

MARIANA CAMPOS MARTINS

**FATORES ASSOCIADOS AO ESTADO EMOCIONAL MATERNO NO
PERÍODO PÓS-PARTO E SUA RELAÇÃO COM A PRÁTICA DA
AMAMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2013

MARIANA CAMPOS MARTINS

**FATORES ASSOCIADOS AO ESTADO EMOCIONAL MATERNO NO
PERÍODO PÓS-PARTO E SUA RELAÇÃO COM A PRÁTICA DA
AMAMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Magister Scientiae*.

APROVADA: 28 de fevereiro de 2013.

Silvia Eloiza Priore
Coorientadora

Luiz Alberto Santana

Raquel Maria Amaral Araújo

Sylvia do Carmo Castro Franceschini
Orientadora

Dedico este trabalho aos meus pais, Geraldo e Darlene, e ao meu marido, Pedro,
que me apoiaram nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que dá sentido à minha vida, que sempre é tão Generoso comigo e me guia no caminho da força, coragem e fé.

A minha mãe Darlene, que confiou em mim, que me fez amar os estudos e que sempre acreditou nos meus sonhos.

Ao meu pai Geraldo, pelos conselhos e por sempre lembrar-me que o mais importante na vida é fazer o que amamos.

Ao meu irmão Vitor e minha cunhada Nivya, pelo carinho e incentivo, e por estarem presentes nos momentos mais difíceis.

Ao Pedro, pelo amor, paciência e perseverança, e por sempre me incentivar nos meus objetivos, mesmo que eles tenham significado saudade.

A toda a minha família, meus tios, primos e, em especial a minha amada avó Maria, exemplo de mulher, de força e garra na vida.

A todos os amigos e amigas, sem os quais a caminhada não seria tão prazerosa.

A professora Sylvia Franceschini, exemplo de profissional e ser humano, por confiar em mim e por sempre me orientar com todo o carinho e atenção.

A professora Silvia Priore, pela atenção, pela disponibilidade e pelo conhecimento que adquiri com seus ensinamentos, desde o período da graduação.

Aos professores Andréia Ribeiro, Luciana Sant'ana e Alexandre Faisal-Cury, pela atenção e dedicação com que fizeram a coorientação deste trabalho.

A todos os funcionários e professores do Departamento de Nutrição e Saúde, que contribuíram com este trabalho e com a minha formação profissional.

A minha querida Universidade Federal de Viçosa, por ter me acolhido ainda adolescente, e propiciado o meu crescimento profissional e pessoal.

A todas as funcionárias da Policlínica Municipal de Viçosa, com quem convivi com muita harmonia por um ano inteiro.

As mães e crianças atendidas, por proporcionarem a realização deste trabalho.

A todos os estagiários e bolsistas do projeto, pelo companheirismo e amizade.

As colegas Karine, Mara e Fabiana, com quem convivi durante todo o trabalho, e que sempre me apoiaram.

A CAPES pela concessão da bolsa de mestrado.

À FAPEMIG, pelo financiamento do projeto.

À Secretária Municipal de Saúde de Viçosa, senhora Rita Maria Gomide, pela atenção.

Ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Viçosa.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
➤ Introdução	1
➤ Revisão de Literatura	3
Os Transtornos Psiquiátricos do Pós-Parto	3
A depressão pós parto	4
Prevalência	6
Etiologia e fatores de risco	7
Diagnóstico	9
Repercussões	10
Transtornos no vínculo entre mãe e bebê	11
Aleitamento Materno	13
A importância da amamentação	13
Padrões de aleitamento materno	15
A sintomatologia depressiva e o aleitamento materno	15
Referências Bibliográficas	18
➤ Objetivos	32
3.1 Geral	32
1. Específicos	32
• Metodologia	33
.....	33
3. Local do estudo	33
4. Definição da amostra e coleta	33
5. Determinação do método de alimentação infantil	35
6. Antropometria	36
7. Avaliação da sintomatologia de Depressão Pós-Parto	36
8. Avaliação de distúrbios no vínculo entre mãe e bebê	37

9. Variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, emocionais e rede social	38
10. Estudo piloto	39
11. Questionário	39
12. Aspectos Éticos	40
13. Análise dos Dados	40
Referências Bibliográficas	42
• Resultados	e
Discussão	45
15. Caracterização da amostra	45
Referência Bibliográfica	52
16. Artigo 1	53
17. Artigo 2	79
• Conclusões	
.....	108
• Anexos	
.....	110
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
Anexo 2 – Avaliação Antropométrica do Lactente	111
Anexo 3 – Escala EPDS	112
Anexo 4 – Escala PBQ	113
Anexo 5 – Questionário semi-estruturado primeira consulta	114
Anexo 6 - Questionário semi-estruturado segunda consulta	117
Anexo 7 - Questionário semi-estruturado terceira consulta	119

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação esquemática da seleção da amostra e perdas de seguimento.....	45
Gráfico 1 - Crianças em aleitamento materno exclusivo, segundo sintomas de depressão pós parto. Viçosa, Brasil, 2011-2012	91

LISTA DE TABELAS

Caracterização da Amostra

- Tabela 1** - Características demográficas e socioeconômicas das puérperas atendidas. Viçosa, MG, 2011-2012 48
- Tabela 2** - Condições obstétricas e emocionais e rede social de puérperas de Viçosa, MG, 2011-2012 49
- Tabela 3** - Variáveis relacionadas ao lactente. Viçosa, MG, 2011-2012 51

Artigo I - Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão pós-parto nos primeiros 2 meses pós-natais

- Tabela 1** - Prevalência e razão de prevalência (RP) de sintomas de depressão pós-parto no primeiro e segundo mês após o parto, segundo fatores demográficos e socioeconômicos. Viçosa, Brasil, 2011-2012 62
- Tabela 2** - Prevalência e razão de prevalência (RP) de sintomas de depressão pós-parto no primeiro e segundo mês após o parto, segundo condições obstétricas e de saúde infantil. Viçosa, Brasil, 201-2012 63
- Tabela 3** - Prevalência e razão de prevalência de sintomas de depressão pós-parto no primeiro e segundo mês após o parto, segundo condições emocionais e rede social. Viçosa, Brasil, 2011-2012 64
- Tabela 4** - Resultados da análise multivariada do modelo para sintomas de depressão pós-parto no primeiro e segundo mês. Viçosa, Brasil, 2011-2012..... 65

Artigo II - Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo no segundo e quarto mês após o parto, com ênfase nos fatores psicossociais - um estudo prospectivo.

- Tabela 1** - Prevalência e razão de prevalência (RP) de interrupção do AME antes dos 2 e 4 meses após o parto, segundo características socioeconômicas e demográficas. Viçosa, Brasil, 2011-2012 87
- Tabela 2** - Prevalência e razão de prevalência (RP) de interrupção do AME antes dos 2 e 4 meses após o parto, segundo condições obstétricas e de saúde infantil. Viçosa, Brasil, 2011-2012 88

Tabela 3 - Prevalência e razão de prevalência (RP) de interrupção do AME antes dos 2 e 4 meses após o parto, segundo condições emocionais e rede social. Viçosa, Brasil, 2011-2012 89

Tabela 4 - Resultados das análises multivariadas do modelo para abandono do aleitamento materno exclusivo aos 2 e 4 meses após o parto. Viçosa, Brasil, 2011-2012 90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AP	<i>American Psychiatric Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, versão 10
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM- IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EPDS	<i>Edinburgh Post-Natal Depression Escala</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBQ	<i>Postpartum Bonding Questionnaire</i>
PMV	Policlínica Municipal de Viçosa
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SRQ-20	<i>Self-Report Questionnaire - 20</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

MARTINS, Mariana Campos, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2013. **Fatores associados ao estado emocional materno no período pós-parto e sua relação com a prática da amamentação.** Orientadora: Sylvia do Carmo Castro Franceschini. Co-orientadores: Silvia Eloiza Priore, Luciana Ferreira da Rocha Sant'Ana, Andréia Queiróz Ribeiro e Alexandre Faisal Cury.

Os objetivos do estudo foram verificar os fatores associados ao estado emocional materno no puerpério e avaliar a sua relação com a prática da amamentação, no município de Viçosa (MG). Trata-se de estudo transversal realizado com 168 puérperas provenientes do setor de imunização da Policlínica Municipal de Viçosa. Realizou-se 3 encontros, no primeiro, segundo e quarto mês após o parto. Nos dois primeiros encontros, aplicou-se as escalas *Edinburgh Post-Natal Depression Escala* (EPDS), *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ). O ponto de corte adotado para a EPDS foi ≥ 12 . Para análise dos resultados, foi realizada regressão múltipla de Poisson com ajuste robusto da variância pelo modelo *stepwise backward selection procedure*. Todas as puérperas avaliadas aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa. A prevalência de sintomas de depressão pós-parto (DPP) foi de 14,5% (n=29) e 9% (n=18) no primeiro e segundo mês após o parto, respectivamente, sendo que a incidência foi de 2,3% (n=4). No primeiro mês após o parto, associaram-se com sintomas de DPP a idade inferior a 20 anos (RP=2,42; IC=1,21-4,81), parto normal (RP=2,04; IC=1,03-4,04) e traumático (RP=2,31; IC=1,21-4,78), reação negativa do companheiro com a notícia da gestação (RP=2,51; IC=1,23-5,12) e não ter recebido apoio emocional no puerpério (RP=2,72; IC=1,30-5,72). No segundo mês, as variáveis associadas foram reação negativa da mãe com a notícia da gestação (RP=2,49; IC=1,05-5,90), percepção materna de que a criança chora mais do que os outros bebês da mesma idade (RP=3,12; IC 1,32-7,35) e apoio insuficiente do companheiro durante a gestação (RP=4,28; IC=1,84-9,94). A prevalência de abandono do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no primeiro, segundo e quarto mês após o parto foi de

53,57% (n=90), 47,62% (n=80) e 69,64% (n=117), respectivamente, e sua incidência no quarto mês em relação ao primeiro foi de 48,7%. No segundo mês após o parto, associaram-se com o abandono do AME as variáveis sintomas de DPP (RP = 1,61; IC = 1,19-2,19) e parto traumático (RP = 1,40; IC = 1,02-2,91). No quarto mês, associaram-se s menor escolaridade materna (RP = 2,15; IC = 1,36-3,38), não possuir imóvel próprio (RP = 1,23; IC = 1,02-1,48), ter voltado a trabalhar (RP = 1,33; IC = 1,09-1,63), não ter recebido orientações sobre amamentação no puerpério (RP = 1,21; IC = 1,01-1,45), reação negativa da mãe com a notícia da gestação (RP = 1,29; IC = 1,09-1,52) e ausência de ajuda do companheiro com a criança (RP = 1,33; IC = 1,04-1,70). Os resultados deste estudo mostraram que o rastreamento da DPP nas primeiras semanas de puerpério é extremamente importante para prevenir os agravos da depressão sobre a saúde materna e promover maior duração do AME, especialmente entre as mães adolescentes e que não recebem apoio do companheiro. As mulheres precisam de um ambiente de apoio que proteja e promova o aleitamento materno no lar, no ambiente de trabalho e nos serviços de saúde.

ABSTRACT

MARTINS, Mariana Campos, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2013. **Factors associated with maternal emotional state in the postpartum period and its relationship to breastfeeding.** Adviser: Sylvania do Carmo Castro Franceschini. Co-Advisers: Silvia Eloiza Priore, Luciana Ferreira da Rocha Sant'Ana, Andréia Queiróz Ribeiro and Alexandre Faisal Cury.

The aim of the study were to determine the factors associated with maternal postpartum emotional state and to evaluate its relationship with breastfeeding, in Viçosa (MG), Brazil. It is cross-sectional study of 168 postpartum women from the Viçosa Polyclinic Municipal's sector immunization. We held 3 meetings, in the first, second and fourth month after delivery. In the first two meetings, we applied scales Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS), Self-Report Questionnaire (SRQ-20) and Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). The cutoff was adopted for the EPDS ≥ 12 . For data analysis, we performed Poisson multiple regression with robust adjustment of variance model by backward stepwise selection procedure. All women included in the study assessed by signing the Informed Consent Form (ICF). The study was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Viçosa. The prevalence of symptoms of postpartum depression (PPD) was 14.5% (n = 29) in the first month after birth and 9% (n = 18) in the second. The incidence was 2, 3% (n = 4). In the first month after birth, were associated with symptoms of PPD the age younger than 20 years (PR = 2.42, CI = 1.21 to 4.81), vaginal delivery (PR = 2.04, CI = 1 0.03 to 4, 04) traumatic delivery (PR = 2.31, CI = 1.21 to 4.78), negative reaction from fellow with the news of the pregnancy (PR = 2.51, CI = 1.23 to 5 , 12) and have not received emotional support after delivery (PR = 2.72, CI = 1.30 to 5.72). In the second month, the associated variables were mother's negative reaction to the news of the pregnancy (PR = 2.49, CI = 1.05 to 5.90), maternal perception of the child cries more than other babies of the same age (PR = 3.12, CI 1.32 to 7.35) and insufficient support from the partner during pregnancy (PR = 4.28, CI = 1.84 to 9.94). The prevalence of abandonment of Exclusive

Breastfeeding (EBF) in the first, second and fourth month after delivery was 53.57% (n = 90), 47.62% (n = 80) and 69.64% (n = 117), respectively, and its incidence in the fourth month compared to the first was 48.7%. In the second month after birth, were associated with the abandonment of EBF variables PPD symptoms (PR = 1.61, CI = 1.19 to 2.19) and traumatic delivery (PR = 1.40, CI = 1.02 to 2.91). In the fourth month, the variables associated with abandonment of EBF were low maternal education (PR = 2.15, CI = 1.36 to 3.38), no own property (PR = 1.23, CI = 1.02 to 1.48), have returned to work (PR = 1.33, CI = 1.09 to 1.63), not having received guidance on breastfeeding postpartum (PR = 1.21, CI = 1.01 to 1.45), reaction negative mother with the news of the pregnancy (PR = 1.29, CI = 1.09 to 1.52) and no help from the fellow with the child (PR = 1.33, CI = 1.04 to 1.70). The results of this study showed that screening of DPP in the postpartum first weeks is extremely important to prevent the complications of depression on maternal health and promote longer duration of EBF, especially among adolescents and mothers who do not receive support from her partner. Women need a supportive environment that protects and promotes breastfeeding at home, in the workplace and in health services.

1 INTRODUÇÃO

O puerpério é uma fase que demanda cuidados especiais à mulher, marcada pela experiência de gerar, parir, cuidar e por várias alterações físicas e emocionais, exigindo grande capacidade de adaptação. É fundamental que a puérpera receba atenção e acompanhamento contínuo da família e dos profissionais de saúde (BARROS, MARIN e ABRAO, 2002), devido à intensidade das vivências emocionais. Assim, as transformações do corpo, as mudanças hormonais, a adaptação ao bebê, a amamentação, a nova vida, as noites mal dormidas, a carência afetiva, a menor atenção à mãe e menor apoio familiar e social nesse período de adaptação e de grandes exigências, tornam a mulher mais vulnerável a desenvolver transtorno mental (HIGUTI e CAPOCI, 2003).

A prevalência de Depressão Pós-Parto (DPP) no Brasil, especialmente em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), chega a quase 40%, como no estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), que apresenta 37,1% em puérperas com 12 a

16 semanas após o parto. No estudo de Ruschi et al. (2007) a prevalência é de 39,4% entre as puérperas atendidas com 31 a 180 dias após o parto.

Apesar desta prevalência e da gravidade das consequências da DPP para a puérpera e para o recém-nascido, esta alteração do humor tem sido subdiagnosticada (EVINS, THEOFRASTOUS e GALVIN, 2000), fazendo com que muitas mães não recebam tratamento adequado (WHO, 2006). O subdiagnóstico ocorre muitas vezes devido ao fato de que os sintomas depressivos podem ser despercebidos pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo-os ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados com o bebê (VIEIRA, 1996).

Destaca-se também o fato de que os profissionais de saúde podem confundir os sintomas de DPP com o período de ajustamento emocional após o parto. A falta de um vínculo dos profissionais com a puérpera também contribui para essa dificuldade (HIGUTI e CAPOCCI, 2003).

Os efeitos negativos da sintomatologia depressiva sobre a saúde materna já são bem documentados na literatura (COOPER e MURRAY, 1995). Pode ocorrer a privação do sono, apatia, uso de medicamentos (ZAUDERER, 2011), problemas na interação mãe-bebê (EDHBORG et al., 2000; 2001; 2005; DENNIS, 2005; GAYNES et al., 2005; AUSTIN, KILDEA e SULLIVAN, 2007; LIABSUETRAKUL, VITTAYANONT e PITANUPONG, 2007; POSMONTIER, 2008; MCGARRY et al., 2009; MELTZER-BRODY e LESERMAN, 2011) e percepção negativa da mãe sobre o comportamento infantil (DENNIS e MCQUEEN, 2009).

Este grupo de sintomas também traz repercussões importantes sobre a saúde da criança, e pode representar obstáculos para a manutenção do aleitamento materno, associando-se ao abandono precoce do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo (HATTON *et al.*, 2005; HENDERSON *et al.*, 2003; FALCETO, GIUGLIANI e FERNANDES, 2004; CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005; FOSTER, MCLACHLAN e LUMLEY, 2006; PIPPINS *et al.*, 2006; DENNIS e McQUEEN, 2007; 2009; HASSELMAN, WERNECK e SILVA, 2008).

Tendo em vista os inúmeros benefícios do aleitamento materno (AM) para a saúde do lactente sob o aspecto nutricional, gastrointestinal, imunológico, psicológico, do desenvolvimento e da interação mãe-bebê (WHO/UNICEF, 2003), e que os indicadores de AM no Brasil estão muito aquém das recomendações da

Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2009), é clara a importância de investigar os fatores associados aos piores resultados da amamentação (abandono precoce do AM e Aleitamento Materno Exclusivo - AME) levando-se em consideração fatores psicossociais envolvidos neste processo, de maneira a auxiliar a orientação de políticas de intervenção neste contexto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Os Transtornos Psiquiátricos do Pós-Parto

O nascimento de uma criança marca a transição entre duas fases na vida da mulher e requer grande capacidade de adaptação da mesma. O puerpério é marcado pela experiência de gerar, parir, cuidar e por várias alterações físicas e emocionais, como as transformações do corpo, as mudanças hormonais, a adaptação ao bebê, a amamentação, a nova vida e as noites mal dormidas. Todas estas mudanças também possam estar associadas à carência afetiva, à menor atenção à mãe e a um menor apoio familiar e social (ROBERTSON et al., 2004), tornando a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento de um transtorno mental (HIGUTI e CAPOCCI, 2003; NYSTROM e OHRLING, 2004) ou problemas emocionais, como depressões, psicoses e manifestações psicossomáticas (KLAUS et al., 2000; SCHWENGBER e PICCININI, 2005; FAISAL-CURY e MENEZES, 2006; CHAAYA et al., 2010).

Maldonado (1990) ressaltou o caráter conflituoso da experiência da maternidade como um fator de risco para a ocorrência de distúrbios mentais após o nascimento do bebê. Nesse sentido, concebeu que tais distúrbios podem ter origem no conflito da mulher em assumir o papel materno, o que implicaria em redimensionamento da própria identidade. Da mesma forma, Stern (1997) coloca que, com a chegada do bebê, a nova mãe percebe-se diante de reelaboração de esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspectos do seu ser. A reavaliação de sua identidade, sob essa ótica, pode ser acompanhada de sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos.

Os transtornos mentais típicos do pós-parto incluem a tristeza pós-parto (*baby blues* ou melancolia da maternidade), a psicose pós-parto e a Depressão Pós-Parto (DPP). A tristeza materna (*baby blues*) é caracterizada por curto período de emoções instáveis. É um transtorno autolimitado, de maneira geral com remissão espontânea, e que tem início entre o segundo e o quinto dia após o parto (APA, 2000). Sua incidência chega a 80 - 90% (KLAUS et al., 2000). Os sintomas mais frequentes são: choro fácil, irritabilidade, flutuações do humor, tristeza, fadiga, dificuldade de concentração, insônia e ansiedade (RODHE et al., 1996). Estudo

mostra que esse quadro é considerado reação normal no puerpério imediato e é essencial para alívio da ansiedade após o parto, apresentando-se de forma leve e com prognóstico benigno (ROCHA, 1999).

Por outro lado, a psicose pós-parto é rara, com incidência de 0,1 a 0,2%. Ela ocorre tipicamente dentro das quatro primeiras semanas após o parto (APA, 2000; KLAUS et al., 2000; GALE e HARLOW, 2003) e tende a apresentar maior incidência em primíparas (APA, 2000), sendo considerado o mais grave e dramático transtorno psiquiátrico do pós-parto (SILVA, POLANCZYK e MILLAN, 2002). Manifesta-se por meio de sintomas intensos, incluindo crises psicóticas (SILVA, POLANCZYK e MILLAN, 2002) e pensamentos obsessivos ou delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco aumentado de danos ao mesmo. O infanticídio está associado, com maior frequência, a episódios psicóticos no pós-parto, com alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê (APA, 2000). Pela gravidade, estes episódios requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização (GALE e HARLOW, 2003).

A tristeza materna pode persistir ou se intensificar, acarretando no quadro de DPP (STOWE e NEMEROFF, 1995).

2.1.1 A depressão pós-parto

Segundo a descrição conceitual utilizada pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da *American Psychiatric Association* (DSM-IV) (APA, 2000), a DPP encontra-se dentro da classificação Transtorno do Humor, caracterizado por transtorno depressivo não psicótico com início dentro de 4 semanas após o parto.

No entanto, na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), a DPP encontra-se dentro das categorias selecionadas na classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento Associados ao Puerpério (F53), com início dentro de 6 semanas após o parto. Essa categoria só pode ser usada quando for inevitável ou quando não contiver informações suficientes que se enquadram em outras categorias (CAETANO, 1992).

De acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 2000), geralmente a sintomatologia da DPP não difere da dos episódios de alteração do humor que ocorrem fora do puerpério, ou da depressão maior.

O episódio depressivo é definido pela vigência de determinados sintomas pelo período mínimo de duas semanas, sendo obrigatória a presença do humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), associado a, pelo menos, quatro dos sintomas: mudança significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio (CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005).

Como sintomas da DPP também são citados os sentimentos de inadequação familiar e social, labilidade do humor, desânimo persistente, sintomas hipocondríacos, irritabilidade além do normal, ansiedade (APA, 2000; HIGUTI e CAPOCI, 2003), diminuição da libido, diminuição do nível de funcionamento mental, presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas (ABOU-SALEH e GHUBASH, 1997), choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, além de manifestações somáticas sem causa orgânica aparente, como cefaléia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal (KLAUS et al., 2000).

A preocupação obsessiva da mãe em relação ao bebê, a resposta totalmente ansiosa ao choro do mesmo e o medo irreal de machucá-lo, também podem ser sintomas de DPP (WENDER et al., 2002).

A manifestação desse quadro inicia-se, na maioria dos casos, entre a quarta e a oitava semana após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses (KLAUS et al., 2000).

Alguns autores sugerem que, por vezes, os sintomas da DPP, podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento (MURRAY et al., 1995; KLAUS et al., 2000). Para esses autores, ainda que o quadro evidencie características específicas nas semanas que se seguem ao nascimento da criança, similaridades em relação à incidência, prevalência, características clínicas e fatores associados sugerem pouca distinção entre as depressões que acometem mães de crianças pequenas, independentemente de suas idades (BEEGHLY et al., 2002).

2.1.1.1 Prevalência

A análise da literatura da última década demonstra que a prevalência de DPP, nos países desenvolvidos, varia entre 10 e 15% (RIGHETTI-VELTEMA, BOUSQUET e MANZANO, 2003; HANNA, JARMAN e SAVAGE, 2004; CLAY e SEEHUSEN, 2004; ROBERTSON et al, 2004; BLOCH et al, 2005; HOROWITZ e GOODMAN, 2005; MUNK-OLSEN et al, 2006; MORI et al., 2011; PETROSYAN, ARMENIAN e ARZOUMANIAN, 2011; HAGA et al., 2012a), podendo chegar a cerca de 37% entre adolescentes (SCHMIDT et al., 2006) e 25% ou mais em mulheres com histórico de episódios depressivos anteriores (CLAY e SEEHUSEN, 2004).

No entanto, estudos têm demonstrado que esta prevalência pode ser superior nos países em desenvolvimento (CHAAYA et al., 2002; FAISAL-CURY et al., 2004), particularmente entre mulheres com dificuldades socioeconômicas (SARACENO, LEVAV e KOHN, 2005; LUND, BREEN e FLISHER, 2010). No estudo bibliográfico de Parsons et al. (2011), observou-se que, dentre os 28 países estudados, 22 tiveram prevalências superiores às de países desenvolvidos, sendo que a *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) foi o principal método utilizado para o rastreamento de DPP.

Halbreich e Karkun (2006), também em revisão de literatura sobre o tema, destacam que considerar a prevalência de DPP de 10 a 15% como uma média global é uma visão muito simplista e não leva em consideração a grande diversidade cultural e socioeconômica entre os países, sendo encontradas prevalências de 0 a 60% em revisão bibliográfica.

Assim, a grande heterogeneidade nas prevalências de DPP entre os países, e entre diferentes estudos no mesmo país, possivelmente ocorre pela variedade de contextos econômicos e culturais entre os grupos estudados. Além desses fatores, observam-se diferenças metodológicas importantes entre os trabalhos, especialmente nos diferentes pontos de corte adotados para o diagnóstico de sintomas de DPP e o período do puerpério em que os estudos foram realizados (PARSONS et al., 2011).

No Brasil, também observa-se discrepâncias nas prevalências de DPP entre os estudos, por motivos semelhantes aos encontrados nos países em desenvolvimento. Revisão sistemática de literatura recente referente à magnitude da DPP no Brasil (BOTTINO et al., 2012) apresenta estudos com prevalências que variam de 7,2 a 39,4%, sendo que a maior parte utilizou a EPDS como método de rastreamento da

DPP e relata prevalências entre 15 e 28%. Em trabalhos realizados em UAPS, com a aplicação da escala EPDS, encontraram prevalências de 24,3% (BOTTINO et al., 2012), no Rio de Janeiro (RJ), 37,1% (CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005), em São Paulo (SP) e 39,4% (RUSCHI et al., 2007), nos municípios de Serra e Vitória (ES).

Outros estudos relatam valores semelhantes aos de países desenvolvidos, com prevalências variando de 12 a 19%, como o de Faisal-Cury et al. (2004), em que as puérperas atendidas eram provenientes do Setor de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo (SP), que atende prioritariamente parturientes de alto risco, e a maioria possui baixo nível socioeconômico; e o de Moraes et al. (2006), em que as puérperas foram captadas nas cinco maternidades do município de Pelotas (RS).

2.1.1.2 Etiologia e fatores de risco

Variações de hormônios tireoidianos, progesterona, cortisol e estrógenos são comumente citadas como a causa etiológica mais provável da DPP (ROCHA, 1999; WENDER et al., 2002).

Achados mostram que cerca de 4% das mães apresentam alteração de humor leve associada a uma disfunção tireoidiana nos primeiros oito meses após o parto e 1% episódio depressivo maior (ROCHA, 1999). Porém, no estudo de Miller (2002), não se observa evidências diretas de que as alterações hormonais possam causar a DPP, sendo que ela é determinada principalmente pela vulnerabilidade genética, estresses psicossociais e suporte social insuficiente.

Portanto, apesar da diversidade de alterações neuroendócrinas ocorrida no período pós-parto, há poucas evidências de que a presença da DPP esteja associada apenas a mecanismos biológicos, como a diminuição nos níveis hormonais (CARNES, 1983).

Neste sentido, os fatores de risco estão centrados principalmente dentro de um contexto multifatorial, que envolve fatores biológicos, obstétricos, psicológicos, sociais, questões de hereditariedade, relacionamentos, estresses, apoio social e outros (HIGUTI e CAPOCI, 2003; WHO/UNFPA, 2009).

Os fatores sociodemográficos mais comumente associados com DPP são a menor escolaridade e renda (SILVA e BOTTI, 2005; MORAES et al., 2006; SCHARDOSIM e HELDT, 2011; BOTTINO et al., 2012), além da idade, pois mães com menos de 25 anos possuem maiores chances de desenvolver a DPP (MORI et al., 2011). Entre os fatores psicossociais, destacam-se o baixo suporte social, em geral do pai da criança (LEE et al., 2000; BECK, 2002; CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005; MORAES et al., 2006; SILVA e BOTTI, 2006; MORI et al., 2011; SCHARDOSIM e HELDT, 2011), uso de contraceptivo (KIRPINAR, GÖZÜM e PASINLIOGLU, 2009), relacionamento conjugal insatisfatório (KIRPINAR, GÖZÜM e PASINLIOGLU, 2009; BOTTINO et al., 2012), mau relacionamento com a mãe, falta de um confidente (HIGUTI e CAPOCI, 2003) e situação social de solidão (MAZET e STOLERU, 1990).

Também são importantes os fatores como a história de doença psiquiátrica (PAOLINI, OIBERMAN e BALZANO, 2012), a tristeza pós-parto (LEE et al., 2000; BECK, 2001), a depressão pré-natal (LEE et al., 2000), a baixa autoestima, a ansiedade pré-natal, a gravidez não planejada (EBERHARD-GRAN et al., 2002; SCHARDOSIM e HELDT, 2011), eventos de vida estressores no último ano (PAOLINI, OIBERMAN e BALZANO, 2012), a tentativa de interromper a gravidez, o transtorno disfórico pré-menstrual e os sentimentos negativos em relação à criança (WEBSTER et al., 2000), a vivência de acontecimentos estressantes, história de distúrbio do humor na família, ansiedade, história familiar de DPP, gravidez na adolescência, mães solteiras, dificuldade profissional, amamentação, número de filhos, paridade, dificuldades obstétricas, tipo de parto (HIGUTI e CAPOCI, 2003), morte de familiares, decepções na vida pessoal ou profissional e retomada de atividade profissional (MURRAY et al., 1995)

Ademais, podem ser elencados os fatores relacionados ao bebê, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer (MORAES et al., 2006; SILVA e BOTTI, 2006).

