar de ter sido observada, também, uma diferença percentual em torno de 12 pontos, com 43% das mães-caso e 31% das mães-controle pontuando o SRQ com nota correspondente a suspeita de transtorno.

Ao avaliar os homens, verificou-se que 47% dos pais-caso e 41% dos pais-controle tinham transtorno mental (Tabela 2), diferença estatisticamente não significativa entre os grupos; o mesmo ocorreu com o diagnóstico pelo SRQ, que identificou 19% de suspeita de transtorno entre os pais-caso e 16% entre os pais-controle.

A proporção de problemas emocionais e relacionais maternos durante o puerpério foi de 57% entre as mães que desmamaram e de 37% entre as mães que continuaram a amamentar. Verificou-se aí uma associação estatisticamente significativa ($p=0,021$) entre desmame e problemas de saúde mental maternos (Tabela 3). Essa associação se manteve muito próxima da significância quando foi controlada através de regressão logística múltipla por idade da mãe, ordem de nascimento, separação mãe-filho e alojamento conjunto (Tabela 4).

Na avaliação das mães, verificou-se que, entre aquelas que tiveram problema no puerpério, 82% ainda mantinham o problema quatro meses após o parto, ou seja, apenas 18% recuperaram-se. Houve também 5% de mulheres que estavam bem no puerpério e apresentaram transtorno aos quatro meses (Tabela 5).

Em torno de 44% das mães e 37% dos pais de ambos os grupos mostraram evidências de terem apresentado transtornos emocionais e relacionais no passado, não havendo diferença significativa entre os grupos (Tabela 3).

Entre as categorias diagnósticas dos transtornos mentais das mães e dos pais (Tabela 6), a mais prevalente foi depressão. Não se verificou diferença estatística entre o grupo de casos e o de controles quanto ao tipo de transtorno mental.

Ao estudar a associação entre a saúde mental da mãe e a do pai aos quatro meses de vida do bebê, verificou-se que em 77% das famílias em que a mãe tinha transtorno o pai também tinha e, por outro lado, que em 70% das famílias em que a mãe não tinha transtorno o pai tampouco tinha. Durante o puerpério, essa associação ocorria em 71% dos casais com relação à presença de transtorno e em 73% com relação à sua ausência. A presença de transtorno simultâneo nos dois progenitores não se correlacionou com a forma de alimentação do bebê, nem ao comparar-se este grupo com aquele no qual ambos os pais não tinham transtorno ($p=1,0$).

4. DISCUSSÃO

A literatura tem dado pouca atenção à influência da saúde mental, em especial a do pai, na amamentação. Este estudo procurou estudar essa associação, encontrando alguns resultados relevantes.

A avaliação psiquiátrica da mãe aos quatro meses pós-parto, ao contrário da hipótese inicial do estudo, não demonstrou associação estatisticamente significativa entre transtorno mental e desmame, apesar de se ter verificado uma proporção maior de mães com problemas entre as que já tinham interrompido o aleitamento. Mães com qualquer uma das categorias diagnósticas demonstraram ser capazes de continuar amamentando na mesma proporção que as mulheres sem transtorno, o que parece ser um testemunho da força do vínculo mãe-bebê e da resiliência dessas mães, possivelmente auxiliadas pelo alto valor dado à amamentação pela sua comunidade, como já foi mencionado na literatura (3). Por outro lado, quando a mãe apresentava problemas no puerpério, ela tinha duas vezes mais chances que as outras mães de interromper o aleitamento do seu bebê antes dos quatro meses. Parece, portanto, que a saúde mental da mãe no momento do estabelecimento da lactação é importante para a sua manutenção. Esse fato, aliado à alta frequência com que há persistência do quadro aos quatro meses, aponta para a necessidade de fazer-se o diagnóstico e intervenção precoces. O período pós-parto tem sido descrito como aquele em que as mulheres apresentam o mais alto risco de desenvolver transtornos mentais, devido às mudanças físicas, emocionais e relacionais que enfrentam com o nascimento do bebê (17).

Problemas de saúde mental paternos também foram muito frequentes, mas não demonstraram associação com desmame precoce. Verificou-se uma proporção maior de pais com transtornos aos quatro meses pós-parto (44%) do que no puerpério (32%), o que equivale ao que está publicado sobre o assunto (27, 30). Esse achado, possivelmente, relaciona-se com o fato de que nesse período diminui a “lua-de-mel” do pai com o bebê. O pai também é afetado por algumas das mudanças negativas do puerpério, como as alterações do sono, ao mesmo tempo em que continua o intenso envolvimento da mãe com o filho, com a sua relativa exclusão da relação. Há também, nesse período, uma tendência a diminuir a ajuda da rede social, o que talvez confronte o pai, mais intensamente, com seu papel de provedor e protetor e com suas limitações pessoais, o que se torna ainda mais difícil quando a companheira sofre de transtorno mental.

Apesar de esta pesquisa não ter sido idealizada para investigar prevalências (seja da amamentação, seja de diagnósticos psiquiátricos), pode-se dizer que foi alta a frequência de transtornos mentais na amostra estudada (52% das mães e 44% dos pais). Além disso, mais de 44% das mães e 37% dos pais tinham história psiquiátrica positiva. Essas proporções são superiores às relatadas na literatura (27,29). Esse achado parece indicar que o transtorno presente no pós-parto é um episódio a mais na história de vida dessas mães e pais.

Quanto à classificação dos transtornos psiquiátricos, a maior parte das mães e pais receberam diagnóstico de depressão, como é relatado na maioria dos estudos publicados internacionalmente. A prevalência de depressão nesta amostra foi maior que a da população geral de Porto Alegre, estimada, com outra metodologia, em 17% entre as mulheres e 9,3% entre os homens (34).

Entre as possíveis limitações metodológicas da pesquisa, cabe lembrar o alto número de famílias identificadas como candidatas ao estudo que não puderam ser entrevistadas, sendo, por isso, substituídas por outras. É importante ressaltar que é mais difícil a participação quando a pesquisa exige o envolvimento de toda a família. Realizou-se uma comparação entre o grupo estudado e o não estudado, não tendo sido verificadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relacionadas com a amamentação. O fato de que este era um estudo de casos e controles, aliado aos resultados da comparação, indica que os achados não foram afetados por essas limitações. Além disso, a natureza do fator em estudo, a amamentação, inviabilizou a realização de uma pesquisa duplo-cega. Os possíveis vieses daí resultantes foram minimizados pela avaliação independente de dois entrevistadores que não conheciam a hipótese em estudo e que entrevistaram os dois progenitores, conferindo as respostas de um em relação às do outro. Outro ponto a levantar é que, apesar de a medida do funcionamento emocional e relacional da mãe no puerpério ter sido retrospectiva, sua fidedignidade parece alta, já que mediu-se um evento ocorrido apenas três meses antes da entrevista, feita com os cuidados já citados.

Decidiu-se usar a escala auto-respondida SRQ, para obter uma medida mais objetiva, porque já estava validada no Brasil, o que não era o caso da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), que é a mais adotada na literatura. Devido a isso, os resultados obtidos podem não ser sempre comparáveis aos dos estudos que utilizaram a escala EPDS, apesar de tenderem na mesma direção. O uso do SRQ justifica-se, também, por ser um instrumento amplamente utilizado em cuidados primários. Os resultados da associação de

suspeita de transtorno pelo SRQ com desmame aos quatro meses não mostraram diferença entre os grupos, da mesma maneira que os decorrentes do diagnóstico clínico realizado de acordo com os critérios do DSM-IV. Como decorrência disso, apesar de as prevalências encontradas com os dois métodos terem sido diferentes (16% para as mulheres e 26% para os homens), optou-se pelo uso do diagnóstico clínico, pois, graças aos cuidados metodológicos observados para garantir a sua fidedignidade, este merecia mais confiança que os resultados do SRQ. A pontuação do SRQ dependia dos sujeitos admitirem ter sintomas e queixas, o que nessa população é difícil, em especial para os homens.

A maior contribuição desta pesquisa está na originalidade de sua metodologia e na ampliação do foco de estudo, por avaliar a influência da saúde mental de ambos os pais na manutenção do aleitamento.

A equipe teve grande preocupação em relação à fidedignidade dos achados, já que o estudo envolve diagnósticos de saúde mental, obtidos através de medidas subjetivas de fenômenos predominantemente subjetivos. A equipe procurou tornar as medidas o mais objetivas possível, usando dois métodos de aferição, solicitando informações a mais de um membro da família e valorizando os resultados do consenso da observação de dois terapeutas familiares treinados, que tinham um consultor (e videoteipes das entrevistas) para ajudar na pontuação final quando não havia consenso.

Muito possivelmente, os resultados desta pesquisa podem ser estendidos à maioria das famílias com características e cultura semelhantes às da população estudada.

A alta prevalência de transtornos psiquiátricos em ambos os pais no período pós-natal e a associação de transtorno mental materno no puerpério com a interrupção precoce do aleitamento, aliadas ao alto índice de manutenção dos problemas da mãe aos quatro meses após o nascimento do bebê, destacam a necessidade de preparar os serviços de saúde para a identificação precoce de problemas psiquiátricos. Acreditamos que é possível treinar o pessoal da saúde nos vários níveis de atenção, inclusive em cuidados primários, possibilitando a atenção sensível e competente ao bebê, sua mãe, seu pai e sua família.

Agradecimentos: Os autores agradecem a ajuda financeira oferecida pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) e o apoio editorial do Grupo de Pós-Graduação e Pesquisa (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Também agradecem a Vanda Leite e Lisiane Perico do GHC e aos seguintes terapeutas de família*, estudantes de Medicina** e estatísticos***: * Alceu Correia Filho, Ângela Diehl, Claudia Baratojo, Carmen Fernandes, Daniela Domingues, Denise Jong, Elizabeth Wartchow, Iara Sotto Mayor, Izabel Sperb, Jeane Larronda, José Ovídio Waldemar, Lucy Bugs, Mara Rossato, Márcia Tomazi, Maria Cristina Jung, Marina Netto, Paulina Silbert e Regina Palma; ** Anelise Cancelli, Antônio de Barros Lopes, Camila Giugliani, Carolina Alboim, Clarice Ritter, Daniel Barbosa, Guilherme Polanczyk, Jeber Ammar, Karina Marramarco, Letícia Quarti, Marta Pereira Lima, Martina Hoblik, Maurício Kunz, Sílvia Kelbert e Tazio Vanni; *** Mathias Bressel e Vânia Naomi Hirakata.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychiatr Res* 1993;37:171-6.
2. Newton N, Newton M. Psychologic aspects of lactation. *N Engl J Med* 1967; 227:1179-88.
3. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *J Adv Nurs* 1999; 29:113-8.
4. Galler JR, Harrison RH, Biggs MA, et al. Maternal moods predict breastfeeding in Barbados. *J Dev Behav Pediatr* 1999;20:80-7.
5. Ribas D, Rubin F. Études des facteurs influant sur la fréquence, la durée, l'échec précoce de l'allaitement maternel, pour 1100 nourrissons parisiens. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1980;28:565-72.
6. Romino P. Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1990;69:7-37.
7. Hannah P, Adams D, Lee A, et al. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1992;160:777-80.
8. Alder EM, Cox JL. Breast feeding and post-natal depression. *J Psychosom Res* 1983;27:139-44.
9. Fleming A, Ruble DN, Flett GL, et al. Postpartum adjustment in first-time mothers: relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Dev Psychol* 1988;24:71-81.
10. Kearney MH, Cronenwett LR, Barrett JA. Breast-feeding problems in the first week postpartum. *Nurs Res* 1990;39:90-5.
11. Hellin K, Waller G. Mothers' mood and infant feeding: prediction of problems and practices. *J Reprod Infant Psychol* 1992;10:39-51.
12. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Prospective study of postpartum blues: biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:801-6.
13. Holt GM, Wolkind SN. Early abandonment of breast feeding: causes and effects. *Child Care Health Dev* 1983;9:349-55.
14. Pop VJM, Essed GG, Gens CA, et al. Prevalence of post partum depression – or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:354-8.

15. Alder E, Bancroft J. The relationship between breastfeeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychol Med* 1988;18:389-96.
16. Isabella PH, Isabella RA. Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *J Hum Lact* 1994;10:257-64.
17. Lawrence RA, Lawrence RM. Medical complications of the mother. In: Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1999;550-61.
18. Trad PV. The emergence of psychopathology in a previously adaptive mother-infant dyad. *Am J Psychoter* 1990;44:95-106.
19. Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? *Can J Psychiatry* 1997;42:1061-5.
20. Susman VL, Katz JL. Weaning and depression: another postpartum complication. *Am J Psychiatry* 1988; 145:498-501.
21. Scrimshaw SCM, Engle PL, Arnold L, et al. Factors affecting breastfeeding among women of Mexican origin or descent in Los Angeles. *Am J Public Health* 1987;77:467-70.
22. Vandiver TA. Relationship of mothers' perceptions and behaviors to the duration of breastfeeding. *Psychol Rep* 1997; 80:1375-84.
23. Lawson K, Tulloch MI. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs* 1995; 22:841-9.
24. Siqueira R, Durso N, Almada AGP, Moretra MT, Massad GB. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmica de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)* 1994; 70:16-20.
- 25 Essex C, Smale P, Geddis D. Breastfeeding rates in New Zealand in the first 6 months and the reasons for stopping. *N Z Med J* 1995;108:355-7.
26. Rohde LA, Busnello E, Wolf A, et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:231-5.
27. Areias MEG, Kumar R, Barros H, et al. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth – Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996;169:30-5.

