UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANA CAMARGO DE OLIVEIRA MELO

Influência dos transtornos depressivo e de ansiedade na
autoeficácia materna para amamentação

RIBEIRÃO PRETO

2020

LUCIANA CAMARGO DE OLIVEIRA MELO

Influência dos transtornos depressivo e de ansiedade na
autoeficácia materna para amamentação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher
no ciclo vital

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Cristina dos Santos
Monteiro

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Melo, Luciana Camargo de Oliveira

Influência dos transtornos depressivo e de ansiedade na autoeficácia materna para amamentação. Ribeirão Preto, 2020.
130 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

1. ALEITAMENTO MATERNO. 2. AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO.
3. TRANSTORNO DEPRESSIVO. 4. ANSIEDADE.

MELO, LUCIANA CAMARGO DE OLIVEIRA

Influência dos transtornos depressivo e de ansiedade na autoeficácia materna para amamentação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Com carinho e saudade **dedico** esta
tese à

Ana Márcia Spanó Nakano

(in memoriam)

Jamais esqueceria você...

Tão presente mesmo não estando
mais entre nós...

Onde estiver, saiba o quanto foi
importante na minha vida e na
realização deste trabalho.

Agradecimento especial

À minha querida orientadora Prof^a. Dr^a. **Juliana Cristina dos Santos Monteiro.**

Admiração por se dedicar à docência com tanto entusiasmo e verdade.

Gratidão por me mostrar que sabedoria e simplicidade podem caminhar juntas...

Ju, adoro você!

Agradecimentos

Pela Tua infinita generosidade, hoje celebro mais um grande momento em minha vida. Em todo instante senti a Tua mão me amparando e o Teu amor me guiando... Meu **Deus**, eu Te dou graças com o coração cheio de alegria!

Agradeço especialmente ao meu esposo, meu amor e melhor amigo, **Lucas**. Não saberia descrever em tão poucas linhas o quanto você é importante para mim. Mas posso dizer que te amo além da vida. E que sem você, definitivamente nada teria o mesmo valor.

Ao meu pequeno **Arthur**, minha vidinha. Ter você é a minha maior benção. Você é a inspiração, alegria e razão da minha vida... Te amo tanto, incondicional e infinitamente, daqui até o fim do universo...

Aos meus amados pais **Edna e Osmar**, tenho muita gratidão por tudo que fizeram por mim. Vocês são essenciais na minha vida. Que Deus continue abençoando-os. Obrigado por tudo, eu amo muito vocês.

Às minhas queridas irmãs **Renata** e **Giseli** pelo carinho e amizade que nos une. **Alice** e **Igor** pela alegria em ser titia... Obrigada por existirem na minha vida, eu simplesmente amo vocês.

À minha segunda família, meus sogros queridos, **Aluizio** e **Marialva**, gratidão eterna pelo carinho que sempre houve entre nós e por todos os momentos que juntos compartilhamos. Amo vocês.

À toda minha **família** e **amigos** que sempre torceram por mim, estando perto ou longe, o que importa é o sentimento...

Às professoras pelas quais tenho profunda admiração e apreço, Profª Drª **Flávia Azevedo Gomes-Sponholz** e Profª Drª **Adriana Moraes Leite**, agradeço pelas importantes contribuições e ensinamentos desde minha graduação, me sinto honrada por terem feito parte destas fases da minha vida, e também pela participação no exame de qualificação deste trabalho.

À querida companheira de doutorado, **Marina Cortez Pereira Bonelli** pela amizade, confiança e parceria, e também pela enorme contribuição na coleta de dados. Que Deus sempre te abençoe.

Ao **Clã Ju Monteiro**, o melhor grupo de pesquisa das galáxias.

À todas as **mulheres participantes** desta pesquisa, pela disponibilidade em participar.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP**, pela acolhida e contribuição desde a graduação, mestrado e agora no doutorado, tão importantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) de acordo com a Portaria nº 206, de 4 de setembro de 2018.

“O mistério da vida me causa a mais forte emoção.
É o sentimento que suscita a beleza e a verdade, cria a arte e a ciência.
Se alguém não conhece esta sensação ou não pode mais experimentar espanto
ou surpresa, já é um morto-vivo e seus olhos se cegaram.”

Albert Einstein*

* Einstein A. Como vejo o mundo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1981.