Esta diversidade de fatores de risco relacionados à DPP tem gerado ausência de unanimidade entre os autores na descrição de cada um deles. Wender et al. (2002), por exemplo, encontraram que os fatores como a amamentação e as variáveis obstétricas (tipo de parto, idade da gestação, peso do recém-nascido) não se associaram com DPP. Por sua vez, Rocha (1999) não encontrou associação entre

DPP e idade da mãe, estado civil, escolaridade, número de filhos, paridade, emprego durante a gravidez e história familiar.

É importante destacar que dentre os fatores psicossociais, biológicos e sociais, os estudos tendem a abordar com mais ênfase as questões psicossociais, devido às emoções vivenciadas na maternidade (HIGUTI e CAPOCI, 2003).

2.1.1.3 Diagnóstico

Os sintomas iniciais da DPP são muito parecidos às reações da puérpera no período de ajustamento emocional pós-parto (*baby blues*), podendo levar a não detecção pela equipe de enfermagem ou pelo obstetra num primeiro momento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), menos de 25% das puérperas acometidas por DPP têm acesso ao tratamento (WHO, 2006), e somente 50% dos casos são diagnosticados na clínica diária (EVINS, THEOFRASTOUS e GALVIN, 2000).

Com o intuito de facilitar o diagnóstico e a detecção da DPP, Cox, Holden e Sagovsky (1987) construíram e validaram, na Grã-Bretanha, um instrumento denominado *Edinburgh Post-Natal Depression Escala* (EPDS), que foi traduzido para 24 idiomas, inclusive o português. O ponto de corte de 12 ou 13 é geralmente usado para "depressão provável" e como marcador para a depressão maior, enquanto o ponto de corte de 9 ou 10 é usado para depressão 'possível' ou menor (COX et al., 1996; GIBSON et al., 2009).

A revisão sistemática de Gibson et al. (2009), após a análise de valores preditivos positivos de diversos estudos, encontrou que a aplicação da EPDS com ponto de corte de 12/13 foi capaz de detectar a depressão maior e houve associação entre depressão maior e menor.

O instrumento foi validado no Brasil por Santos (1995), onde recebeu a denominação Escala de Autoavaliação de Depressão Pós-Parto e apresentou 72% de sensibilidade, 88% de especificidade, 78% de valor preditivo positivo e 83% de acurácia, com a utilização do ponto de corte 11/12 (SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999)

Posteriormente, o instrumento foi novamente validado em uma coorte de nascimentos no Rio Grande do Sul por Santos et al. (2007), em que o ponto de corte

9/10 foi considerado o melhor para *screening* de DPP, com sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4%. Para o rastreamento de casos moderados e graves, foi considerado o ponto de corte de 10/11, com 83,8% de sensibilidade e 74,7% de especificidade.

A EPDS apresenta grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica (BUIST et al., 2006), podendo ser aplicada por diversos profissionais de saúde da Atenção Primária (DENNIS, 2004). Mesmo não podendo ser utilizada como critério diagnóstico, o que seria possível somente através de consulta psiquiátrica, é a metodologia mais frequentemente utilizada para identificar mulheres em risco de DPP, correlacionando-se bem com outras medidas de depressão bem estabelecidas (HAGA et al., 2012a).

2.1.1.4 Repercussões

Em face de sua alta prevalência e custos sociais, nos dias atuais, a DPP é importante problema para a saúde pública, trazendo repercussões negativas não só para a saúde e bem estar da mulher, mas também para o desenvolvimento de seu filho, pois está associada a resultados cognitivos e socioemocionais adversos em crianças (MURRAY et al., 2003; PARSONS et al., 2011).

Estudos mostram que filhos de mães depressivas têm maior chance de apresentar transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, episódios depressivos e baixo desempenho em testes de desenvolvimento aos 12 meses (TRONICK e WEINBERG, 2000; SCHIMIDT, PICCOLOTO e MÜLLER, 2005). Estas crianças podem apresentar também maiores dificuldades alimentares (RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002; RIGHETTI-VELTEMA, BOUSQUET e MANZANO, 2003), desnutrição (ANOOP et al., 2004) e maiores chances de terem a amamentação interrompida (TAJ e SIKANDER, 2003).

Outra consequência importante da DPP é o enfraquecimento do vínculo entre a mãe e seu bebê, relação interpessoal mais afetada pelos sintomas de DPP (SCHIMIDT, PICCOLOTO e MÜLLER, 2005; KLAUS et al., 2000). Mães deprimidas comumente relatam mais dificuldades em exercer a maternidade (LOVEJOY et al., 2000), definindo-se como menos competentes, menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente

(MILGRON e MCCLOUD, 1996), e tendem a descrever seus bebês como crianças com temperamento difícil (MULSOW et al., 2002).

2.1.2 Transtornos no vínculo entre mãe e bebê

Brockington (2004) inclui os distúrbios da relação mãe-bebê no conceito de desordens psiquiátricas do pós-parto. Segundo o autor, o desenvolvimento da relação entre a mãe e a criança é o processo psicológico mais importante após o parto. É uma relação que pode ser definida como única entre duas pessoas e que perdura através do tempo, e distúrbios neste vínculo podem resultar em consequências a longo prazo para o bebê.

Vários termos têm sido utilizados para esta relação. Klaus et al. (2000) apresenta o termo “*Bonding*” ao se referir aos laços entre os pais e a criança. Mas, assim como “apego”, não descreve a sua principal característica, que é a resposta emocional da mãe à criança, aversão, raiva ou ódio patológico. A expressão “interação mãe-bebê” reflete esta resposta e tem a vantagem de poder ser mensurada (BROCKINGTON, 2004).

Estudo em amostra obstétrica revelou que a maioria das mães experimenta uma onda de carinho com o novo bebê, logo após o nascimento, seguido por uma sensação de que o bebê pertença exclusivamente a elas (KLAUS et al., 2000).

No entanto, 15 a 40% das primíparas podem apresentar certo atraso no início do sentimento afetivo em relação ao filho, muitas vezes devido a fatores psiquiátricos. O extremo da rejeição à criança é quando a mãe tenta persuadir um membro da família a assumir os cuidados com o bebê de forma permanente, ou deseja que o mesmo seja adotado, como uma tentativa de fuga da realidade em que se encontra. A mais pungente manifestação desta rejeição é o desejo de que o bebê desapareça – seja roubado ou ocorra a morte subita do berço (BROCKINGTON, 2004).

Nestes casos, ela é acompanhada por raiva patológica, com xingamentos ou gritos com a criança, acompanhada por impulsos como atacar, agitar, ou sufocar a criança. Estes distúrbios são mais comuns e graves em seus efeitos do que a psicose puerperal e trazem grande risco de abuso e negligência com a criança, longo período de distanciamento na relação entre mãe e criança e distúrbios psiquiátricos e de

aprendizado na criança. Mas, com tratamento adequado, eles podem se resolver completamente (BROCKINGTON, 2004).

Segundo Righetti-Veltema et al. (2002), o estado afetivo das mães é de extrema importância para a interação mãe-bebê. Pesquisas sobre DPP têm demonstrado os efeitos negativos sobre esta relação (EDHBORG et al., 2000; 2001; 2005; DENNIS, 2005; GAYNES et al., 2005; AUSTIN, KILDEA e SULLIVAN, 2007; LIABSUETRAKUL, VITTAYANONT e PITANUPONG, 2007; POSMONTIER, 2008; MCGARRY et al., 2009; MELTZER-BRODY e LESERMAN, 2011), e sobre o desenvolvimento cognitivo e o comportamento dos bebês (GRACE, EVINDAR e STEWART, 2003). Segundo Brockington (2004), alterações do vínculo mãe-bebê estão presentes em 29% de puérperas diagnosticadas com DPP.

Entretanto, Brockington (2004) destaca que apontar a DPP como fator de risco para problemas na interação mãe-bebê é insuficiente para abranger esta profunda desordem emocional, que pode ocorrer sem depressão, como encontrado no estudo de Righetti-Veltema et al. (2002). Segundo o autor, o conceito de desordem na interação mãe-bebê é controverso. Ele não é reconhecido na CID-10, nem no DSM-IV, sendo que um dos desafios é encontrar uma forma para classificar esta doença, de modo que ela possa ser reconhecida por profissionais e que as mulheres acometidas sejam encaminhadas para o tratamento especializado. Este processo envolve uma inovação difícil, porque "ódio" não se encaixa adequadamente ao conceito de doença ou enfermidade. "Se o ódio de um rival ou de inimigos políticos não é uma doença, por que o ódio e rejeição de uma mãe em relação ao seu filho o seria?" (BROCKINGTON, 2004).

Tendo em vista os danos de um fraco vínculo mãe e bebê, estudos têm surgido para desenvolver instrumentos capazes de facilitar a sua detecção precoce na prática dos profissionais de saúde (KUMAR e HIPWELL 1996; CONDON e CORKINDALE 1998; NAGATA et al. 2000; BROCKINGTON et al. 2001; TAYLOR et al. 2005).

Estes instrumentos tendem a ser fáceis e de rápido preenchimento e podem ser aplicados pelos profissionais de saúde praticantes da obstetria, pediatria ou da Atenção Primária à Saúde (APS), e foram desenvolvidos a partir de informações

oriundas de pesquisas qualitativas envolvendo entrevistas, observações de internações de enfermagem, e observações domiciliares (SIU et al., 2010).

O *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) (BROCKINGTON et al., 2001) está entre os três mais recentes e citados questionários autoperenchidos, sendo validado em Hong Kong (SIU et al., 2010), na Alemanha (RECK et al., 2006) e Reino Unido (BROCKINGTON, FRASER e WILSON, 2006). Este instrumento consiste de 25 itens pontuados numa escala de 0 a 5. Os escores positivos, assim como os negativos pontuados são somados para cálculo do escore total. Quanto maior a soma dos 25 itens, pior o relacionamento da díade mãe-bebê. As questões são agrupadas em 4 subescalas: apego inadequado, raiva e rejeição, ansiedade em relação aos cuidados e risco de abuso.

Os autores propuseram pontos de corte maior ou igual a 12, 17, 10 e 3, para as subescalas 1, 2, 3 e 4, respectivamente. A especificidade para “mães sem problemas de apego” varia entre 85 e 100% para as 4 escalas. A subescala 1 apresenta sensibilidade de 82% para os distúrbios da relação mãe-bebê; a subescala 2, 88% para a rejeição da criança; e a subescala 4, 67% para a risco de abuso, ou raiva intensa (BROCKINGTON et al., 2001).

Para a elaboração do PBQ, os autores do questionário entrevistaram 125 puerperas por meio da utilização da *Birmingham Interview for Maternal Mental Health* (BROCKINGTON et al., 2006), explorando diversos tópicos da gravidez, parto e puerpério, sendo que um deles era a interação mãe-bebê. As respostas às várias questões foram gravadas e posteriormente codificadas pelos autores.

A classificação clínica/psiquiátrica das mães serviu de base para a elaboração dos escores e pontos de corte do questionário.

2.2. Aleitamento materno

2.2.1. A importância da amamentação

Segundo a OMS (2003), a desnutrição está associada a 60% das 10,9 milhões de mortes anuais de crianças menores de 5 anos. No primeiro ano de vida, dois terços dessas mortes estão associadas a práticas alimentares inadequadas, principalmente aquelas resultantes do desmame precoce.

O AM ajuda a reduzir a incidência de asma e alergias, promove o crescimento e desenvolvimento emocional e cognitivo (LEÓN-CAVA et al., 2002), protege contra incidência e gravidade das diarreias, pneumonias, otite média e diversas infecções neonatais (IP et al., 2009). Ademais, estudos sugerem que, ao atingir a idade adulta, as crianças amamentadas tendem a apresentar menores taxas de pressão arterial e colesterol e menor prevalência de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 (KVAAVIK, TELL e KLEPP, 2005; MARTIN, GUNNELL e SMITH, 2005; OWEN et al., 2006; IP et al., 2009).

O AM também contribui para a saúde da mulher, protegendo contra o câncer de mama e de ovário (IP et al., 2009) e podendo ampliar o espaçamento entre os partos (WHO, 2003). A eficácia da lactação como anticoncepcional é de 98% nos primeiros 6 meses após o parto, desde que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a mãe se mantenha amenorréica. Outra vantagem para a saúde da mulher que amamenta é a involução uterina mais rápida, com conseqüente diminuição do sangramento pós-parto e de anemia (UNICEF, 1987).

No Brasil, os estudos mostram taxas de AME variando entre 28 e 35% nos primeiros quatro meses de vida do lactente (KITOKO et al., 2000; FALCETO, GIUGLIANI e FERNANDES, 2004; SILVA et al., 2007). A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009) encontrou mediana de duração da amamentação de 341,6 dias (11,2 meses) e de amamentação exclusiva de 54,1 dias (1,8 meses). Constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses, que passou de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008.

Apesar deste aumento das taxas de amamentação no Brasil observado nas últimas décadas, desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, no início da década de 80, assim como na maioria dos países, a tendência ao desmame precoce continua, e o número de crianças amamentadas segundo as recomendações da OMS ainda é pequeno (BRASIL, 2009).

2.2.2. Padrões de aleitamento materno

É fundamental que haja uniformização com relação às definições dos diversos padrões de aleitamento materno. A OMS (2008) estabeleceu indicadores bem definidos de aleitamento materno, que têm sido utilizados no mundo inteiro. As categorias de aleitamento materno internacionalmente reconhecidas são:

– *Aleitamento materno exclusivo*: a criança recebe somente leite humano de sua mãe ou ama de leite, ou leite humano ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos;

– *Aleitamento materno predominante*: a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, e fluidos rituais (em quantidades limitadas).

– *Aleitamento materno*: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado);

– *Aleitamento materno complementado*: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos.

2.2.3. A sintomatologia depressiva e o aleitamento materno

A literatura sobre os determinantes das práticas de alimentação no primeiro ano de vida (incluindo a amamentação e sua duração) tem enfatizado os fatores psicossociais envolvidos neste processo, particularmente a possível associação entre DPP e interrupção precoce do aleitamento materno. Estudos mostram que os sintomas de depressão materna afetam de forma negativa o tipo e a duração da amamentação (PAPINCZAK e TURNER, 2000; CHAUDRON et al., 2001; DENNIS, 2003; DAI e DENNIS, 2003; HENDERSON et al., 2003; TAVERAS et al., 2003; FALCETO, GIUGLIANI e FERNANDES, 2004; CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005; HATTON et al., 2005; FOSTER, MCLACHLAN e LUMLEY, 2006; PIPPINS et al., 2006; DENNIS E MCQUEEN, 2007; 2009; HASSELMAN, WERNECK e SILVA, 2008).

Quando uma nova mãe vivencia depressão e ansiedade, há muitos obstáculos para a manutenção do aleitamento materno, como medicação, privação do sono,

apatia e humor depressivo (ZAUDERER, 2011). Dennis e McQueen (2009) descrevem os bebês de mães depressivas como crianças particularmente vulneráveis devido a problemas na interação mãe-bebê e à percepção negativa da mãe do comportamento infantil. As mães deprimidas são mais propensas a manifestar comportamentos que têm um impacto negativo sobre seus filhos, tais como o afastamento e descomprometimento com os cuidados com a criança e a não interação com a mesma (DENNIS e MCQUEEN, 2009).

Mães deprimidas também são menos sensíveis às necessidades de seus filhos, o que pode acarretar em resultados cognitivos, comportamentais e emocionais adversos, bem como no surgimento de alterações no desenvolvimento a longo prazo (MURRAY et al., 2003).

No entanto, a literatura sobre o tema ainda é conflitante. De acordo com Gröer (2005), mães que amamentam são menos depressivas e possuem menos experiências de raiva, e relatam eventos de vida mais positivos do que as que oferecem fórmulas alimentares. Outros estudos mostram que os sintomas de depressão não são preditores da intenção de amamentar (LEE et al., 2005; BOYD, ZAYAS e MCKEE, 2006; VITOLO et al., 2007).

Outros autores apontam que dificuldades ou experiências negativas relacionadas ao AM podem aumentar as chances de sintomas de DPP (HATTON et al., 2005; HUNG et al., 2011; WATKINS et al., 2011; HAGA et al., 2012b). Mas, outros estudos não encontraram associação entre estas variáveis (CARTER-SPAULDING e HOROWITZ, 2007; GRESS-SMITH et al., 2012; FALCETO, GIUGLIANI e FERNANDES, 2004).

O estudo bibliográfico de Ip et al. (2009) observou que a interrupção precoce do AM ou não início da amamentação estão associados com maior risco de DPP. No entanto, os próprios autores mencionam limitações metodológicas dos estudos avaliados, como não terem identificado a DPP no início da pesquisa, antes o início da amamentação, e terem fornecido dados detalhados sobre o AM.

Estas limitações também foram apontadas em revisão sistemática de literatura sobre o tema (DENNIS e MCQUEEN, 2009), que indica forte associação entre sintomas depressivos maternos e piores resultados das práticas alimentares infantis. O estudo de Dennis e McQueen (2007) foi realizado com rigor em sua metodologia para esclarecer esta questão. A sintomatologia depressiva foi avaliada em puérperas

pela escala EPDS na primeira, quarta e oitava semana após o parto, com ponto de corte >12 . Não foi encontrada associação entre o método de alimentação infantil na primeira semana após o parto com sintomas depressivos 4 e 8 semanas após o parto. No entanto, mulheres com EPDS >12 na primeira semana após o parto foram mais propensas a abandonar o aleitamento materno na oitava semana, indicando que a sintomatologia depressiva é fator de risco para a interrupção da amamentação, e não o inverso.

Dessa forma, são extremamente necessárias diretrizes para que os profissionais de saúde incentivem e apoiem as mães deprimidas que desejam amamentar, visto os diversos benefícios do aleitamento materno para a saúde física e mental da mãe e do bebê (ZAUDERER, 2011).

Os profissionais bem capacitados neste sentido podem utilizar de técnicas que auxiliam a nutriz depressiva a gerenciar a experiência da maternidade, o cuidado consigo e com a criança, ter sono adequado e continuar a amamentar (ZAUDERER, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-SALEH, M.T.; GHUBASH, R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. **Acta Psychiatr Scand.** v. 95, n. 5, p. 428-342, 1997. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09657.x/abstract>>. Acesso em: 12 abr 2012.

ANOOP, S.; SARAVANAN, B.; JOSEPH, A.; CHERIAN, A.; JACOBS, K. S. Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: A community based case-control study from South India. **Arch Dis Child**, v. 89, n. 4, p. 325-329, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1719856/pdf/v089p00325.pdf>>. Acesso em: 12 mai 2012.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical of mental manual disorders.** DSM-IV. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

AUSTIN, M.P.; KILDEA, S.; SULLIVAN, E. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. **Med J Aust**, v. 186, n. 7, p. 364–367, 2007. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2007/186/7/maternal-mortality-and-psychiatric-morbidity-perinatal-period-challenges-and>>. Acesso em: 24 abr 2012.

BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; ABRAO, A.C.F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.** São Paulo: ROCA; 2002.

BECK, C. T. Predictors of postpartum depression: An update. **Nurse Research**, v. 50, n. 5, p. 275-285, 2001. Disponível em: <http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2001/09000/Predictors_of_Postpartum_Depression__An_Update.4.aspx>. Acesso em: 13 jun 2012.

BECK, C. T. Revision of the postpartum depression predictors inventory. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 31, n. 4, p. 394-402, 2002. Disponível em: <http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2001/09000/Predictors_of_Postpartum_Depression__An_Update.4.aspx>. Acesso em: 11 dez 2011.

BEEGHLY, M.; WEINBERG, M. K.; OLSON, K. L.; KERNAN, H.; RILEY, J.; TRONICK, E. Z. Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. **J Affect Disord**, v. 71, n. 1-3, p. 169-180, 2002. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&UID=2002-18371-019>>. Acesso em: 24 jan 2012.

BLOCH, M.; ROTENBERG, N.; KOREN, D.; KLEIN, E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. **J Affect Disord**, v. 88, n. 1, p. 9-18, 2005. Disponível em: <http://library.tasmc.org.il/Staff_Publications/publications%202005/bloch.pdf>. Acesso em: 24 jan 2012.

BOTTINO, M. N.; NADANOVSKY, P.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E.; LOBATO, G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. **J Affect Disord**, v. 142, n. 1, p. 219-224, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.030>>. Acesso em: 16 ago 2012.

BOYD, R.C; ZAYAS, L.H; MCKEE, M.D. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. **Matern Child Health J**. v. 10, n. 2, p. 139-48, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16397831>>. Acesso em: 22 dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Editora do Ministério da Saúde, Serie C. Projetos, Programas e Relatórios, 108p., Brasília, 2009.

BROCKINGTON, [I.F](#); OATES, J.; GEORGE, [S](#); TURNER, [D](#); VOSTANIS, [P](#); SULLIVAN, [M](#); LOH, [C](#); MURDOCH, [C](#). A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. **Arch Womens Ment Health**. v. 3, n. 4, p. 133-140, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414682/>>. Acesso em: 14 nov 2012.

BROCKINGTON, I. Postpartum psychiatric disorders. **Lancet**, v. 363, p. 303–310, 2004. Disponível em: <<http://sundpsykologerna.se/files/Brockington-2004-postpartum-psychiatric-disorders-Lancet.pdf>>. Acesso em: 12 nov 2012.

BROCKINGTON, I.F; CHANDRA, P; GEORGE, S; HOFBERG, K; LANCZIK, M.H; LOH, C.C; NIEMELA, P; RONDO'N, M; SHI, S.X; WAINSCOTT, G. **The Birmingham Interview for Maternal Mental Health**. Birmingham, United Kingdom: WHO, 2006.

BROCKINGTON, [I.F](#); FRASER, C.; WILSON, D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. **Arch Womens Ment Health**, v. 9, n. 5, p. 233-242, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16673041>>. Acesso em: 13 out 2012.

BUIST, A.; CONDON, J.; BROOKS, J.; SPEELMAN, C.; MILGROM, J.; HAYES, B. et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. **J Affect Disord**. v. 93, n. 1-3, p. 233-237, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16647761>>. Acesso em: 14 jan 2012.

CAETANO, D. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARNES, J. W. Psychosocial disturbances during and after pregnancy: Helping the patient cope with prenatal stress and postpartum blues. **Postgraduate Medicine**, v. 73, n. 1, p. 135-145, 1983. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6848985>>. Acesso em: 25 nov 2012.

CARTER-SPAULDING, M.C; HOROWITZ, J.A. How does postpartum depression affect breastfeeding. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, v. 32, n. 1, p. 10-17, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17308452>>. Acesso em: 15 jan 2013.

CHAAYA, M; CAMPBELL, O. M; EL KAK, F; SHAAR, D; HARB, H; KADDOUR, A. Postpartum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. **Arch Womens Ment Health**, v. 5, n. 2, p. 65–72, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1457112/>>. Acesso em: 14 jan 2012.

CHAAYA, M; OSMAN, H; NAASSAN, G; MAHFOUD, Z. Validation of the Arabic version of the Cohen perceived stress scale (PSS-10) among pregnant and postpartum women. **BMC Psychiatry**, v. 10, p. 111, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21159169>>. Acesso em: 14 jan 2012.

CHAUDRON, L.H; KLEIN, M.H; REMINGTON, P; PALTA, M; ALLEN, C; ESSEX, M.J. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v. 22, n. 2, p. 103-112, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11446151>>. Acesso em: 16 mar 2012.

CLAY, E. C.; SEEHUSEN, D. A. A review of postpartum depression for the Primary Care Physician. **South Med J**, v. 97, n. 2, p. 157-161, 2004. Disponível em: <http://journals.lww.com/smajournalonline/Abstract/2004/02000/A_Review_of_Postpartum_Depression_for_the_Primary.12.aspx>. Acesso em: 23 abr 2012.

CONDON, JOHN T.; CORKINDALE, CAROLYN J. The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. v. 16, n. 1, p. 57-76, 1998. Disponível em: < <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646839808404558>>. Acesso em: 02 fev 2012.

COOPER, P; MURRAY, L. Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. **Br J Psychiatry**, v. 166, n. 2, p. 191–195, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7728362>>. Acesso em: 05 mar 2012.

COX, J.L; HOLDEN, J.M; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>>. Acesso em: 26 mai 2012.

COX, J.L; CHAPMAN, G; MURRAY, D; JONES, P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. **J Affect Disord**, v. 39, n. 3, p. 185-189, 1996. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8856422>. Acesso em: 26 mai 2012.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 4, p. 181-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000400004>. Acesso em: 26 jun 2012.

DAI, X.; DENNIS, C.L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **J Midwifery Womens Health**, v. 48, n. 5, p. 350-356, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14526349>>. Acesso em: 15 fev 2013.

DENNIS, C.L. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 32, n. 6, p. 734–744, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649593>>. Acesso em: 23 mar 2012.

DENNIS, C. L. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? **J Affect Disord**, v. 78, n. 2, p. 163-169, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14706728>>. Acesso em: 16 jul 2012.

DENNIS, C.L. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. **Br J Psychiatry**, v. 331, p. 15–18, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC558531/>>. Acesso em: 12 dez 2012.

DENNIS, C.L; MCQUEEN, K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? **Acta Paediatr**. v. 96, n. 4, p.590-594, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17391475>>. Acesso em: 18 abr 2012.

DENNIS, C.L; MCQUEEN, K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. **Pediatrics**. v. 123, n. 4, e736-51, 2009. <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336362>. Acesso em: 19 ago 2012.

EBERHARD-GRAN, M.; ESKILD, A.; TAMBS, K.; SAMUELSEN, S.O.; OPJORDSMOEN, S. Depression in postpartum and nonpostpartum women: prevalence and risk factors. **Acta Psychiatr Scand**, v. 106, n. 6, p. 426-33, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12392485>>. Acesso em: 29 set 2012.

EDHBORG, M; SEIMYR, L; LUNDH, W; WIDSTROM, A.M. Fussy child – difficult parenthood? Comparisons between families with a “depressed” mother and non-depressed mother 2 months postpartum. **J Reprod Infant Psychol**, v. 18, n.3, p. 225–238, 2000. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713683036?journalCode=cjri20#.UZVw47UhiRY>>. Acesso em 28 set 2011.

EDHBORG, M; LUNDH, W; SEIMYR, L; WIDSTROM, A-M. The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: A preliminary study. **J Reprod Infant Psychol**, v. 19, n. 1, p. 61-71, 2001. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830123255#.UZVxRLUhiRY>>. Acesso em: 14 fev 2013.

EDHBORG, M; MATTHIESEN, A.S; LUNDH, W; WIDSTROM, A.M. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum – a study of new mothers and fathers. **Arch Women Ment Health**, v. 8, n. 4, p. 221-231, 2005. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16172838>. Acesso em: 01 ago 2012.

EVINS, G.; THEOFRASTOUS, J.P.; GALVIN, S.L. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. **Am J Obstet Gynecol**, v. 182, n. 5, p. 1080-1082, 2000. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10819833>. Acesso em: 01 ago 2012.

FAISAL-CURY, A.; TEDESCO, J.J.; KAHHALE, S.; MENEZES, P.R.; ZUGAIB, M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. **Arch Women Ment Health**, v. 7, n. 2, p. 123-31, 2004. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-003-0038-0?LI=true>>. Acesso em: 25 nov 2012.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 3, p. 171-178, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n3/30843.pdf>>. Acesso em: 12 ago 2011.

FALCETO, O.G; GIUGLIANI, E.R; FERNANDES, C.L. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. **J Am Board Fam Pract**, v. 17, n. 3, p. 173-83, 2004. Disponível em: <<http://www.jabfm.com/content/17/3/173.full>>. Acesso em: 03 nov 2012.

FOSTER, D.A., MCLACHLAN, H.L., LUMLEY, J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. **Int Breastfeed J**, v. 18, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635041/>>. Acesso em: 03 nov 2012.

GALE, S.; HARLOW, B. L. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v. 24, n. 4, p. 257-266, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702886>>. Acesso em: 03 nov 2012.

GAYNES, B.N; GAVIN, N; MELTZER-BRODY, S; LOHR, K.N; SWINSON, T; GARTLEHNER, G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. **Evid Rep Technol Assess (Summ)**, v. 199, p. 1-8, 2005. Disponível em : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/>>. Acesso em: 22 fev 2012.

GIBSON, J; MCKENZIE-MCHARG, K; SHAKESPEARE, J; PRICE, J; GRAY, R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. **Acta Psychiatr Scand**, v. 119, n. 5, p. 350-364, 2009. Disponível em : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298573>>. Acesso em: 22 fev 2012.

GRACE, S.L; EVINDAR, A; STEWART, D.E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. **Arch Women Men Health**, v. 6, n. 4, p. 263–274, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14628179>>. Acesso em: 25 fev 2012.

GRESS-SMITH, J. L.; LUECKEN, L. J.; LEMERY-CHALFANT, K.; HOWE, R. Postpartum Depression Prevalence and Impact on Infant Health, Weight, and Sleep in Low-Income and Ethnic Minority Women and Infants. **Matern Child Health J**, v. 16, n. 4, p. 887-893, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21559774>>. Acesso em: 15 abr 2012.