28. Nordström UL, Dallas JH, Morton HG, et al. Mothering problems and child morbidity amongst “mothers with emotional disturbances”. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;67:155-8.
29. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
30. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, et al. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000;60:75-85.
31. Giugliani E, Issler R, Kreutz G, Meneses C, Justo E, Kreutz V, Pires M. Breastfeeding pattern in a population with different levels of poverty in Southern Brazil. *Acta Paediatr* 1986;85:1499-500.
32. Kummer SC, Giugliani ERG, Susin LRO, Folletto JL, Lermen NR, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno em clientela de uma maternidade. *Rev. Saúde Publ (São Paulo)* 2000;34:143-8.
33. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Porto Alegre, Brazil. *Acta Paediatr* 1992; 81:484-7.
34. Busnello ED, Pereira MO, Knapp WP, et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr* 1993;42(Supl.1):55s-60s.
35. Mari JS, William P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

TABELA 1 - Características da amostra

Características		Casos		Controles		Valor P ¹	
		Média	± DP	Média	± DP		
Idade (anos)	mãe	27,7	6,7	24,5	6,1	0,001	
	pai	32,5	10,0	28,5	8,2	0,006	
		n	%	n	%	Valor p ²	
Escolaridade	mãe	até 4 anos	12	23,5	23	22,5	0,758
		5 a 11 anos	37	72,5	77	75,5	
		12 anos ou mais	2	3,9	2	2,0	
	pai ³	até 4 anos	8	16,7	20	20,2	0,840
		5 a 11 anos	38	79,2	74	74,7	
		12 anos ou mais	2	4,2	5	5,1	
Cor	mãe	branca	33	64,7	53	52,0	0,134
		não branca	18	35,3	49	48,0	
	pai ³	branca	33	66,0	56	54,9	0,192
		não branca	17	34,0	46	45,1	
Coabituação dos pais		sim	39	76,5	81	79,4	0,677
		não	12	23,5	21	20,6	
Trabalho no presente	mãe	sim	14	27,5	20	19,6	0,271
		não	37	72,5	82	80,4	
	pai ³	sim	38	77,6	73	72,3	0,490
		não	11	22,4	28	27,7	
Renda familiar		até 3 SM ⁴	25	49,0	43	42,6	0,691
		de 4 a 10 SM	23	45,1	53	52,5	
		mais de 10 SM	3	5,9	5	5,0	
Condição de moradia		boa ou regular	46	90,2	93	91,2	0,843
		ruim	5	9,8	9	8,8	
Número de filhos		até 3	38	74,5	92	90,2	0,010
		4 ou mais	13	25,5	10	9,8	
Pré-natal		5 ou mais consultas	44	86,3	89	87,3	0,865
		4 ou menos consultas	7	13,7	13	12,7	
Sexo do bebê		feminino	22	43,1	52	51,0	0,360
		masculino	29	56,9	50	49,0	
Peso ao nascer		≥ 2.500g	49	96,1	94	92,2	0,355
		< 2.500g	2	3,9	8	7,8	
Ordem de nascimento		primogênito	14	27,5	49	48,0	0,015
		outros	37	72,5	53	52,0	
Tipo de parto		normal	35	68,6	77	75,5	0,366
		cesárea	16	31,4	25	24,5	
Tempo gestacional		≥ 37 semanas	41	80,4	82	81,2	0,906
		< 37 semanas	10	19,6	19	18,8	
Separação mãe-bebê por hospitalização materna		não	45	88,2	99	97,1	0,029
		sim	6	11,8	3	2,9	
Alojamento conjunto		sim	33	66,0	83	83,0	0,019
		não	17	34,0	17	17,0	

¹ Teste t de Student; ² teste qui-quadrado; ³ o n dos pais varia porque alguns não viviam com a mãe; algumas mães não tinham informações sobre o pai ou recusaram-se a dá-las; ⁴ SM = salário mínimo (em torno de 70 dólares).

**TABELA 2 - Impressão do diagnóstico psiquiátrico dos pais no presente
(segundo critérios do DSM-IV e pela escala SRQ)**

Diagnóstico		Casos		Controles		Total		Valor p ¹
		n	%	n	%	n	%	
Segundo o DSM-IV								
Mãe	com transtorno	30	58,8	49	48,0	79	51,6	0,208
	sem transtorno	21	41,2	53	52,0	74	48,4	
Pai	com transtorno	18	47,4	34	41,0	52	43,0	0,553
	sem transtorno	20	52,6	49	59,0	69	57,0	
Segundo o SRQ								
Mãe	≥ 7 (com transtorno)	22	43,1	32	31,4	54	35,3	0,151
	< 7 (sem transtorno)	29	56,9	70	68,6	99	64,7	
Pai ²	≥ 5 (com transtorno)	7	18,9	13	15,7	20	16,7	0,658
	< 5 (sem transtorno)	30	81,1	70	84,3	100	83,3	

¹ Teste qui-quadrado; ² n= 120 porque o SRQ de um pai foi perdido.

**TABELA 3 - Nível do funcionamento emocional e relacional dos pais no puerpério e no passado
(Escala GARF)**

Diagnóstico		Casos		Controles		Total		Valor p ¹	Razão de Odds (IC 95%)
		n	%	N	%	n	%		
Mãe									
No puerpério	dific. moderadas a graves	29	56,9	38	37,3	67	43,8	0,021	2,22(1,12-4,40)
	sem dific. ou com leves dific.	22	43,1	64	62,7	86	56,2		
No passado	dific. moderadas a graves	25	49,0	42	41,6	68	44,4	0,383	
	sem dific. ou com leves dific.	26	51,0	59	58,4	85	55,6		
Pai									
No puerpério	dific. moderadas a graves	15	39,5	23	28,4	39	32,2	0,227	
	sem dific. ou com leves dific.	23	60,5	58	71,6	82	67,8		
No passado	dific. moderadas a graves	15	39,5	29	35,8	45	37,2	0,699	
	sem dific. ou com leves dific.	23	60,5	52	64,2	76	62,8		

¹ Teste qui-quadrado; dific. = dificuldade(s).

**TABELA 4 - Resultados da análise de regressão logística múltipla para avaliar a associação entre
saúde mental da mãe no puerpério e desmame, após controle para possíveis variáveis de confusão**

Variáveis	Razão de Chances ²	Intervalo de Confiança de 95%	Valor p ¹
Idade da mãe ≥ 21 anos	2,92	(1,02 ; 8,37)	0,046
Segundo filho ou mais	1,71	(0,72 ; 4,08)	0,228
Separação mãe-bebê	5,03	(0,93 ; 27,17)	0,061
Ausência de alojamento conjunto	2,04	(0,84 ; 4,98)	0,116
Dificuldade moderada/grave no funcionamento emocional e relacional da mãe no puerpério	2,09	(0,99 ; 4,41)	0,052

¹ Teste χ^2 de Wald; ² risco para interrupção da amamentação antes dos quatro meses.

TABELA 5 - Associação entre o nível de funcionamento emocional e relacional da mãe no puerpério e quatro meses após o parto (GARF e DSM-IV)

		No puerpério			
		Sem dificuldades ou com dificuldades leves		Com dificuldades moderadas ou graves	
		n	%	N	%
Quatro meses após o parto	sem dificuldades ou com dificuldades leves	82	95,3	12	17,9
	com dificuldades moderadas a graves	4	4,7	55	82,1

TABELA 6 - Impressão do diagnóstico psiquiátrico dos pais (segundo critérios do DSM-IV)

	DSM-IV	Casos		Controles		Valor p ¹
		n	%	n	%	
Mãe	depressão	21	41,2	33	32,4	0,451
	ansiedade	5	9,8	8	7,8	
	abuso de álcool/drogas	2	3,9	1	1,0	
	deficiência mental	2	3,9	4	3,9	
	outros transtornos	0	0,0	3	2,9	
	sem transtorno	21	41,2	53	52,0	
Pai	depressão	10	26,3	18	21,7	0,429
	ansiedade	4	10,5	3	3,6	
	abuso de álcool/drogas	4	10,5	8	9,6	
	deficiência mental	0	0,0	3	3,6	
	outros transtornos	0	0,0	2	2,4	
	sem transtorno	20	52,6	49	59,0	

¹ Teste qui-quadrado.

MARITAL RELATIONSHIP AND BREASTFEEDING: IS THERE AN ASSOCIATION?

Olga Garcia Falceto; Elsa R.J. Giugliani; Carmen Luiza C. Fernandes

Abstract

Objective: To verify whether a good marital relationship protects against early breastfeeding termination. **Methods:** A total of 153 Brazilian families having four-month old infants were assessed – 51 cases (breastfeeding had ceased) and 102 controls (breastfeeding maintained). Marital relationship quality was assessed by clinical interviews. Marital and parental functions were assessed, including the satisfaction of each parent with the quality of care that the partner provided to the infant, the mother's opinion about paternal breastfeeding support, and the interviewer's assessment of paternal involvement in the infant's care. **Results:** The quality of the marital relationship was not associated with interruption of breastfeeding before 4 months post-partum. However, a good marital relationship was associated with paternal breastfeeding support ($P < 0.007$) and his involvement in the infant's care ($P < 0.001$). Paternal breastfeeding support was associated with breastfeeding maintenance ($P = 0.017$). **Conclusions:** There was no direct association between marital relationship quality and breastfeeding maintenance at four months. However, in couples with a good relationship, fathers gave more breastfeeding support, which contributed to its maintenance.

Keywords: breastfeeding, parents, marriage, infant.

INTRODUCTION

Support to the nursing mother encourages breastfeeding. A systematic review,¹ published in 2002, of 20 studies carried out in 10 different countries, with 23,712 mother/infant pairs randomly or quasi-randomly selected, concluded that all types of “extra support” to breastfeeding contributed to extend its duration. Two recent review articles^{2,3} focused specifically on the father’s role and pointed out his positive influence on the decision, establishment, and maintenance of breastfeeding. One of them³ mentions that sometimes fathers support the mother’s decision to breastfeed without being fully aware of the consequences of breastfeeding on the wife’s life, and later start to feel excluded from the mother-infant relationship. Bick⁴ interviewed 906 women to identify the factors that influence early cessation of breastfeeding, and reported that being a single mother constitutes a predisposing factor; however, that author did not assess the quality of marital relationship. Several other studies,⁵⁻²⁰ based on information provided by mothers, show an association between paternal support to breastfeeding and its maintenance. We did not find publications including interviews with fathers about their beliefs and attitudes towards breastfeeding as well as their assessment of the marital relationship. Gorman et al.,¹⁸ for example, interviewed fathers of Mexican origin living in the United States, but only to discover their opinion about breastfeeding.

Some studies²¹⁻²⁵ focusing on marital relationship in the perinatal period report an association between the quality of care provided to the infant and marital relationship; however, they do not mention breastfeeding. Those studies showed an association between a good marital relationship and paternal involvement in the infant’s care, maternal well-being, and an increased maternal ability to respond to the infant’s needs.²¹⁻²³ Two articles^{24,25} found a positive association between good-quality paternal care and marital happiness. On the other hand, four longitudinal studies²⁶⁻²⁹ observed a deteriorating marital relationship following the child’s birth, since parents started to focus on the infant’s care and neglected attention to the partner.

Marital relationships involve two basic functions:³⁰ 1) the marital function, which implies the satisfaction of the couple’s objective and subjective needs, with provision of mutual support aimed at personal development (friendship), partnership in daily responsibilities and tasks (fellowship), and an affective and sexual relationship (love relationship); and 2) the parental function, which involves the couple’s functioning as a team whose main task is to take care of the child (in accordance to the developmental

needs of the child). In most couples, the quality of functioning in both areas (marital and parental functions) is associated.²⁸

The present study was designed to test whether a good marital relationship favors the extension of the breastfeeding period.

METHODS

We performed a case-control study of families with four-month-old babies: in 51 families (cases), babies were no longer being breastfed, and in 102 families (controls), babies were being breastfed (exclusively or not). The age of four months was defined as the cut-off point for early weaning. This is a cut-off point often used in the literature, including local studies^{11,31,32}.