RESUMO

MELO, L.C.O. **Influência dos transtornos depressivo e de ansiedade na autoeficácia materna para amamentação.** 2020. 130 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

A prática do aleitamento é a ação isolada mais eficaz que promove impacto na saúde integral da mãe e da criança, além de nutrir, reforça vínculo, promove afeto e proteção, impactando nos indicadores de saúde de toda sociedade. A literatura ressalta o envolvimento dos fatores psicossociais no processo de aleitamento como a autoeficácia e os transtornos mentais como fortes determinantes desta prática. Assim, os objetivos deste estudo foram: verificar a influência dos transtornos depressivo e de ansiedade na autoeficácia para amamentação entre puérperas; identificar a prevalência dos indicativos do transtorno depressivo, de ansiedade-traço e ansiedade-estado entre puérperas nos intervalos de 60, 120 e 180 dias pós-parto; identificar o nível de autoeficácia para amamentação nos mesmos intervalos de tempo; e verificar a associação entre os indicativos de transtorno depressivo, e da ansiedade traço e estado destas puérperas com a autoeficácia para amamentação nos intervalos estudados. Tratou-se de um estudo analítico, longitudinal e prospectivo, com usuárias do Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto/SP. Participaram 186 puérperas. A coleta de dados foi realizada entre julho de 2018 a novembro de 2019, utilizando-se quatro instrumentos: um questionário de caracterização, a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e a Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF). Os dados foram processados e analisados utilizando-se do Statistical Package for Social Sciences, SPSS, versão 17.0. Foram considerados significativos os valores de p menores que 0,05. A maioria das participantes estava em aleitamento materno exclusivo com 60 e 120 dias de puerpério. Nos três momentos estudados, a maioria apresentou alto nível de autoeficácia, não apresentou indicativos de transtorno depressivo, e apresentou baixos níveis de ansiedade. Os níveis de autoeficácia mais elevados associaram-se significativamente às variáveis: não estar em aleitamento materno exclusivo no momento da coleta ($p=0,0000$), idade ($p=0,0050$), ocupação ($p=0,0314$), estado marital ($p=0,0117$) e apresentar intercorrências no pós-parto ($p=0,0124$). A autoeficácia elevada apresentou associação com AME aos 60 dias e 120 dias, com a ausência de transtorno depressivo e com baixos níveis de ansiedade aos 60 dias. Conclui-se que é necessária uma maior atenção à saúde mental das puérperas, considerando que mulheres que não apresentavam indicativos de depressão e ansiedade tiveram maiores níveis de autoeficácia para amamentação, situação que pode implicar em maior tempo de aleitamento materno exclusivo. Esforços devem ser realizados para diminuir as chances de desmame precoce e melhorar a saúde mental das mulheres no período pós-parto, contribuindo assim com a melhores indicadores de condições de vida da mulher e seu bebê no processo de aleitamento materno, auxiliando na consolidação dos benefícios desta prática.

Descritores: Aleitamento materno. Autoeficácia. Transtorno depressivo. Ansiedade.

ABSTRACT

MELO, L.C.O. **Influence of depressive and anxiety disorders on maternal self-efficacy for breastfeeding.** 2020.130 p.Thesis (Doctorate degree in Sciences). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2020.

The practice of breastfeeding is the most effective isolated action that promotes impact on the mother's and child's integral health, besides feeding, reinforces bonding, promotes affection and protection, impacting on the health indicators of all society. The literature emphasizes the involvement of psychosocial factors in the breastfeeding process, such as self-efficacy and mental disorders, as strong determinants of this practice. Thus, the objectives of this study were: To verify the influence of depressive and anxiety disorders on breastfeeding self-efficacy among puerperal women; to identify the prevalence of the indicators of depressive disorder, of trait anxiety and state anxiety among puerperal women at the intervals of 60, 120 and 180 days postpartum; to identify the level of self-efficacy for breastfeeding at the same intervals; and to verify the association between the indicators of depressive disorder, and the trait anxiety and state of these puerperal women with breastfeeding self-efficacy at the intervals studied. It was an analytical, longitudinal and prospective study, with users of the Unified Health System in Ribeirão Preto/SP. A total of 186 female puerperals participated. Data were collected from July 2018 to November 2019, using four instruments: a characterization questionnaire, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Trace-State Anxiety Inventory (IDATE) and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF). The data were processed and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences, SPSS, version 17.0. P values lower than 0.05 were considered significant. Most of the participants were exclusively breastfeeding at 60 and 120 days of puerperium. In the three moments studied, the majority presented a high level of self-efficacy, did not present indications of depressive disorder, and presented low levels of anxiety. The highest levels of self-efficacy were significantly associated to the variables: not being exclusively breastfeeding at the time of collection ($p=0.0000$), age ($p=0.0050$), occupation ($p=0.0314$), marital status ($p=0.0117$) and presenting postpartum complications ($p=0.0124$). High self-efficacy was associated with SMA at 60 days and 120 days, with no depressive disorder and low levels of anxiety at 60 days. It is concluded that a greater attention to the mental health of puerperal women is necessary, considering that women who did not present indications of depression and anxiety had higher levels of self-efficacy for breastfeeding, a situation that may imply a longer exclusive breastfeeding time. Efforts should be made to reduce the chances of early weaning and improve women's mental health in the post-partum period, thus contributing to better indicators of the living conditions of women and their babies in the breastfeeding process, helping to consolidate the benefits of this practice.

Descriptors: Breastfeeding. Self-efficacy. Depressive disorder. Anxiety.