GRÖER, M.W. Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. **Biol Res Nurs**. v. 7, n. 2, p.106-117, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16267372>>. Acesso em: 15 abr 2012.

HAGA, S. M.; ULLEBERG, P.; SLINNING, K.; KRAFT, P.; STEEN, T. B.; STAFF, A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. **Arch Women Ment Health**. v. 15, n. 3, p. 175–184, 2012a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22451329>>. Acesso em: 17 ago 2012.

HAGA, S. M.; LYNNE, A.; SLINNING, K.; KRAFT, P. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. **Scand J Caring Sci**, v. 26, n.3, p. 458–466, 2012b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22122558>>. Acesso em: 17 ago 2012.

HALBREICH, U.; KARKUN, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. **J Affect Disord**, v. 91, n. 2–3, p. 97–111, 2006. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/16466664/reload=0;jsessionid=s2vNTICKVn2x9ZaCyrWV.10>>. Acesso em: 24 nov 2012.

HANNA, B.; JARMAN, H.; SAVAGE, S. The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. **Int J Nurs Pract**, v. 10, n. 2, p. 72-79, abr 2004. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056345>>. Acesso em: 12 jun 2011.

HASSELMANN, M.H; WERNECK, G. L; SILVA, C.VC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2 : S341-S352, 2008. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 abr 2012.

HATTON, D. C.; HARRISON-HOHNEN, J. M. S. N.; COSTE, S.; DORATO, V. R. N.; CURET, L. B.; MCCARRON, D. A. Symptoms of Postpartum Depression and Breastfeeding. **J Hum Lact**, v. 21, n. 4, p. 444-449, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280561>>. Acesso em: 12 set 2012.

HENDERSON, J.J; EVANS, S.F; STRATON, J.A; PRIEST, S.R; HAGAN, R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. **Birth**. v. 30, n. 3, p. 175-180, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911800>>. Acesso em: 12 set 2012.

HIGUTI, P.C.P.; CAPOCCI, P.O. Depressão pós-parto. **Rev Enferm UNISA**, v. 4, p. 46-50, 2003. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-11.pdf>>. Acesso em: 12 set 2012.

HOROWITZ, J.A; GOODMAN, J.H. Identifying and treating postpartum depression. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 34, n. 2, p. 264-273, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15781605>>. Acesso em: 12 set 2012.

HUNG, C; LIN, C; STOCKER, J.; YU, C. Predictors of postpartum stress. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 5-6, p. 666-674, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320195>>. Acesso em: 17 nov 2012.

IP, S; CHUNG, M; RAMAN, G; TRIKALINOS, T.A; LAU, J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. **Breastfeed Med**, v. 4, suppl 1, p. S17-30, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19827919>>. Acesso em: 17 nov 2012.

JACOBSON, D; MELVIN, N. A comparison of temperament and maternal bother in infants with and without colic. **J Pediatr Nurs**. v. 10, n. 3, p.181-188, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7629705>>. Acesso em: 17 nov 2012.

KIRPINAR, I.; GÖZÜM, S.; PASINLIOGLU, T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. **J Clin Nurs**, v. 19, n. 3-4, p. 422-431, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500282>>. Acesso em: 17 nov 2012.

KITOKO, P.M; RÉA, M.F; VENANCIO, S.I; VASCONCELOS, A.C.C.P; SANTOS, E.K.A, MONTEIRO, C.A. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad Saúde Pública**. v. 16, n. 4, p. 1111-1119, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000400029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2>. Disponível em: 14 set 2012.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KUMAR, R.; HIPWELL, A E . Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. **Br J Psychiatry**, v. 169, p. 18-26, 1996. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/169/1/18.short>>. Acesso em: 03 jun 2012.

KVAAVIK, E; TELL, G.S; KLEPP, K.I. Surveys of Norwegian youth indicated that breastfeeding reduced subsequent risk of obesity. **J Clin Epidemiol**. v. 58, n. 8, p. 849-855, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16086483>>. Acesso em: 20 jul 2012.

LEE, D.T.S.; YIP, A.S.K.; LEUNG, T.Y.S.; CHUNG, T.K.H. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. **Hong Kong Med J**, v. 6, n. 4, p. 349-354, 2000. Acesso em: 20 jul 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177155>>. Acesso em: 16 ago 2012.

LEE, H.J; RUBIO, M.R; ELO, I.T; MCCOLLUM, K.F; CHUNG, E.K; CULHANE, J.F. Factors associated with intention to breastfeed among low-income, inner-city pregnant women. **Matern Child Health J**. v. 9, n. 3, p. 253-261,2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16283532>>. Acesso em: 16 ago 2012.

LEÓN-CAVA, N; LUTTER, C; ROSS, J; MARTIN, L. **Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence**. Washington DC: Pan American Health Organization; 2002.

LIABSUETRAKUL, T., VITTAYANONT, A., PITANUPONG, J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. **J Obstet Gynaecol**, v. 33, n.3, p. 333–340, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0756.2007.00532.x/full>>. Acesso em: 31 jan 2012.

LOVEJOY, M. C.; GRACZYK, P. A.; O'HARE, E.; NEUMAN, G. Maternal behavior and parenting behavior: a meta-analytic review. **Clin Psychol Rev**, v. 20, n. 5, p. 561-592, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10860167>>. Acesso em: 25 ago 2012.

LUND, C; BREEN, A; FLISHER, A.J et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. **Soc Sci Med**, v. 71, n. 3, p. 517-528, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20621748>>. Acesso em: 25 ago 2012.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. Petrópolis: editora Vozes, 1990.

MARTIN, R.M; GUNNELL, D; SMITH, G.D. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. **Am J Epidemiol**. v. 161, p. 15-26, 2005.

MAZET, P.; STLOLERU, S. **Manual de psicopatologia do recém-nascido**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1990.

MCGARRY, J.; KIM, H.; SHENG, X.; EGGER, M.; ROSS, L.E. Postpartum depression and help-seeking behavior. **J Midwifery Womens Health**, v. 54, n. 1, p. 51–56, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2008.07.003/full>>. Acesso em: 23 mar 2012.

MELTZER-BRODY, S; LESERMAN, J. Psychiatric comorbidity in women with chronic pelvic pain. **CNS Spectr**, v. 16, p. 29-35, fevereiro, 2011. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8511504>>. Acesso em: 23 jun 2012.

MILLER, L.J. Postpartum depression. **JAMA**, v. 287, n. 6, p. 762-765, 2002. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194624>>. Acesso em: 23 jun 2012.

MILGRON, J.; MCCLOUD, P. Parenting stress and postnatal depression. **Stress Medicine**, v. 12, n. 3, p. 177-186, 1996. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199607\)12:3%3C177::AID-SMI699%3E3.0.CO;2-W/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1700(199607)12:3%3C177::AID-SMI699%3E3.0.CO;2-W/abstract)>. Acesso em: 23 jun 2012.

MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA, P.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev Saude Publica**. V. 40, n. 1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>>. Acesso em: 20 abr 2012.

MORI, T.; TSUCHIYA, K. J.; MATSUMOTO, K.; SUZUKI, K.; MORI, N.; TAKEI, N.; The HBC Study Team. Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. **J Affect Disord**, v. 135, n. 1-3, p. 341-346, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824663>>. Acesso em: 20 mai 2012.

MULSOW, M.; CALDERA, Y. M.; PURSLEY, M.; REIFMAN, A. Multilevel Factors Influencing Maternal Stress During the First Three Years. **J Marriage Fam**, v. 64, n. 4, p. 944-956, Novembro 2002. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2002.00944.x/full>>. Acesso em: 29 jul 2012.

MUNK-OLSEN, T; MUNK LAURSEN T; PEDERSEN, C.B; MORS, O; MORTENSEN, P.B. New parents and mental disorders. A population-based register

- study. **J Am Med Assoc**, v. 296, n. 21, p. 2582-2589, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17148723>>. Acesso em: 29 jul 2012.
- MURRAY, D.; COX, J.; CHAPMAN, G.; JONES, P. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? **Br J Psychiatry**, v. 166, n. 5, p. 595-600, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7620743>>. Acesso em: 29 jul 2012.
- MURRAY, L.; COOPER, P.J.; WILSON, A.; ROMANIUK, H. Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression: Impact on the mother relationship and child outcome. **Br J Psychiatry**, v. 182, p. 420-427, 2003. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/182/5/420.short>>. Acesso em: 16 mai 2012.
- NAGATA, N; NAGAI, Y; SOBAJIMA, H; ANDO, T; NISHIDE, Y; HONJO, S. Maternity blues and attachment to children in mothers of fullterm normal infants. **Acta Psychiatr Scand**, v. 101, n. 3, p. 209-217, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10721869>>. Acesso em: 14 dez 2012.
- NYSTROM, K., OHRLING, K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, n. 3, p. 319-30, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066113>>. Acesso em: 14 dez 2012.
- OWEN, C.G; MARTIN, R.M; WHINCUP, P.H; SMITH, G.D; COOK, D.G. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. **Am J Clin Nutr**, v. 84, n. 5, p. 1043-54, 2006. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/84/5/1043.abstract>>. Acesso em: 05 dez 2011.
- PAOLINI, C. I.; OIBERMAN, A. J.; BALZANO, S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de sintomas depresivos en el posparto inmediato **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 12, n.1, p. 65-73, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292012000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 dez 2011.
- PAPINCZAK, T.A; TURNER, C.T. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. **Breastfeed Rev**, v. 8, n. 1, p. 25-33, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10842578>>. Acesso em: 08 dez 2012.
- PARSONS, C. E.; YOUNG, K. S.; ROCHAT, T. J.; KRINGELBACH, M. L.; STEIN, A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. **Brit Med Bull**, v. 101, p. 57-79, 2011. Disponível em: <<http://www.africacentre.ac.za/>>. Acesso em: 23 mai 2012.
- PETROSYAN, D.; ARMENIAN, H. K; ARZOUMANIAN, K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. **J Affect Disord**, v. 135, n. 1-3, p. 77-81, 2011. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711004125>>. Acesso em: 23 mai 2012.

PIPPINS, J.R; BRAWARSKY, P; JACKSON, R.A; FUENTES-AFFLICK, E; HAAS, J.S. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. **J Womens Health**, v. 15, n. 6, p. 754-762, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16910907>>. Acesso em: 25 mai 2012.

POSMONTIER, B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. **J Obstet Gynecol Neonat Nurs**, v. 37, n. 6, p. 722-737, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2597421/>>. Acesso em: 15 abr 2012.

RECK, C; KLIER, C.M; PABST, K; STEHLE, E; STEFFENELLI, U; STRUBEN, K; BACKENSTRASS, M. The German version of the Postpartum Bonding Instrument: Psychometric properties and association with postpartum depression. **Arch Womens Ment Health**, v. 9, n. 5, p. 265-271, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16937316>>. Acesso em: 16 mar 2012.

RIGHETTI-VELTEMA, M.; CONNE-PERREARD, E.; BOUQUEST, A.; MANZANO, J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. **J Affect Disord**, v. 70, n. 3, p. 291-306, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12128241>>. Acesso em: 07 mar 2012.

RIGHETTI-VELTEMA, M.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 12, n. 2, p. 75-83, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12664271>>. Acesso em: 13 ago 2012.

ROBERTSON, E; GRACE, S; WALLINGTON, T; STEWART, D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 289-295, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15234824>>. Acesso em: 16 nov 2012.

ROCHA, F.L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **J bras Psiqu**, v. 48, n. 3, p. 105-114, 1999. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/>>. Acesso em: 16 nov 2012.

RODHE, L.A.P.; SOUZA, A.L.W.; ZOMER, A.; CARBONE, F.; SHANSIS, F.; MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. Síndrome de tristeza pós-parto. **Rev AMRIGS**, v. 40, n. 2, p. 100-105, 1996. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/>>. Acesso em: 16 nov 2012.

RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTAR, R.; FILHO, A.C.; ZANDONADE, E.; LIMA, V.J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev Psiquiatr RS**, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 ago 2012.

SANTOS, M.F.S. **Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras** [dissertação de mestrado] Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B.F.; BARROS, A.J.D.; BOTELHO, I.P.; LAPOLLI, C.; MAGALHÃES, P.V.S.; BARBOSA, A.P.P.N.; BARROS, F.C. Validation of the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

SARACENO, B; LEVAV, I; KOHN, R. The public mental health significance of research on socioeconomic factors in schizophrenia and major depression. **World Psychiatry**, v. 4, n. 3, p. 181-185, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414773/>>. Acesso em: 17 ago 2012.

SCHARDOSIM, J.M; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 159-66, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Março de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 nov 2012.

SCHIMIDT, E.B; PICCOLOTO, N.M; MÜLLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psicol USF**, v. 10, n. 1, p. 61-8, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v10n1/v10n1a08.pdf> >. Acesso em: 07 jan 2012.

SCHMIDT, R. M.; WIEMANN, C.; RICKERT, V. I.; SMITH, E. O'B. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. **J Adolesc Health**, v. 38, n. 6, p. 712-18, 2006. Disponível em: <[http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(05\)00291-0/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(05)00291-0/abstract)>. Acesso em: 14 out 2012.

SCHWENGBER, D.D.S; PICCININI, C.A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de Psicologia**. v. 22, n. 2, p. 143-156, abril-junho 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200004>. Acesso em: 23 nov 2012.

SILVA, A.A.; POLANCZYK, A.S.; MILLAN, T. Psicose puerperal: uma revisão. **Rev Cient AMECS**, v. 9, n. 2, p. 45-9, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/880/1052>>. Acesso em: 25 out 2011.

SILVA, E.T; BOTTI, N.C.L. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. **Rev Eletronica Enferm.** V. 7, n. 2, p. 231-8, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf>. Acesso em: 23 abr 2012.

SILVA, S.M; BRUNKEN, G.S; FRANÇA, G.V.A; ESCUDER, M.M; VENANCIO, S.I. Breastfeeding trends in a State capital in the Central West region of Brazil, 1999-2004. **Cad Saude Publica.** v. 23, n. 7, p.1539-1546, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17572802>>. Acesso em: 25 fev 2012.

SIU, B. W. M.; IP, P.; CHOW, H. M. T.; KWOK, S. S. P.; LI, O.; KOO, M.; CHEUNG, E. F. C.; YEUNG, T. M.H; HUNG, S. Impairment of Mother-Infant Relationship: Validation of the Chinese Version of Postpartum Bonding Questionnaire. **J Nerv Ment Dis,** v. 198, n. 3, p. 174-179, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215993>>. Acesso em: 23 mai 2012.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade:** o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: editora Artes Médicas, 1997.

STOWE, Z.N.; NEMEROFF, C.B. Women at risk for postpartum-onset major depression. **Am J Obstet Gynecol,** v. 173, n. 2, p. 639-45, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7645646>>. Acesso em: 14 mar 2012.

TAJ, R.; SIKANDER, K.S. Effects of maternal depression on breast-feeding. **Journal Pak Med. Assoc,** v. 53, n. 1, p. 8-11, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12666844>>. Acesso em: 16 mai 2012.

TAVERAS, E. M.; CAPRA, A. M.; BRAVEMAN, P. A.; JENSVOLD, N. G.; ESCOBAR, G. J.; LIEU, T. A. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. **Pediatrics,** v. 112, n. 1, p. 108-115, 2003. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/112/1/108.abstract>>. Acesso em: 02 ago 2012.

TAYLOR, [A.](#); ATKINS, [R.](#); KUMAR, [R.](#); ADAMS, [D.](#); GLOVER, [V.](#) A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. **Arch Womens Men Health,** v. 8, n.1, p. 45-51, maio de 2005. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-005-0074-z?LI=true>>. Acesso em: 06 abr 2012.

TRONICK, E. Z.; WEINBERG, M. K. Gender differences and their relation to maternal depression. In JOHNSON S.; HAYES, A.; FIELD, T.; SCHNEIDERMAN, N.; MCCABE; P. (Eds.). **Stress, coping and depression,** London: Lawrence, 2000. p. 23-34.

UNICEF. **The State of the World's Children.** Oxford: Oxford University Press; 1987. 27p.

VIEIRA, A.H.G. Transtornos mentais associados a menstruação, puerpério perimenopausa, In: Almeida OP, editor. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 162-7.

VITOLO, M.R.; BENETTI, S.P.C.; BORTOLINI, G.A.; GRAEFF, A. DRACHLER, M.L. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. v. 29, n. 1, p. 28-34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a09.pdf>>. Acesso em: 29 set 2012.

WATKINS, S.; MELTZER-BRODY, S.; ZOLNOUN, D.; STUEBE, A. Early Breastfeeding Experiences and Postpartum Depression. **Obstet Gynecol**, v. 118, n. 2, Parte 1, p. 214–221, Agosto 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21734617>>. Acesso em: 01 ago 2012.

WEBSTER, J.; LINNANE, J.; DIBLEY, L.; PRITCHARD, M. Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v. 40, n. 4, p. 409-412, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11194425>>. Acesso em: 02 out 2012.

WENDER, C.O.M.; MAGNO, V.A.; MARC, C.; MAANFROI, A. Depressão puerperal: atualização. **Femina**, v. 30, n. 7, p. 439-44, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/>>. Acesso em: 23 fev 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva: World Health Organization; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression: mental health**. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em: 16 jun 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1: Definitions. Geneva: World Health Organization; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health. A Global Review of the Literature**. WHO Press, Geneva, 2009.

ZAUDERER, Cheryl. Postpartum Depression and Breastfeeding: What Should a New Mother Do? **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 40, Issue Supplement 1, S131, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2011.01244_15.x/abstract>. Acesso em: 16 mar 2013.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Avaliar os fatores associados ao estado emocional materno no puerpério e suas relações com a prática da amamentação, no município de Viçosa (MG).

3.2 Específicos:

- Estimar a prevalência de sintomas de depressão pós-parto, e a incidência no segundo mês, pela aplicação da escala EPDS;
- Identificar os fatores associados à sintomatologia depressiva no primeiro e segundo mês após o parto;
- Estimar a prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro, segundo e quarto mês de vida do lactente, assim como a incidência do seu abandono no quarto mês;
- Identificar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no segundo e quarto mês de vida do lactente.

4 METODOLOGIA

Corte transversal baseado no estudo de coorte “Condições de saúde e nutrição de crianças no primeiro ano de vida do município de Viçosa: um estudo de coorte”, que acompanhou crianças nascidas no município de Viçosa, MG, entre outubro de 2011 e outubro de 2012, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

4.1. Local do estudo

Este trabalho foi realizado no município de Viçosa, localizado na Zona da Mata Mineira, a 227 km de Belo Horizonte. De acordo com o Censo de 2010, Viçosa possui extensão territorial de 299 km² e 72.244 habitantes, sendo que 67,3% residem em zona urbana. O Produto Interno Bruto per capita é 7.704,50 reais. Atualmente, o município conta com 39 estabelecimentos de saúde, públicos e privados (Brasil, 2011a). Segundo os últimos dados disponíveis no DATASUS, a taxa de mortalidade infantil é de 12/1000 nascidos vivos ao ano (BRASIL, 2011b).

De acordo com o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2009 o número de nascidos vivos em Viçosa foi 1755 crianças. Estima-se que 50% destas sejam de famílias residentes no município de Viçosa. Assim, estima-se que o número de nascidos vivos no período de 1 ano em Viçosa seja de 878 crianças. Considerando o tempo de coleta de seis meses, a estimativa do número de nascidos vivos neste período é de 439 (BRASIL, 2012).

4.2. Definição da amostra e coleta

Foram incluídas no estudo todas as crianças nascidas no município de Viçosa no período de outubro de 2011 a abril de 2012, residentes no município em localidades urbanas ou rurais, cujas mães aceitaram participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo1). Os critérios de exclusão foram internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, gestação gemelar, presença de síndromes ou más formações que pudessem comprometer a amamentação e recusa em participar do estudo.

A quase totalidade dos partos realizados em Viçosa é feita no único hospital que possui maternidade. No período de outubro de 2011 a abril de 2012, todos os dias, a equipe dirigiu-se ao hospital para obtenção dos registros de nascimento.

O convite para ingressar no estudo e as avaliações subsequentes foram realizadas no Setor de Imunização da Policlínica Municipal de Viçosa (PMV), na ocasião do cumprimento do calendário vacinal do lactente, quando estavam com cerca de 30, 60 e 120 dias de vida. A PMV é responsável pela imunização de mais de 90% das crianças residentes no município.

Todas as avaliações foram realizadas pela equipe do projeto, que consta de três nutricionistas, uma enfermeira e estudantes de graduação em nutrição e em enfermagem, devidamente capacitados.

O tamanho amostral foi obtido com base na estimativa da proporção populacional, considerando a seguinte equação (LUIZ e MAGNANINI, 2009):

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}{\epsilon^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

P = proporção populacional de indivíduos que pertencem à categoria estudada.

ϵ = Erro tolerado. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (P).

Foi considerado o grau de confiança de 95% e erro tolerado de 5% e proporção populacional de 15% de mães com sintomas de depressão pós-parto (HANNA, JARMAN e SAVAGE, 2004; ROBERTOSON et al., 2004; BLOCH et al., 2005; HOROWITZ e GOODMAN, 2005; MUNK-OLSEN et al., 2006; PETROSYAN, ARMENIAN e ARZOUMANIAN, 2011; MORI et al., 2011; HAGA et al., 2012). Assim, foi calculado o tamanho amostral de 196 pares mãe/bebê. Adicionou-se 20% para possíveis perdas de seguimento, totalizando 235 pares.

O tamanho amostral calculado corresponde a 26,8% da população de nascidos vivos no município em 1 ano, e a 53,5% da população dos nascidos vivos no período da coleta, que foi de 6 meses.

4.3. Determinação do método de alimentação infantil

Considerou-se os critérios propostos pela OMS para determinação do método de alimentação infantil (Quadro 1) (WHO, 2008).

Método de alimentação	O lactente deve receber	O lactente pode receber	O lactente não deve receber
Aleitamento Materno Exclusivo	Leite materno (incluindo leite ordenhado ou de ama-de-leite).	Soro de reidratação oral, gotas ou xaropes (vitaminas, minerais, medicamentos).	Nada mais.
Aleitamento Materno Predominante	Leite materno (incluindo leite ordenhado ou de ama-de-leite), como forma predominante de nutrição.	Outros líquidos (água, bebidas a base de água), fluidos rituais e soro de reidratação oral, gotas ou xaropes (vitaminas, minerais, medicamentos).	Nada mais, especialmente leite não humano e alimentos à base de fluidos.
Alimentação complementar	Leite materno (incluindo leite ordenhado ou de ama-de-leite) e alimentos sólidos e semi-sólidos.	Qualquer outro alimento: qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano e fórmula infantil.	-

Foram considerados em aleitamento artificial as crianças que não mamavam ao seio e recebiam somente leite não humano, como leite de vaca ou fórmula infantil. Foram consideradas em Aleitamento Misto as crianças que recebiam leite materno e leite não humano (como leite de vaca ou fórmula infantil).

4.4. Antropometria

As medidas antropométricas avaliadas foram peso e comprimento, aferidas por nutricionistas. O peso e comprimento ao nascer do bebê foram obtidos no cartão da criança no momento da primeira avaliação. Nas avaliações subsequentes, o peso foi mensurado pela equipe do projeto, com utilização de balança eletrônica e digital, pediátrica, com capacidade de 16 kg e precisão de 10 gramas, sempre sem roupas ou fralda, seguindo as técnicas padronizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (ONIS et al., 2004).

O comprimento foi aferido utilizando-se antropômetro infantil de madeira, com régua graduada de 0 a 100 cm, precisão de 1 mm, seguindo as técnicas da OMS (ONIS et al., 2004).

Os dados de peso e comprimento foram convertidos no índice Índice de Massa Corporal para a Idade (IMC/I), em escore-Z, utilizando-se como referência as curvas de avaliação de crescimento da OMS (WHO, 2006) através do *software* WHO Anthro Beta (2005). Os dados antropométricos do lactente foram anotados no Anexo 2.

4.5. Avaliação da sintomatologia de depressão pós-parto (DPP)

A presença de sintomas de DPP foi avaliada no primeiro e segundo mês após o parto pela escala *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) (COX, HOLDEN e SAGOVSKY, 1987), validada no Brasil inicialmente por Santos et al. (1995) e, posteriormente, em uma coorte de nascimentos (SANTOS et al., 2007). A entrevista diagnóstica tem como objetivo detectar episódios depressivos atuais ou recentes (últimos 15 dias).

Este instrumento é de fácil aplicação e simples interpretação, sendo formado por um questionário que contém dez perguntas cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma (Anexo 4). Seus itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar,

de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro). A somatória dos pontos perfaz escore de 30 (SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999).

Considerou-se o ponto de corte ≥ 12 (COX, HOLDEN e SAGOVSKY, 1987; SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999), para identificar as puérperas com sintomatologia depressiva, com 72% de sensibilidade, 88% de especificidade, 78% de valor preditivo positivo e 83% de acurácia (SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999).

As entrevistas foram realizadas por nutricionistas da equipe, previamente capacitadas. A escala foi auto preenchida pela quase totalidade das puérperas, com exceção de 24 mulheres que apresentavam baixa escolaridade ou que solicitaram a aplicação oral por parte do entrevistador. Não foram encontradas diferenças nas médias de pontuação das escalas, e nem da proporção de sintomas depressivos de acordo com o método de aplicação. Também não houve interferência do modo de aplicação do questionário com a associação entre sintomas depressivos e baixa escolaridade.

4.6. Avaliação de distúrbios no vínculo entre mãe e bebê

O vínculo entre mãe e bebê foi avaliado pelo autopreenchimento da escala *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) (BROCKINGTON et al., 2001), no primeiro e segundo mês após o parto. O PBQ consiste de 25 itens pontuados numa escala de 0 a 5 (Anexo 5). Os escores positivos e negativos pontuados são somados para cálculo do escore total. Quanto maior a soma dos 25 itens, pior o relacionamento da díade mãe-bebê. As questões são agrupadas em 4 escalas: (1) apego inadequado - 12 itens; (2) raiva e rejeição - 7 itens; (3) ansiedade em relação aos cuidados - 4 itens; e (4) risco de abuso - 2 itens. O menor escore possível em todas as subescalas é 0, enquanto que o maior é o de 125 pontos no PBQ de maneira geral, 60 para subescala 1, 35 para a 2, 20 para a 3 e 10 para a 4.

Considerou-se como pontos de corte os escores maior ou igual a 12, 17, 10 e 3, para as subescalas 1, 2, 3 e 4, respectivamente. A subescala 1 apresenta sensibilidade de 93% para os distúrbios da relação mãe-bebê; a subescala 2, 57% para a rejeição da criança; a subescala 3, 43% para ansiedade em relação aos

cuidados; e a subescala 4, 18% para a risco de abuso, ou raiva intensa. As subescalas 3 e 4 não devem ser utilizadas para *screening* devido à baixa sensibilidade apresentada, mas a subescala 3 pode ser útil na investigação de transtorno de ansiedade após o parto, e a subescala 4 como sinal de alerta para risco de abuso iminente, apontando a necessidade de intervenção urgente. A especificidade foi de 85%, 100%, 96% e 100%, respectivamente. (BROCKINGTON et al., 2001).

O PBQ ainda não foi validado para a população brasileira, nem para o Português. Para sua aplicação no presente estudo, foi realizada a tradução de sua versão original em inglês. Posteriormente, a escala foi novamente traduzida para o inglês por professora de língua inglesa, até que não houvesse diferenças entre a versão em inglês original e feita pela tradução da versão em português.

4.7. Variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, emocionais e rede social

As variáveis socioeconômicas e demográficas investigadas foram idade e escolaridade materna (em anos de estudo), união consensual, número de pessoas no domicílio, posse do imóvel de residência, renda, estudo ou trabalho aos 4 meses após o parto, tabagismo e etilismo. Considerou-se em união consensual as mulheres que relataram serem casadas ou que viviam com o companheiro (BRASIL, 2013).

A renda foi considerada como o ganho mensal de todos os moradores no domicílio, incluindo o recebimento de benefícios e o trabalho informal. Esta soma foi dividida pelo valor do salário mínimo vigente na época da coleta (R\$ 622,00) (BRASIL, 2011c), que foi dividido pelo número de habitantes no domicílio dependentes da renda, obtendo-se a renda em salários mínimos *per capita*, que foi apresentada em tercis para análise.

Quanto às variáveis obstétricas, trabalhou-se com paridade (primípara/múltipara); número de consultas no pré-natal (≥ 6 / <6); presença de orientações acerca da amamentação durante a gestação e o pós-natal (sim / não); tipo de parto (normal / cesáreo) e se o mesmo foi traumático na percepção da mulher (sim / não); dificuldade para amamentar no primeiro ou segundo mês de vida do lactente (sim / não); e peso ao nascer (kg).

Também se investigou as condições emocionais e rede social da puérpera durante a gestação e após o nascimento da criança. Investigou-se se a gestação foi planejada (sim / não), a reação da nutriz e do seu companheiro com a notícia da gravidez (ficou contente / indiferente, não gostou), o apoio do companheiro durante gestação (muito / mais ou menos, pouco, nenhum) e após o nascimento do bebê (sim / não), a ajuda do companheiro nos cuidados com a criança (sim / não) e com os afazeres domésticos (sim / não), e o apoio emocional de alguém (sim / não), sendo este considerado como presente quando a puérpera mencionava ao menos uma pessoa do seu convívio que considerasse que a apoiava emocionalmente. Estas quatro últimas foram questionadas à mulher nos dois encontros.

Também foi questionado à puérpera sobre a sua percepção do choro infantil nos dois encontros, com a pergunta: “Na sua opinião, o seu bebê chora mais, menos ou a mesma coisa que os outros bebês da mesma idade?”.