The study was carried out in Porto Alegre, a city with a population of 1.36 million inhabitants, located in southern Brazil. The chosen area comprised about 18 thousand inhabitants and was served by three outpatient services administered by a large public hospital called Grupo Hospitalar Conceição. The population under study was economically heterogeneous, housing mostly lower-middle class – but 10% very poor – families. All households had running water and electricity, except for the poorer that were not served by a sewage disposal system and garbage collection. All streets were paved, except for a few alleys where public safety was a serious problem.

The selection of families followed a rigorous methodology. Through the investigation of birth records from all hospitals in Porto Alegre, Brazil, from March 1999 to May 2000, families having infants and living in the chosen area were identified every month. When the infants completed four months of age, a medical student visited the family's household in order to obtain identification data and the permission to carry out a family interview.

The first five cases identified every month were included in the study, in addition to two consecutive controls for each case according to the list of births. Sixteen infants were excluded (three pairs of twins, six children born to HIV-positive mothers, two due to death, one due to the use of a nasogastric tube, and one due to the use of medication with contraindications to breastfeeding). Following this methodology and with the aim of obtaining the 150 families necessary to the study, all families having four-month old

infants and living in the chosen area were interviewed, which allows the present work to be considered as a population-based study.

Either both parents or only the mother (when not living with a partner) signed an informed consent form agreeing to participate in the study. Then, a home visit was scheduled. The interview was performed by two family therapists and filmed by a medical student. If the family was not reached after three visits, it was replaced with the next from the list. The team was blinded to the central hypothesis of the study. The two interviewers changed every visit to prevent evaluation biases.

The interview was semi-structured and lasted about two hours. During this time interval, in addition to data collection, the behaviors and interactions of the couple were observed. The interview consisted of an initial open conversation with all family members, often including grandparents, other relatives, and friends. The second part was performed only with the couple, and the third part was carried out individually with each of the parents. When the mother did not have a partner, the second part of the interview was carried out with the mother only or, sometimes included a member from the mother's family, since 84% of these mothers lived with their families. In 120 of the 153 families included in the study the mothers cohabited with the infant's father. Of these, only two fathers were not interviewed, because they worked out of town. Of the 33 families in which mother and father did not live together, 12 mothers considered they had a partner, and of these, three fathers could be interviewed. As a result, a total of 121 fathers were interviewed. Among the families in which the mothers considered they did not have a partner ($n=21$), two fathers were deceased, and 16 were completely absent. The remaining fathers had some contact with the infant, but were not available to the interview.

The first part of the interview focused on the infant's birth and its impact on the life of the family and the parents, infant feeding, paternal participation in the infant's care, and paternal breastfeeding support to the mother. This part also investigated the breastfeeding support provided by the parents' families and the social network.

In the second part, the couple's interpersonal relationship, the care provided to the infant, and the couple's relationship with the social network were discussed. The genogram for each couple was drawn, including previous marriages and children from other relationships and a description of both parents' families, their medical and

psychiatric histories, and similarities and differences in the way the couple and their families functioned.

In the third part, each therapist held an individual conversation with one of the parents. It started with an open conversation and moved on to questions about the pregnancy and delivery processes, the interviewee's relationship with the infant and his/her partner, the couple's sexual life and conflict-resolution strategies, including questions about domestic violence, relationship with relatives, friends, the social network, and the healthcare system. Questions also covered topics related to personal history (of both the interviewee and his/her partner), medical and psychiatric symptoms, alcohol and drug abuse, psychiatric hospitalizations, past and present use of psychotropic drugs, and involvement with the justice system.

Two functions of the marital relationship were assessed: 1) the marital relationship itself (marital function), in terms of friendship, fellowship, and romance; and 2) the parental function, that is, the care provided by the couple to the infant.

For the assessment of the couple's interpersonal relationship, the mother and the father were requested to evaluate the quality of their marital relationship, sexual life, and the frequency and type of conflicts between them. The answer was classified into one of the following categories: 1, husband and wife get along well; 2, they get along more or less well; 3, they do not get along well; and 4, not applicable (parents are separated). A couple was considered to have a good marital functioning when the answer corresponded to category 1. After the collection of all observations and information, the Global Assessment of Relational Functioning (GARF) scale, from the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV),^{33,34} was used to assign a score to the couple's functioning. Both the interviewers and the fathers analyzed the relationship of the 121 couples interviewed, while all the 153 mothers reported their opinions about their relationship with the fathers of their infants.

GARF divides the degree to which the family, or the couple, fulfills the individual affective and operational needs of its members in five levels, according to the several areas of functioning: 1) problem solving (ability to negotiate objectives, rules, and routines; adaptability to stressing situations; ability to communicate; ability to resolve conflicts); 2) family structure (ability to maintain the interpersonal roles and limits of the subsystems; leadership system; coalitions and distribution of power, control, and responsibility); 3) affect expression between the couple (affective climate; quality of

care, empathy, involvement, and commitment; similarity of values; interpersonal affective responses and respect; quality of sexual functioning). The scale assigns a global score to the families or couples, from 1 (the relational unit is functioning in a satisfactory way according to the report of participants and the perspective of interviewers) to 5 (the relational unit has become too dysfunctional to guarantee the continuity of contact and boundness). In our analysis, groups were classified as “without important difficulties” (scores 1 or 2), and “with moderate to severe difficulties” (scores 3 to 5). Mothers without a partner received score 6 and were studied separately.

Beavers-Timberlawn (BT) Assessment of Relational Functioning Scale^{34,35} was used to independently score some important aspects of the couple’s functioning in terms of development of healthy, adaptive and creative individuals. These important aspects may be summarized as follows: 1) egalitarian power balance between the parents; 2) adequate individualization of family members; 3) acceptance of separations and losses; 4) ability to talk about the family reality; 5) predominantly caring, optimistic and trusting affect exchange, including the presence of sense of humor. In the present study, only five of the 14 BT scale sub-items were used. The sub-items power balance, intimacy, clearness of communication, ability to negotiate and solve problems and affective exchange were chosen because they were considered as more objectively verifiable in the interview. Cutoff points were defined according to the original scale description, as follows: 1) power balance: 1 to 3, power tends to be equally divided between the parents; 3.5 to 5, the relationship is evidently characterized by dominance and submission; 2) intimacy: 1 to 3.5, interpersonal limits between the individuals are amorphous or indistinct; 4 to 5, there is respect for individual limits; 3) clearness of communication and thoughts: 1 to 2, without or with minor difficulties; 2.5 to 5, with difficulties; 4) problem solving: 1 to 3, efficient; 3.5 to 5, inefficient; 5) predominant affective exchange: 1 to 1.5, affective, with humor and optimism; 2 to 5, from polite to hostile and cynical.

In terms of the couple’s functioning as parents, the following aspects were assessed: 1) mother’s satisfaction with the care that the father provided to the infant; 2) satisfaction of the father with the care that the mother provided to the infant; 3) the father’s opinion about the importance of breastfeeding; 4) specific and effective paternal support to breastfeeding; and 5) paternal involvement in the general infant’s care. The mother’s satisfaction regarding the care provided by the father to the infant and vice-versa was categorized as: 1, satisfied; 2, partially satisfied; and 3, not satisfied. The

father's opinion about breastfeeding was classified as: 1, very good; 2, good; 3, indifferent; and 4, "I would prefer my partner not to breastfeed". The effective support to breastfeeding offered by the father, according to the mother's opinion, was classified in the following categories: 1, gives much support, with words and attitudes; 2, gives some support; 3, variable; 4, does not give support; and 5, not applicable (father absent). Finally, the active involvement of the father in the general infant's care, based on the interviewers' observations and on the information provided by both parents, was categorized as follows: 1, the father is actively involved and participates in the care of the infant (consoling, playing, feeding, bathing, or in other ways), either spontaneously or when asked by the partner; 2, the father gives support to the mother, but does not take part in the infant's care; 3, the father is not involved at all, although living in the same house; 4, the father troubles the infant's care, but is present in the house; and 5, the father is physically absent. Category 1 was compared to the others by bivariate analysis.

All scores were individually assigned by each interviewer. Then, the interviewers discussed the evaluation and tried to reach a common score. If there was disagreement, the case was discussed with the principal investigator (O.G.F.) until a consensus was reached. Whenever necessary, the interview record was examined again.

The team contributed to the final version of the questionnaire. After the intensive training of the team of interviewers, a pilot study was carried out with 10 families. Two investigators (O.G.F. and C.F.) conducted interviews with different interviewers along the process to ensure information reliability.

The statistical analysis was composed of mean and frequency calculations, and for the comparison of groups, the chi-square test and odds ratio were used. Significance level was set at 0.05. All analyses were carried out with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 8.0, for Windows.

The study project was approved by the Research Ethics Committee at Grupo Hospitalar Conceição and Hospital de Clínicas, Porto Alegre, Brazil.

RESULTS

Of the 222 families that fulfilled the inclusion criteria, seven refused to talk to the medical students, and 62 answered only the preliminary interview carried out by them. Several women reported that their husbands refused to participate in the study.

A comparative study was performed between the 62 families that were not interviewed by the family therapists and the 153 that were included in the study, in the search for a possible selection bias. The following characteristics were analyzed: mother's and father's age, schooling, skin color, and occupation; whether the mother and father lived together; type of delivery, length of gestation, sex of the infant, birthweight, hospitalizations; household conditions and social class. The only significant differences found were a higher number of non-white men ($P=0.016$), low-birthweight infants ($P=0.001$), and married fathers ($P=0.016$) in the group that did not complete the study. However, none of these variables was significantly associated with breastfeeding at four months (Table 1).

Mean maternal age in the study population was 26 years (range: 14 to 45 years). Mean paternal age was 30 years (range: 17 to 62 years). Mean period of schooling was 6.6 ± 2.9 years among mothers (range: 1 to 14 years) and 7.6 ± 7.4 years among fathers (range: 0 to 18 years). Most subjects in our sample were white (58% of mothers and 60% of fathers). The mean number of children per family was 2.2, and the largest family had eight children. Seventy-eight percent of the couples lived together. Household conditions were adequate for 91% of the families, that is, they had electricity, running water, and sewerage system. Seventy-six percent of the mothers were not currently working; 75% of the fathers had a job, and the other 25% made a living doing odd jobs. Median family income was 3.6 (range: 0 to 16.9) minimum wages (about US\$ 280 per month). Four families (2.6%) described themselves as having no steady income.

Eighty-five percent of the mothers had had five or more prenatal visits, which is considered adequate. The mean birthweight of infants was 3,240 g; 80% were born at term; and 70% were born by vaginal delivery. While in the hospital, 75% of the infants and their mothers roomed in. Nine infants were later separated from their mothers due to maternal hospitalization.

A statistically significant association was observed between breastfeeding at four months and the following factors: 1) younger mothers and fathers; 2) mother's first child; 3) less than four children in the family; 4) mother rooming in with the infant; and 5) mother not being separated from the infant (Table 1).

Except for two mothers, all initiated breastfeeding. Of the 102 breastfed infants, 29 (28.4%) were exclusively breastfed at four months (receiving only breast milk, and no other liquid or solid). Of the infants who were no longer breastfed, 23 (45.1%) were

weaned in the first month, and 15 (29.4%), 12 (23.5%), and one (2%) in the second, third and fourth months of life, respectively.

According to the interviewers' and parents' opinions, most couples in both groups got along well together or had only minor problems that did not affect their routine (Table 2). Mothers were the ones that gave the marital relationship lower ratings. There was no association between the quality of the marital relationship (regardless of who was rating it) and infant feeding at four months.

Regarding the characteristics of the couple (BT scale), according to the interviewers, 77% showed evidence that the power was equally divided between the couple; 63% exercised intimacy respecting the individual limits of the partner; 58% showed clarity in their interpersonal communication; 74% showed ability to negotiate and solve problems; and 55% showed predominantly positive affect exchange. No differences were observed between the group that continued breastfeeding at four months and the group that interrupted breastfeeding (Table 2).

The lack of association between quality of the marital relationship and breastfeeding at 4 months was also evident when the category of mothers without a partner was included in the analysis (Table 3).

Of the total population studied, 72% of the mothers and 96% of the fathers reported being satisfied with the involvement of their partners in the care provided to the infant, and no difference was observed between cases and controls (Table 4). Concerning the father's opinion about his partner's decision to breastfeed the infant, all gave positive answers. However, in the mothers' opinion, only 61% of the partners gave effective support to the breastfeeding practice, and fathers from the control group helped more when compared with fathers from the case group, with a significant difference ($P=0.017$). Finally, in the interviewers' opinion, only 53% of the fathers were actively involved in the general care provided to the infant, with no differences between the groups.

We observed that in couples with a good marital relationship, fathers gave more support to breastfeeding and got more involved with the infant's care. Fathers who had a good marital relationship with their partners, showed a 3.3 times higher chance of supporting breastfeeding and a 4.9 times higher chance of being actively involved the infant's care, when compared to the group with a problematic relationship (Table 5).