4.8. Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto para testar os instrumentos de coleta de dados e a rotina dos atendimentos na Policlínica Municipal de Viçosa (PMV). Este estudo foi realizado no mesmo município e foram avaliados 15 pares mãe/bebê da mesma faixa etária e com as mesmas características das crianças do estudo.

Além disso, antes do início do estudo piloto, todos os integrantes da equipe foram treinados quanto às técnicas de antropometria e à aplicação do questionário e escalas. O estudo piloto auxiliou na avaliação da destreza da equipe em realizar todos os procedimentos necessários para a coleta de dados, aprimorando assim, a padronização das avaliações.

4.9. Questionário

Em todas as avaliações, a equipe aplicou um questionário padronizado, diferenciado para cada consulta (Anexos 6 a 8), pré-codificado, composto por 4 blocos.

Foram consideradas em união consensual as mulheres que relataram serem casadas ou que viviam com o companheiro.

A idade gestacional foi obtida no registro de nascidos vivos da maternidade, sendo considerados prematuros os bebês que nasceram com menos de 37 semanas (BRASIL, 2006).

4.10. Aspectos Éticos

O trabalho foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Protocolo nº: 191/2011).

Participaram do estudo somente as mães que aceitaram, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), garantindo-se a confidencialidade das informações e o anonimato das mesmas, de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

As mães receberam orientações no que diz respeito ao estado nutricional das crianças, com ênfase para o aleitamento materno. Aquelas com sintomas de DPP ou TMC foram encaminhadas ao Centro de Atenção Psicossocial do município. As puérperas que possuíam vínculo com a Universidade Federal de Viçosa, foram encaminhadas à Divisão Psicossocial desta instituição, e as que manifestaram interesse e disponibilidade financeira e interesse, ao psicólogo particular, sendo cada caso avaliado individualmente.

4.11. Análise dos dados

Os dados foram inseridos no *software Microsoft Excel 2010®* e posteriormente analisados no pacote estatístico STATA versão 9.1 (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*).

Inicialmente, foi feita análise exploratória dos dados, com elaboração de tabelas e cálculo de estatísticas descritivas, incluindo-se médias (desvio-padrão), medianas (mínimo-máximo), prevalência e incidência. Para verificar as associações entre a variável desfecho e cada variável independente, foi utilizado o teste de qui-quadrado ou qui-quadrado de tendência linear, quando necessário. A variável de desfecho diferiu de acordo com a análise realizada. No artigo 1, foi o abandono do

AME aos 2 ou 4 meses de vida, no artigo 2, os sintomas de DPP no primeiro ou segundo mês de puerpério. Apresentou-se as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise múltipla foi realizada por meio da regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Optou-se por este tipo de regressão porque as variáveis dependentes apresentaram prevalências superiores a 10%, e neste caso, a *odds ratio* superestima a taxa de prevalência (BARROS e HIRAKATA, 2003). Foi utilizado o modelo *stepwise backward selection procedure*, em que todas as variáveis que apresentaram $p < 0,200$ na análise bivariada, foram incluídas no modelo múltiplo, e depois removidas uma a uma. Os critérios para permanência no modelo foram nível de significância $< 0,05$, importância para o ajuste do mesmo, ou variáveis de controle.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A.J; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**. v. 3, n. 21, 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21/>>. Acesso em: 23 mar 2012.

BLOCH, M; ROTENBERG, N; KOREN, D; KLEIN, E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. **J Affect Disord**, v. 88, n.1, p. 9–18, 2005. Disponível em: <http://library.tasmc.org.il/Staff_Publications/publications/%202005/bloch.pdf>. Acesso em: 05 mai 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília – DF, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm>. Acesso em: 14 dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades, 2011a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=317130>>. Acesso em: 05 ago 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 abr 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/DASIS/SVS/MS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Novembro de 2011b. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso em: 07 nov 2011.

BRASIL. decreto nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011c. Regulamenta a Lei no 12.382, de 25 de fevereiro de 2011c, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7655.htm>. Acesso em: 29 nov 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>>. Acesso em: 20 set 2012.

BROCKINGTON, I.F; OATES, J.; GEORGE, S; TURNER, D; VOSTANIS, P; SULLIVAN, M; LOH, C; MURDOCH, C. A Screening Questionnaire for

mother-infant bonding disorders. [Arch Womens Ment Health](#). v. 3, n. 4, p. 133-140, 2001. Disponível em: <http://sundspyskologerna.se/files/Brockington-et-al-2001-PBQ-Archives-of-women_s-meantal-health.pdf>. Acesso em: 23 mar 2012.

COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-6, 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>>. Acesso em: 23 mar 2012.

HAGA, S. M.; ULLEBERG, P.; SLINNING, K.; KRAFT, P.; STEEN, T. B.; STAFF, A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. **Arch Women Ment Health**. v. 15, n. 3, p. 175–184, 2012a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22451329>>. Acesso em: 17 ago 2012.

HANNA, B.; JARMAN, H.; SAVAGE, S. The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. **International Journal of Nursing Practice**, v. 10, n. 2, p. 72-79, abr 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056345>>. Acesso em: 17 ago 2012.

HOROWITZ, J.A; GOODMAN, J.H. Identifying and treating postpartum depression. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 34, n. 2, p. 264-273, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15781605>>. Acesso em: 12 set 2012.

LUIZ, R.R; MAGNANINI, M.M.F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: MEDRONHO, R.A; BLOCH, K.V; LUIZ, R.R; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. 2ª edição. Ed. Atheneu, São Paulo, 2009.

MORI, T.; TSUCHIYA, K. J.; MATSUMOTO, K.; SUZUKI, K.; MORI, N.; TAKEI, N.; The HBC Study Team. Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. **J Affect Disord**, v. 135, n. 1-3, p. 341-346, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824663>>. Acesso em: 20 mai 2012.

MUNK-OLSEN, T; MUNK LAURSEN, T; PEDERSEN, C.B, MORS, O; MORTENSEN, P.B. New parents and mental disorders. A population-based register study. **J Am Med Assoc**, v. 296, n. 1, p. 2582-2589, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17148723>>. Acesso em: 20 mai 2012.

ONIS, M.; ONYANGO, A.W.; VAN DEN BROECK, J.; CHUMLEA, W.C.; MARTORELL, R. Measurement and standardization protocols for anthropometry used in the construction of a new international growth reference. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 25, Suppl 1, s27-s36, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15069917>>. Acesso em: 20 mai 2012.

PETROSYAN, D.; ARMENIAN, H. K; ARZOUMANIAN, K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. **J Affect Disord**, v. 135, n. 1-3, p. 77-81, 2011. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711004125>>. Acesso em: 23 mai 2012.

ROBERTSON, E; GRACE, S; WALLINGTON, T; STEWART, D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 289-295, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15234824>>. Acesso em: 16 nov 2012.

SANTOS, M. F. S. **Depressão no pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras**. [Dissertação de Mestrado] Universidade de Brasília. Brasília, BR, 1995.

SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B.F.; BARROS, A.J.D.; BOTELHO, I.P.; LAPOLLI, C.; MAGALHÃES, P.V.S.; BARBOSA, A.P.P.N.; BARROS, F.C. Validation of the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

SANTOS, M.F.S; MARTINS, F.C; PASQUALI, L. Escalas de auto- avaliação de depressão pós-parto: estudo Brasil. **Rev Psiquiatria Clín, São Paulo**, v. 26, p. 32-40, 1999. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(90\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(90).htm)>. Acesso em: 18 mai 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Part 1: Definitions. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO **Anthro** 2005, **Beta** version Feb 17th: Software for assessing growth and development of the world's children. WHO: Geneva, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Nutrition for Health and Development. WHO child growth standards : growth velocity based on weight, length and head circumference: methods and development, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/velocity/tr3_velocity_report.pdf>. Acesso em: 10 mar 2011.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Caracterização da Amostra

Recrutou-se para o estudo 259 puérperas, que participaram da primeira consulta e preencheram as escalas EPDS e PBQ um mês após o parto. No segundo mês, 200 compareceram ao encontro e completaram todas as etapas do questionário. Destas, 168 permaneceram no estudo até o quarto mês de vida do lactente (Figura 1).

Não houve diferenças entre os grupos de perda e de seguimento, para as médias de idade ($p = 0,4797$), escolaridade ($p=0,47541$) e renda ($p = 0,9281$) (Teste T de Student) e para a variável viver com o companheiro ($p=0,222$) (Qui-quadrado de Pearson).

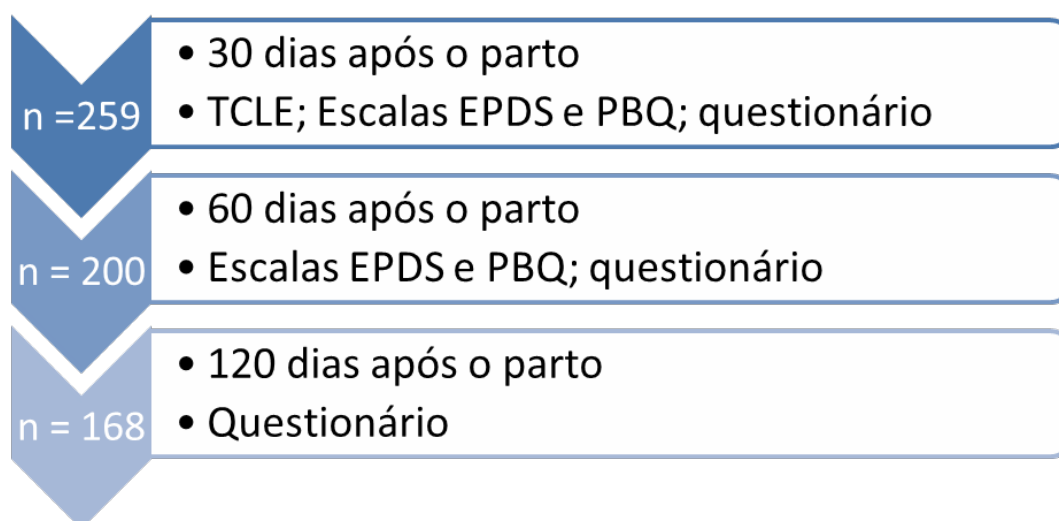


Figura 1: Representação esquemática da seleção da amostra e perdas de seguimento.

Apresentou-se os resultados referentes aos 200 pares mãe-bebê que participaram da segunda consulta. Apenas as variáveis “frequenta creche”, “cuidador” e “tipo de AM” (Tabela 3) possuem n de 168, pois referem-se aos pares acompanhados até os 120 dias após o parto.

Na tabela 1 estão apresentados os resultados referentes às características demográficas e socioeconômicas das puérperas. A mediana de idade foi de 25,5 anos (13-44), sendo que 20,5% (n = 41) eram adolescentes. Cerca de 39% não chegaram a concluir o ensino fundamental, e a mediana de anos de estudo foi de 11 (1-21).

A mediana de renda familiar foi de R\$ 1200,00 (R\$ 64,00 - R\$ 7000,00), sendo que 83,7% (n = 156) tinham renda familiar mensal *per capita* de até 1 salário mínimo e 52,5% (n = 105) trabalhavam.

A maioria (79%; n = 158) vivia com companheiro e residia no perímetro urbano (94%; n = 188), sendo que 59,5% (n = 119) moravam com até quatro pessoas no domicílio.

Cerca de 70% (n = 140) das puérperas relataram utilizar o SUS para atendimentos e serviços em saúde, sendo que a quase totalidade delas (95,7%; n = 134) relatou utilizar somente o Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os cuidados em saúde, apenas 5 complementavam com serviços particulares, e 1 com plano de saúde.

Os resultados referentes às condições obstétricas, emocionais e rede social estão apresentados na tabela 2. Observa-se que 54,5% (n = 109) das mães não planejaram a gestação e 29,5% (n = 59) usavam algum método contraceptivo no período pré-gestacional.

Em relação à reação do casal com a notícia da gestação, 21,5% (n = 43) das puérperas e 15,5% (n = 31) dos seus companheiros não gostaram, ficaram indiferentes ou assustados. Cerca de 5,5% dos companheiros (n = 11) deram pouco ou nenhum apoio durante a gestação e 61,2% (n = 115) não deram apoio emocional, aos 30 ou 60 dias após o parto. Apenas 20,4% (39) ajudaram nos cuidados com a criança, e 7,4% (14) nos afazeres domésticos. No entanto, a maioria das mães atendidas (85,7%; n = 150) relataram receber apoio emocional de alguém após o parto, em sua maioria, por parte da mãe ou familiares de primeiro grau.

A mediana do número de consultas no pré-natal foi 7 (DP=0-15), sendo que 17,6% (n = 35) não completaram 6 consultas, como recomendado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

Observa-se que apenas 32,7% (n = 65) dos partos foram normais e 58,5% (n = 117) das mães eram primíparas, sendo que 18 já haviam sofrido algum aborto em gestações anteriores e 22,8% (41) consideraram o trabalho de parto traumático.

A prevalência de sintomas de DPP foi de 14,5% (29) e 9,0% (18) no primeiro e segundo mês, respectivamente, sendo que sua incidência no segundo mês em relação ao primeiro foi de (4/171) 2,3%. Ou seja, dentre as 171 mães que não apresentaram sintomas depressivos no primeiro mês, 4 passaram a apresentar no segundo.

Observou-se que, de maneira geral, houve baixa pontuação na escala PBQ, sendo que 9%, 0,5%, 2% e 2,5% das puérperas pontuaram nas subescalas de vínculo, rejeição ou raiva, ansiedade e risco de abuso, respectivamente.

Na tabela 3, pode-se observar que 51,5% (n = 103) dos lactentes pertenciam ao sexo masculino, 5,5% (n = 11) foram prematuros e 6% (n = 12) nasceram com baixo peso. A média de peso ao nascer foi de 3224,7 g (DP = 460,1).

Segundo relato das mães, 15% (n = 30) dos lactentes choravam mais do que as outras crianças da mesma idade, no primeiro ou segundo mês de vida.

Quase 11,0% das crianças já não ficavam sob os cuidados exclusivos da mãe aos 4 meses de idade, sendo que 4,3% (n = 6) frequentavam creche, e 18,5% (n = 12) ficavam aos cuidados de terceiros, como tia, avó, babá, etc.

Apenas 30,4% (n = 51) das crianças estavam em regime de AME aos 4 meses de vida, 26,8% (n = 45) já haviam começado a alimentação complementar. Dentre as 78 (46,4%) crianças que estavam em AME no primeiro mês, 38 (48,7%) não estavam mais recebendo este método de alimentação no quarto mês de vida, assim, a incidência de abandono aos 4 meses de idade em relação ao primeiro foi de 38/78, ou seja, 48,7%.

No entanto, é importante observar que apenas 13% (n = 22) das crianças não estavam mais recebendo leite materno aos 4 meses após o parto, e que 46,4% (n=78) estavam recebendo ao menos Aleitamento Materno Predominante (AMP), o que mostra tendência aos melhores indicadores de AM nesta população.

Dentre as 83 puérperas que já haviam tido filhos, 77,1% (n = 64) amamentaram o filho anterior. Dentre elas, 40,6% (n = 26) chegaram a 4 meses e 36% (n = 23) chegaram ao 6 meses de AME, em pelo menos 1 dos filhos.

Tabela 1: Características demográficas e socioeconômicas das puérperas atendidas. Viçosa, MG, 2011-2012.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
< 20	41	20,5
≥ 20	159	79,5
Escolaridade (anos)		
12 ou mais	32	16,0
9 – 11	91	45,0
5 – 8	62	31,0
0 – 4	15	7,5
Ocupação		
Do lar	76	38,0
Emprego remunerado	105	52,5
Estudante	19	9,5
Renda mensal (salário mínimo <i>per capita</i>)*		
> 1	31	16,3
0,5 - 1	63	33,2
≤ 0,5	93	50,5
União consensual		
Sim	158	79,0
Não	42	21,0
Número de moradores no domicílio		
≤ 4	137	68,5
> 4	63	31,5
Zona de Residência		
Urbana	188	94,0
Rural	12	6,0
Serviços de Saúde utilizados**		
SUS	140	70,0
Particular	13	6,5
Plano de Saúde	54	27,0

*13 puérperas não souberam ou não quiseram responder sobre renda.

**Frequência total (%) > 100: pessoas em mais de um serviço

Tabela 2: Condições obstétricas e emocionais e rede social de puérperas de Viçosa, MG, 2011-2012.

Variáveis	n	%
Uso de contraceptivo ao engravidar		
Não	141	70,5
Sim	59	29,5
Planejou gestação		
Sim	91	45,5
Não	109	54,5
Reação do companheiro com a notícia da gestação		
Contente	169	84,5
Não gostou	6	3,0
Indiferente/Não vive com a mãe	15	7,5
Assustado/Preocupado	10	5,0
Reação da mãe com a notícia da gestação		
Contente	157	78,5
Não gostou	14	7,0
Indiferente	15	7,5
Assustada/Preocupada	14	7,0
Apoio do companheiro durante a gestação*		
Muito	162	81,4
Mais ou menos	23	11,6
Pouco	3	1,5
Nenhum	11	5,5
Apoio do companheiro no puerpério*		
Sim	70	37,8
Não	115	61,2
Ajuda do companheiro com a criança*		
Sim	39	20,4
Não	152	79,6
Ajuda do companheiro com afazeres domésticos*		
Sim	14	7,4
Não	176	92,6
Apoio de alguém no puerpério*		
Sim	150	85,7
Não	25	14,3
Número de consultas pré-natais*		
≥ 6	164	82,4
< 6	35	17,6
Tipo de parto*		
Normal	65	32,7
Cesáreo	134	67,3
Parto traumático*		
Não	139	77,2
Sim	41	22,8

Continuação Tabela 2

Variáveis	n	%
Paridade		
Primípara	117	58,5
Múltipara	83	41,5
Sintomas de DPP com 1 mês		
Não	171	85,5
Sim	29	14,5
Sintomas de DPP com 2 meses		
Não	182	91,0
Sim	18	9,0
Vínculo inadequado entre mãe e bebê – PBQ		
Não	182	91,0
Sim	18	9,0
Rejeição ou raiva – PBQ		
Não	199	99,5
Sim	1	0,5
Ansiedade – PBQ		
Não	196	98,0
Sim	4	2,0
Risco de abuso – PBQ		
Não	195	97,5
Sim	5	2,5

* n < 200: puérperas que não souberam ou não quiseram responder.

DPP = Depressão Pós-Parto

PBQ = *Postpartum Bonding Questionnaire*

Tabela 3: Variáveis relacionadas ao lactente. Viçosa, MG, 2011-2012.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	97	48,5
Masculino	103	51,5
Prematuridade		
Não	189	94,5
Sim	11	5,5
Peso ao nascer (kg)		
> 3000	141	70,5
2500 - 3000	47	23,5
< 2500	12	6,0
Percepção de choro pela mãe		
Menos/Mesma coisa que outros bebês da mesma idade	170	85,0
Mais do que outros bebês da mesma idade	30	15,0
Frequenta creche aos 4 meses^{1,2}		
Não	133	96,7
Sim	6	4,3
Cuidador aos 4 meses^{1,2}		
Mãe	53	81,5
Outros	12	18,5
Tipo de aleitamento aos 4 meses²		
Exclusivo	51	30,4
Predominante	27	16,1
Complementado	26	15,5
Misto	34	20,2
Misto e complementado	8	4,8
Artificial	11	6,5
Artificial e complementado	11	6,5

¹ n < 200: puérperas que não quiseram ou não souberam responder.

² Tamanho amostral = 168

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002

5.2. Artigo 1: Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão pós-parto nos primeiros meses pós-natais em Viçosa, MG.

Resumo

Objetivos: determinar a prevalência dos sintomas de depressão pós-parto e os seus fatores associados no primeiro e segundo mês após o parto.

Métodos: Trata-se de estudo transversal, com avaliação de 200 puérperas quatro e oito semanas após o parto, no município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Utilizou-se a escala *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) com ponto de corte ≥ 12 para identificar puérperas com sintomas de depressão pós-parto (DPP). As análises estatísticas basearam-se na regressão múltipla de Poisson. Todas as puérperas avaliadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.

Resultados: A prevalência de sintomas depressivos foi de 14,5% (n=29) e 9% (n=18) no primeiro e segundo mês após o parto, respectivamente, sendo que a incidência foi de 2,3% (n=4). Associaram-se com sintomas de DPP, no primeiro mês após o parto, a idade materna inferior a 20 anos (RP=2,42; IC=1,21-4,81), parto normal (RP=2,04; IC=1,03-4,04), parto traumático (RP=2,31; IC=1,21-4,78), reação negativa do companheiro com a notícia da gestação (RP=2,51; IC=1,23-5,12) e não ter recebido apoio emocional no puerpério (RP=2,72; IC=1,30-5,72). No segundo mês, as variáveis associadas foram reação negativa da mãe com a notícia da gestação (RP=2,49; IC=1,05-5,90), percepção materna de que a criança chora mais do que os outros bebês da mesma idade (RP=3,12; IC 1,32-7,35) e apoio insuficiente do companheiro durante a gestação (RP=4,28; IC=1,84-9,94).

Conclusão: O rastreamento e as medidas de prevenção da DPP devem priorizar o período gestacional e o pós-parto imediato, especialmente de mães adolescentes e daquelas que não recebem apoio do companheiro.

Descritores: Depressão pós-parto, Período pós-parto, Apoio social, EPDS.

Article 1: Prevalence and factors associated with symptoms of postpartum depression in early postnatal, in Viçosa, MG.

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of symptoms of postpartum depression and to analyze factors associated in the first and second month after delivery.

Methods: This was a cross-sectional study in Viçosa, Minas Gerais, Brazil. We evaluated 200 women four and eight weeks after childbirth. We used the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) with cutoff ≥ 12 to identify mothers with symptoms of postpartum depression (PPD). Statistical analyzes were based on the Poisson multiple regression. All women evaluated signed the consent form. This study was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Viçosa.

Results: The prevalence of depressive symptoms was 14.5% (n = 29) in the first month postpartum and 9% (n = 18) in the second one. The incidence was 2.3% (n = 4). Were associated with symptoms of PPD, in the first month after birth, the age < 20 years (PR = 2.42, CI = 1.21 to 4.81), vaginal delivery (PR = 2.04, CI = 1.03 - 4.04), traumatic delivery (PR = 2.31, CI = 1.21 to 4.78), the partner's negative reaction with the news of the pregnancy (PR = 2.51, CI = 1.23 to 5.12) and have not received emotional support in puerperal (PR = 2.72, CI = 1.30 to 5.72). In the second month, the variables associated with PPD were mother's negative reaction to the news of the pregnancy (PR = 2.49, CI = 1.05 to 5.90), maternal perception of the child cry more than other babies of the same age (PR = 3.12, CI 1.32 to 7.35) and insufficient support from the partner during pregnancy (PR = 4.28, CI = 1.84 to 9.94).

Conclusion: Screening the DPP in the first weeks of postpartum is important to prevent the complications of depression on maternal and child health. Preventive measures the DPP should prioritize pregnancy and the immediate postpartum period, especially for teenage mothers and those who do not receive support from the partner.

Descriptors: Postpartum depression, Postpartum period, Social Support, EPDS.

Introdução

A depressão pós-parto (DPP) é um problema de saúde em diversas culturas (DENNIS e MCQUEEN, 2009; WHO/UNFPA, 2009), atingindo cerca de 10 a 15% das mulheres nas primeiras 12 semanas após o parto (CANTILINO, 2003; FAISAL-CURY et al., 2004; ROBERTSON et al., 2004; MORAES et al., 2006; MORI et al., 2011; PETROSYAN et al., 2011; HAGA et al., 2012), sendo que, entre as adolescentes, este valor chega a 37% (SCHMIDT et al., 2006).

A DPP é motivo de preocupação devido à sua repercussão negativa, já bem documentada na literatura, na qualidade de vida dos membros da família e para a saúde da mãe e do bebê. Mulheres que sofreram de DPP têm maior probabilidade de sofrer episódios futuros de depressão e suicídio (DENNIS, 2005). Seus filhos são mais vulneráveis a problemas nas interações mãe-bebê e infanticídio (POSMONTIER, 2008; MCGARRY et al., 2009).

Apesar da elevada prevalência e gravidade da DPP, esta alteração do humor é subdiagnosticada e conseqüentemente, muitas mães são privadas de tratamento adequado (WHO, 2006).

Diversos são os fatores de risco para DPP, dentre eles a menor renda, escolaridade (MORAES et al., 2006; SCHARDOSIM e HELDT, 2011; BOTTINO et al., 2012), e idade materna (MORI et al., 2011), bem como os fatores psicossociais, dentre eles a falta de suporte social, em geral do pai da criança (CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005; MORAES et al., 2006; MORI et al., 2011; SCHARDOSIM e HELDT, 2011), relacionamento conjugal insatisfatório (KIRPINAR, GÖZÜM e PASINLIOGLU, 2009; BOTTINO et al., 2012), e gravidez não planejada (SCHARDOSIM e HELDT, 2011). As preocupações e dilemas típicos relacionados à gravidez também podem ser vistos como causas potenciais de DPP (WHO/UNFPA, 2009).

A etiologia da DPP ainda não é totalmente elucidada pela literatura. Acredita-se que a experiência de vida e eventos estressantes possam interagir com a genética e características de personalidade em um modelo causal multifatorial para explicar a DPP (WHO/UNFPA, 2009).

Tendo em vista a necessidade de estabelecer com maior clareza as causas de sintomas depressivos em puérperas, o presente estudo objetivou determinar a

prevalência dos sintomas de depressão pós-parto e os seus fatores associados no primeiro e segundo mês após o parto, no município de Viçosa (MG).

Métodos

Desenho e população do estudo

Este trabalho faz parte do estudo intitulado “Condições de saúde e nutrição de crianças no primeiro ano de vida do município de Viçosa: um estudo de coorte”, desenvolvida pelo Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Incluiu-se todas as crianças nascidas em localidades urbanas e rurais do município de Viçosa, no período de outubro de 2011 a abril de 2012. Os critérios de exclusão foram internação em UTI neonatal, gestação gemelar e recusa em participar do estudo.

O tamanho amostral foi obtido com base na estimativa da proporção populacional (LUIZ e MAGNANINI, 2009). Foi considerado o grau de confiança de 95%, erro tolerado de 5% e proporção populacional de 15% de mães com sintomas de depressão pós-parto (ROBERTSON et al., 2004; MORI et al., 2011; PETROSYAN et al., 2011; HAGA et al., 2012). Ao tamanho amostral calculado de 196, adicionou-se 20% para cobrir as perdas de seguimento, totalizando 235 puérperas.

Coleta de dados

A coleta de dados foi dividida em dois momentos. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e primeira consulta foram realizados em torno do 30º dia de vida da criança. Cerca de 30 dias após o primeiro encontro, as mães foram reavaliadas.

Estudos internacionais divergem quanto ao período após o parto para avaliar o surgimento da DPP (HALBREICH e KARKUN, 2006; SCHARDOSIM e HELDT, 2011; BOTTINO et al., 2012). No entanto, a descrição conceitual utilizada pela quarta versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) (APA, 2000) estabelece o início da DPP dentro de 4 semanas após o parto, e a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) relata seu início dentro de 6 semanas após o parto (CAETANO, 1992). No

entanto, investigadores apontam a necessidade de uma definição universalmente aceita para a DPP (KOMSTEIN, 2010; WISNER et al., 2010).

As avaliações foram realizadas na Policlínica Municipal de Viçosa (PMV), na ocasião do cumprimento do calendário vacinal do lactente. Para controle das puérperas a serem captadas no primeiro encontro, foram obtidos os registros de nascimento no único hospital com maternidade do município, onde ocorre a quase totalidade dos partos.

Variáveis estudadas

A variável de desfecho do estudo, sintomas de DPP, foi avaliada nos dois encontros com a nutriz pela escala EPDS (*Edinburgh Post-Natal Depression Escala*) (COX, 1987), instrumento de autorregistro validado para a população brasileira (SANTOS, 2005). A escala é composta por 10 questões cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. O somatório dos pontos perfaz escore de 30, sendo adotado o ponto de corte ≥ 12 para identificar as puérperas com sintomas depressivos (COX, 1987; SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999).

A escala foi autopreenchida pelas puérperas e, nos casos de baixa escolaridade e/ou quando era solicitado pela mulher, foi aplicada oralmente pelo entrevistador.

A EPDS apresenta grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica (BUIST et al., 2006), e pode ser aplicada por diversos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (DENNIS, 2004). Esta escala não deve ser utilizada como critério diagnóstico de DPP, o que seria possível somente por meio de consulta psiquiátrica, porém é a metodologia mais frequentemente utilizada para obter sintomatologia depressiva no pós-parto e identificar mulheres em risco de DPP, correlacionando-se bem com outras medidas de depressão bem estabelecidas (HAGA et al., 2012).

As características demográficas e socioeconômicas foram representadas pela renda, escolaridade, emprego, união consensual e idade materna. Considerou-se em união consensual as mulheres que relataram serem casadas ou que viviam com o companheiro.

Quanto à renda, foi questionado à mulher o ganho mensal de todos os moradores no domicílio, incluindo o recebimento de benefícios e o trabalho informal. Esta soma foi dividida pelo valor do salário mínimo vigente na época da coleta (R\$ 622,00) (BRASIL, 2011), que foi dividido pelo número de habitantes no domicílio dependentes desta renda, obtendo-se a renda em salários mínimos *per capita*, que foi apresentada em tercís para análise.