We also observed that the frequency of maternal breastfeeding at four months was similar when the father gave effective support to breastfeeding, independently of the marital relationship quality (Table 6).

When parents were requested to individually evaluate their current marital relationship in comparison to the pre-pregnancy situation, 72.5% of the mothers and 93.3% of the fathers reported that the relationship was the same or better (ratios were equal in both evaluations), and no differences were observed between cases and controls according to mothers ($P=0.701$) and fathers ($P=0.673$).

Regarding the quality of their relationship with the social network, 83% of the mothers reported that they could count on two people or more when they needed help; 69% said that they had a good relationship with their family and 42% that they could count on a neighbor to help take care of the infant. When requested to assign a score, from 1 to 10, to their satisfaction with the support network, the mean was 7.4.

DISCUSSION

Contrary to the initial hypothesis of the study, no direct association was found between a good marital relationship and the maintenance of breastfeeding at four months of age, according to the opinion of interviewers and parents. Not having a partner did not show a significant difference between the groups either.

The marital relationship assessment made by the mother was slightly more negative than that made by the father and by the interviewers; this was possibly due to the fact that the answers of the 153 women were recorded, compared to only 121 fathers, which possibly eliminated many negative answers from fathers.

Concerning the specific characteristics of marital relationship, no differences were observed between the two groups studied in any of the categories, which confirms that marital relationship was not directly associated with maintenance of breastfeeding at four months.

In regard to the satisfaction with the infant's care provided by the partner, 96% of the fathers reported to be satisfied, compared to only 72% of the mothers. This finding did not influence the maintenance of breastfeeding, but suggests the lack of paternal participation in the infant's care, which was confirmed by the interviewers' impression about the effective involvement of the father, verified in only 53% of the total sample. Mothers also reported that only 61% of their partners gave effective support to

breastfeeding, and here a statistically significant difference was observed between cases and controls. The relatively low frequency of paternal participation in the infant's care seems to be a consequence of the Brazilian culture still predominant, mainly in the lower social classes, according to which the mother should be responsible for the care of children³⁶.

A good marital relationship showed an association with paternal support to breastfeeding. This suggests that a satisfactory marital relationship indirectly favors the maintenance of breastfeeding at four months – in our study, mothers having a partner who supported breastfeeding were more frequently found to maintain breastfeeding at four months when compared to those who did not count on this support. The association between a good marital relationship and the couple's ability to get involved with the children as a team is frequently observed in clinical practice, and some studies carried out in developed countries report the same finding.^{24,25}

It is likely that the mothers' ability to maintain breastfeeding at four months, even when experiencing problematic marital relationships and/or counting on little paternal support, is the result of the strength of the mother-infant bond. In addition, most women in this population had other sources of support, mainly their own families, but also neighbors and friends, as well as easy access to and support from the public healthcare system. This leads to the conclusion that in this population, the broader context of the couple needs to be taken into consideration in order to understand in what degree the care provided by the father to the mother/infant dyad can be replaced with the support provided by the social network, especially the extended family.

The association of breastfeeding maintenance at four months with paternal support but not with paternal involvement in the infant's care seems to indicate that these are two independent forms of paternal participation. This finding appears to be promising in terms of interventions that may be developed by the public healthcare system, since in theory, in Brazil, it is easier to educate fathers in the sense of making them feel able to stimulate breastfeeding than to change their effective participation in the infant's global care, which, in most families, is still seen as a female task³⁶.

Another interesting finding is that most mothers and fathers independently reported that their relationships were good when compared to the period preceding pregnancy. This seems to indicate that, in this population, the excess of care required by the infant was usually compensated by the positive aspects of the infant's presence in the family.

This result should also be considered taking into consideration the finding that 83% of these couples reported they received support from their family.

Among the limitations of the present study, we include the high number of families that could not be included, although this is frequent in studies involving all family members.²⁶ However, this work had a case-control design, so that losses were replaced. In addition, we believe that the results were not affected by this problem, since no significant differences were found in the general characteristics of case and control families in association with breastfeeding maintenance. With regard to the possible biases resulting from the subjectivity of the factors under study, these were minimized by the fact that two interviewers performed independent evaluations of the couple, both individually and together, asking questions about the interviewees and their partners.

The most important aspect of this study is the methodology employed. This is the first work to use clinical interviews with couples and each partner individually to assess the association between marital relationship quality and breastfeeding maintenance. The fact that we interviewed all families having four-month old infants during the study period in the chosen area reinforces our results. They may possibly be extended to other populations with similar social and cultural characteristics.

Among the relational factors studied, only effective paternal support to breastfeeding was directly associated with protection against early weaning. This suggests that further studies are necessary to assess the factors involved in successful paternal support to breastfeeding, with the aim of improving its prevalence. According to the present study, one of these factors is the quality of marital relationship.

In sum, interventions aimed at breastfeeding promotion should address the effective participation of the father. In addition, it is important to emphasize that studies on infant psychiatry have repeatedly reported the great ability of parents to carry out personal changes in this phase of the infant's life, due to their increased sensitivity to the needs of the infant.⁽³⁷⁾ This suggests that, with some training, health professionals who have contact with both couples and children can help very much in the development of healthy relationships.

Acknowledgements: The authors acknowledge the financial support provided by the Research Incentive Fund (FIPE) and the editorial support provided by the Research Graduate Group (GPPG) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. We thank Vanda Leite,

MD and Lisiane Perico, RN from GHC and the following family therapists *, medical students **, and statisticians *** for their support with data collection and analysis:

* Alceu Correia Filho, Angela Diehl, Claudia Baratojo, Carmen Fernandes, Daniela Domingues, Denise Jong, Elizabeth Wartchow, Iara Sotto Mayor, Izabel Sperb, Jeane Laronda, José Ovidio Waldemar, Lucy Bugs, Mara Rossato, Marcia Tomazi, Maria Cristina Jung, Marina Netto, Paulina Silbert and Regina Palma; ** Anelise Cancelli, Antônio de Barros Lopes, Camila Giugliani, Carolina Alboim, Clarice Ritter, Daniel Barbosa, Guilherme Polanczyk, Jeber Ammar, Karina Marramarco, Letícia Quarti, Marta Pereira Lima, Martina Hoblik, Mauricio Kunz, Silvia Kelbert and Tazio Vanni; *** Mathias Bressel and Vania Naomi Hirakata.

BIBLIOGRAPHY

1. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
2. Bar-Yam N, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact* 1997; 13:45-50.
3. Raj VK, Plichta SB. The role of social support in breastfeeding promotion: a literature review. *J Hum Lact* 1998; 14:41-5.
4. Bick DE, Macarthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery* 1998;14:242-7.
5. Bevan ML, Mosley D, Lobach KS, Solimano GR. Factors influencing breastfeeding in an urban WIC program. *J Am Diet Assoc* 1984; 5:563-7.
6. Black RF, Blair JP, Jones VN, Durant RH. Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia. *J Am Diet Assoc* 1990; 2:255-9.
7. Grossman LK, Fitzsimmons SM, Larsen-Alexander JB, Sachs L, Harter C. The infant feeding decision in low and upper income women. *Clin Pediatr* 1990; 29:30-7.
8. MacGowan RJ, MacGowan CA, Serdula MK, Lane JM, Joessoef RM, Cook FH. Breast-feeding among women attending women, infants, and children clinics in Georgia, 1987. *Pediatrics* 1991; 87:361-6.
9. Serdula MK, Cairns KA, Williamson DF, Fuller M, Brown JE. Correlates of breast-feeding in a low-income population of whites, blacks, and southeast Asians. *J Am Diet Assoc* 1991; 91:41-5.
10. Freed GL, Jones TM, Schandler RJ. Prenatal determination of demographic and attitudinal factors regarding feeding practice in an indigent population. *Am J Perinat* 1992; 5:420-4.
11. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Porto Alegre, Brazil. *Acta Paediatr* 1992; 81:484-7.
12. Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics* 1992a; 90:224-7.

13. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychiatry Res* 1993; 37:171-6.
14. Giugliani ERJ, Waleska TC, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decision to breastfeed. *J Hum Lact* 1994; 10:157-61.
15. Littman H, Medendorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed. *Clin Paediatr* 1994; 33:214-9.
16. Park M, Dimigen G. Cross-cultural comparison of the social support system after childbirth. *J Comp Fam Stud* 1994; 25:345-52.
17. Isabella PH, Isabella RA. Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *J Hum Lact* 1994;10:257-64.
18. Gorman T, Byrd TL, Vanderslice J. Breast-feeding practices, attitudes, and beliefs among Hispanic women and men in a border community. *Fam Com Health* 1995; 18:17-27.
19. Li Y, Kong L, Hotta M, Wongkhomthong S, Ushijima H. Breast-feeding in Bangkok, Thailand: current status, maternal knowledge, attitude and social support. *Ped Internat* 1999; 41:648-54.
20. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *J Adv Nurs* 1999; 29:113-8.
21. Namba S, Tanaka K. Effects of support from and conflict with intimates on childcare stress: a longitudinal study. *Japanese Journal of Health Psychology* 1999; 12:37-47.
22. Pauli Pott U, Mertesacker B, Bade U, Bauer C, Beckmann D. Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant Behav Develop* 2000; 23:23-9.
23. Feldman R. Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health J* 2000; 21:176-91.
24. Vandell DL, Hyde JS, Plant EA, Essex MJ. Fathers and "others" as infant-care providers: predictors of parents' emotional well-being and marital satisfaction. *Merrill Palmer Quarterly*. Wayne State Univ. Press 1997; 43:361-85.
25. Rogers SJ, White LK. Satisfaction with parenting: the role of marital happiness, family structure, and parents' gender. *J Marri Fam* 1998; 60:293-308.

26. Belsky J, Spanier GB, Rovine M. Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *J Marri Fam* 1983; 45:567-77.
27. Gloger T, Gabriele S, Huerkamp M. Relationship change at the transition to parenthood and security of infant-mother attachment. *Int J Behav Develop* 1998; 22:633-55.
28. Broom BL. Parental sensitivity to infants and toddlers in dual-earner and single-earner families. *Nurs Res* 1998; 47:162-70.
29. Crockenberg S, Langrock A. The role of specific emotions in children's responses to interparental conflict: a test of the model. *J Family Psychol* 2001; 15:163-82.
30. Minuchin S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1982.
31. Giugliani E, Issler R, Kreutz G, Meneses C, Justo E, Kreutz V, Pires M. Breastfeeding pattern in a population with different levels of poverty in Southern Brazil. *Acta Paediatr* 1986;85:1499-500.
32. Kummer SC, Giugliani ERG, Susin LRO, Folletto JL, Lermen NR, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno em clientela de uma maternidade. *Ref. Saúde Publ (São Paulo)* 2000;34:143-8.
33. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
34. Falceto O, Busnello E, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health* 2000; 7:255-63.
35. Beavers WR. Healthy, midrange and severely dysfunctional families. In: Walsh F, ed. *Normal family processes*. New York: The Guilford Press; 1982. p. 45-66.
36. Korin EC. Brazilian Families. In: McGoldrick M, Giordano J, Pearce JK. *Ethnicity and Family Therapy*: 2^a ed. Guilford Publ. Inc. 1996;14:200-13.
37. Cramer B, Palacio-Espasa F. *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1993.

Table 1. Sample characteristics

Characteristics	Cases		Controls		<i>P</i> ¹
	Mean	±SD	Mean	±SD	
Age (years)					
Mother	27.7	6.7	24.5	6.1	0.001
Father	32.5	10.0	28.5	8.2	0.006
Schooling (years)	n	%	n	%	<i>P</i> ²
Mother					
Up to 4 years	12	23.5	23	22.5	0.758
5 to 11 years	37	72.5	77	75.5	
12 years or more	2	3.9	2	2.0	
Father ³					
Up to 4 years	8	16.7	20	20.2	0.840
5 to 11 years	38	79.2	74	74.7	
12 years or more	2	4.2	5	5.1	
Skin color					
Mother					
White	33	64.7	53	52.0	0.134
Non-white	18	35.3	49	48.0	
Father ³					
White	33	66.0	56	54.9	0.192
Non-white	17	34.0	46	45.1	
Mother and father cohabiting					
Yes	39	76.5	81	79.4	0.677
No	12	23.5	21	20.6	
Mother's marital status					
Married	12	23.5	32	31.4	0.312
Single, divorced, or widow	39	76.5	70	68.6	
Current employment					
Mother					
Yes	14	27.5	20	19.6	0.271
No	37	72.5	82	80.4	
Father ³					
Yes	38	77.6	73	72.3	0.490
No	11	22.4	28	27.7	
Monthly family income (in MW ⁴)					
Up to 3	25	49.0	43	42.6	0.691
From 4 to 10	23	45.1	53	52.5	
More than 10	3	5.9	5	5.0	
Household conditions					
Good or regular	46	90.2	93	91.2	0.843
Bad	5	9.8	9	8.8	
Number of children					
Up to 3	38	74.5	92	90.2	0.010
4 or more	13	25.5	10	9.8	
Prenatal follow-up					
5 or more visits	44	86.3	89	87.3	0.865
4 or less visits	7	13.7	13	12.7	
Baby's sex					
Female	22	43.1	52	51.0	0.360
Male	29	56.9	50	49.0	
Birthweight					
≥ 2.500 g	49	96.1	94	92.2	0.355
< 2.500 g	2	3.9	8	7.8	
Birth order					
Firstborn	14	27.5	49	48.0	0.015
Other	37	72.5	53	52.0	
Type of delivery					

Normal	35	68.6	77	75.5	0.366
Cesarean	16	31.4	25	24.5	
Length of gestation					0.906
≥ 37 weeks	41	80.4	82	81.2	
< 37 weeks	10	19.6	19	18.8	
Mother-baby separation due to maternal hospitalization					0.029
No	45	88.2	99	97.1	
Yes	6	11.8	3	2.9	
Rooming-in					0.019
Yes	33	66.0	83	83.0	
No	17	34.0	17	17.0	

¹ Student's *t* test; ² Chi-square test; ³ Number of fathers varies because only 121 were interviewed, and in some cases, mothers could not give or refused to give information about non-cohabiting fathers; ⁴ MW=minimum monthly wage in Brazil (about US\$ 70).

Table 2. Association between the type of infant feeding at four months and marital relationship, according to mother, father and interviewer's opinion

	Cases		Controls		<i>P</i> ¹
	n	%	n	%	
Marital relationship					
According to the mother (n=153)					0.712
Good	34	66.7	71	69.6	
With difficulties	17	33.3	31	30.4	
According to the father ² (n=120)					0.133
Good	28	75.7	72	86.7	
With difficulties	9	24.3	11	13.3	
According to the interviewers ³ (n=121)					0.611
Without or with minor problems	30	78.9	62	74.7	
With moderate to severe problems	8	21.1	21	25.3	
Power balance between the couple ⁴ (n=121)					0.713
Tendency to balance	30	78.9	63	75.9	
Tendency to dominance/submission	8	21.1	20	24.1	
Intimacy between the couple ⁴ (n=121)					0.560
With adequate limits	25	65.8	50	60.2	
Without adequate limits	13	34.2	33	39.8	
Clearness in interparental communications ⁴ (n=121)					0.520
Communications are clear	21	55.3	51	61.4	
Communications are not very clear	17	44.7	32	38.6	
Ability to negotiate and solve problems ⁴ (n=121)					0.549
Efficient	29	76.3	59	71.1	
Inefficient	9	23.7	24	28.9	
Predominant type of affect expression ⁴ (n=121)					0.617
Positive	22	57.9	44	53.0	
Negative	16	42.1	39	47.0	

¹ Chi-square test; ² n=120 because data for one father were lost; ³ Global Assessment of Relational Functioning scale; ⁴ Beavers-Timberlawn Assessment of Relational Functioning scale.

Table 3. Association between the type of infant feeding at four months and the quality of marital relationship¹ (n=142 includes 121 couples interviewed and 21 mothers living without a partner)

	Cases		Controls		<i>P</i> ²
	n	%	n	%	
Couple without or with minor difficulties	30	63,8	62	65,3	0,519
Couple with moderate to severe difficulties	8	17,0	21	22,1	
Mothers without a partner	9	19,1	12	12,6	

¹ Interviewers' evaluation (Global Assessment of Relational Functioning scale); ² Chi-square test.

Table 4. Association between the quality of parental function and the type of infant feeding

	Cases		Controls		<i>P</i> ¹	Odds ratio (CI 95%)
	n	%	n	%		
Maternal satisfaction with the infant's care provided by the father (n=153)						
Satisfied	38	74.5	71	69.6	0.528	
Not or partially satisfied	13	25.5	31	30.4		
Paternal satisfaction with the infant's care provided by the mother ² (n=120)						
Satisfied	35	94.6	80	96.4	0.650	
Not or partially satisfied	2	5.4	3	3.6		
Father's opinion about breastfeeding ² (n=120)						
Very good	34	91.9	72	86.7	0.418	
Good	3	8.1	11	13.3		
Effective paternal support to breastfeeding, according to the mother (n=153)						
Much support	26	51.0	72	70.6	0.017	2.3 (1.2-4.6)
Some or no support	25	49.0	30	29.4		
Active paternal involvement in the infant's care, according to interviewers (n=153)						
Present	27	53.0	55	54.0	0.909	
Little or absent	24	47.1	47	46.1		

¹ Chi-square test; ² n=120 because data for one father were lost.

Table 5. Association between marital relationship (interviewers' assessment using GARF) and the father's opinion about breastfeeding, effective paternal support to breastfeeding, and paternal involvement in the general infant's care

	Good or with minor problems		With moderate to severe problems		<i>P</i> ¹	Odds ratio (CI 95%)
	n	%	n	%		
Father's opinion about breastfeeding according to the father ²						
Very good	83	91.2	23	79.3	0.082	
Good	8	8.8	6	20.7		
Effective paternal support to breastfeeding, according to the mother						
Yes	74	82.2	18	58.1	0.007	3.3 (1.4-8.2)
No	16	17.8	13	41.9		
Active involvement of the father in the infant's care, according to the interviewers						
Yes	69	86.3	23	56.1	0.000	4.9 (2.0-11.9)
No	11	13.8	18	43.9		

¹ Chi-square test; ² n=120 because data for one father were lost.

Table 6. Association between the type of infant feeding at four months and effective parental support to breastfeeding with different qualities of marital relationship

	Cases		Controls		<i>P</i> ¹
	n	%	n	%	
Paternal support to breastfeeding; good marital relationship or with minor difficulties	20	79.9	54	75.0	0.845
Paternal support to breastfeeding; marital relationship with difficulties	6	23.1	18	25.0	

¹ Chi-square test.

Artigo 2 - Versão em Português

RELAÇÃO CONJUGAL E AMAMENTAÇÃO: EXISTE ASSOCIAÇÃO?

Olga Garcia Falceto; Elsa R.J. Giugliani; Carmen Luiza C. Fernandes

RESUMO

OBJETIVO: Verificar a hipótese de que uma boa relação conjugal é fator de proteção contra o desmame precoce.

MÉTODO: Estudo de casos e controles envolvendo 153 famílias com bebês de quatro meses de idade em uma comunidade urbana. Em 51 delas, os bebês já haviam interrompido o aleitamento (casos) e, em 102, ainda recebiam leite materno (controles). Comparou-se o relacionamento conjugal nos grupos com base na opinião de ambos os cônjuges e de dois entrevistadores. A avaliação clínica foi realizada por dois terapeutas familiares mediante entrevista semi-estruturada, individual e do casal, utilizando a Escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional do DSM-IV e a de Avaliação do Funcionamento Relacional de Beavers-Timberlawn. Avaliaram-se as funções conjugal e parental, esta representada pela satisfação de cada um dos cônjuges com a qualidade dos cuidados que o outro proporciona ao bebê, a opinião da mãe sobre o apoio efetivo do pai à amamentação e, ainda, o grau de envolvimento do pai nos cuidados globais do bebê segundo os entrevistadores.

RESULTADOS: Não se verificou diferença significativa entre as avaliações da relação conjugal no grupo de famílias com bebês sendo amamentados aos quatro meses e no daquelas em que já tinham sido desmamados. Na avaliação dos entrevistadores e dos progenitores, a relação conjugal boa associava-se com presença maior de apoio paterno efetivo à amamentação ($p < 0,007$) e com o envolvimento ativo do pai nos cuidados gerais do bebê ($p < 0,001$). Evidenciou-se também uma associação entre apoio do pai à amamentação e sua manutenção aos quatro meses ($p = 0,017$).

CONCLUSÃO: Não houve associação direta entre qualidade da relação conjugal e manutenção do aleitamento materno aos quatro meses. No entanto, parece haver uma associação indireta entre elas, já que, nos casais que se relacionam bem, o pai dá com mais frequência apoio efetivo à amamentação, apoio que, por sua vez, está relacionado com a manutenção do aleitamento materno aos quatro meses.

1. INTRODUÇÃO

O processo de amamentação é facilitado quando a mãe recebe apoio, quer de seu parceiro, quer de outras pessoas. Uma revisão sistemática (1), publicada em 2002, de 20 pesquisas de 10 países, com amostragens feitas ao acaso ou quase-ao-acaso, incluindo 23.712 duplas mãe-bebê, concluiu que todos os tipos de “apoio-extra” à amamentação associavam-se com uma maior duração desta. Dois artigos recentes de revisão (2,3), ao focalizar especificamente o papel do pai, apontaram sua influência positiva na decisão, estabelecimento e manutenção do aleitamento. Um deles (3) cita Gamble, que descreveu quatro estilos de paternagem: pai envolvido, pai auxiliar, pai supervisor e pai desligado. Menciona também que, às vezes, os pais apóiam a decisão materna de amamentar sem dar-se conta das conseqüências que o aleitamento trará à vida das esposas, passando depois a sentir-se excluídos da relação destas com os bebês. Bick (4), que entrevistou 906 mulheres buscando os fatores que influenciam a cessação precoce da amamentação, incluiu como fator predisponente a mãe ser solteira, mas não avaliou a qualidade da relação conjugal. Existem várias outras pesquisas (5-20) demonstrando associação entre presença de apoio do pai à amamentação e sua manutenção, a partir das informações dadas pelas mães. Não encontraram-se publicações que incluam a entrevista do pai sobre suas crenças e atitudes em relação à amamentação ao mesmo tempo que sua avaliação da relação conjugal. Gorman *et al.* (18), por exemplo, entrevistaram pais de origem mexicana nos Estados Unidos, mas apenas com respeito a sua visão do aleitamento materno.

Foram revisadas algumas publicações que focalizam a relação conjugal no período perinatal, relacionando-a com a qualidade dos cuidados ao bebê, mas que não fazem referência à amamentação. Demonstram existir associação entre presença de uma boa relação conjugal e envolvimento do pai nos cuidados com o bebê, bem-estar da mãe e uma maior capacidade desta de oferecer respostas sensíveis às necessidades do bebê (21-23). Foram revisados dois artigos (24,25) que referem uma associação positiva entre a boa qualidade dos cuidados parentais e o relato de maior felicidade conjugal. Por outro lado, quatro estudos longitudinais (26-29) identificaram uma deterioração na qualidade da relação conjugal após o nascimento de um filho, já que os pais passam a focalizar a atenção nos cuidados com o bebê, negligenciando as atenções ao parceiro, necessárias para manter aceso o relacionamento amoroso do casal.

Os estudiosos da relação conjugal referem que esta envolve a execução de duas funções básicas (30): 1) a função conjugal, que implica a satisfação das necessidades objetivas e subjetivas dos cônjuges, com a provisão de apoio mútuo para o seu desenvolvimento pessoal (amizade), parceria nas responsabilidades e tarefas do dia-a-dia (companheirismo) e relacionamento afetivo e sexual (relação amorosa); e 2) a função parental, que envolve o funcionamento do casal como equipe que cuida das necessidades da prole, implicando um relacionamento entre eles e com os filhos adequado ao estágio do desenvolvimento destes. Na maioria dos casais, existe associação entre a qualidade do seu funcionamento nas duas áreas, ou seja, na sua função conjugal e parental (28).

Esta pesquisa foi idealizada para testar a hipótese de que uma boa relação conjugal favorece uma amamentação mais duradoura.

2. METODOLOGIA

Este é um estudo de casos e controles envolvendo famílias com bebês de quatro meses. Em 51 delas os bebês já não recebiam leite materno (casos) e em 102 os bebês ainda o recebiam (controles), independentemente do aleitamento ser exclusivo ou não. Definiu-se, neste estudo, como sendo os quatro meses de idade do bebê o ponto de corte para desmame precoce, por ser bastante utilizado na literatura, inclusive em nosso meio (11,31,32).

A pesquisa foi realizada em Porto Alegre, cidade de 1,36 milhão de habitantes, situada no sul do Brasil. A população em estudo pertence a uma área que abrange em torno de 18 mil pessoas, servida por três unidades de saúde que pertencem a um grande hospital público, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A população da região é economicamente heterogênea, sendo a maioria de classe média baixa, com algumas famílias muito pobres. Todas as casas têm água encanada e eletricidade, mas as mais pobres, em torno de 10% do total, não têm esgoto nem coleta de lixo. As ruas são asfaltadas, exceto em algumas áreas de becos, nos quais há também graves problemas de segurança.