As variáveis obstétricas investigadas foram paridade, tipo de parto e se o parto foi traumático para a puérpera. Referente à saúde infantil, obteve-se, no registro de nascidos vivos da maternidade, o peso ao nascer (g) e a idade gestacional (semanas), sendo considerados prematuros os bebês que nasceram com menos de 37 semanas de gestação. Também foi questionado à puérpera sobre a sua percepção da intensidade do choro infantil nos dois encontros (chora mais/menos/a mesma coisa que as outras crianças da mesma idade).

Quanto às condições emocionais e rede social, investigou-se o planejamento da gestação (sim / não), a reação da nutriz e do seu companheiro com a notícia da gravidez (ficou contente / indiferente, não gostou, outros), o apoio do companheiro durante gestação (muito / mais ou menos, pouco, nenhum) e após o nascimento do bebê (sim / não), a ajuda do companheiro nos cuidados com a criança (sim / não) e com os afazeres domésticos (sim / não), e o apoio emocional de alguém (sim / não), sendo este considerado como presente quando a puérpera mencionava ao menos uma pessoa do seu convívio que considerasse que a apoiasse emocionalmente. Estas quatro últimas questões foram feitas às mulheres nos dois encontros.

Realizou-se avaliação antropométrica do lactente nos dois encontros, sendo considerado desnutrido aquele com o Índice de Massa Corporal para a idade inferior ao escore-Z -2, de acordo com a referência da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2006). O peso foi mensurado com balança eletrônica e digital, pediátrica, com capacidade de 16 kg e precisão de 10 gramas, sempre sem roupas e fralda. O comprimento foi aferido utilizando-se antropômetro infantil de madeira, com régua graduada de 0 a 100 cm e precisão de 1 mm. A aferição do peso e comprimento foi realizada seguindo as técnicas preconizadas pela OMS (ONIS et al., 2004).

Processamento e análise dos dados

Inicialmente, obteve-se os índices de prevalência e incidência da variável dependente, sintomas de DPP no primeiro e segundo mês de puerpério. Para verificar sua associação com cada variável independente, foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson ou de tendência linear e, quando necessário, foi utilizado o teste exato de Fisher. Foram apresentadas as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise múltipla foi realizada por meio da regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Optou-se por este tipo de regressão porque as variáveis dependentes apresentaram prevalências superiores a 10%, e neste caso, a *odds ratio* superestima a taxa de prevalência (BARROS e HIRAKATA, 2003). Foi utilizado o modelo *stepwise backward selection procedure*, em que todas as variáveis que apresentaram $p < 0,2$ na análise bivariada são inseridas no modelo final de regressão. Em seguida são retiradas do modelo uma a uma, e permanecem no modelo final as que apresentaram nível de significância inferior a 0,05, tiveram importância para o ajuste final e/ou foram variáveis de controle.

Os dados foram inseridos no *software Microsoft Excel 2010*[®] e posteriormente importados e analisados no pacote estatístico STATA versão 9.1 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa. Participaram do estudo somente as mães que aceitaram, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que estas eram informadas que poderiam sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo a ela ou ao bebê. As mães receberam orientações sobre o estado nutricional das crianças, com enfoque na alimentação, hábitos de vida, e aleitamento materno. Aquelas com sintomas de depressão pós-parto foram encaminhadas ao atendimento psicológico do município.

Resultados

Foram selecionadas 235 puérperas, as quais preencheram a escala EPDS no primeiro encontro. Destas, 200 completaram a segunda avaliação.

Foi realizado teste do qui-quadrado de Pearson para comparação entre o grupo de perdas e o de estudo, em relação às variáveis ligadas diretamente às puérperas, como idade (adolescentes: < 20 anos; adultas: ≥ 20 anos), escolaridade (1 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; maior que 12 anos), renda (tercis) e viver com o companheiro (sim ou não). Não houve diferenças entre os grupos de perda e de seguimento, para todas as variáveis ($p > 0,05$).

A escala foi autopreenchida pela quase totalidade das puérperas, com exceção de 24 mulheres que apresentavam baixa escolaridade ou que solicitaram a aplicação oral pelo entrevistador. Não se encontrou diferenças nas médias de pontuação das escalas, e nem da proporção de sintomas depressivos de acordo com o método de aplicação ($p > 0,05$). Também não houve interferência do modo de aplicação do questionário na associação entre sintomas depressivos e baixa escolaridade ($p > 0,05$).

A média de dias após o parto na primeira entrevista foi de 33,47 (DP = 3,43), e na segunda, 62,86 (DP = 3,39). O médio número de dias entre a primeira e a segunda avaliação foi de 29,39 (DP = 3,92).

A prevalência de sintomas de DPP foi de 14,5% (n=29) no primeiro encontro, e de 9,0% (n=18) no segundo, sendo que 16,5% (n=33) das puérperas apresentaram sintomas depressivos em pelo menos uma das entrevistas. Entre as 171 puérperas que não apresentaram sintomatologia depressiva na primeira avaliação, a incidência de desenvolvimento de sintomas de DPP no segundo mês foi de 2,3% (n=4).

A análise bivariada entre as variáveis independentes e os sintomas de DPP no primeiro e segundo mês após o parto mostrou que a renda, o número de pessoas no domicílio e o trabalho materno associaram-se com sintomas de DPP no primeiro e segundo mês após o parto, e faixa etária, escolaridade e união consensual apenas no primeiro (Tabela 1). Houve associação entre o tipo de parto (normal ou cesáreo), se o mesmo foi traumático para a puérpera e o choro infantil com os sintomas de DPP nas duas avaliações (Tabela 2). Associaram-se aos sintomas depressivos nas duas avaliações receber apoio emocional de alguém e as variáveis referentes ao companheiro (reação com a notícia da gestação, apoio durante a gestação, apoio emocional no puerpério). Ter planejado a gestação associou-se com DPP somente no segundo mês (Tabela 3).

Após a análise múltipla da regressão de Poisson, observa-se que no primeiro mês houve maior probabilidade de ter sintomas de DPP entre as mães adolescentes, que tiveram parto normal e consideraram o parto traumático, cuja reação do companheiro com a notícia da gestação foi negativa e que não receberam apoio emocional de sua rede social após o parto. Já no segundo mês, os fatores que acarretaram em maior chance de sintomatologia depressiva foram a reação negativa da puérpera com a descoberta da gravidez, a percepção materna de que a criança chora mais do que outros bebês da mesma idade que o seu, e ter recebido apoio insuficiente do companheiro durante a gestação (Tabela 4).

Tabela 1: Prevalência e razão de prevalência (RP) de sintomas de depressão pós-parto no primeiro e segundo mês após o parto, segundo fatores demográficos e socioeconômicos. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Variável	n (%)	1 mês			2 meses		
		Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p	Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p
Faixa Etária (anos)							
≥ 20	159 (79,5)	11,3	1,00	0,012 ^a	8,2	1,49 (0,56-3,95)	0,423 ^a
< 20	41 (20,5)	26,8	2,36 (1,21-4,62)		12,2		
Renda (Tercis de salário mínimo per capita)							
3°	63 (33,2)	11,11	1,00	0,001 ^b	14,3	1,00	0,001 ^b
2°	78 (41,0)	17,95	1,61 (0,69-3,76)		10,3	0,71 (0,29-1,75)	
1°	49 (25,8)	36,73	3,30 (1,49-7,29)		28,6	2,00 (0,94-4,24)	
Escolaridade (anos)							
12 ou mais	32 (16,0)	6,2	1,00	0,039 ^b	6,2	1,00	0,082 ^b
9 – 11	91 (45,5)	9,9	1,58 (0,35-6,96)		6,6	1,05 (0,22-4,98)	
5 – 8	62 (31,0)	22,6	3,61 (0,87-14,98)		9,7	1,54 (0,32-7,26)	
0 – 4	15 (7,5)	26,7	4,26 (0,87-20,85)		26,7	4,26 (0,87-20,85)	
União estável							
Sim	158 (79,0)	10,8	1,00	0,004 ^a	6,9	1,00	0,051 ^a
Não	42 (21,0)	28,6	2,65 (1,37-5,12)		16,7	2,39 (0,98-5,81)	
Número pessoas domicílio							
≤ 4	137 (68,5)	9,5	1,00	0,003 ^a	5,8	1,00	0,021 ^a
> 4	63 (31,5)	25,4	2,67 (1,36-5,23)		15,9	2,71 (1,12-6,57)	
Trabalho materno							
Sim	105 (52,5)	8,6	1,00	0,033 ^a	5,7	1,00	0,023 ^a
Não	95 (47,5)	21,0	2,45 (1,17-5,13)		12,6	2,21 (0,86-5,67)	

IC = Intervalo de confiança

^aTeste qui-quadrado de Pearson

^bTeste tendência linear

Tabela 2: Prevalência e razão de prevalência (RP) de sintomas de depressão pós-parto no primeiro e segundo mês após o parto, segundo condições obstétricas e de saúde infantil. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Variável	n (%)	1 mês			2 meses		
		Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p	Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p
Prematuridade							
Não	189 (94,5)	14,3	1,00	0,721 ^a	8,5	1,00	0,274 ^a
Sim	11 (5,5)	18,2	1,27 (0,34-4,69)		18,2	2,14 (0,56-8,21)	
Peso ao nascer (kg)							
≥ 3000	141 (70,5)	14,9	1,00	0,915 ^b	7,8	1,00	0,532 ^b
2500 -3000	47 (23,5)	12,8	0,85 (0,36-1,99)		10,6	1,36 (0,49-3,73)	
< 2500	12 (6,0)	16,7	1,11 (0,29-4,22)		16,7	2,13 (0,53-8,57)	
Tipo de parto							
Cesariana	134 (67,3)	9,7	1,00	0,005 ^a	5,9	1,00	0,030 ^a
Normal	65 (32,7)	24,6	2,53 (1,29-4,96)		15,4	2,57 (1,06-6,23)	
Parto traumático							
Não	139 (72,2)	12,2	1,00	0,023 ^a	6,5	1,00	0,036 ^a
Sim	41 (22,8)	26,8	2,19 (1,11-4,31)		17,0	2,63 (1,04-6,66)	
Paridade							
Primípara	117 (58,5)	12,8	1,00	0,423 ^a	8,5	1,00	0,790 ^a
Múltipara	83 (41,5)	16,9	1,31 (0,67-2,58)		9,6	1,12 (0,46-2,74)	
Percepção materna do choro do bebê							
Menos/mesma coisa	170 (85,0)	12,3	1,00	0,040 ^a	7,0	1,00	0,022 ^a
Mais	30 (15,0)	26,7	2,15 (1,05-4,42)		20,0	2,83 (1,14-6,98)	
Desnutrição do bebê							
Não	185 (92,5)	15,7	1,00	0,097 ^a	9,7	1,00	0,205 ^a
Sim	15 (7,5)	0,0	-		0,0	-	

IC = Intervalo de confiança

^aTeste qui-quadrado de Pearson

^bTeste tendência linear

Tabela 3: Prevalência e razão de prevalência de sintomas de depressão pós-parto no primeiro e segundo mês após o parto, segundo condições emocionais e rede social. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Variável	n (%)	1 mês			2 meses		
		Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p*	Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p*
Gestação planejada							
Sim	91 (45,5)	9,89	1,00	0,091	4,40	1,00	0,038
Não	109 (54,5)	18,35	1,85 (0,88-3,87)		12,84	2,92 (0,99-8,59)	
Reação companheiro com a gestação							
Contente	169 (84,5)	10,65	1,00	0,000	6,51	1,00	0,004
Outros	31 (15,5)	35,48	3,33 (1,74-6,35)		22,58	3,46 (1,45-8,27)	
Reação materna com a gestação							
Contente	157 (78,5)	12,10	1,00	0,066	7,01	1,00	0,060
Outros	43 (21,5)	23,26	1,92 (0,96-3,82)		16,28	2,32 (0,95-5,64)	
Apoio companheiro na gestação							
Muito/Mais ou menos	185 (92,9)	11,89	1,00	0,000	7,03	1,00	0,000
Pouco/Nenhum	14 (7,1)	50,00	4,20 (2,18-8,10)		35,71	5,08 (2,11-12,24)	
Apoio do companheiro no puerpério							
Sim	85 (42,5)	7,06	1,00	0,010	3,53	1,00	0,020
Não	115 (57,5)	20,00	2,83 (1,20-6,66)		13,04	3,69 (1,1-12,39)	
Ajuda do companheiro com criança							
Sim	39 (20,4)	7,69	1,00	0,168	5,13	1,00	0,354
Não	152 (79,6)	16,45	2,13 (0,67-6,73)		9,87	1,92 (0,45-8,09)	
Ajuda do companheiro com afazeres							
Sim	14 (7,4)	14,29	1,00	0,961	7,14	1,00	0,806
Não	176 (92,6)	14,74	1,03 (0,27-3,92)		9,09	1,27 (0,18-8,95)	
Apoio emocional de alguém no puerpério							
Sim	150 (85,7)	12,7	1,00	0,003	7,3	1,00	0,042
Não	25 (14,3)	36,0	2,84 (1,45-5,56)		30,0	2,77 (1,03-7,20)	

IC = Intervalo de confiança

*Teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 4: Resultados da análise multivariada do modelo para sintomas de depressão pós-parto no primeiro e segundo mês. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	Valor p*
1 mês		
Faixa Etária (anos)		
≥ 20	1,00	
< 20	2,42 (1,21-4,81)	0,012
Tipo de parto		
Cesariana	1,00	
Normal	2,04 (1,03-4,04)	0,039
Parto traumático		
Não	1,00	
Sim	2,41 (1,21-4,78)	0,012
Reação do companheiro com a notícia da gestação		
Contente	1,00	
Outros	2,51 (1,23-5,12)	0,011
Apoio emocional de alguém no puerpério		
Sim	1,00	
Não	2,72 (1,30-5,72)	0,008
2 meses		
Reação materna com a notícia da gestação		
Contente	1,00	
Outros	2,49 (1,05-5,90)	0,037
Percepção materna do choro do bebê		
Menos/mesma coisa	1,00	
Mais	3,12 (1,32-7,35)	0,009
Apoio do companheiro na gestação		
Muito	1,00	
Mais ou menos, pouco ou nenhum	4,28 (1,84-9,94)	0,001

*Valor de p obtido pelo teste de Wald.

IC = Intervalo de confiança

Discussão

Estudos mostram diferenças nas prevalências de DPP de acordo com as características econômicas, culturais e sociais dos países, bem como devido à aplicação de diferentes métodos de diagnóstico e/ou rastreamento, (chora mais/menos/a mesma coisa que as outras crianças da mesma idade).

No entanto, as prevalências de sintomas de DPP encontradas no primeiro (14,5%) e segundo (9%) mês após o parto foram semelhantes às de estudos realizados no Brasil (CANTILINO, 2003; FAISAL-CURY et al., 2004; MORAES et al., 2006) e em outros países do mundo (ROBERTSON et al., 2004; KIRPINAR, GÖZÜM e PASINLIOGLU, 2009; MORI et al. 2011; PETROSYAN, ARMENIAN e ARZOUMANIAN, 2011; SWORD et al., 2011; HAGA et al., 2012).

Esta conformidade dos resultados deve-se em parte à utilização da escala EPDS para identificação dos sintomas de DPP, pois este é o instrumento mais utilizado em pesquisas com esta finalidade, tendo sido traduzida e validada em diversos países e em vários idiomas (PARSONS et al., 2011). O ponto de corte ≥ 12 e a aplicação dentro das primeiras 8 semanas após o parto têm sido empregados em estudos recentes (RUSCHI et al., 2007; HASSELMAN et al., 2008; KIRPINAR, GÖZÜM e PASINLIOGLU, 2009; PETROSYAN, ARMENIAN e ARZOUMANIAN, 2011; SWORD et al., 2011).

A ocorrência de sintomas depressivos no segundo mês de puerpério foi inferior à do primeiro, sendo que a incidência foi de apenas 2,3%. O que demonstra o seu surgimento preponderantemente nas primeiras 4 semanas após o parto. Resultado semelhante foi encontrado por Mori et al. (2011), em que a prevalência de risco de DPP foi quase 3 vezes maior (11%) na quarta semana após o parto, em comparação com o período de 5 a 12 semanas (4%).

Estudos internacionais divergem quanto ao período após o parto para avaliar o surgimento da DPP (HALBREICH e KARKUN, 2006; SCHARDOSIM e HELDT, 2011; BOTTINO et al., 2012). No entanto, o resultado deste estudo está em consonância com a descrição conceitual utilizada pela quarta versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) (APA, 2000), segundo a qual a DPP tem início dentro de 4 semanas após o parto, e com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), que relata seu início dentro de 6 semanas após o parto (CAETANO, 1992). No entanto, investigadores apontam a necessidade de uma definição universalmente aceita para a DPP (KOMSTEIN, 2010; WISNER et al., 2010).

Foi encontrada associação entre sintomas de DPP e idade materna (Tabela 4), sendo que as puérperas adolescentes (menores de 20 anos de idade) tiveram prevalência de sintomas de DPP 2,42 vezes maior que as adultas, no primeiro mês após o parto. Diversos estudos têm encontrado maior prevalência de sintomas depressivos entre as mães adolescentes (JONES e VENIS, 2001; KORNSTEIN, 2001; SOLOMON et al., 2000; MORRIS-RUSH et al., 2003; ROSS et al., 2006; SCHMIDT et al., 2006, BOTTINO et al., 2012) e entre aquelas com menos de 25 anos de idade (MORI et al., 2011; PETROSYAN, ARMENIAN e ARZOUMANIAN, 2011; SWORD et al., 2011).

A gravidez na adolescência corresponde a 19,3% dos nascimentos no Brasil (BRASIL, 2012). É um problema social e de saúde em todo o mundo, e mais de 90% dos casos ocorrem nos países em desenvolvimento e tem consequências médicas, econômicas e emocionais a longo prazo para a mulher e a criança (WHO, 2009). Segundo o UNICEF (2001), as mães adolescentes têm maior risco de abandonar os estudos, terem pouca ou nenhuma qualificação profissional, ficarem desempregadas ou serem mal remuneradas, viverem em más condições de habitação e sofrerem depressão. Da mesma forma, seu filho é mais propenso a viver em situação de pobreza, a crescer sem pai, tornar-se uma vítima de negligência ou maus-tratos, ter baixo rendimento escolar, se envolver no crime ou com abuso de drogas e álcool, e, eventualmente, tornar-se uma mãe adolescente e iniciar o ciclo novamente (UNICEF, 2001).

Portanto, as iniciativas para prevenção da gravidez na adolescência são de fundamental importância nas políticas de saúde de municípios e estados e a educação sexual exerce papel fundamental neste sentido, especialmente no ambiente escolar, visto que nesta faixa etária não é comum a procura por estabelecimentos de saúde, especialmente para fazer acompanhamentos e prevenção. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (BRASIL, 2009) mostra que 82,1% dos alunos de escolas privadas e 81,1% de públicas, no total das capitais brasileiras e Distrito Federal, receberam informações sobre prevenção de gravidez na escola. Deve-se então, buscar o motivo pelo qual estas orientações parecem que não são efetivas. Yazlle (2006) aponta que, a prevenção da gravidez na adolescência deve levar em consideração o conhecimento dos fatores predisponentes ou situações precursoras, como baixa autoestima, dificuldade escolar, abuso de álcool e drogas, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, pai ausente ou rejeitador, violência física, psicológica e sexual, rejeição familiar pela atividade sexual, gravidez fora do casamento, baixo nível socioeconômico.

As mães que tiveram parto normal ou parto traumático no primeiro mês tiveram prevalências 2,04 e 2,41 vezes maior de sintomas depressivos, respectivamente. O

resultado encontrado para o tipo de parto foi contrário ao esperado, visto todas as complicações, inclusive emocionais, que o parto cesariano pode trazer à mulher. Não foram encontrados estudos no Brasil que relacionassem o tipo de parto à ocorrência de sintomas depressivos, e os realizados em outros países não encontraram associação entre estas variáveis (EDHBORG et al., 2005; CARTER, FRAMPTON e MULDER, 2006; BORDERS, 2006; SWORD et al., 2011), mas a cesariana é sempre estudada como um fator de risco ao surgimento de DPP, e não o contrário nestes estudos.

Para compreender este resultado, é necessário entender o contexto em que ocorrem os partos normais no Brasil, em que a taxa de cesarianas é de 40%, valor muito acima do considerado aceitável pela OMS, que é de 15% (BRASIL, 2006). No entanto, o parto cesáreo representa 80% dos partos realizados via planos privados de saúde e 26% no sistema público (BRASIL, 2006), havendo nítida relação entre a situação socioeconômica e a escolha do tipo de parto (POTTER et al., 2001), o que também foi encontrada no presente estudo, em que as mulheres com menor renda familiar (primeiro e segundo tercís) apresentaram maior probabilidade de ter parto normal (RP = 1,74; IC = 1,32-2,29; $p < 0,01$).

Assim, as mulheres que possuem menor renda, provavelmente serão submetidas ao parto normal pela rede pública de saúde, onde são comuns problemas como a falta de leitos, falta de recursos humanos e tratamentos desumanos e sem qualquer estrutura para atender uma parturiente. Neste contexto, estarão presentes o medo de morrer ou da morte do bebê, a dor intensa e prolongada, a percepção de assistência inadequada da equipe de saúde (CREEDY et al., 2000; SOET et al., 2003), a falta de informação quanto ao procedimento a que está sendo submetida (CREEDY et al., 2000), a sensação de perda de controle ou alguma experiência humilhante (SOET et al., 2003), que estão relacionados à intensa insatisfação materna com o parto, e podem torna-lo uma experiência traumática (ZAMBALDI et al., 2009), aumentando a vulnerabilidade psicológica aos distúrbios do humor no pós-parto (CLEMENT, 2001).

No entanto, o parto normal em si não é fator de risco para o desenvolvimento de estresse e depressão entre puérperas, mas o modelo médico/hospitalar seguido no Brasil, especialmente em algumas unidades de saúde, que contam com superlotação, quadro profissional reduzido e desumanização dos atendimentos. Por ter maior duração e exigir intensa cooperação da mulher e assistência contínua dos profissionais que o acompanham, o parto normal pode, neste cenário, contribuir para o desenvolvimento de uma experiência traumática que repercute sobre o estado emocional materno no puerpério.

No estudo de Crisóstomo et al. (2007), observou-se que os partos que ocorriam de forma humanizada, no domicílio, foram rápidos, de forma natural, ou seja, de evolução fisiológica, sem intervenções e principalmente sem complicações para a mãe e o recém-nascido. Já os partos que aconteceram no hospital, foram laboriosos e mais demorados, com muitas intervenções traumáticas e desnecessárias, motivos pelos quais as mulheres optaram pelo parto normal domiciliar como a melhor experiência vivenciada.

O apoio social à puérpera demonstrou ser de grande importância para o desenvolvimento de sintomas de DPP, sendo que três variáveis referentes suporte emocional associaram-se com sintomas depressivos - a reação negativa do companheiro com a notícia da gestação (RP= 2,51; IC=1,23-5,12) e não receber apoio emocional de ninguém após o parto (RP=2,72; IC=1,30-5,72) para o primeiro mês, e o apoio insuficiente do companheiro durante a gestação (RP=4,28; IC=1,84-9,94), para o segundo.

A maioria dos estudos sobre apoios sociais naturais (que aparecem no contexto da família, comunidade ou cultura) têm encontrado que eles reduzem o risco de depressão pós-parto, sendo um forte preditor para os sintomas depressivos no pós-parto em uma variedade de contextos culturais (LEE et al, 2000; CHAAYA et al., 2002; ROBERTSON et al., 2004; XIE et al., 2009; KOZINSZKY et al., 2010; OZBASARAN, COBAN e KUCUK, 2011; LANES, KUK e TAMIN, 2011; MORI et al., 2011; SWORD et al., 2011; HAGA et al., 2012).

O apoio social parece atenuar os efeitos do estresse na DPP, reduzindo a sua intensidade e aumentando as respostas adaptativas da mulher (LAU e WONG, 2008; CHENG e PICSLAR, 2009). Os companheiros desempenham papel fundamental neste contexto. O apoio emocional recíproco com a puérpera pode reduzir o risco de depressão ou estresse após o parto (CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005; BIELINSKI-BLATTMAN et al., 2009; HUNG et al., 2011) e de consequências negativas para o filho, vindas de reações comportamentais negativas das mães devido aos sintomas depressivos (LETOURNEAU et al., 2009).

O estudo de Ruschi et al. (2011) encontrou que mulheres com maior tempo de relacionamento marital tiveram menor chance de desenvolver DPP, entre 31 e 180 dias após o parto. Segundo Mulsow et al. (2002), mulheres que relataram ter maior intimidade com o parceiro 1 e 6 meses após o parto apresentaram menores níveis de estresse. No estudo de Kirpinar, Gözümlü e Pasinlioglu (2009), problemas na relação

conjugal durante as primeiras 6 semanas após o parto foi um fator importante para prever o risco de sintomas de DPP.

Dessa forma, evidencia-se a importância do suporte social às puérperas para a prevenção de DPP, especialmente no período gestacional. No presente estudo, três variáveis relacionadas à gestação associaram-se aos sintomas depressivos após o parto, a reação negativa do companheiro com a notícia da gestação, o baixo apoio do companheiro durante a gestação e a reação negativa da mãe com a descoberta da gravidez.

É importante observar que o planejamento da gestação não teve associação com sintomas de DPP, mas a reação negativa da mulher e seu companheiro com a descoberta da gravidez sim, demonstrando que o fato de não serem desejadas foi mais importante para prever sintomatologia depressiva. Isso pode ser explicado pelo fato de que grande proporção das gestações no Brasil não são planejadas (BORGES et al., 2011), correspondendo a 54,5% neste estudo.

A gestação é um período marcado por mudanças físicas, emocionais e reestruturação da rede de relações familiares, o que exige grande capacidade de adaptação da mulher. Dessa forma, estudos demonstram que ausência de apoio social e ansiedade no pré-natal são importantes fatores de risco para DPP (KIRPINAR, GÖZÜM e PASINLIOGLU, 2009; LANES, KUK e TAMIM, 2011).

A percepção materna de que a criança chora mais que outros bebês da mesma idade no primeiro ou segundo mês associou-se com sintomas depressivos no segundo mês após o parto (RP= 3,12; IC=1,32-7,35).

De fato, o choro infantil excessivo pode ser fonte de estresse para os pais, pois produz sensação de incompetência, discórdia entre o casal e aumenta o risco de abuso e violência doméstica. Mães de bebês que choram excessivamente podem apresentar conflitos psicológicos sobre o exercício da maternidade por se sentirem incapazes de cuidar da criança, e dificuldades de interação com a mesma (MILLER e BARR, 1991), o que aumenta o risco de menor vínculo entre a díade mãe-bebê (BELSKY e FEARON, 2002) e pode ocasionar depressão com o passar do tempo (BIFULCO et al., 2002).

Por outro lado, alguns autores propõem relação de causalidade inversa, em que o choro excessivo dos bebês representa um problema comportamental resultante do menor vínculo mãe-bebê, ocasionado pela DPP (CURRIE e RADEMACHER, 2004). O choro seria, então, uma resposta do lactente para sinalizar necessidades não satisfeitas ou angústia (AKMAN et al., 2006).

Mães depressivas tendem a apresentar resposta insegura e ansiosa em relação ao choro do bebê (WENDER et al., 2002). Dessa forma, o choro excessivo do bebê ocasiona aflição e ansiedade na mãe, que pode já apresentar uma tendência a responder de maneira negativa. O bebê, por sua vez, chora em resposta a um ambiente estressante e que demonstra insegurança, gerando um mecanismo de retroalimentação (AKMAN et al., 2006) (Figura 1).

Conclusão

A prevalência de sintomas depressivos entre as puérperas avaliadas foi de 14,5% e 9% no primeiro e segundo mês após o parto, respectivamente, sendo o seu início preponderantemente no primeiro mês.

As mães adolescentes, que tiveram parto normal ou traumático, não receberam apoio emocional de ninguém no puerpério e cujo companheiro reagiu de forma negativa com a notícia da gestação tiveram maiores prevalências de DPP no primeiro mês de puerpério. No segundo, estiveram associadas as variáveis reação negativa da mãe com a notícia da gestação, pouco ou nenhum apoio do companheiro na gestação e percepção materna de que o bebê chora mais que as outras crianças da mesma idade.

Dessa forma, percebeu-se que o suporte social e as características relacionadas à gestação foram importantes preditores de sintomas depressivos na amostra avaliada.

Estes resultados apontam para a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde sobre o rastreamento da DPP nas primeiras semanas de puerpério, visando o tratamento precoce e prevenção dos agravos à saúde materno-infantil. A escala EPDS mostrou-se bastante eficaz neste sentido, confirmou sua simplicidade e rapidez no que se refere à operacionalização da etapa de coleta de dados, exigindo menos de 10 minutos para o seu preenchimento, o que a torna ideal para uso na rotina clínica por profissionais não-especializados na área de saúde mental, com a finalidade de rastrear mães que apresentem sintomas depressivos, não sobrecarregando os serviços especializados.

Ademais, conclui-se que as medidas de prevenção da DPP devem priorizar o período gestacional e o pós-parto imediato, especialmente de mães adolescentes.

Referências Bibliográficas

AKMAN, I; KUS, C, U, K; O' ZDEMIR, N; YURDAKUL, Z; SOLAKOGLU, M; ORHAN, L; KARABEKIROGLU, A; O' ZEK, E. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. **Arch Dis Child**. v. 91, p. 417-9, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082735/>>. Acesso em: 23 nov 2012.

APA. American Psychiatry Association. **Diagnostic and statistical of mental manual disorders**. DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

BARROS, A.J; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**. v. 3, n. 21, 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21/>>. Acesso em: 23 mar 2012.