A seleção das famílias seguiu uma metodologia rigorosa. Foram identificadas mensalmente, pelos registros dos nascimentos em hospitais da cidade de Porto Alegre, as famílias com bebês pequenos vivendo na área de abrangência do estudo, no período de março

de 1999 a maio de 2000. Quando os bebês completavam quatro meses de idade, um estudante de Medicina fazia uma visita domiciliar com o objetivo de obter dados de identificação e a permissão para realizar a entrevista familiar.

Os primeiros cinco casos identificados a cada mês eram incluídos na amostra e somados a dois controles para cada caso que os seguissem imediatamente na lista de nascimentos. Foram excluídos 16 bebês (3 duplas de gêmeos, 6 filhos de mulheres HIV+, 2 por óbito, 1 por uso de sonda nasogástrica e 1 por ingestão materna de medicação com contra-indicação de amamentar). Com essa metodologia, para obter as 150 famílias necessárias ao estudo, acabaram sendo entrevistadas todas as famílias com bebês de quatro meses que viviam na área definida, o que equivale a um estudo de base populacional.

Ambos os progenitores ou só a mãe, no caso de viverem separados, assinavam um consentimento informado quando concordavam em participar do estudo. Marcava-se, então, uma visita ao domicílio. A entrevista era realizada por dois terapeutas familiares e filmada por um estudante de Medicina. Se a família não era encontrada após três visitas, ela era substituída pela próxima da lista. A equipe estava cega em relação às hipóteses centrais do estudo. A dupla de entrevistadores mudava a cada visita para evitar vieses na avaliação.

A entrevista era semi-estruturada e durava cerca de duas horas. Nesse intervalo de tempo, além de coletar as informações, eram observados os comportamentos e as interações dos entrevistados. A entrevista consistia de uma conversa inicial com todos os membros da família, incluindo muitas vezes avós e outros familiares e amigos. A segunda parte da entrevista era feita só com o casal e a terceira individualmente com cada um dos pais do bebê. Quando a mãe declarava não ter companheiro, a conversa começava do mesmo modo e continuava individualmente com ela ou incluía um membro de sua família de origem, já que 84% delas viviam em sua companhia. Das 153 famílias, 120 mães coabitavam com o pai do bebê. Dentre aqueles que coabitavam, só dois pais não foram entrevistados, porque trabalhavam fora da cidade. Das 33 famílias que não coabitavam, 12 mães afirmaram ter companheiro e, destas famílias, 3 pais foram entrevistados, resultando num total de 121 pais entrevistados. Nas famílias cujas mães disseram não ter companheiro (n=21), 2 pais eram falecidos e 16 estavam totalmente ausentes da vida do filho. Os três pais restantes, apesar de terem algum contato com o bebê, não estavam disponíveis para a entrevista.

A primeira fase da entrevista abordava o nascimento do bebê e suas repercussões na família e na vida dos pais, a alimentação do bebê e a participação do pai nos seus cuidados e o apoio oferecido por ele à mãe na amamentação. Também investigava o suporte dado pelas

famílias de origem e pela rede social. Na segunda fase, eram enfocados com profundidade a relação do casal, o cuidado com os filhos e a relação com a rede social. Foi realizado o genograma de cada casal, incluindo casamentos prévios e filhos de outras relações, com a descrição de ambas as famílias de origem, incluindo história médica e psiquiátrica, além de similaridades e diferenças do funcionamento do casal em relação ao de suas respectivas famílias. A terceira fase, realizada individualmente com cada um dos pais por um dos terapeutas, iniciava com uma conversa livre e seguia com perguntas dirigidas sobre a gestação e o parto, a relação com o bebê e o parceiro, a vida sexual, estratégias para solução de conflitos, incluindo perguntas sobre a presença de violência, relação com familiares, amigos, a rede social ampla e o sistema de saúde. Pesquisava-se também a história pessoal e a do cônjuge, incluindo sintomas médicos e psiquiátricos, uso de álcool e drogas, internações psiquiátricas, uso de psicofármacos no presente e no passado, além de envolvimento com a Justiça.

Avaliaram-se duas funções da relação conjugal: 1) a relação conjugal em si, em seus aspectos de amizade, companheirismo e relacionamento amoroso e 2) a função parental, ou seja, os cuidados oferecidos ao bebê pelo casal.

Para a avaliação do relacionamento interpessoal do casal, foram colhidas declarações da mãe e do pai sobre sua avaliação da qualidade da relação conjugal, das relações sexuais e da frequência e tipo de conflitos entre os dois, o que resultava em uma resposta distribuída nas seguintes categorias: 1) o casal está bem, 2) o casal está mais ou menos, 3) o casal relaciona-se mal, 4) não se aplica (estão separados). Considerou-se como tendo bom funcionamento conjugal o casal que pertencia à categoria 1. A partir de todas as observações e informações obtidas, os entrevistadores utilizaram a Escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional (GARF) do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (33,34), para atribuir um escore ao funcionamento do casal. Todas as 153 mães opinaram sobre sua relação com o pai de seu filho, enquanto que os entrevistadores e os pais das crianças analisaram apenas a relação dos 121 casais que puderam ser entrevistados.

A escala GARF divide em cinco níveis a avaliação sobre o quanto a família, ou o casal, preenche as necessidades individuais afetivas e operacionais de seus membros. Essa escala leva em conta as seguintes áreas de funcionamento: 1) solução de problemas (capacidade de negociar objetivos, regras e rotinas; adaptabilidade ao estresse; capacidade de comunicação; capacidade de resolver conflitos); 2) organização familiar (capacidade de manter os papéis interpessoais e limites dos subsistemas; sistema de liderança; coalizões e distribuição do poder, controle e responsabilidade); e 3) clima emocional existente entre o casal (clima e amplitude

dos afetos; qualidade dos cuidados, empatia, envolvimento e ligação/comprometimento; comunhão de valores; respostas afetivas interpessoais e respeito; qualidade do funcionamento sexual). A escala dá uma nota global, pontuando as famílias ou casais entre 1 (a unidade relacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores) e 5 (a unidade relacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação). Para efeitos de análise, os grupos foram categorizados em “sem dificuldades importantes” quando as notas eram 1 ou 2 e em “com dificuldades de moderadas a graves” quando as notas eram de 3 a 5. O grupo em que a mãe não tinha companheiro foi analisado separadamente.

A Escala de Avaliação do Funcionamento Relacional de Beavers-Timberlawn (BT) (34,35) foi utilizada para pontuar independentemente determinados aspectos do funcionamento do casal considerados importantes para o desenvolvimento de indivíduos saudáveis, criativos e com capacidade de adaptação. Esses aspectos podem ser assim resumidos: 1) estrutura de poder compartilhada de forma igualitária pelos pais; 2) individuação adequada dos membros da família; 3) aceitação de separações e perdas; 4) capacidade de comunicar-se sobre a realidade familiar; e 5) afeto predominantemente carinhoso, de otimismo e confiança, incluindo o uso do humor. No presente trabalho, foram utilizados apenas os resultados de 5 dos 14 subitens da escala BT. Avaliaram-se a distribuição do poder, a intimidade, a clareza das comunicações de pensamentos e sentimentos, a capacidade de negociar e resolver problemas e o tipo de afeto predominante no relacionamento do casal, por serem aspectos mais objetivamente verificáveis na entrevista. Os pontos de corte foram definidos, de acordo com a descrição da escala, da seguinte forma: a) distribuição do poder: 1 a 3, liderança com tendência a ser dividida entre o casal, e 3,5 a 5, evidências de relação caracterizada por dominação e submissão; b) intimidade: 1 a 3,5, limites interpessoais entre os indivíduos são amorfos ou indistintos, e 4 a 5, tendência a haver intimidade com respeito aos limites individuais; c) clareza das comunicações: 1 a 2, bem ou com problemas leves, e 2,5 a 5, com dificuldades; d) resolução de problemas: eficiente, de 1 a 3, ou ineficiente, de 3,5 a 5; e e) tipo de afeto predominante: 1 a 1,5, afetuoso, com humor e otimistas, e 2 a 5, desde polidos até hostis, cínicos e desesperançados.

Quanto à relação do casal como pais do bebê, foram avaliados: a) a satisfação da mãe com os cuidados que o pai presta ao bebê; b) a satisfação do pai com os cuidados que a mãe presta ao bebê; c) a opinião do pai sobre a importância de sua companheira amamentar seu bebê; d) o apoio específico e efetivo oferecido pelo pai à amamentação; e e) o envolvimento do pai nos cuidados gerais do bebê. A satisfação da mãe com os cuidados do pai ao bebê (e deste

em relação a ela) foi categorizada em: 1) satisfeita, 2) satisfeita em parte e 3) não satisfeita. Ao perguntar-se ao pai sua opinião sobre sua companheira amamentar seu filho, categorizaram-se as respostas em: 1) muito bom, 2) bom, 3) indiferente e 4) “prefiro que minha companheira não amamente”. O apoio efetivo oferecido pelo pai à amamentação, conforme a opinião da mãe, foi categorizado da seguinte forma: 1) apóia muito, verbalmente e com atitudes; 2) dá algum apoio; 3) o apoio varia; 4) não dá apoio; e 5) não se aplica (quando o pai estava fisicamente ausente). Para avaliar o envolvimento ativo do pai nos cuidados gerais do bebê, os entrevistadores levaram em conta suas observações e as informações de ambos os pais. Tal envolvimento foi categorizado da seguinte forma: 1) pai ativamente envolvido, quando ele participava consolando, brincando, alimentando, banhando ou de outras maneiras, seja espontaneamente, seja a pedido da companheira; 2) o pai apoiava a mãe, mas não participava dos cuidados; 3) o pai estava emocionalmente ausente, ainda que vivendo dentro de casa; 4) o pai atrapalhava os cuidados do bebê, mas morava na casa; e 5) o pai estava fisicamente ausente. Na análise bivariada, comparou-se a categoria 1 com as demais.

Os escores das escalas e do envolvimento do pai eram dados individualmente por cada entrevistador. A seguir, os entrevistadores procuravam chegar a uma nota de consenso, mediante discussão de toda a avaliação. Quando restavam dúvidas, discutiam a situação com a pesquisadora principal (OGF) até chegar ao consenso podendo ser necessário, em alguns casos, reexaminar o vídeo da entrevista.

Depois do treinamento intensivo do grupo, foi realizado um estudo piloto com dez famílias. A equipe participou da formulação da versão final do questionário de forma a senti-lo como seu.

Duas das autoras (OGF e CF) realizaram entrevistas com diferentes entrevistadores ao longo do processo para garantir a fidedignidade das informações.

Foi feita uma dupla digitação de todos os dados, para controle de sua qualidade.

A análise estatística dos dados constou de cálculos de média e frequência; para as comparações entre os grupos, fez-se uso do teste qui-quadrado e da razão de chances. O nível de significância estatística adotado foi de 0,05. As análises foram feitas no programa *SPSS 8.0 for Windows*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3. RESULTADOS

Das 222 famílias que preenchiam os critérios de inclusão do estudo, 7 recusaram-se a falar com os estudantes de Medicina e 62 responderam somente a entrevista preliminar. Muitas mulheres referiram que seus maridos negavam-se a participar.

Foi realizado um estudo comparativo entre as 62 famílias que não foram entrevistadas pelos terapeutas e as 153 que entraram no estudo, em busca de um possível viés de seleção. Foram analisadas as seguintes características: idade, escolaridade, cor da pele e trabalho da mãe e do pai; coabitação e situação conjugal dos pais; tipo de parto, tempo gestacional, sexo do bebê, peso ao nascer e hospitalizações; condições de moradia e classe social. O número de homens não brancos ($p=0,016$), de bebês de baixo peso ($p=0,001$) e de pais casados ($p=0,016$) era significativamente maior no grupo não estudado. Nenhuma dessas variáveis mostrou associação significativa com o desfecho em estudo, ou seja, aleitamento materno aos quatro meses (Tabela 1).

Entre as famílias estudadas, a idade média das mães era de 26 anos (variação de 14 a 45 anos), e a dos pais, 30 anos (variação de 17 a 62 anos). A escolaridade média das mães era de $6,6 \pm 2,9$ anos (variação de 1 a 14 anos) e a dos pais, de $7,6 \pm 7,4$ anos (variação de 0 a 18 anos). A maioria dos indivíduos da amostra era branca (58% das mães e 60% dos pais). O número médio de filhos foi de 2,2 filhos, sendo a prole maior de 8 filhos. Setenta e oito por cento dos casais viviam sob o mesmo teto. As condições de moradia eram adequadas em 91% das famílias, ou seja, as casas tinham luz elétrica, água encanada e instalações sanitárias. Setenta e seis por cento das mães não estavam trabalhando no momento; entre os pais 75% tinham emprego e os outros 25% declararam viver de biscates. A mediana da renda familiar era de 3,6 salários mínimos por mês (variação de 0 a 16,9) (aproximadamente 280 dólares). Quatro famílias (2,6% da amostra) declararam não ter renda fixa.