BELSKY, J; FEARON, R.M. Infant-mother security, contextual risk, and early development: a moderational analysis. **Dev Psychopathol**, v. 14, n. 2, p. 293-310, 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12030693>>. Acesso em: 23 mar 2012.

BIELINSKI-BLATTMAN, D; LEMOLA, S; JAUSSE, C; STADLMAYR, W; GROB, A. Postpartum depressive symptoms in the first 17 months after childbirth: the impact of an emotionally supportive partnership. **Int J Public Health**, v. 54, n. 5, p. 333-339, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19636511>>. Acesso em: 23 mar 2012.

BIFULCO, A; MORAN, P.M; BALL, C; LILLIE, A. et al. Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 37, n. 2, p. 60-67, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11931089>>. Acesso em: 23 mar 2012

BORDERS, N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. **J Midwifery Womens Health**, v. 51, n. 4, p. 242-248, 2006. Disponível: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16814217>>. Acesso em: 18 mai 2012.

BORGES, A. L.V.; CAVALHIERI, F. B.; HOGA, L.A.K.; FUJIMORI, E. BARBOSA, L. R. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, P. 1679-1684, dez. 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800007&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 18 mai 2012.

BOTTINO, M. N.; NADANOVSKY, P.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E.; LOBATO, G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. **J Affect Disord**, v. 142, n. 1, p. 219-224, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.030>>. Acesso em: 16 ago 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Parto normal versus cesariana: o papel do Estado e das agências reguladoras**. Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e

Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 29 nov 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011. **Regulamenta a Lei no 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7655.htm>. Acesso em: 29 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Nascidos vivos, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>.

BUIST, A.; CONDON, J.; BROOKS, J.; SPEELMAN, C.; MILGROM, J.; HAYES, B. et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. **J Affect Disord**. v. 93, n. 1-3, p. 233-237, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16647761>>. Acesso em: 14 jan 2012.

CAETANO, D. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CANTILINO, A. **Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Scale na população brasileira** [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

CARTER, F.A; FRAMPTON, C.M; MULDER, R.T. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. **Psychosom Med**, v. 68, n. 2, p. 321-330, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16554400>>. Acesso em: 21 nov 2012.

CHAAAYA, M; OSMAN, H; NAASSAN, G; MAHFOUD, Z. Validation of the Arabic version of the Cohen perceived stress scale (PSS-10) among pregnant and postpartum women. **BMC Psychiatry**, v. 10, p. 111, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21159169>>. Acesso em: 14 jan 2012.

CHENG, C.Y; PICSLAR, RH. Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States. **Res Nurs Health**, v. 32, n. 6, p. 582-591, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19877163>>. Acesso em: 14 dez 2012.

CLEMENT, S. Psychological aspects of caesarean section. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 15, n. 1, p. 109–126, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359318>>. Acesso em: 14 dez 2012.

CREEDY, D.K; SHOCHET, M; HORSFALL, J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. **Birth**, v. 27, n. 2, p. 104-11, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251488>>. Acesso em: 14 dez 2012.

CRIZÓSTOMO, C.D; NERY, I.S; LUZ, M.H.B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 1, p. 98-104, 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>>. Acesso em: 14 dez 2012.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 4, p. 181-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000400004>. Acesso em: 26 jun 2012.

DENNIS, C.L. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. **Br J Psychiatry**, v. 331, p. 15–18, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC558531/>>. Acesso em: 12 dez 2012.

DENNIS, C.L.; MCQUEEN, K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? **Acta Paediatr**. v. 96, n. 4, p.590-594, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17391475>>. Acesso em: 18 abr 2012.

DENNIS, C.L.; MCQUEEN, K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. **Pediatrics**. v. 123, n. 4, e736-51, 2009. <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336362>. Acesso em: 19 ago 2012.

EDHBORG, M; MATTHIESEN, A.S; LUNDH, W; WIDSTROÖM, A.M. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum – a study of new mothers and fathers. **Arch Women Ment Health**, v. 8, n. 4, p. 221–231, 2005. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16172838>. Acesso em: 01 ago 2012.

FAISAL-CURY, A.; TEDESCO, J.J.; KAHHALE, S.,; MENEZES, P.R.; ZUGAIB, M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. **Arch Women Ment Health**. v. 7, n. 2, p. 123-31, 2004. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-003-0038-0?LI=true>>. Acesso em: 25 nov 2012.

HAGA, S. M.; ULLEBERG, P.; SLINNING, K.; KRAFT, P.; STEEN, T. B.; STAFF, A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. **Arch Women Ment Health**. v. 15, n. 3, p. 175–184, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22451329>>. Acesso em: 17 ago 2012.

HALBREICH, U.; KARKUN, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. **J Affect Disord**, v. 91, n. 2–3, p. 97–111, 2006. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/16466664/reload=0;jsessionid=s2vNTICKVn2x9ZaCyrWV.10>>. Acesso em: 24 nov 2012.

HASSELMANN, M.H; WERNECK, G. L; SILVA, C.VC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2 : S341-S352, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 abr 2012.

- HUNG, C; LIN, C; STOCKER, J.; YU, C. Predictors of postpartum stress. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 5-6, p. 666–674, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320195>>. Acesso em: 17 nov 2012.
- JONES, H.W; VENIS, J.A: Identification and classification of postpartum psychiatric disorders. **J psychosoc nurs ment health serv**, v. 39, n. 12, p. 23-47, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11775292>>. Acesso em: 17 nov 2012.
- KIRPINAR, I.; GÖZÜM, S.; PASINLIOGLU, T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. **J Clin Nurs**, v. 19, n. 3-4, p. 422–431, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500282>>. Acesso em: 17 nov 2012.
- KORNSTEIN, S.G. The evaluation and management of depression in women across the life span. **J Clin Psychiatry**, v. 62, suppl 24, p. 11-7, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11676428>>. Acesso em: 17 nov 2012.
- KOZINSZKY, Z; DUDAS, R.B; CSATORDAI, S.; DEVOSA, I.; TÓTH, E.; SZABÓ, D.; SIKOVANYECZ, J.; ZÁDORI, J.; BARABÁS, K.; PÁL, A. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 46, n. 5, p. 413-423, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20300729>>. Acesso em: 18 nov 2012.
- LANES, A; KUK, J.L; TAMIM, H. Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 11, n. 302, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/302>>. Acesso em: 15 set 2012.
- LAU, Y; WONG, D.F. The role of social support in helping Chinese women with postnatal depressive symptoms cope with family conflict. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 37, n. 5, p. 556–571, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18811775>>. Acesso em: 15 set 2012.
- LEE, D.T.S.; YIP, A.S.K.; LEUNG, T.Y.S.; CHUNG, T.K.H. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. **Hong Kong Med J**, v. 6, n. 4, p. 349-354, 2000. Acesso em: 20 jul 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177155>>. Acesso em: 16 ago 2012.
- LETOURNEAU, N; DUFFETT-LEGER, L; SALMANI, M. The role of paternal support in the behavioural development of children exposed to postpartum depression. **Can J Nurs Res**, v. 41, n. 3, p. 86-106, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2891011/>>. Acesso em: 16 ago 2012.
- LUIZ, R.R; MAGNANINI, M.M.F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: MEDRONHO, R.A; BLOCH, K.V; LUIZ, R.R; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. 2ª edição. Ed. Atheneu, São Paulo, 2009.
- MCGARRY, J.; KIM, H.; SHENG, X.; EGGER, M.; ROSS, L.E. Postpartum depression and help-seeking behavior. **J Midwifery Womens Health**, v. 54, n. 1, p. 51–56, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2008.07.003/full>>. Acesso em: 23 mar 2012.

- MILLER, A.R.; BARR, R.G. Infantile colic. Is it a gut issue? **Pediatr Clin North Am**, v. 38, n. 6, p. 1407-1423, 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1945549>>. Acesso em: 23 mar 2012.
- MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA, P.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev Saude Publica**. V. 40, n. 1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>>. Acesso em: 20 abr 2012.
- MORI, T.; TSUCHIYA, K. J.; MATSUMOTO, K.; SUZUKI, K.; MORI, N.; TAKEI, N.; The HBC Study Team. Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. **J Affect Disord**, v. 135, n. 1-3, p. 341-346, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824663>>. Acesso em: 20 mai 2012.
- MORRIS-RUSH, J; FREDA, M; BERNSTEIN, P. Screening for postpartum depression in an inner-city population. **Am J Obstet Gynecol**, v. 188, n. 5, p. 1217-1219, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748483>>. Acesso em: 20 mai 2012.
- MULSOW, M.; CALDERA, Y. M.; PURSLEY, M.; REIFMAN, A. Multilevel Factors Influencing Maternal Stress During the First Three Years. **J Marriage Fam**, v. 64, n. 4, p. 944-956, Novembro 2002. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2002.00944.x/full>>. Acesso em: 29 jul 2012.
- ONIS, M.; ONYANGO, A.W.; VAN DEN BROECK, J.; CHUMLEA, W.C.; MARTORELL, R. Measurement and standardization protocols for anthropometry used in the construction of a new international growth reference. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 25, Suppl 1, s27-s36, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15069917>>. Acesso em: 20 mai 2012.
- OZBASARAN, F; COBAN, A; KUCUK, M. Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. **Arch Gynecol Obstet**, v. 283, n.3, p. 483-490, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191280>>. Acesso em: 20 mai 2012.
- PARSONS, C. E.; YOUNG, K. S.; ROCHAT, T. J.; KRINGELBACH, M. L.; STEIN, A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. **Brit Med Bull**, v. 101, p. 57-79, 2011. Disponível em: <<http://www.africacentre.ac.za/>>. Acesso em: 23 mai 2012.
- PETROSYAN, D.; ARMENIAN, H. K; ARZOUMANIAN, K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. **J Affect Disord**, v. 135, n. 1-3, p. 77-81, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711004125>>. Acesso em: 23 mai 2012.
- POTTER, J.E; BERQUÓ, E; LEAL, F; HOPKINS, K; FORMIGA, C.C. Unwanted caesarean section among public and private patients in Brazil. **B Med J**, v. 323, n. 7322, p. 1155-8, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC59849/>>. Acesso em: 23 mai 2012.

- POSMONTIER, B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. **J Obstet Gynecol Neonat Nurs**, v. 37, n. 6, p. 722–737, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2597421/>>. Acesso em: 15 abr 2012.
- ROBERTSON, E; GRACE, S; WALLINGTON, T; STEWART, D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 289-295, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15234824>>. Acesso em: 16 nov 2012.
- ROSS, L.E., CAMPBELL, V.L., DENNIS, C.L., ROBERTSON, E. Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention and treatment of postpartum depression: review paper. **Can J Psychiatry**, v. 51, n. 11, p. 704–710, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17121169>>. Acesso em: 16 nov 2012.
- RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTAR, R.; FILHO, A.C.; ZANDONADE, E.; LIMA, V.J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev Psiquiatr RS**, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 ago 2012.
- SANTOS, M.F.S; MARTINS, F.C; PASQUALI, L. Escalas de auto- avaliação de depressão pós-parto: estudo Brasil. **Rev Psiquiatria Clín, São Paulo**, v. 26, p. 32-40, 1999. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(90\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(90).htm)>. Acesso em: 18 mai 2012.
- SCHARDOSIM, J.M; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 159-66, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Março de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 nov 2012.
- SCHMIDT, R. M.; WIEMANN, C.; RICKERT, V. I.; SMITH, E. O'B. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. **J Adolesc Health**, v. 38, n. 6, p. 712-18, 2006. Disponível em: <[http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(05\)00291-0/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(05)00291-0/abstract)>. Acesso em: 14 out 2012.
- SOET, J.E; BRACK, G.A; DILORO, C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. **Birth**, v. 30, n. 1, p. 36-46, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12581038>>. Acesso em: 14 out 2012.
- SOLOMON, D; KELLER, M; LEON, A; [MUELLER, T.I.](#); [LAVORI, P.W.](#); [SHEA, M.T.](#); [CORYELL, W.](#); [WARSHAW, M.](#); [TURVEY, C.](#); [MASER, J.D.](#); [ENDICOTT, J.](#) Multiple recurrences of major depressive disorder. **Am J Psychiatry**, v. 157, n. 2, p. 229-33, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10671391>>. Acesso em: 14 out 2012.
- SWORD, W; LANDY, C KURTZ; THABANE, L; WATT, S; KRUEGER, P; FARINE, D; FOSTER, G. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. **BJOG**, v. 118, n.8, p. 966–77, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21489126>>. Acesso em: 14 out 2012.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. 'A league table of teenage births in rich nations', Innocenti Report Card, n.3. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, 2001. Disponível em: <<http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>>. Acesso em: 14 out 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. **Bull World Health Organ**, v. 87, n. 6, p. 410–1, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression: mental health**. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em: 16 jun 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNITED NATIONS POPULATION FUND. Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health. A Global Review of the Literature. WHO Press, Geneva, 2009.

XIE, R.H; HE, G; KOCZYCKI, D; [WALKER, M.](#); [WEN, S.W.](#) Fetal sex, social support, and postpartum depression. **Can J Psychiatry**, v. 54, n. 11, p. 750–756, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961663>>. Acesso em: 14 out 2012.

YAZLLE, M.E.H.D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000800001&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 out 2012.

ZAMBALDI, C.F; CANTILINO, A; SOUGEY, E.B. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. **J Bras Psiquiatr**, v. 58, n. 4, p. 252-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000400006&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 out 2012.

ZAUDERER, Cheryl. Postpartum Depression and Breastfeeding: What Should a New Mother Do? **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 40, Issue Supplement 1, S131, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2011.01244_15.x/abstract>. Acesso em: 16 mar 2013.

5.3. Artigo 2: Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo no segundo e quarto mês após o parto: uma ênfase nos fatores psicossociais.

Resumo

Objetivo: Estabelecer os determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo, com ênfase nos fatores psicossociais, no segundo e quarto mês após o parto, em Viçosa (MG), Brasil.

Métodos: Corte transversal baseado em estudo de coorte em que foram acompanhadas, nos quatro primeiros meses após o parto, 168 puérperas provenientes do setor de imunização da Policlínica Municipal de Viçosa. Foi aplicada a escala *Edinburgh Post-Natal Depression Escala* (EPDS) para identificar os sintomas depressivos no primeiro e segundo mês após o parto, adotando-se o ponto de corte ≥ 12 . Todas as puérperas avaliadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.

Resultados: Acompanhou-se 168 puérperas nos quatro primeiros meses após o parto. A prevalência de abandono do aleitamento materno exclusivo no primeiro, segundo e quarto mês após o parto foi de 53,57% (n=90), 47,62% (n=80) e 69,64% (n=117), respectivamente, e sua incidência no quarto mês em relação ao primeiro foi de 48,7%. No segundo mês após o parto, associaram-se com o abandono do aleitamento materno exclusivo as variáveis sintomas de DPP (RP=1,61, IC=1,19-2,19, p=0,002) e parto traumático (RP=1,40, IC=1,02-2,91, p=0,035). No quarto mês mostraram significância as variáveis menor escolaridade materna (RP=2,15, IC=1,36-3,38, p=0,001), não possuir imóvel próprio (RP=1,23, IC=1,02-1,48, p=0,025), ter voltado a trabalhar (RP=1,33, IC=1,09-1,63, p=0,004), não ter recebido orientações sobre amamentação no puerpério (RP=1,21, IC=1,01-1,45, p=0,038), reação negativa do companheiro com a notícia da gestação (RP=1,29, IC=1,09-1,52, p=0,002) e não receber ajuda do companheiro com a criança (RP=1,33; IC=1,04-1,70, p=0,023).

Conclusão: Aponta-se a necessidade de identificação e tratamento precoce das nutrizes com sintomatologia depressiva, para reduzir a morbidade associada à depressão pós-parto e promover maior duração do AME. Os profissionais da saúde devem ajudar as mulheres com sintomas depressivos a receberem o tratamento necessário para continuar a amamentar. As mulheres precisam de um ambiente de apoio que proteja e promova o aleitamento materno no lar e no ambiente de trabalho.

Descritores: Lactente, Aleitamento materno, Depressão pós-parto, Nutrição do lactente.

Article 2: Determinants of the abandonment of exclusive breastfeeding in the second and fourth months after delivery: emphasis on psychosocial factors.

Abstract

Objective: To establish the determinants of the abandonment of exclusive breastfeeding, with emphasis on psychosocial factors in the second and fourth month after delivery, in Viçosa (MG), Brazil.

Methods: Cross-sectional study based on cohort who were followed in the first four months postpartum, 168 mothers from a Primary Health Care Centre. We applied the scale Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) to identify depressive symptoms in the first and second month after delivery, adopting a cutoff ≥ 12 . All women evaluated signed the consent form. This study was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Viçosa.

Results: We followed 168 postpartum women in the first four months after delivery. The prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) abandonment in the first, second and fourth months after childbirth was 53.57% (n = 90), 47.62% (n = 80) and 69.64% (n = 117), respectively. The incidence of exclusive breastfeeding abandonment in the fourth month, compared to the first, was 48.7%. In the second month after birth, were associated with exclusive breastfeeding abandonment variables PPD symptoms (PR = 1.61, CI = 1.19 to 2.19, p = 0.002) and traumatic delivery (PR = 1.40 CI = 1.02 to 2.91, p = 0.035). In the fourth month, the variables associated with abandonment of EBF were low maternal education (PR = 2.15, CI = 1.36 to 3.38), no own property (PR = 1.23, CI = 1.02 to 1.48), have returned to work (PR = 1.33, CI = 1.09 to 1.63), not having received guidance on breastfeeding postpartum (PR = 1.21, CI = 1.01 to 1.45), reaction negative mother with the news of the pregnancy (PR = 1.29, CI = 1.09 to 1.52) and no help from the fellow with the child (PR = 1.33, CI = 1.04 to 1.70).

Conclusion: Points up the need for early identification and treatment of mothers with depressive symptoms, to reduce the morbidity associated with postpartum depression and promote longer duration of EBF. Health professionals should help women with depressive symptoms to receive the necessary treatment to continue breastfeeding. Women need a supportive environment that protects and promotes breastfeeding at home and in the workplace.

Descriptors: Infant, Breast Feeding, Postpartum depression, Infant nutrition.

Introdução

É consenso na literatura internacional que o aleitamento materno apresenta benefícios para a saúde do lactente sob o aspecto nutricional, gastrointestinal, imunológico, psicológico, do desenvolvimento e da interação mãe-bebê (WHO/UNICEF, 2003). Com o objetivo de combater a desnutrição precoce e reduzir a morbimortalidade infantil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e a sua complementação até os dois anos de idade ou mais como uma política de saúde pública mundial (WHO, 2008).

No entanto, pelo menos, 85% das mães em todo o mundo não seguem estas recomendações, e apenas 35% das crianças menores de 4 meses são exclusivamente amamentadas (WHO/UNICEF, 2003). No Brasil, esta taxa é de apenas 23,3% (BRASIL, 2009a).

Os principais fatores relacionados na literatura como determinantes do abandono do aleitamento materno (AM) são a menor renda (HATTON et al., 2005; FOSTER, MCLACHLAN e LUMLEY, 2006; CARTER-SPAULDING e DEBORAH, 2007, NISHIOKA et al., 2011), baixa escolaridade (BUENO et al., 2003; NASCIMENTO et al., 2010; PEREIRA et al., 2010; INOUE et al., 2012; Victor et al., 2013) e o trabalho materno (VALDÉS et al., 2000), bem como fatores psicossociais, particularmente o apoio do companheiro (FALEIROS, TREZZA e CARANDINA, 2006; SILVEIRA e LAMOUNIER, 2006; INOUE et al., 2012) e a sintomatologia depressiva (HENDERSON et al., 2003; FALCETO, GIUGLIANI e FERNANDES, 2004; CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005; HATTON et al., 2005; FOSTER, MCLACHLAN e LUMLEY, 2006; PIPPINS et al., 2006; DENNIS E McQUEEN, 2007; 2009; HASSELMAN, WERNECK e SILVA, 2008).

Quando uma mãe vivencia depressão e ansiedade, há obstáculos para a manutenção do aleitamento materno, como uso e efeitos colaterais de medicação, privação do sono, apatia, humor depressivo (ZAUDERER, 2011), deficiência nas interações mãe-bebê e percepção negativa do comportamento infantil (DENNIS e MCQUEEN, 2009).

Assim, o presente estudo objetivou estabelecer os determinantes do aleitamento materno exclusivo, com ênfase nos fatores psicossociais, no segundo e quarto mês após o parto, em Viçosa (MG), Brasil.

Métodos

Desenho e população do estudo

Este trabalho é um estudo de corte transversal baseado nos dados da coorte “Condições de saúde e nutrição de crianças no primeiro ano de vida do município de Viçosa: um estudo de coorte”.

O critério de inclusão foi todas as mães de crianças nascidas em localidades urbanas ou rurais do município de Viçosa, no período de outubro de 2011 a abril de 2012. Os critérios de exclusão foram internação do bebê em UTI neonatal, presença de síndromes ou más formações que pudessem comprometer a amamentação, gestação gemelar e recusa em participar do estudo.

De acordo com o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2009 o número de nascidos vivos em Viçosa foi 1755 crianças. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, cerca de 50% destas sejam de famílias residentes no município, ou seja, 878 crianças (BRASIL, 2012). Considerando o tempo de coleta de seis meses, a estimativa do número de nascidos vivos neste período é de 439. Foram acompanhadas 168 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e aderiram ao estudo até os quatro meses após o parto. Este tamanho amostral corresponde a 38,3% da população dos nascidos vivos deste período, e a 19,13% dos nascidos vivos no município em 1 ano.

Coleta de dados

O convite para ingressar no estudo foi realizado em torno do 30º dia após o parto, na ocasião do cumprimento do calendário vacinal do lactente, na Policlínica Municipal de Viçosa (PMV). As outras avaliações foram realizadas aos 60 e 120 dias, também na ocasião do cumprimento do calendário vacinal, na PMV.

Variáveis de estudo

Abandono do AME

A variável de desfecho do estudo é o abandono precoce do AME, avaliado aos dois e quatro meses após o parto. Optou-se investigar este período pela possibilidade de maior influência dos sintomas depressivos, avaliados no primeiro e segundo mês após o parto.

Considerou-se em AME as crianças que recebiam somente leite humano de sua mãe, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (WHO, 1992).

Sintomas de DPP

A sintomatologia de DPP, principal variável de exposição, foi avaliada no primeiro e segundo encontro pela *Edinburgh Post-Natal Depression Escala* (EPDS), desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e validada para a população brasileira (SANTOS, 1995; SANTOS et al., 2007). Mesmo que não represente um critério diagnóstico, o que seria possível somente através de consulta psiquiátrica, é a metodologia mais frequentemente utilizada para obter sintomas ou identificar o risco de DPP e correlaciona-se bem com outras medidas de depressão bem estabelecidas (Haga et al, 2012).

A escala apresenta grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica (BUIST et al., 2006), podendo ser aplicada por diversos profissionais da Atenção Primária à Saúde (DENNIS, 2004). A aplicação e interpretação são simples, formada por um questionário que contém 10 questões cujas opções são pontuadas (0 a 3), de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. A somatória dos pontos perfaz escore de 30. Seus itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro) (SANTOS, 1995).

Foi considerado o ponto de corte ≥ 12 (COX et al., 1987; SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999), com 72% de sensibilidade, 88% de especificidade, 78% de valor preditivo positivo e 83% de acurácia (SANTOS, MARTINS e PASQUALI, 1999). A escala foi autopreenchida pela quase totalidade da amostra, sendo aplicada oralmente pelo entrevistador somente nos casos em que a puérpera apresentava baixa escolaridade, como sugerido por Cox, Holden e Sagovsky (1987), ou quando a mesma o solicitava, por qualquer motivo. No estudo de Ruschi et al. (2007) não houve diferenças no padrão de respostas à escala de acordo com o método de aplicação.

Vínculo entre mãe e bebê

O vínculo entre mãe e bebê foi avaliado pela aplicação da escala *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ) (BROCKINGTON et al., 2001) no primeiro e segundo mês após o parto. O PBQ consiste de 25 itens pontuados numa escala de 0 a 5, que são agrupados em 4 subescalas: apego inadequado (12 itens), raiva e rejeição (7 itens), ansiedade em relação aos cuidados (4 itens) e risco de abuso (2 itens). Os escores positivos, assim como os negativos foram somados para cálculo do escore total.

Condições socioeconômicas, obstétricas, emocionais e rede social

As variáveis socioeconômicas e demográficas investigadas foram idade e escolaridade materna, número de pessoas no domicílio, posse do imóvel de residência, renda, voltou a estudar ou trabalhar fora aos 4 meses após o parto, tabagismo e etilismo.

A renda foi considerada como o ganho mensal de todos os moradores no domicílio, incluindo o recebimento de benefícios e o trabalho informal.

Quanto às variáveis obstétricas, foram obtidos: a paridade (primípara/múltipara); a presença de orientações acerca da amamentação durante a gestação e o pós-natal (sim / não); o tipo de parto (normal / cesáreo) e se o mesmo foi traumático para a mãe (sim / não); e o peso ao nascer (Kg).

Também foram investigadas as condições emocionais e rede social da puérpera durante a gestação e após o nascimento da criança. No que diz respeito à gestação, foi investigado se foi ou não planejada, a reação do companheiro e da mulher quando souberam da gravidez e o apoio emocional do companheiro neste período. Após o nascimento da criança, foi questionado à puérpera se o companheiro a ajudava nos cuidados com o recém-nascido no primeiro mês de vida, e se recebia apoio emocional de algum familiar ou amigo, nos dois primeiros meses após o parto.

Processamento de dados e análises

Inicialmente, precedeu-se à análise exploratória com estatísticas descritivas, incluindo-se distribuições, médias (desvio-padrão), medianas (mínimo-máximo) e os índices de prevalência e incidência. As análises bivariadas foram realizadas com o teste de qui-quadrado de Pearson ou de tendência linear, quando necessário, obtendo-se associações entre a variável dependente (abandono do AME aos dois e quatro meses de vida do lactente) e cada variável independente.

A análise múltipla foi realizada pela regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, obtendo-se a razão de prevalência e o respectivo intervalo de confiança de 95%. Optou-se por este tipo de regressão porque a variável dependente apresentou prevalência superior a 10%, e neste caso, a *odds ratio* superestima a taxa de prevalência (BARROS e HIRAKATA, 2003). Foi utilizado o modelo *stepwise backward selection procedure*, em que todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada, foram inseridas no modelo múltiplo. Em seguida, foram retiradas, uma a uma, sendo que os critérios para permanência no modelo foram nível de significância 95% ($p < 0,05$), importância para o ajuste, ou variáveis de controle.

A técnica de análise de sobrevida foi utilizada para a construção da curva de crianças em aleitamento materno exclusivo, segundo a presença de sintomas depressivos, utilizando a técnica Kaplan-Meier. A análise dos dados e construção da curva de sobrevida foram realizados no pacote estatístico STATA versão 9.1.

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa. Participaram do estudo somente as mães que aceitaram, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As mães receberam orientações quanto à amamentação e aquelas com sintomas de DPP ou TMC foram encaminhadas ao atendimento psicológico do município.

Resultados

Foram acompanhadas 168 puérperas até o quarto mês após o parto. A mediana de idade foi de 25,5 anos (13-44 anos), sendo que 20,2% (n=34) eram adolescentes e 38,7% (n=65) tinham menos de 8 anos de escolaridade.

A mediana de renda familiar foi R\$ 1165,00 (R\$ 100,00 – R\$ 7.000,00), cerca de 31% tinham 5 ou mais moradores no domicílio e 40,5% não possuíam imóvel próprio.

Quanto às variáveis obstétricas, a maioria era primípara (61,3%) e teve parto cesariano (65,9%). A média de peso ao nascer dos lactentes foi de 3.234,6 g (DP = 466,6 g), sendo que cerca de 29% nasceram com peso abaixo do desejável.

A prevalência de abandono do AME no primeiro, segundo e quarto mês após o parto foi de 53,6% (n=90), 47,6% (n=80) e 69,6% (n=117), respectivamente, e sua incidência no quarto mês em relação ao primeiro foi de 48,7% (38/78). Ou seja, dentre as 78 crianças em AME no primeiro mês após o parto, 38 estavam sendo submetidas a outro método de alimentação no quarto mês.

As análises bivariadas entre o abandono do AME antes dos 2 e 4 meses e as variáveis independentes mostraram que tiveram maior chance de abandono do AME aos 2 meses as mães que residiam em domicílios com 5 ou mais moradores, tiveram parto traumático, que não planejaram a gestação, que apresentaram sintomas de DPP e apresentam maior pontuação na escala PBQ. Aos 4 meses, foram aquelas que possuíam menor escolaridade, haviam voltado a trabalhar, não haviam recebido orientações sobre amamentação no pós-natal, não planejaram a gestação, não ficaram contentes (não gostei/indiferente) com a notícia da gestação e não receberam ajuda do companheiro com a criança no primeiro mês (Tabelas 1, 2 e 3).

A análise de regressão múltipla para o segundo mês após o parto mostrou que somente as variáveis sintomas de DPP e parto traumático mantiveram significância no modelo. No quarto mês após o parto, as variáveis escolaridade materna, posse do imóvel de residência, voltou a trabalhar, recebeu orientações sobre amamentação no puerpério, reação do companheiro com a notícia da gestação e ajuda do companheiro com a criança associaram-se à interrupção precoce do AME na análise de regressão múltipla (Tabela 4).

No Gráfico 1 é possível observar o abandono do aleitamento materno exclusivo ao longo do período de acompanhamento, de acordo com a presença de sintomas depressivos.

Tabela 1: Prevalência e razão de prevalência (RP) de interrupção do AME antes dos 2 e 4 meses após o parto, segundo características socioeconômicas e demográficas. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Variável	n (%)	2 meses			4 meses			
		Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p ¹	Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p ¹	
Idade (anos)								
≥20	34 (79,8)	47,3	1,00	0,478	67,16	1,00	0,165	
13 - 20	134 (20,2)	52,9	1,14 (0,79-1,65)		79,41	1,18 (0,95-1,45)		
Renda	Variável contínua		0,99 (0,99-1,00)	0,837	Variável contínua		0,99 (0,99-1,00)	0,146
Escolaridade (anos)								
12 ou mais	28 (16,7)	32,1	1,00	0,199	39,3	1,00	0,000	
9 – 11	75 (44,6)	50,7	1,57 (0,87-2,82)		72,0	1,83 (1,13-2,97)		
0 – 8	52 (31,0)	50,8	1,57 (0,87-2,85)		80,0	2,03 (1,26-3,28)		
Imóvel próprio								
Sim	100 (59,5)	47,0	1,00	0,846	65,00	1,00	0,112	
Não	68 (40,5)	48,5	1,03 (0,74-1,42)		76,47	1,17 (0,96-1,43)		
Número de pessoas no domicílio								
2-4	116 (69,1)	42,2	1,00	0,037	65,52	1,00	0,082	
≥5	52 (30,9)	59,6	1,41 (1,03-1,92)		78,85	1,20 (0,99-1,46)		
Voltou a estudar ou trabalhar aos 4 meses								
Não	-	-	-	-	64,3	1,00	0,013	
Sim	-	-	-		85,5	1,32 (1,09-1,59)		
Tabagismo								
Não	159 (94,6)	46,5	1,00	0,240	68,55	1,00	0,197	
Sim	9 (5,4)	66,7	1,43 (0,87-2,34)		88,89	1,29 (1,00-1,67)		
Bebida alcoólica								
Não	154 (91,7)	45,7	1,00	0,456	68,83	1,00	0,448	
Sim	14 (8,3)	57,1	1,22 (0,75-1,98)		78,57	1,14 (0,85-1,53)		

¹Valor de p pelo teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2: Prevalência e razão de prevalência (RP) de interrupção do AME antes dos 2 e 4 meses após o parto, segundo condições obstétricas e de saúde infantil. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Variável	n (%)	2 meses			4 meses		
		Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p ¹	Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p ¹
Prematuridade							
Não	160 (95,2)	47,5	1,00	0,890	69,4	1,00	0,736
Sim	8 (4,8)	50,0	1,05 (0,51-2,14)		75,0	1,08 (0,71-1,63)	
Peso ao nascer (Kg)							
≥ 3000	119 (70,8)	47,0	1,00	0,821	67,2	1,00	0,289
< 3000	49 (29,2)	48,9	1,04 (0,73-1,46)		75,5	1,12 (0,91-1,37)	
Tipo parto							
Normal	57 (34,1)	49,1	1,00		78,9	1,00	0,055
Cesariana	110 (65,9)	46,4	0,94 (0,67-1,31)	0,735	64,5	0,81 (0,67-0,99)	
Parto traumático							
Não	115 (76,7)	43,5	1,00	0,021	66,1	1,00	0,058
Sim	35 (23,3)	65,7	1,51 (1,09-2,07)		82,9	1,25 (1,02-1,53)	
Paridade							
Múltipara	65 (38,7)	43,0	1,00	0,349	76,9	1,00	0,103
Primípara	103 (61,3)	50,5	1,17 (0,83-1,64)		65,0	0,84 (0,69-1,02)	
Recebeu orientações sobre amamentação no PN							
Sim	78 (46,7)	51,3	1,00	0,413	73,1	1,00	0,342
Não	89 (53,3)	44,9	0,87 (0,63-1,20)		66,3	0,90 (0,74-1,10)	
Recebeu orientações sobre amamentação no puerpério							
Sim	120 (71,4)	43,3	1,00	0,079	65,0	1,00	0,039
Não	48 (28,6)	58,3	1,34 (0,98-1,84)		81,2	1,25 (1,03-1,51)	

¹Valor de p pelo teste qui-quadrado de Pearson

PN: Pré-natal

Tabela 3: Prevalência e razão de prevalência (RP) de interrupção do AME antes dos 2 e 4 meses após o parto, segundo condições emocionais e rede social. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Variável	n (%)	2 meses			4 meses		
		Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p ¹	Prevalência (%)	RP (IC 95%)	Valor p ¹
Gestação planejada							
Sim	76 (45,2)	38,1	1,00	0,026	61,8	1,00	0,046
Não	92 (54,8)	55,4	1,45 (1,03-2,04)		76,1	1,23 (0,99-1,51)	
Reação do companheiro com a notícia da gestação							
Contente	143 (85,1)	46,1	1,00	0,363	76,1	1,00	0,091
Outros	25 (14,9)	50,0	1,00 (0,82-1,22)		84,0	1,25 (1,01-1,53)	
Reação da mãe com a notícia da gestação							
Contente	135 (80,4)	45,1	1,00	0,201	65,9	1,00	0,034
Outros	33 (19,6)	57,6	1,09 (0,94-1,27)		84,8	1,28 (1,06-1,55)	
Apoio do companheiro na gestação							
Muito/Mais ou menos	157 (93,5)	43,5	1,00	0,271	68,1	1,00	0,113
Pouco/Nenhum	11 (6,5)	63,6	1,36 (0,84-2,20)		90,9	1,33 (1,07-1,65)	
Ajuda do companheiro com a criança							
Sim	48 (28,6)	45,7	1,00	0,800	58,3	1,00	0,044
Não	120 (71,4)	48,1	1,05 (0,70-1,57)		74,2	1,27 (0,97-1,65)	
Apoio emocional de algum familiar ou amigo							
Sim	161 (96,4)	47,8		0,917	70,2	1,00	0,856
Não	6 (3,6)	50,0	1,04 (0,46-2,37)		66,7	0,94 (0,53-1,69)	
Sintomas de DPP							
Não	141 (83,9)	42,5	1,00	0,003	66,7	1,00	0,055
Sim	27 (16,1)	74,1	1,74 (1,29-2,33)		85,2	1,27 (1,04-1,55)	
Pontuação na escala PBQ							
Variável contínua	-	-	1,01 (1,00-1,03)	0,022	-	1,00 (0,99-1,01)	0,133

¹Valor de p pelo teste qui-quadrado de Pearson
DPP: Depressão Pós-Parto

²Valor de p pelo Teste Exato de Fisher
PBQ: *Postpartum Bonding Questionnaire*

Tabela 4: Resultados das análises multivariadas do modelo para abandono do aleitamento materno exclusivo aos 2 e 4 meses após o parto. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p ¹
2 meses		
Sintomas de DPP		
Não	1,00	0,002
Sim	1,61 (1,19-2,19)	
Parto traumático		
Não	1,00	0,035
Sim	1,40 (1,02-2,91)	
4 meses		
Escolaridade (anos)		
12 ou mais	1,00	
9 – 11	2,01 (1,28-3,17)	0,002
0 – 8	2,15 (1,36-3,38)	0,001
Imóvel próprio		
Sim	1,00	
Não	1,23 (1,02-1,48)	0,025
Voltou a trabalhar ou estudar aos 4 meses		
Não	1,00	
Sim	1,33 (1,09-1,63)	0,004
Recebeu orientações sobre amamentação no puerpério		
Sim	1,00	
Não	1,21 (1,01-1,45)	0,038
Reação da mãe com a notícia da gestação		
Contente	1,00	
Outros	1,29 (1,09-1,52)	0,002
Ajuda do companheiro com a criança		
Sim	1,00	
Não	1,33 (1,04-1,70)	0,023

¹Valor de p obtido pelo teste de Wald.

IC = Intervalo de confiança

DPP = Depressão Pós-Parto

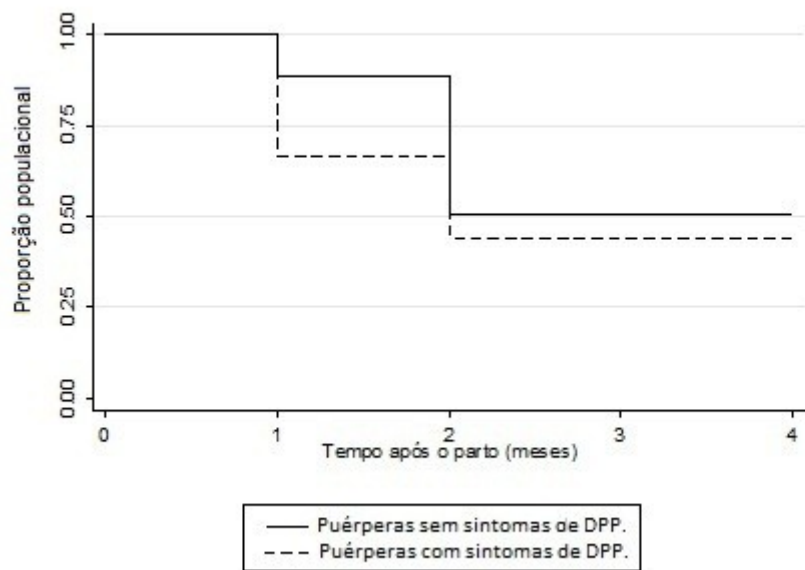


Gráfico 1: Crianças em aleitamento materno exclusivo, segundo sintomas de depressão pós parto. Viçosa, Brasil, 2011-2012.

Discussão

Prevalência de abandono do AME

Foi encontrada alta prevalência de abandono do AME, sendo que cerca de 30% das puérperas amamentavam exclusivamente ao seio aos quatro meses após o parto. Outros estudos realizados no Brasil revelaram resultados semelhantes, em que as taxas de AME aos 4 meses oscilaram entre 28 e 35% (KITOKO et al., 2000; FALCETO et al., 2004; SILVA et al., 2007), chegando a 23,3% na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009a).

Assim, apesar de haver aumento das taxas de AM e AME no Brasil desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, no início da década de 80 (Brasil, 2009a), observa-se que ainda há forte tendência ao abandono precoce do AME, e que a proporção de crianças amamentadas exclusivamente está aquém das recomendações da OMS, o que é grave em termos de resultados negativos para a saúde infantil.

Segundo a OMS (1996, 1997), a administração de outros líquidos além do leite materno nos primeiros quatro meses de vida da criança interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar ao menor ganho ponderal e ao aumento do risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias.

Evidências indicam também que a introdução de alimentos sólidos antes dos 4 meses tem implicações na saúde a curto e longo prazo, como aumento das taxas de otite média e pneumonia, e infecções gastrointestinais, menor absorção de nutrientes importantes do leite materno (ferro e zinco), risco de desnutrição e pode estar associada a déficits na função cognitiva, obesidade, risco futuro de doença cardiovascular, diabetes mellitus tipo 1, doença celíaca e alergias (FEWTRELL et al, 2007; 2011; BRASIL, 2009b).

No presente estudo, a prevalência de abandono do AME no segundo mês (47,6%) foi inferior à do primeiro (53,6%), pois, por princípios éticos, todas as puérperas atendidas foram incentivadas e orientadas a amamentarem exclusivamente seus bebês até o sexto mês.

Fatores associados ao abandono do AME 2 meses após o parto

As únicas variáveis que permaneceram no modelo múltiplo para abandono do AME aos 2 meses pós-parto foram **sintomas de DPP** e parto traumático, o que

demonstra que a vulnerabilidade emocional é importante fator de risco para o abandono do AME neste período.

A DPP possui sintomas típicos que podem representar obstáculos para a manutenção da amamentação (ZAUDERER, 2011), como a anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), insônia, fadiga, irritabilidade, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração (CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005), e sintomas psicossomáticos, como a cefaleia e dores nas costas (KLAUS et al., 2000).

Estudo recente, com foco nas interações entre mãe-bebê durante a amamentação, indica que a prática do AM fica comprometida em mulheres depressivas. Nutrizes com e sem sintomas depressivos foram filmadas durante a amamentação e observou-se que aquelas com presença de sintomas depressivos apresentaram pior posicionamento do bebê e menor frequência nas carícias ao mesmo (HART et al., 2011).

Estudos têm relatado chances reduzidas de manter o aleitamento materno por mães que estão com sintomas depressivos ou estresse (HENDERSON et al., 2003; FALCETO, GIUGLIANI e FERNANDES, 2004; CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005; FOSTER, MCLACHLAN e LUMLEY, 2006; PIPPINS et al., 2006; DENNIS E MCQUEEN, 2007; 2009; HASSELMAN, WERNECK e SILVA, 2008; JONES et al., 2011; NISHIOKA et al., 2011; HAGA et al., 2012). Nestes estudos, as puérperas com altos escores de DPP eram mais propensas a interromper a amamentação entre 4 e 16 semanas após o parto. Outros trabalhos encontraram que as mães com sintomas de DPP apresentam maiores chances de interromper o AME (CLIFFOD et al., 2006; THOME et al., 2006; CARTERS-SPAULDING e HOROWITZ, 2007).

Observa-se que neste estudo os sintomas de DPP associaram-se ao abandono do AME somente no segundo mês após o parto. No quarto mês, apesar de ter sido encontrado maior taxa de abandono do AME entre as mães com sintomas depressivos, esta variável não se manteve no modelo múltiplo. Uma explicação possível para este resultado é o fato de que a prevalência de sintomas de DPP diminuiu no segundo mês (9,5%) em relação ao primeiro (14,3%), e pode ser que os sintomas depressivos tenham amenizado ainda mais no quarto mês.

Estudo aponta que o pico de prevalência de DPP ocorre na sexta semana após o parto para depressão maior, e 2 a 3 meses para depressão menor, com queda gradativa após estas datas (KAHN et al., 2002). Mori et al. (2011), encontraram prevalência de risco de DPP quase 3 vezes maior (11%) na quarta semana após o parto, em comparação

com o período de 5 a 12 semanas (4%). Haga et al. (2012) encontraram prevalência de sintomas de DPP de 15,1% 6 semanas após o parto, e 11,6% 3 meses após o parto.

Além disso, por princípios éticos, as mulheres diagnosticadas com sintomas de DPP neste estudo foram encaminhadas ao tratamento adequado. Portanto, espera-se que com 4 meses já estivessem em tratamento e que os sintomas depressivos já tivessem ao menos amenizado.

Ter uma experiência de parto traumática também se associou com o abandono do AME aos 2 meses após o parto. Apesar de não terem sido encontrados estudos na literatura com resultados semelhantes, esta relação pode ser explicada pelo fato de que a insatisfação com o parto é de extrema importância para a mulher e pode aumentar a vulnerabilidade psicológica aos distúrbios do humor no pós-parto (CLEMENT, 2001).

Fatores associados ao abandono do AME 4 meses após o parto

As mães com menor **escolaridade** e que não receberam **orientações** sobre a amamentação abandonaram mais o AME 4 meses após o parto. De fato, o maior acesso à informação sobre as vantagens do AME é um fator amplamente apontado na literatura como decisivo para a escolha da nutriz de amamentar exclusivamente (BUENO et al., 2003; NASCIMENTO et al., 2010; PEREIRA et al., 2010; INOUE et al., 2012).

No Brasil, estudos mostram que uma das principais causas para o desmame precoce é a ausência de conhecimento, por parte das nutrizes, sobre a prática da amamentação, a qualidade do seu leite e a importância deste para o desenvolvimento sadio do bebê (NOGUEIRA, 2008; AZEVEDO et al., 2010). Evidências mostram também que o apoio formal, fornecido por profissionais de saúde no pós-parto, pode influenciar positivamente a duração da amamentação (DE OLIVEIRA, CAMACHO e TEDSTONE, 2001; KRAMER et al., 2001; TAVERAS et al., 2003; LABARERE et al., 2005) e promover o AME (KHRESHEH et al., 2011; MELLIN et al., 2011).

Em 1998, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que adota os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação" (WHO, 1998), cujo terceiro passo, em especial, refere-se ao fornecimento de informações a todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.

No entanto, apesar de se observar efeitos positivos desta Iniciativa sobre as taxas de amamentação iniciais (CATTANEO e BUZZETTI, 2001), é necessário apoio

contínuo às puérperas, para evitar declínio subsequente das taxas de amamentação após a alta hospitalar (COUTINHO et al., 2005).

É imprescindível que os serviços e profissionais de saúde estejam comprometidos com a promoção do AM e sejam capazes de fornecer informações apropriadas, assim como demonstrar habilidade prática no manejo da amamentação (WHO, 1992). Estudo mostra que mães que receberam orientações profissionais de parteiras ou enfermeiras sobre puericultura têm maior duração do AME (KANEKO et al., 2006) e, mães que não foram bem informadas sobre amamentação planejam amamentar por menos tempo (IDRIS et al., 2012). Neste contexto, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) caracteriza-se em espaço privilegiado para a adoção de orientações sobre a amamentação entre gestantes e nutrizes (CRUZ et al., 2010).

Estudos têm encontrado associação entre a interrupção do AM e menor renda familiar (HATTON et al., 2005; FOSTER et al., 2006; CARTER-SPAULDING E HOROWITZ, 2007; NISHIOKA et al., 2011). No entanto, ao contrário do esperado, esta relação não foi encontrada neste estudo. As variáveis socioeconômicas que se associaram ao abandono precoce do AME aos quatro meses após o parto foram a escolaridade materna, a propriedade do imóvel de residência e já ter voltado ao trabalho antes dos quatro meses.

No que diz respeito à propriedade do imóvel de residência, este resultado pode ser explicado pelo fato de que a forma de ocupação do domicílio implica diretamente no comprometimento da renda familiar, principalmente para a população de menor poder aquisitivo, que pode destinar parte substancial de seus rendimentos para o pagamento de aluguel (BRASIL, 2011). Assim, a posse do imóvel de residência parece representar melhor a situação de vulnerabilidade socioeconômica do que a própria renda nesta amostra.

Quanto ao trabalho materno, estudos recentes mostram que a taxa de AM (STEVEN, 2003; SKAFIDA, 2012), AMP (OGBUANU et al., 2011) e AME (BAGIOLI, 2003; FRANCO et al., 2008) declinam rapidamente quando a mulher volta a trabalhar. Assim, a licença-maternidade representa um importante fator de proteção ao AM (GUENDELMAN et al., 2009). Vianna et al. (2007) encontraram que as mães que trabalhavam fora e recebiam licença-maternidade apresentavam maior prevalência de AME do que aquelas que trabalhavam fora mas não recebiam este benefício.

No Brasil, a licença-maternidade concede 120 dias de afastamento da nova mãe sem prejuízo ao emprego e ao salário. Outra garantia prevista para as gestantes e nutrizes é a proibição da demissão sem justa causa, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. A mãe também pode solicitar duas pausas diárias de 30 minutos para amamentação, até que o bebê complete seis meses (BRASIL, 1988).

Ademais, em 2010, o Congresso Nacional aprovou, por meio do Programa Empresa Cidadã, a prorrogação da licença-maternidade de 120 para 180 dias, mediante a concessão de incentivos fiscais (BRASIL, 2009c). No entanto, a adesão ao programa é facultativa e ele só é válido para as funcionárias cujas empresas aderiram ao mesmo. Dados da Receita Federal mostraram que, até fevereiro de 2012, a taxa de adesão das organizações que têm a possibilidade de participar do programa foi de apenas 10% (BRASIL, 2013).

Observa-se também que grande parte das mulheres que possuem trabalho remunerado não recebem a licença-maternidade, por descumprimento da lei por parte dos empregadores, ou por estarem em contratos informais de trabalho (VIANNA et al., 2007). Além disso, algumas mulheres iniciam o período de licença-maternidade ainda no final da gestação, e o retorno ao trabalho ocorre antes dos 120 dias após o parto.

Como agravante da situação de curto período de licença-maternidade e trabalho informal, está a ausência de conhecimento por parte das mães sobre a retirada e armazenamento do leite materno, para ser oferecido à criança durante seu trabalho. Estudo mostra que a ausência de orientações à puérpera a este respeito contribui para o desmame precoce (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 1995).

A expressão manual do leite materno deve ser demonstrada às mães no período pós-parto como importante aspecto do autocuidado com a mama (AUERBACH e RIORDAN, 1998). A ordenha manual é uma técnica facilmente aprendida, mas o seu sucesso depende de que seja ensinada e praticada corretamente pela nutriz com antecedência ao seu retorno ao trabalho, além do apoio de familiares e profissionais de saúde (VALDÉS et al., 2000).

A retirada de leite tem sido apontada como um meio pelo qual as mulheres se preparam para voltar para trabalhar ou à “vida normal”, sem abandonar a amamentação (HAUSMAN, 2003; DYKES, 2005, 2006). Estudo aponta a retirada periódica de leite materno durante a jornada de trabalho como fator fundamental para a manutenção da lactação (REA et al., 1997). Estudo prospectivo controlado realizado no Chile mostrou que a estratégia mais importante para manter a lactação entre mães trabalhadoras foi a

expressão ou retirada de leite materno – aquelas que adotaram esta técnica conseguiram manter a amamentação exclusiva até 6 meses (53%) comparando-se com as que não adotaram (6%) (Valdes et al, 2000). Idris et al. (2012) encontraram que as mulheres que tinham intenção de fazer a expressão do leite amamentaram por mais tempo.

No estudo qualitativo de Johnson et al. (2009), a ordenha foi apontada pelas nutrizes como uma possibilidade de ter certo grau de independência em relação ao bebê, pois tornou possível sair de casa por algumas horas para o lazer ou trabalho, propiciando ruptura entre as exigências opostas da maternidade e da participação feminina no mercado de trabalho (DYKES, 2006).

Entretanto, alguns estudos destacam as dificuldades que as mulheres enfrentam para fazer a ordenha do leite no local de trabalho (GALTRY, 2000; GATRELL, 2007). É importante observar que, quando a mulher volta ao trabalho, o empregador assume papel fundamental, pois pode garantir as condições necessárias para que a mulher continue a amamentar (VALDÉS et al., 2000). Mães que trabalham podem continuar o AME por seis meses se o local de trabalho oferecer o suporte necessário (ORTIZ, 2004), como licença-maternidade, horários flexíveis, intervalos para lactação, salas reservadas para a amamentação e equipamentos de refrigeração (NSW, 2004; REA e MORROW, 2004; KOSMALA-ANDERSON, 2006).

A reação imediata da mãe com a notícia da gestação ter sido diferente de “contente” também foi preditora de abandono do AME aos quatro meses, o que pode ser explicado pelo fato de que as mulheres que desejam e planejam a gestação estão mais dedicadas à maternidade e ao bebê.

As nutrizes que não recebiam ajuda do companheiro nos cuidados com a criança também interromperam o AME mais precocemente. A associação entre o apoio do companheiro e melhores indicadores do AM tem sido encontrada em diversos estudos, em que a atitude favorável e o apoio do pai da criança favoreceram a maior duração da amamentação (SILVEIRA e LAMOUNIER; 2006; FALEIROS, TREZZA e CARANDINA, 2006; INOUE et al., 2012).

Um dos primeiros estudos sobre a associação entre o apoio do companheiro e o AM encontrou que mães que estavam satisfeitas com o envolvimento dos pais na educação dos filhos continuaram a “amamentação plena” por mais tempo (NINOMIYA, 1997). Outro estudo mostra que mães que conversam com o parceiro sobre a saúde do bebê são mais propensas a continuar o AME por seis meses (KANEKO et al., 2006).

Conclusões

As puérperas com sintomas de DPP e que relataram ter experiência de parto traumática apresentaram maiores chances de abandonar o AME no segundo mês após o parto. Aquelas com menor escolaridade, que não possuíam o imóvel de residência, haviam voltado ao trabalho, não receberam orientações sobre a amamentação no puerpério, reagiram de maneira negativa com a notícia da gestação e não recebiam ajuda do companheiro nos cuidados com a criança abandonaram mais o AME quatro meses após o parto.

Aponta-se a necessidade de identificação e tratamento precoce das nutrizes com sintomatologia depressiva, não só para reduzir a morbidade associada à depressão pós-parto, mas também para tentar promover o aumento das taxas de duração do AME. Os profissionais da saúde são de grande importância neste contexto, pois podem ajudar as mulheres com sintomas depressivos a receberem o tratamento necessário para continuar a amamentar.

Para alcançar a recomendação da OMS de seis meses de exclusividade do aleitamento materno, também é necessário um ambiente de apoio que o proteja e promova no lar, representado principalmente pela figura do companheiro, e no ambiente de trabalho. Para as nutrizes que trabalham, é importante que os empregadores adotem o tempo de licença-maternidade de 6 meses, respeitem as pausas durante o expediente de trabalho para amamentação e propiciem estrutura física reservada para as mulheres que desejam amamentar ou fazer a retirada do leite para armazenamento.

Referências Bibliográficas

AUERBACH, K.G; RIORDAN, J. The breastfeeding process: the perinatal and intrapartum period. In: RIORDAN, J; AUERBACH, K.G, editors. **Breastfeeding and human lactation**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1998. p. 279-309.

AZEVEDO, D.S; REIS, A.C.S; FREITAS, L.V; COSTA, P.B; PINHEIRO, P.N.C; DAMASCENO, A.K.C. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Rev RENE**, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a06v11n2.htm>. Acesso em: 16 nov 2012.

BAGIOLI, F. Returning to work while breastfeeding. **Am Fam Physician**, v. 68, n. 11, p. 2201-2208, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14677665>>. Acesso em: 16 nov 2012.

BARROS, A.J; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol.** v. 3, n. 21, 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21/>>. Acesso em: 23 mar 2012.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 jan 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 108 p. : il. – (Serie C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

BRASIL. [Decreto nº 7.052 de 23 de dezembro de 2009.](#) Regulamenta a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, que cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade, no tocante a empregadas de pessoas jurídicas. Brasília, 23 de dezembro de 2009c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7052.htm>. Acesso em: 06 jan 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios.** Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10>>. Acesso em: 20 set 2012.

BRASIL. Receita Federal. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/>>. Acesso em: 23 jan 2013.

BUENO, M.B; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B; PAZ, S.M.R.S; GIMENO, S.G.A; SIQUEIRA, A.A.F. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cad. Saúde Pública,** v. 19, n. 5, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000500024&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jan 2012.

BUIST, A.; CONDON, J.; BROOKS, J.; SPEELMAN, C.; MILGROM, J.; HAYES, B. et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. **J Affect Disord.** v. 93, n. 1-3, p. 233-237, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16647761>>. Acesso em: 14 jan 2012.

CARTER-SPAULDING, M.C; HOROWITZ, J.A. How does postpartum depression affect breastfeeding. **MCN Am J Matern Child Nurs.,** v. 32, n. 1, p. 10-17, 2007.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17308452>>. Acesso em: 15 jan 2013.

CATTANEO, A; BUZZETTI, R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. **Br Med J.**, v. 323, p. 1358-1362, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121812/>>. Acesso em: 19 nov 2012.

CLEMENT, S. Psychological aspects of caesarean section. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 15, n. 1, p. 109–126, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359318>>. Acesso em: 14 dez 2012.

CLIFFORD, T.J; CAMPBELL, M.K; SPEECHLEY, K.N; GORODZINSKY, F. Factors influencing full breastfeeding in a southwestern Ontario community: assessments at 1 week and at 6 months postpartum. **J Hum Lact.**, v. 22, n. 3, p. 292–304, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885489>>. Acesso em: 14 dez 2012.

COUTINHO, S.B; DE LIRA, P.I; DE CARVALHO, L.M; ASHWORTH, A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. **Lancet.**, v. 366, n. 9491, p. 1094-1100, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16182897>>. Acesso em: 14 dez 2012.

COX, J.L; HOLDEN, J.M; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>>. Acesso em: 26 mai 2012.

CRUZ, S.H; GERMANO, J.A; TOMASI, E; FACCHINI, L.A; PICCINI, R.X; THUMÉ, E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 259-67, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200008>. Acesso em: 16 mai 2012.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 4, p. 181-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000400004>. Acesso em: 26 jun 2012.

DENNIS, C. L. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? **J Affect Disord**, v. 78, n. 2, p. 163-169, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14706728>>. Acesso em: 16 jul 2012.

DENNIS, C.L; MCQUEEN, K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? **Acta Paediatr.** v. 96, n. 4, p.590-594, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17391475>>. Acesso em: 18 abr 2012.

DENNIS, C.L; MCQUEEN, K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. **Pediatrics**. v. 123, n. 4, e736-51, 2009. <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336362>. Acesso em: 19 ago 2012.

DE OLIVEIRA, M.I.; CAMACHO, L.A.; TEDSTONE, A.E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. **J Hum Lact**, v. 17, n. 4, p. 326–343, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11847902>>. Acesso em: 19 ago 2012.

DYKES, F. ‘Supply’ and ‘demand’: breastfeeding as labour. **Soc Sci Med**, v. 60, n. 10, p. 2283–2293, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15748676>>. Acesso em: 19 ago 2012.

DYKES, F. **Breastfeeding in hospital: Mothers, midwives and the production line**. Routledge, London, 2006.

FALCETO, O.G; GIUGLIANI, E.R; FERNANDES, C.L. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. **J Am Board Fam Pract**. v. 17, n. 3, p. 173-183, 2004. Disponível em: <<http://www.jabfm.com/content/17/3/173.full>>. Acesso em: 03 nov 2012.

FALEIROS, F.T.V; TREZZA, E.M.C; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev Nutr**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010>. Acesso em: 03 nov 2012.

FEWTRELL, M; WILSON, D.C; BOOTH, I; LUCAS, A. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? **BMJ**, v. 342, jan., 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.c5955>>. Acesso em: 03 nov 2012.