Oitenta e cinco por cento das mães tiveram cinco ou mais consultas pré-natais, número considerado adequado. O peso médio dos bebês foi de 3.240g; 80% nasceu a termo e 70% de parto normal. Setenta e cinco por cento dos bebês ficou em alojamento conjunto no hospital com suas mães ao nascer; posteriormente, nove bebês sofreram separação de suas progenitoras por hospitalização destas.

Houve associação estatisticamente significativa entre a presença de amamentação aos quatro meses e as seguintes características: 1) pais e mães mais jovens, 2) bebês primogênitos,

3) famílias com três filhos ou menos, 4) prática do alojamento conjunto e 5) não hospitalização da mãe após a alta do bebê da maternidade (Tabela 1).

Com exceção de duas mães, todas iniciaram aleitamento natural de seus bebês. Dentre os 102 bebês amamentados aos quatro meses, 29 (28,4%) eram alimentados exclusivamente com leite materno, sem adição de outros líquidos ou sólidos. Dentre os bebês que já não eram aleitados, 23 (45,1%) foram desmamados no primeiro mês pós-parto, 15 (29,4%) durante o segundo, 12 (23,5%) no terceiro e 1 (2,0%) no quarto mês.

Na opinião dos entrevistadores e dos progenitores, a maioria dos casais de ambos os grupos relacionava-se bem, tendo no máximo problemas leves que não afetavam seu dia-a-dia, não se evidenciando diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Dentre as três avaliações, a das mães foi a mais baixa (Tabela 2).

Quanto às características específicas do casal, pontuadas pelos entrevistadores utilizando a escala BT, 77% dos casais deram evidências de ter uma relação conjugal em que o poder entre os cônjuges tendia a ser dividido entre os dois; 63% mostraram capacidade de exercer a intimidade, com respeito aos limites individuais dos cônjuges; 58% revelaram clareza na sua comunicação interpessoal; 74% evidenciaram boa capacidade de negociar e resolver problemas; e 55% demonstraram troca de afeto entre si predominantemente positivo. Não se verificaram diferenças entre o grupo que continuava a amamentação aos quatro meses e aquele que já a havia interrompido (Tabela 2).

No estudo da relação conjugal pelos entrevistadores (escala GARF), separando a amostra em três grupos (grupo de casais sem dificuldades ou com dificuldades leves, grupo com problemas de moderados a graves e grupo em que as mães não tinham companheiro), não se evidenciou diferença entre os grupos quanto à manutenção da amamentação aos quatro meses (Tabela 3).

No total da população estudada, 72% das mães e 96% dos pais declararam-se satisfeitos com o envolvimento de seus parceiros nos cuidados do bebê, não se verificando diferença entre o grupo de casos e o de controles (Tabela 4). Quanto à opinião do pai sobre sua companheira amamentar seu bebê, todos deram respostas positivas. Entretanto, na opinião das mães, apenas 61% dos companheiros apoiavam-nas efetivamente na prática da amamentação, fazendo-o em maior número os pais do grupo controle que os do grupo de casos, evidenciando-se aí uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,017$). Já na opinião dos entrevistadores, apenas 53% dos pais envolviam-se ativamente nos cuidados gerais do bebê, não tendo havido diferença estatística entre os grupos.

Verificou-se que, nos casais com bons casamentos, os pais apoiavam mais a amamentação e envolviam-se mais nos cuidados do bebê. Pais que tinham boa relação conjugal demonstraram ter 3,3 vezes mais chances de o pai apoiar a amamentação e 4,9 mais chances deste estar ativamente envolvido nos cuidados do bebê que o grupo com casamento menos satisfatório (Tabela 5).

Constatou-se também que as frequências do aleitamento materno aos quatro meses foram semelhantes quando o pai dava apoio efetivo à amamentação, independentemente da qualidade da relação conjugal (Tabela 6).

Quando solicitou-se aos pais, individualmente, que avaliassem a relação conjugal no momento atual em comparação com o período anterior à gravidez, 72,5% das mães e 93,3% dos pais entrevistados disseram que a relação estava igual ou melhor (em proporções iguais de ambas as avaliações), não aparecendo diferença entre casos e controles segundo as mães ($p=0,701$) e os pais ($p=0,673$).

Em relação à qualidade da relação com a rede social 83% das mães relataram que podiam contar com duas pessoas ou mais quando necessitavam, 69% disseram que tinham uma boa relação com sua família e 42% que podiam contar com um vizinho para ajudar a cuidar do bebê. Quando solicitadas a dar uma escore de 1 a dez para a sua satisfação com sua rede social a média foi 7,4.

4. DISCUSSÃO

Contrariamente à hipótese inicial do estudo, não foi encontrada associação direta entre a existência de um bom relacionamento do casal, na sua função conjugal, e uma maior capacidade da mãe de manter a amamentação aos quatro meses de idade do bebê, segundo a opinião dos entrevistadores e dos cônjuges. A mãe não ter companheiro também não demonstrou diferença estatística entre os grupos estudados.

A avaliação da relação conjugal feita pela mãe foi um pouco mais negativa que a do pai e a dos entrevistadores, possivelmente porque foram computadas as respostas das 153 mulheres, mas apenas as de 121 pais, já que os outros não estavam disponíveis pelas razões já expostas, o que pode ter eliminado várias respostas paternas negativas.

Em relação às características específicas do relacionamento conjugal avaliadas, não apareceram diferenças entre os dois grupos estudados em nenhuma das categorias, confirmando

que a relação conjugal não se associa diretamente com a manutenção da amamentação aos quatro meses de idade do bebê.

Quanto à satisfação com o cuidado que o companheiro oferecia ao bebê, 96% dos homens declararam-se satisfeitos, ao passo que só 72% das mulheres disseram o mesmo. Não houve influência desse achado sobre a manutenção da amamentação, mas ele indica uma falta de participação do pai nos cuidados com o bebê, o que foi confirmado pela impressão dos entrevistadores sobre o envolvimento efetivo do pai nos cuidados do bebê, verificado, por eles, em apenas 53% da amostra total. Entre as mães, só 61% relataram que seus companheiros apoiavam-nas efetivamente na amamentação, evidenciando-se aí uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados. A frequência relativamente baixa de participação do pai parece ser uma conseqüência da tradição cultural brasileira de que as tarefas e cuidados em relação aos filhos são responsabilidade da mulher, tradição essa que ainda é mantida, sobretudo, nas famílias de classes sociais populares (36).

O bom relacionamento conjugal mostrou associação com o apoio que o pai oferece à amamentação, o que permite inferir que, indiretamente, a relação conjugal satisfatória favorece a manutenção da amamentação aos quatro meses, uma vez que mães com companheiros que apoiavam a amamentação a mantinham aos quatro meses com maior frequência que aquelas que não tinham esse apoio. Essa associação entre bom relacionamento do casal e sua capacidade de envolver-se como equipe com os filhos é verificada com frequência na clínica; também algumas pesquisas de países de primeiro mundo relatam o mesmo achado (24,25).

É possível que a capacidade das mães de manter a amamentação aos quatro meses, mesmo quando convivem com relações conjugais conflituosas e/ou com pouca participação do cônjuge, seja decorrente da estimulação do próprio bebê ao mamar e da grande resiliência propiciada pelo vínculo criado entre mãe e filho. Alia-se a isso o fato de que a maioria das mulheres tinha outras fontes de apoio além dos maridos, predominantemente de suas próprias famílias de origem, mas também de vizinhos e amigos, além de fácil acesso e apoio do Posto de Saúde. Isso leva a crer que, nessa população, deve-se levar em conta o contexto mais amplo do casal para compreender quanto dos cuidados do pai à dupla mãe-bebê pode ser substituído pelo apoio da rede social e, em particular, da família extensa.

O fato de haver associação entre a manutenção da amamentação aos quatro meses e o apoio específico ao aleitamento oferecido pelo pai, mas não com o envolvimento do pai nos cuidados gerais do bebê, parece indicar que essas são duas formas independentes de participação dos pais. Esse achado parece promissor em termos de possibilidades de

intervenção em Saúde Pública, já que, em princípio, na cultura brasileira, é mais fácil educar os pais para que se sintam capazes de estimular o aleitamento do que tentar mudar a sua participação efetiva nos cuidados globais do bebê, cuidados que, em boa parte das famílias, ainda são vistos como tarefa feminina (36).

Também é interessante o achado de que a maioria das mães e pais declarou, independentemente, que seus casamentos estavam bem quando comparados ao funcionamento anterior à gravidez. Isso parece indicar que, nesta população, na maioria dos casos a sobrecarga dos cuidados prestados ao bebê estava sendo contrabalançada pelos aspectos positivos da sua chegada à família. Esse resultado também deve ser entendido à luz do achado de que 83% desses casais declararam receber apoio de sua família de origem.

Quanto às limitações da pesquisa, pode-se apontar o alto número de famílias identificadas como candidatas ao estudo mas que não participaram do mesmo, o que, no entanto, é freqüente em trabalhos envolvendo o conjunto do grupo familiar (26), além do fato de este ser um estudo de casos e controles, em que as perdas foram substituídas. Presume-se, também, que os resultados não foram afetados, porque não foram encontradas diferenças significativas entre as características gerais das famílias estudadas e as das não estudadas que estivessem associadas com a manutenção da amamentação. Quanto aos possíveis vieses decorrentes de os fatores em estudo serem subjetivos, esses foram minimizados por se terem designado dois entrevistadores para realizar avaliações independentes dos dois cônjuges, individualmente e em conjunto, fazendo perguntas sobre a sua pessoa e a do companheiro.

O destaque desta pesquisa está na metodologia de investigação empregada. Este é o primeiro estudo publicado na literatura que usou o método clínico da entrevista do casal e de cada cônjuge separadamente para avaliar a associação entre a qualidade de sua relação e a manutenção da amamentação. O fato de ter-se entrevistado toda a população da área com bebês de quatro meses no período do estudo reforça os achados.

Os resultados obtidos podem, possivelmente, ser generalizados para outras populações que compartilhem as mesmas características socioculturais.

Entre todos os fatores relacionais estudados, só o apoio efetivo do pai à amamentação demonstrou proteger diretamente o bebê do desmame precoce. Esse achado evidencia a necessidade de se estudarem melhor os fatores envolvidos no sucesso do apoio do pai à amamentação, na busca de melhorar a prevalência desta. Este estudo indica que um desses fatores é a qualidade da relação conjugal do casal.

Conclui-se, portanto, que as intervenções de estímulo à amamentação devem envolver e avaliar a participação efetiva do pai. Além disso, cumpre salientar que a Psiquiatria do bebê tem demonstrado reiteradamente a grande capacidade de fazer mudanças pessoais que os progenitores de bebês demonstram nessa fase da vida, em função de sua sensibilidade às necessidades do filho (37). Isso permite pensar que o profissional da saúde que atende o casal e seu filho pode, com algum treinamento, ajudar muito a que as famílias desenvolvam um relacionamento saudável.

Agradecimentos: Os autores agradecem a ajuda financeira oferecida pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) e o apoio editorial do Grupo de Pós-Graduação e Pesquisa (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Também agradecem a Vanda Leite e Lisiane Perico do GHC e aos seguintes terapeutas de família*, estudantes de Medicina** e estatísticos***: * Alceu Correia Filho, Ângela Diehl, Claudia Baratojo, Carmen Fernandes, Daniela Domingues, Denise Jong, Elizabeth Wartchow, Iara Sotto Mayor, Izabel Sperb, Jeane Larronda, José Ovídio Waldemar, Lucy Bugs, Mara Rossato, Márcia Tomazi, Maria Cristina Jung, Marina Netto, Paulina Silbert e Regina Palma; ** Anelise Cancelli, Antônio de Barros Lopes, Camila Giugliani, Carolina Alboim, Clarice Ritter, Daniel Barbosa, Guilherme Polanczyk, Jeber Ammar, Karina Marramarco, Leticia Quarti, Marta Pereira Lima, Martina Hoblik, Maurício Kunz, Sílvia Kelbert e Tazio Vanni; *** Mathias Bressel e Vânia Naomi Hirakata.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
2. Bar-Yam N, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact* 1997; 13:45-50.
3. Raj VK, Plichta SB. The role of social support in breastfeeding promotion: a literature review. *J Hum Lact* 1998; 14:41-5.
4. Bick DE, Macarthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery* 1998;14:242-7.
5. Bevan ML, Mosley D, Lobach KS, Solimano GR. Factors influencing breastfeeding in an urban WIC program. *J Am Diet Assoc* 1984; 5:563-7.
6. Black RF, Blair JP, Jones VN, Durant RH. Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia. *J Am Diet Assoc* 1990; 2:255-9.
7. Grossman LK, Fitzsimmons SM, Larsen-Alexander JB, Sachs L, Harter C. The infant feeding decision in low and upper income women. *Clin Pediatr* 1990; 29:30-7.
8. MacGowan RJ, MacGowan CA, Serdula MK, Lane JM, Joessoef RM, Cook FH. Breast-feeding among women attending women, infants, and children clinics in Georgia, 1987. *Pediatrics* 1991; 87:361-6.
9. Serdula MK, Cairns KA, Williamson DF, Fuller M, Brown JE. Correlates of breast-feeding in a low-income population of whites, blacks, and southeast Asians. *J Am Diet Assoc* 1991; 91:41-5.
10. Freed GL, Jones TM, Schandler RJ. Prenatal determination of demographic and attitudinal factors regarding feeding practice in an indigent population. *Am J Perinat* 1992; 5:420-4.
11. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast feeding in Porto Alegre, Brazil. *Acta Paediatr* 1992; 81:484-7.
12. Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics* 1992a; 90:224-7.
13. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychiatry Res* 1993; 37:171-6.