FEWTRELL, M.S; MORGAN, J.B.; DUGGAN, C; GUNNLAUGSSON, G; HIBBERD, P.L; LUCAS, A; KLEINMAN, R.E. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? **Am J Clin Nutr**, v.85(suppl), p.635-638, 2007. Disponível em: <<http://www.feingold.org/Research/PDFstudies/Fewtrell2007-open.pdf>>. Acesso em: 03 nov 2012.

FOSTER, D.A.; MCLACHLAN, H.L.; LUMLEY, J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. **Int Breastfeed J.**, v. 1, p. 18, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635041/>>. Acesso em: 16 nov 2012.

FRANCO, S.C; NASCIMENTO, M.B.R; REIS, M.A.M; ISSLER, H; GRISI, S.J.F.E. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 3, p. 291-297, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292008000300008&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 nov 2012.

GALTRY, J. Extending the “bright line”: feminism, breastfeeding and the workplace. **Gender Soc**, v. 14, n. 2, p. 295–317, 2000. Disponível em: <<http://gas.sagepub.com/content/14/2/295.abstract>>. Acesso em: 16 nov 2012.

GATRELL, C.J. Secrets and lies: breastfeeding and professional paid work. **Soc Sci Med**, v. 65, n. 2, p. 393–404, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17448582>>. Acesso em: 16 nov 2012.

GUENDELMAN, S; KOSA, J.L; PEARL, M; GRAHAM, S; GOODMAN, J; KHARRAZI, M. Juggling Work and Breastfeeding: Effects of Maternity Leave and Occupational Characteristics. **Pediatrics**, v. 123, n. 1, p. e38 -e46, jan 2009. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/1/e38.full>>. Acesso em: 28 nov 2012.

HAGA, S. M.; ULLEBERG, P.; SLINNING, K.; KRAFT, P.; STEEN, T. B.; STAFF, A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. **Arch Women Ment Health**. v. 15, n. 3, p. 175–184, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22451329>>. Acesso em: 17 ago 2012.

HART,S.L.; JACKSON, S.C.; BOYLAN, L.M. Compromised Weight Gain, Milk Intake, and Feeding Behavior in Breastfed Newborns of Depressive Mothers. **J Pediatr Psychol**, v. 36, n. 8, p. 942–50, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21642337>>. Acesso em: 17 ago 2012.

HASSELMANN, M.H; WERNECK, G. L; SILVA, C.VC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2 : S341-S352, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 abr 2012.

HATTON, D. C.; HARRISON-HOHNEN, J. M. S. N.; COSTE, S.; DORATO, V. R. N.; CURET, L. B.; MCCARRON, D. A. Symptoms of Postpartum Depression and Breastfeeding. **J Hum Lact**, v. 21, n. 4, p. 444-449, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280561>>. Acesso em: 12 set 2012.

HAUSMAN, B.L. **Mother's milk: Breastfeeding controversies in American culture**. Routledge, New York, 2003.

HENDERSON, J.J; EVANS, S.F; STRATON, J.A; PRIEST, S.R; HAGAN, R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. **Birth**. v. 30, n. 3, p. 175-180, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911800>>. Acesso em: 12 set 2012.

IDRIS,N.S; SASTROASMORO, S; HIDAYATI, F; SAPRIANI, I; SURADI, R; GROBBEE, D.E.; UITERWAAL, C.S.P.M. Exclusive Breastfeeding Plan of Pregnant Southeast Asian Women: What Encourages Them? **Breastfeed Med**, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23057643>>. Acesso em: 12 set 2012.

INOUE, M; BINNS, C.W; OTSUKA, K; JIMBA, M; MATSUBARA, M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. **Int Breastfeed J**, v. 7, n. 1, p. 15, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23098220>>. Acesso em: 12 set 2012.

JOHNSON, S; WILLIAMSON, I; LYTTLE, S; LEEMING, D. Expressing yourself: A feminist analysis of talk around expressing breast milk. **Soc Sci Med**, v. 69, n. 6, p.

900-907, Set. 2009. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19646802>>. Acesso em: 12 set 2012.

JONES, J.R.; KOGAN, M.D.; SINGH, G.K.; DEE, D.L.; GRUMMER-STRAWN, LAURENCE M. Factors Associated With Exclusive Breastfeeding in the United States. **Pediatrics**, v. 128, n. 6, p. 1117-1125, 2011, nov 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22123898>>. Acesso em: 24 fev 2012.

KAHN, R.S; WISE, P.H; WILSON, K. Maternal smoking, drinking and depression: a generational link between socioeconomic status and child behavior problems [abstract]. **Pediatr Res.**, v. 51, pt 2, 191A, 2002.

KANEKO, A; KANEITA, Y; YOKOYAMA, E; MIYAKE, T; HARANO, S; SUZUKI, K; IBUKA, E; TSUTSUI, T; YAMAMOTO, Y; OHIDA, T. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: for activities to support child-rearing with breast-feeding. **J Epidemiol**, v. 16, n. 2, p. 57-63, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16537985>>. Acesso em: 24 fev 2012.

KHRESHEH, R; SUHAIMAT, A; JALAMDEH, F; BARCLAY, L. The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: A randomized controlled trial. **Int J Nurs Stud**, v. 48, n. 9, p. 1058-1065, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21353220>>. Acesso em: 24 fev 2012.

KITOKO, P.M; RÉA, M.F; VENANCIO, S.I; VASCONCELOS, A.C.C.P; SANTOS, E.K.A, MONTEIRO, C.A. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad Saúde Pública**. v. 16, p. 1111-9, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000400029&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 fev 2012.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KOSMALA-ANDERSON, J; WALLACE, L.M. Breastfeeding works: the role of employers in supporting women who wish to breastfeed and work in four organizations in England. **J Public Health**, v. 28, n. 3, p. 183-191, 2006. Disponível em: <<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/28/3/183.full>>. Acesso em: 14 nov 2012.

KRAMER, M.S; CHALMERS, B; HODNETT, E.D; SEVKOVSKAYA, Z.; DZIKOVICH, I.; SHAPIRO, S.; COLLET, J.P.; VANILOVICH, I.; MEZEN, I.; DUCRUET, T.; SHISHKO, G.; ZUBOVICH, V.; MKNUIK, D.; GLUCHANINA, E.; DOMBROVSKIY, V.; USTINOVITCH, A.; KOT, T.; BOGDANOVICH, N.; OVCHINIKOVA, L.; HELSING, E.; PROBIT STUDY GROUP (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. **JAMA**, v. 285, n. 4, p. 413-240, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11242425>>. Acesso em: 14 nov 2012.

LABARERE, J; GELBERT-BAUDINO, N; AYRAL, A.S.; DUC, C.; BERCHOTTEAU, M.; BOUCHON, N.; SCHELSTRAETE, C.; VITTOZ, J.; FRANCOIS, P.; PONS, J. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs.

Pediatrics, v. 115, n. 2, p. e139-e146, 2005. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/e139.abstract>>. Acesso em: 14 nov 2012.

MORI, T.; TSUCHIYA, K. J.; MATSUMOTO, K.; SUZUKI, K.; MORI, N.; TAKEI, N.; The HBC Study Team. Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. **J Affect Disord**, v. 135, n. 1-3, p. 341-346, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824663>>. Acesso em: 20 mai 2012.

MELLIN, P.S.; POPLAWSKI, D.T.; GOLE, A.; MASS, S.B. Impact of a formal breastfeeding education program. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v. 36, n. 2, p. 82-8, Mar-Apr 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21150474>>. Acesso em: 20 mai 2012.

NASCIMENTO, M.B.R.; REIS, M.A.M; FRANCO, S.C; ISSLER, H; FERRARO, A.A.; GRIS, S.J.F.E. Exclusive Breastfeeding in Southern Brazil: Prevalence and Associated Factors. **Breastfeed Med**, v. 5, n. 2, p. 79-85, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19929698>>. Acesso em: 20 mai 2012.

NEW SOUTH WALES. Department of Health. **Overview of recent reviews of interventions to promote and support breastfeeding**. Set 2004. Disponível em: <<http://www.cphn.biochem.usyd.edu.au/resources/OverviewBreastfeeding.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2013.

NINOMIYA, T; DEGUCHI, H; OGATA, M. The effect that childcare learning by fathers has on the mothers' continuance of breast feeding. **J Child Health**, v. 56, n. 1, p. 49-53, 1997.

NISHIOKA, E; HARUNA, M; OTA, E; MATSUZAKI, M; MURAYAMA, R; YOSHIMURA, K; MURASHIMA, S. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. **J Affect Disord**, v. 133, n. 3, p. 553-559, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21705090>>. Acesso em: 15 jan 2013.

NOGUEIRA, C.M.R. Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza – Horizonte – Ceará. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2008.

OGBUANU, C; GLOVER, S; PROBST, J; LIU, J; HUSSEY, J. The Effect of Maternity Leave Length and Time of Return to Work on Breastfeeding. **Pediatrics**, v. 127, n. 6, p. e1414-e1427, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21624878>>. Acesso em: 15 jan 2013.

ORTIZ, J; MCGILLIGAN, K; KELLY, P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. **Pediatr Nurs**, v. 30, n. 2, p. 111-119, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15185732>>. Acesso em: 15 jan 2013.

PEREIRA, R.S.V; OLIVEIRA, M.I.C; ANDRADE, C.L.T; BRITO, A.S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica.

Cad. Saúde Pública, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/artigocadsp10.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2013.

PÉREZ-ESCAMILLA, R; LUTTER, C; SEGALL, A.M.; RIVERA, A; TREVINO-SILLER, S; SANGHVI, T. Exclusive breastfeeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. **J Nutr**, v. 125, n. 12, p. 2972-2984, dez 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500175>>. Acesso em: 15 jan 2013.

PIPPINS, J.R; BRAWARSKY, P; JACKSON, R.A; FUENTES-AFFLICK, E; HAAS, J.S. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. **J Womens Health**. v. 15, p. 754-762, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16910907>>. Acesso em: 15 jan 2013.

REA, M.F; VENANCIO, S.I; BATISTA, L.E; SANTOS, R.G; GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 149-156, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan 2013.

REA, M.F; MORROW, A.L. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding among women in the labor force. **Adv Exp Med Biol**, v. 554, p. 121-132, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15384572>>. Acesso em: 15 jan 2013.

RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTAR, R.; FILHO, A.C.; ZANDONADE, E.; LIMA, V.J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev Psiquiatr RS**, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan 2013.

SANTOS, M.F.S. **Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasilienses** [dissertação de mestrado] Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

SANTOS, M.F.S; MARTINS, F.C; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo Brasil. **Rev Psiquiatria Clín, São Paulo**, v. 26, p. 32-40, 1999. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(90\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(90).htm)>. Acesso em: 18 mai 2012.

SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B.F.; BARROS, A.J.D.; BOTELHO, I.P.; LAPOLLI, C.; MAGALHÃES, P.V.S.; BARBOSA, A.P.P.N.; BARROS, F.C. Validation of the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

SILVA, S.M; BRUNKEN, G.S; FRANÇA, G.V.A; ESCUDER, M.M; VENANCIO, S.I. Breastfeeding trends in a State capital in the Central West region of Brazil, 1999-2004. **Cad Saude Publica**. v. 23, n. 7, p.1539-46, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000700004&script=sci_abstract>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

SILVEIRA, F.J.F; LAMOUNIER, .JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

SKAFIDA, V. Juggling Work and Motherhood: The Impact of Employment and Maternity Leave on Breastfeeding Duration: A Survival Analysis on Growing Up in Scotland Data. **Matern Child Health J**, v. 16, n. 2, p.519–527, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21274609>>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

STEVEN, H.; JACKNOWITZ, A.; SCHOENI, R. F. Welfare work requirements and child wellbeing: Evidence from the effects on breast-feeding. **Demography**, v. 40, n. 3, p. 479–497, 2003. Disponível em: <http://www.npc.umich.edu/publications/working_papers/paper3/03-3.pdf>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

TAVERAS, E.M.; CAPRA, A.M.; BRAVEMAN, P.A.; JENSVOLD, N.G.; ESCOBAR, G.J.; LIEU, T.A. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. **Pediatrics**, v. 112, n. 1, p. 108–115, 2003. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/112/1/108.abstract>>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

THOME, M; ALDER, E.M; RAMEL, A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? **Int J Nurs Stud**, v. 43, n. 1, p. 11-20, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16326160>>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

VALDÉS, V; PUGGIN, E; SCHOOLEY, J; CATALÁN, S; ARAVENA, R. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding succes among working women. **J Trop Pediatr**, v. 46, n. 1, p. 149-154, 2000. Disponível em: <<http://tropej.oxfordjournals.org/content/46/3/149.abstract>>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

VIANNA, R.P.T; REA, M. F; VENANCIO, S. I; ESCUDER, M.M. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000015&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

VICTOR, R; BAINES, S.K; AGHO, K.E; DIBLEY, M.J. Determinants of breastfeeding indicators among children less than 24 months of age in Tanzania: a secondary analysis of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. **BMJ Open.**, v. 3, n.1, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23299109> >. Acesso em: 01 Ago. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breast-feeding practices**. Geneva, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global data bank on breastfeeding**. Geneva, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Improving child health. IMCI: the integrated approach**. Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Child Health and Development. **Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding**. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION /UNICEF. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html>. Acesso em: 04 jan 2013.

ZAUDERER, Cheryl. Postpartum Depression and Breastfeeding: What Should a New Mother Do? **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 40, Issue Supplement 1, S131, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2011.01244_15.x/abstract>. Acesso em: 16 mar 2013.

6 CONCLUSÕES

As puérperas com sintomas de DPP e que relataram ter experiência de parto traumática apresentaram maiores chances de abandonar o AME no segundo mês após o parto. Aquelas com menor escolaridade, que não possuíam o imóvel de residência, haviam voltado ao trabalho, não receberam orientações sobre a amamentação no puerpério, não reagiram de maneira positiva com a notícia da gestação e não recebiam ajuda do companheiro nos cuidados com a criança abandonaram mais o AME quatro meses após o parto.

As mães adolescentes, que tiveram parto normal ou traumático, não receberam apoio emocional de ninguém no puerpério e que a reação do companheiro com a notícia da gestação foi negativa tiveram maiores prevalências de DPP no primeiro mês de puerpério. No segundo mês, estiveram associadas as variáveis reação negativa da mãe com a notícia da gestação, pouco ou nenhum apoio do companheiro na gestação e percepção materna de que o bebê chora mais que as outras crianças da mesma idade.

Dessa forma, percebeu-se que o suporte social e as características relacionadas à gestação foram importantes preditores de sintomas depressivos na amostra avaliada.

Aponta-se a necessidade de identificação e tratamento precoce das nutrizes com sintomatologia depressiva, não só para reduzir a morbidade associada à depressão pós-parto, mas também para tentar promover o aumento das taxas de duração do AME. Estas medidas devem priorizar o período gestacional e o pós-parto imediato, especialmente de mães adolescentes.

Os profissionais da saúde são de grande importância para se alcançar a recomendação da OMS de seis meses de exclusividade do aleitamento materno, pois sua intervenção repercute positivamente sobre os resultados do aleitamento materno. Ademais, podem ajudar as mulheres com sintomas depressivos a receberem o tratamento necessário para continuar a amamentar.

Também é fundamental que haja um ambiente de apoio que proteja e promova o aleitamento materno no lar, representado principalmente pela figura do companheiro, e no ambiente de trabalho. Para as nutrizes que trabalham, é importante que os empregadores adotem o tempo de licença-maternidade de 6 meses, respeitem as pausas durante o expediente de trabalho para amamentação e propiciem estrutura física reservada para as mulheres que desejam amamentar ou fazer a retirada do leite para armazenamento.

A escala EPDS mostrou-se bastante eficaz neste sentido, confirmou sua simplicidade e rapidez no que se refere à operacionalização da etapa de coleta de dados, exigindo menos de 10 minutos para o seu preenchimento, o que a torna ideal para uso na rotina clínica por profissionais não-especializados na área de saúde mental, com a finalidade de rastrear mães que apresentem sintomas depressivos, não sobrecarregando os serviços especializados.

7 ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Fatores associados ao estado emocional materno no período pós-parto e sua relação com a prática da amamentação.

Equipe:

Mariana Campos Martins - Mestranda da UFV – Tel.: (31) 9314-7962

Silvia Eloiza Priore - Pesquisadora da UFV - Tel.: (31) 3899-1266

Sylvia do Carmo Castro Franceschini- Pesquisadora da UFV – Tel.: (31) 3899-3743

Eu _____, fui convidado a participar voluntariamente do estudo “Impactos dos Sintomas de Transtorno Mental Comum no puerpério, de Depressão Pós-Parto e do fraco vínculo entre mãe e bebê sobre as práticas alimentares em crianças no primeiro semestre de vida, no município de Viçosa (MG): um estudo de coorte”, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades os seguintes aspectos:

- Que o projeto se destina a conhecer o estado de saúde de lactentes no primeiro ano de vida do município de Viçosa (MG).
- Para execução do estudo serão realizados os seguintes procedimentos: entrevista para aplicação de questionários; avaliação antropométrica com pesagem da criança.
- Todas as crianças diagnosticadas com algum problema nutricional serão encaminhadas para a nutricionista da equipe do projeto. As mães com sintomas de depressão pós-parto serão encaminhadas ao Centro de Atenção Psicossocial do município.
- As informações obtidas são sigilosas, não podendo ser divulgado nomes.

Assim, tendo compreendido tudo que me foi informado, dou meu consentimento para participação de meu filho (a) na pesquisa.

Responsável pela criança: _____

Responsável pelo projeto: _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO 2

Avaliação Antropométrica do Lactente

Data Avaliação	Ao nascer	1 mês	2 meses	4 meses
	/ /	/ /	/ /	/ /
Peso				
Comprimento				

ANEXO 3 - Escala EPDS

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas <input type="radio"/> Como eu sempre fiz <input type="radio"/> Não tanto quanto antes <input type="radio"/> Sem dúvida, menos que antes <input type="radio"/> De jeito nenhum
2. Eu tenho pensado no futuro com alegria <input type="radio"/> Sim, como de costume <input type="radio"/> Um pouco menos que de costume <input type="radio"/> Muito menos que de costume <input type="radio"/> Praticamente não
3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado <input type="radio"/> Não, de jeito nenhum <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> Sim, muito frequentemente
4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão <input type="radio"/> Sim, muito seguido <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> De vez em quando <input type="radio"/> Não, de jeito nenhum
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo <input type="radio"/> Sim, muito seguido <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Não, de jeito nenhum
6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia <input type="radio"/> Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles <input type="radio"/> Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes <input type="radio"/> Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles <input type="radio"/> Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir <input type="radio"/> Sim, na maioria das vezes <input type="radio"/> Sim, algumas vezes <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Não, nenhuma vez
8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal <input type="radio"/> Sim, na maioria das vezes <input type="radio"/> Sim, muitas vezes <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Não, de jeito nenhum
9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado <input type="radio"/> Sim, a maior parte do tempo <input type="radio"/> Sim, muitas vezes <input type="radio"/> Só de vez em quando <input type="radio"/> Não, nunca
10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma. <input type="radio"/> Sim, muitas vezes <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Nunca



	Sempre	Muito frequente	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Eu me sinto próxima ao meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu gostaria que a época quando eu não tinha bebê voltasse ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O bebê não parece ser meu _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Meu bebê me chateia _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu amo muito o meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu me sinto feliz quando o meu bebê ri ou sorri _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Meu bebê me irrita _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Meu bebê chora muito _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu me sinto presa como mãe _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu me sinto ressentida com meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Meu bebê é a criança mais linda do mundo _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu gostaria que o meu bebê fosse embora de alguma forma ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Eu me sinto distante do meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu amo abraçar/fazer chamego no meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu me arrependo de ter tido este filho _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu gosto de brincar com meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu sinto raiva do meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Meu bebê me aborrece _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eu sinto que a única solução é ter alguém para cuidar do meu filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Meu bebê me faz sentir ansiosa _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tenho medo do meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu me sinto confiante quando cuido do meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Meu bebê é facilmente confortado/acalentado _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Eu tenho feito coisas prejudiciais/nocivas ao meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eu me sinto como se estivesse ferindo o meu bebê _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nº formulário: _____

Data da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da mãe: _____

2. Endereço: _____

3. Pretende se mudar nos próximos meses () Sim () Não

4. Telefone (fixo/celular/parente): _____ Operadora: _____

5. Nome da criança: _____

6. Data de nascimento da criança: _____

7. Sexo: _____

8. Raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

9. Ocupação: _____

10. Até que série a senhora estudou? _____

11. Com quem a senhora vive?
 () Marido ou companheiro
 () Outros familiares. Se sim, quantos: _____
 Número de filhos (contando com o recém-nascido): _____
 Número de pessoas no domicílio: _____

12. Quem é o chefe da família? _____ Até que série ele estudou? _____

13. Renda familiar: R\$ _____ (trabalho do pai, mãe e outros rendimentos)

14. A senhora trabalhou durante a gestação? () Sim () Não () Dona de casa
 Se sim, trabalhou por quantos meses durante a gestação? _____ meses
 Número de dias: _____ dias/semana
 Carga horária: _____ horas/dia

15. O imóvel é próprio () Sim () Não

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E DE SAÚDE INFANTIL

16. DUM: _____

17. Prematuridade: () Sim () Não

18. Tipo de parto: () normal () cesariana () fórceps

19. Na sua percepção, o seu trabalho de parto foi traumático? () Sim () Não

QUADRO DE GESTAÇÕES (EXCLUINDO A ATUAL)

Gestação (nome)	Nasceu 1=vivo 2=morto 3=aborto	<2,5 kg? 1=sim 2=não 3=não sabe	Prematuro? 1=sim 2=não 3=não sabe	Parto 1=normal 2=cesariana 3= fórceps	Data Nascim ento	Está vivo? 1=sim 2=não 3=não sabe
1						
2						
3						
4						

20. Qual a ordem de gestação:
 () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª () 5ª () Outra: _____

21. A criança está mamando no peito? () Sim () Não
 Se sim, até que idade pretende amamentar? _____
 Se não, por quê? _____



22. A senhora está com alguma dificuldade para amamentar? () Sim () Não
 Se sim, qual: _____

23. A criança já consome (marcar com um X o que já consome): _____

Água	Chá	Suco de fruta	Leite de vaca (<i>in natura</i> ou em pó)	Se sim, qual? Fórmula infantil	Mingau	Bebidas lácteas	Frutas	Carnes (peixes, boi, porco)	Arroz	Feijão	Ovo
24. Tipo de aleitamento materno (não perguntar): <input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> Predominante <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Complementado											
25. A criança apresentou alguma morbidade até o momento ou apresenta algum defeito congênito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual(is): _____											
26. Comparando com outros bebês da mesma idade, a criança chora mais, menos ou a mesma coisa? <input type="checkbox"/> mais <input type="checkbox"/> menos <input type="checkbox"/> mesma coisa											
27. Quem cuida da criança? _____ Se for a MÃE: Alguém tem te auxiliado nos cuidados com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem te ajuda? <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> outros											
28. A senhora tem recebido ajuda de alguém nos afazeres domésticos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem te ajuda? <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> outros											
SAÚDE MATERNA											
29. Idade materna: _____											
30. Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena											
31. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separada/divorciada <input type="checkbox"/> Amigada											
32. Fuma: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Idade de início: _____ Quantos cigarros/ maços por dia? _____ Fumou durante a gestação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
33. Faz uso bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Com que frequência: _____ Tipo de bebida: <input type="checkbox"/> vinho <input type="checkbox"/> cerveja <input type="checkbox"/> cachaça <input type="checkbox"/> drinks Outros: _____ Quantidade: _____ Durante a gestação: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Em qual trimestre? <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º											
34. Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quais? _____											
35. A senhora ficou internada após o parto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual o motivo? _____											
36. A gestação foi planejada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
37. Quando a Sra. engravidou da criança, estava se cuidando para não engravidar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, que método utilizava? <input type="checkbox"/> pílula <input type="checkbox"/> coito interrompido <input type="checkbox"/> preservativo <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> tabelinha <input type="checkbox"/> amamentava Outro: _____											

<p>38. Como foi a reação do pai do bebê quando soube da gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> ficou contente</p> <p><input type="checkbox"/> indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> não gostou</p> <p><input type="checkbox"/> não vive com o pai do nenê</p> <p><i>Outro:</i> _____</p>
<p>39. E a sua?</p> <p><input type="checkbox"/> fiquei contente</p> <p><input type="checkbox"/> indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> não gostei</p> <p><i>Outro:</i> _____</p>
<p>40. Como a Sra. sentiu que foi o apoio que recebeu do pai do nenê durante a gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> muito apoio</p> <p><input type="checkbox"/> mais ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> pouco apoio</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum apoio</p> <p><i>*Se não teve contato com o pai do nenê marcar nenhum apoio.</i></p>
<p>41. A senhora considera que recebe apoio emocional neste período de alguma pessoa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, de quem? <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> outros</p>

ANEXO 6

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA</p> <p>DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE</p> <p>COORTE DE NASCIMENTOS DE VIÇOSA 2011-2012</p> <p>SEGUNDA CONSULTA – 2 MESES</p>	
---	--	---



Nº formulário: _____ Data da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO												
1. Nome da mãe: _____												
2. Endereço (só anotar se tiver mudado): _____												
3. Pretende se mudar nos próximos meses: () Sim () Não												
4. Telefone (fixo/celular/parente): _____												
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS												
5. A Sra. começou ou voltou a trabalhar depois que criança nasceu? () Sim () Não												
6. Em que a senhora está trabalhando (ocupação)? _____ Quantos dias por semana a Sra. trabalha fora? _____ dias/semana												
7. Renda familiar: R\$ _____ (trabalho do pai, mãe e outros rendimentos) Número de pessoas no domicílio: _____												
CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E DE SAÚDE INFANTIL												
8. A criança está mamando no peito? () Sim () Não Se não, por quê? _____ (PULAR PARA QUESTÃO 11)												
9. Até que idade pretende amamentar? _____												
10. A senhora está com alguma dificuldade para amamentar? () Sim () Não Se sim, qual: _____												
11. A criança já consome (marcar com um X o que já consome):												
Água	Chá	Suco de fruta	Leite de vaca (<i>in natura</i> ou em pó)	Se sim, qual? Fórmula infantil	Mingau	Bebidas lácteas	Frutas	Carnes (peixes, boi, porco)	Arroz	Feijão	Ovo	Legumes e verduras

12. Tipo de aleitamento materno (não perguntar): <input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> Predominante <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Complementado
13. A criança apresentou alguma morbidade desde a última consulta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual(is): _____
14. A criança já foi internada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual(is) motivo(s): _____ Se sim, qual tempo de internação em dias: _____
15. Comparando com outros bebês da mesma idade, a criança chora mais, menos ou a mesma coisa? <input type="checkbox"/> mais <input type="checkbox"/> menos <input type="checkbox"/> mesma coisa
16. Quem cuida da criança? _____ Se for a MÃE: Alguém tem te auxiliado nos cuidados com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem te ajuda? <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> outros
17. A senhora tem recebido ajuda de alguém nos afazeres domésticos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem te ajuda? <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> outros
18. A criança usa bico ou chupeta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
SAÚDE MATERNA
19. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separada/divorciada <input type="checkbox"/> Amigada
20. Fuma: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos cigarros/ maços por dia? _____
21. Faz uso bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Com que frequência: _____ Tipo de bebida: <input type="checkbox"/> vinho <input type="checkbox"/> cerveja <input type="checkbox"/> cachaça <input type="checkbox"/> drinks Outros: _____ Quantidade: _____
22. Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quais? _____
23. A senhora ficou internada desde o nosso último encontro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual o motivo? _____
24. A senhora tem recebido ajuda de alguém nos afazeres domésticos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem te ajuda? <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> outros
25. E nos cuidados com a criança, alguém tem te auxiliado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem te ajuda? <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> outros
26. A senhora considera que recebe apoio emocional neste período de alguma pessoa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, de quem? <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> outros

ANEXO 7

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA</p> <p>DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE</p> <p>COORTE DE NASCIMENTOS DE VIÇOSA 2011-2012</p> <p>TERCEIRA CONSULTA – 4 MESES</p>	
---	---	---

Nº formulário: _____

Data da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO												
1. Nome da mãe: _____												
2. Endereço (anotar somente se tiver mudado): _____												
3. Pretende se mudar nos próximos meses () Sim () Não												
4. Telefone (fixo/celular/parente): _____												
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS												
5. A Sra. começou ou voltou a trabalhar depois que criança nasceu? () Sim () Não												
6. Em que a senhora está trabalhando (ocupação)? _____ Quantos dias por semana a Sra. trabalha fora? _____ dias/semana												
7. Renda familiar: R\$ _____ (trabalho do pai, mãe e outros rendimentos) Número de pessoas no domicílio: _____												
CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E DE SAÚDE INFANTIL												
8. A criança está mamando no peito? () Sim () Não Se não, por quê? _____ (PULAR PARA QUESTÃO 11)												
9. Até que idade pretende amamentar? _____												
10. A senhora está com alguma dificuldade para amamentar? () Sim () Não Se sim, qual: _____												
11. A criança já consome (marcar com um X o que já consome):												
Água	Chá	Suco de fruta	Leite de vaca (<i>in natura</i> ou em pó)	Se sim, qual? Fórmula infantil	Mingau	Bebidas lácteas	Frutas	Carnes (peixes, boi, porco)	Arroz	Feijão	Ovo	Legumes e verduras

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Tipo de aleitamento materno (não perguntar):
 Exclusivo Predominante
 Misto Complementado

16. Quem cuida da criança? _____
 Se for a MÃE: Alguém tem te auxiliado nos cuidados com a criança? Sim Não
 Se sim, quem te ajuda? companheiro mãe amiga filhos sogra outros