14. Giugliani ERJ, Waleska TC, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decision to breastfeed. *J Hum Lact* 1994; 10:157-61.
15. Littman H, Medendorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed. *Clin Paediatr* 1994; 33:214-9.
16. Park M, Dimigen G. Cross-cultural comparison of the social support system after childbirth. *J Comp Fam Stud* 1994; 25:345-52.
17. Isabella PH, Isabella RA. Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *J Hum Lact* 1994;10:257-64.
18. Gorman T, Byrd TL, Vanderslice J. Breast-feeding practices, attitudes, and beliefs among Hispanic women and men in a border community. *Fam Com Health* 1995; 18:17-27.
19. Li Y, Kong L, Hotta M, Wongkhomthong S, Ushijima H. Breast-feeding in Bangkok, Thailand: current status, maternal knowledge, attitude and social support. *Ped Internat* 1999; 41:648-54.
20. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *J Adv Nurs* 1999; 29:113-8.
21. Namba S, Tanaka K. Effects of support from and conflict with intimates on childcare stress: a longitudinal study. *Japanese Journal of Health Psychology* 1999; 12:37-47.
22. Pauli Pott U, Mertesacker B, Bade U, Bauer C, Beckmann D. Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant Behav Develop* 2000; 23:23-9.
23. Feldman R. Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health J* 2000; 21:176-91.
24. Vandell DL, Hyde JS, Plant EA, Essex MJ. Fathers and "others" as infant-care providers: predictors of parents' emotional well-being and marital satisfaction. *Merrill Palmer Quarterly. Wayne State Univ. Press* 1997; 43:361-85.
25. Rogers SJ, White LK. Satisfaction with parenting: the role of marital happiness, family structure, and parents' gender. *J Marri Fam* 1998; 60:293-308.
26. Belsky J, Spanier GB, Rovine M. Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *J Marri Fam* 1983; 45:567-77.

27. Gloger T, Gabriele S, Huerkamp M. Relationship change at the transition to parenthood and security of infant-mother attachment. *Int J Behav Develop* 1998; 22:633-55.
28. Broom BL. Parental sensitivity to infants and toddlers in dual-earner and single-earner families. *Nurs Res* 1998; 47:162-70.
29. Crockenberg S, Langrock A. The role of specific emotions in children's responses to interparental conflict: a test of the model. *J Family Psychol* 2001; 15:163-82.
30. Minuchin S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1982.
31. Giugliani E, Issler R, Kreutz G, Meneses C, Justo E, Kreutz V, Pires M. Breastfeeding pattern in a population with different levels of poverty in Southern Brazil. *Acta Paediatr* 1986;85:1499-500.
32. Kummer SC, Giugliani ERG, Susin LRO, Folletto JL, Lermen NR, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno em clientela de uma maternidade. *Ref. Saúde Publ (São Paulo)* 2000;34:143-8.
33. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
34. Falceto O, Busnello E, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health* 2000; 7:255-63.
35. Beavers WR. Healthy, midrange and severely dysfunctional families. In: Walsh F, ed. *Normal family processes*. New York: The Guilford Press; 1982. p. 45-66.
36. Korin EC. Brazilian Families. In: McGoldrick M, Giordano J, Pearce JK. *Ethnicity and Family Therapy*: 2^a ed. Guilford Publ. Inc.1996;14:200-13.
37. Cramer B, Palacio-Espasa F. *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1993.

TABELA 1 - Características da amostra

Características			Tipo de alimentação				Valor p ¹
			Casos		Controles		
			Média	± DP	Média	± DP	
Idade (anos)	mãe	27,7	6,7	24,5	6,1	0,001	
	pai	32,5	10,0	28,5	8,2	0,006	
			n	%	n	%	Valor p ²
Escolaridade (anos)	mãe	até 4 anos	12	23,5	23	22,5	0,758
		5 a 11 anos	37	72,5	77	75,5	
		12 anos ou mais	2	3,9	2	2,0	
	pai ³	até 4 anos	8	16,7	20	20,2	0,840
		5 a 11 anos	38	79,2	74	74,7	
		12 anos ou mais	2	4,2	5	5,1	
Cor	mãe	branca	33	64,7	53	52,0	0,134
		não branca	18	35,3	49	48,0	
	pai ³	branca	33	66,0	56	54,9	0,192
		não branca	17	34,0	46	45,1	
Coabitação dos pais	sim	sim	39	76,5	81	79,4	0,677
		não	12	23,5	21	20,6	
Estado civil da mãe	casada	casada	12	23,5	32	31,4	0,312
		solteira, separada ou viúva	39	76,5	70	68,6	
Trabalho no presente	mãe	sim	14	27,5	20	19,6	0,271
		não	37	72,5	82	80,4	
	pai ³	sim	38	77,6	73	72,3	0,490
		não	11	22,4	28	27,7	
Renda familiar (em SM ⁴)	até 3	até 3	25	49,0	43	42,6	0,691
		de 4 a 10	23	45,1	53	52,5	
		mais de 10	3	5,9	5	5,0	
Condição de moradia	boa ou regular	boa ou regular	46	90,2	93	91,2	0,843
		ruim	5	9,8	9	8,8	
Número de filhos	até 3	até 3	38	74,5	92	90,2	0,010
		4 ou mais	13	25,5	10	9,8	
Pré-natal	5 ou mais consultas	5 ou mais consultas	44	86,3	89	87,3	0,865
		4 ou menos consultas	7	13,7	13	12,7	
Sexo do bebê	feminino	feminino	22	43,1	52	51,0	0,360
		masculino	29	56,9	50	49,0	
Peso ao nascer	≥ 2.500g	≥ 2.500g	49	96,1	94	92,2	0,355
		< 2.500g	2	3,9	8	7,8	
Ordem de nascimento	primogênito	primogênito	14	27,5	49	48,0	0,015
		outros	37	72,5	53	52,0	
Tipo de parto	normal	normal	35	68,6	77	75,5	0,366
		cesárea	16	31,4	25	24,5	
Tempo gestacional	≥ 37 semanas	≥ 37 semanas	41	80,4	82	81,2	0,906
		< 37 semanas	10	19,6	19	18,8	
Separação mãe-bebê por doença materna	não	não	45	88,2	99	97,1	0,029
		sim	6	11,8	3	2,9	
Alojamento conjunto	sim	sim	33	66,0	83	83,0	0,019
		não	17	34,0	17	17,0	

¹ Teste *t de Student*; ² teste qui-quadrado; ³ o *n* dos pais varia, já que só 121 pais foram entrevistados e em alguns casos as mães não sabiam ou não quiseram dar a informação; ⁴ SM = salário mínimo (em torno de 70 dólares).

TABELA 2 - Associação entre o tipo de alimentação do bebê aos quatro meses e a qualidade da relação conjugal na opinião da mãe, do pai e dos entrevistadores

Relação conjugal		Tipo de alimentação				Valor p ¹
		Casos		Controles		
		n	%	n	%	
Relação do casal						
Segundo a mãe (n=153)	bem	34	66,7	71	69,6	0,712
	com dificuldades	17	33,3	31	30,4	
Segundo o pai ² (n=120)	bem	28	75,7	72	86,7	0,133
	com dificuldades	9	24,3	11	13,3	
Segundo os entrevistadores ³ (n=121)	sem problemas ou com problemas leves	30	78,9	62	74,7	0,611
	com problemas moderados a graves	8	21,1	21	25,3	
Distribuição do poder entre os cônjuges ⁴ (n=121)	com tendência a compartilhar o poder	30	78,9	63	75,9	0,713
	com tendência à dominação/submissão	8	21,1	20	24,1	
Intimidade entre os cônjuges ⁴ (n=121)	com limites adequados	25	65,8	50	60,2	0,560
	sem limites adequados	13	34,2	33	39,8	
Clareza das comunicações entre os cônjuges ⁴ (n=121)	claras	21	55,3	51	61,4	0,520
	pouco claras	17	44,7	32	38,6	
Capacidade de negociar e resolver problemas ⁴ (n=121)	eficiente	29	76,3	59	71,1	0,549
	ineficiente	9	23,7	24	28,9	
Tipo de afeto predominante ⁴ (n=121)	positivo	22	57,9	44	53,0	0,617
	negativo	16	42,1	39	47,0	

¹ Teste qui-quadrado; ² n=120 porque o dado de um pai foi perdido; ³ escala GARF; ⁴ escala BT.

TABELA 3 - Associação entre o tipo de alimentação do bebê aos quatro meses e a qualidade do relacionamento conjugal¹ (n=142 inclui 121 casais entrevistados e 21 mães que declararam não ter companheiro)

Qualidade do relacionamento conjugal	Tipo de alimentação				Valor p ²
	Casos		Controles		
	n	%	n	%	
Casal sem dificuldades ou com dificuldades leves	30	63,8	62	65,3	0,519
Casal com dificuldades de moderadas a graves	8	17,0	21	22,1	
Mães sem companheiro	9	19,1	12	12,6	

¹ Avaliação dos entrevistadores (escala GARF); ² Teste qui-quadrado.

TABELA 4 - Associação entre a qualidade da função parental e o tipo de alimentação do bebê aos quatro meses

Qualidade da função parental		Tipo de alimentação				Valor p ¹	Razão de chances (IC 95%)
		Casos		Controles			
		N	%	n	%		
Satisfação da mãe com os cuidados que o pai dá ao bebê (n=153)	satisfeita	38	74,5	71	69,6	0,528	
	não satisfeita ou em parte	13	25,5	31	30,4		
Satisfação do pai com os cuidados que a mãe dá ao bebê ² (n=120)	satisfeito	35	94,6	80	96,4	0,650	
	não satisfeito ou em parte	2	5,4	3	3,6		
Opinião do pai sobre sua esposa amamentar seu bebê ² (n=120)	muito bom	34	91,9	72	86,7	0,418	
	bom	3	8,1	11	13,3		
Apoio efetivo do pai à amamentação, sg. a mãe (n=153)	muito	26	51,0	72	70,6	0,017	2,3 (1,2-4,6)
	algum ou ausente	25	49,0	30	29,4		
Envolvimento ativo do pai nos cuidados do bebê, sg. os entrevistadores (n=153)	presente	27	52,9	55	53,9	0,909	
	pouco ou ausente	24	47,1	47	46,1		

¹ Teste qui-quadrado; ² n=120 porque o dado de um pai foi perdido.

TABELA 5 - Associação entre relação conjugal (avaliação dos entrevistadores, utilizando a escala GARF, n=121) e opinião do pai sobre amamentação, apoio efetivo do pai à amamentação e envolvimento ativo do pai nos cuidados do bebê

Participação do pai nos cuidados do bebê		Relação conjugal				Valor p ¹	Razão de chances (IC 95%)
		Bem ou com problemas leves		Com problemas moderados a graves			
		n	%	n	%		
Opinião do pai sobre a sua companheira amamentar seu filho (sg. o pai) ²	muito bom	83	91,2	23	79,3	0,082	
	bom	8	8,8	6	20,7		
Apoio efetivo do pai à amamentação (sg. a mãe)	sim	74	82,2	18	58,1	0,007	3,3 (1,4-8,2)
	não	16	17,8	13	41,9		
Envolvimento ativo do pai nos cuidados (sg. entrevistadores)	sim	69	86,2	23	56,1	0,000	4,9 (2,0-11,9)
	não	11	13,8	18	43,9		

¹ Teste qui-quadrado; ² n=120 porque o dado de um pai foi perdido.

TABELA 6 - Associação entre tipo de alimentação do bebê aos quatro meses e presença de apoio efetivo do pai à amamentação em casais com diferentes qualidades de relação conjugal

Tipo de relacionamento	Tipo de alimentação				Valor p ¹
	Casos		Controles		
	n	%	n	%	
Presença de apoio do pai à amamentação associado com relacionamento conjugal bom ou com problemas leves	20	79,9	54	75,0	0,845
Presença de apoio do pai à amamentação associado com relacionamento conjugal com problemas de moderados a graves	6	23,1	18	25,0	

¹ Teste qui-quadrado.