RESUMEN

MELO, L.C.O. **Influencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en la autoeficacia materna para la lactancia materna.** 2020. 130p. Tese (Doctorado en Ciencias) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2020.

La práctica de la lactancia materna es la acción aislada más eficaz que promueve el impacto en la salud integral de la madre y el niño, además de la alimentación, refuerza el vínculo, promueve el afecto y la protección, repercutiendo en los indicadores de salud de toda la sociedad. En la literatura se hace hincapié en la participación de factores psicosociales en el proceso de lactancia, como la autoeficacia y los trastornos mentales, como fuertes determinantes de esta práctica. Así pues, los objetivos de este estudio eran: Verificar la influencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en la autoeficacia de la lactancia materna entre las mujeres que han dado recientemente a luz; identificar la prevalencia de indicadores de trastorno depresivo, de ansiedad de rasgos y de ansiedad de estado entre las mujeres que han dado recientemente a luz a intervalos de 60, 120 y 180 días después del parto; identificar el nivel de autoeficacia para la lactancia materna en los mismos intervalos; y verificar la asociación entre los indicadores de trastorno depresivo, de ansiedad de rasgos y de ansiedad de estado entre las mujeres que han dado recientemente a luz con la autoeficacia de la lactancia materna en los intervalos estudiados. Se trata de un estudio analítico, longitudinal y prospectivo con usuarios del Sistema Único de Salud en Ribeirão Preto/SP. Participaron un total de 186 pacientes femeninas. Los datos se recopilaron desde julio de 2018 hasta noviembre de 2019 utilizando cuatro instrumentos: un cuestionario de caracterización, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), el Inventario de Ansiedad de Trace-Estado (IDATE) y la Escala de Autoeficacia para la Lactancia - Forma Corta (BSES-SF). Los datos fueron procesados y analizados usando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS, versión 17.0. Los valores de P inferiores a 0,05 se consideraron significativos. La mayoría de las participantes se amamantaron exclusivamente a los 60 y 120 días de puerperio. En los tres momentos estudiados, la mayoría presentaba un alto nivel de autoeficacia, no presentaba indicios de trastorno depresivo y presentaba bajos niveles de ansiedad. Los niveles más altos de autoeficacia se asociaron significativamente con las siguientes variables: no estar amamantando exclusivamente en el momento de la recolección ($p=0,0000$), edad ($p=0,0050$), ocupación ($p=0,0314$), estado civil ($p=0,0117$), y presentar complicaciones posparto ($p=0,0124$). La alta autoeficacia se asoció con la AME a los 60 y 120 días, sin ningún trastorno depresivo y con bajos niveles de ansiedad a los 60 días. Se llega a la conclusión de que es necesario prestar mayor atención a la salud mental de las mujeres puerperas, teniendo en cuenta que las mujeres que no presentaban indicios de depresión y ansiedad tenían niveles más altos de autoeficacia para la lactancia materna, situación que puede implicar un período más largo de lactancia materna exclusiva. Se debe procurar reducir las posibilidades de destete precoz y mejorar la salud mental de las mujeres en el período posparto, contribuyendo así a mejorar los indicadores de las condiciones de vida de las mujeres y sus bebés en el proceso de lactancia, ayudando a consolidar los beneficios de esta práctica.

Descriptores: Lactancia materna. Autoeficacia. Desorden depresivo. Ansiedad.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS PARTICIPANTES DO ESTUDO SEGUNDO IDADE, COR AUTORREFERIDA, ESCOLARIDADE, RELIGIÃO, OCUPAÇÃO, ESTADO MARITAL, AUXÍLIO NOS CUIDADOS COM O BEBÊ E RENDA FAMILIAR EM REAIS. RIBEIRÃO PRETO, 2019. ...	58
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS PARTICIPANTES DO ESTUDO SEGUNDO NÚMERO DE GESTAÇÕES, PARTOS, ABORTOS, NÚMERO DE FILHOS, PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO, FREQUÊNCIA DAS INTERCORRÊNCIAS NO PARTO, PÓS-PARTO E TIPO DE PARTO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.....	60
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS PARTICIPANTES DO ESTUDO SEGUNDO SEXO E PESO DO NEONATO E QUANTO A OCORRÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	62
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTO À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, DE ACORDO COM O TEMPO DE PUERPÉRIO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	62
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO À CLASSIFICAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO, DE ACORDO COM OS DIAS DE PUERPÉRIO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	63
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTO À PRESENÇA DE INDICATIVOS DE TRANSTORNO DEPRESSIVO, DE ACORDO COM O TEMPO DE PUERPÉRIO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	64
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTO À CLASSIFICAÇÃO DA ANSIEDADE-TRAÇO COM 60 DIAS DE PUERPÉRIO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	64
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTO À CLASSIFICAÇÃO DA ANSIEDADE-ESTADO, DE ACORDO COM OS DIAS DE PUERPÉRIO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	65

TABELA 9 - ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS. RIBEIRÃO PRETO, 2019.....	66
TABELA 10 - ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO ASSOCIADA À PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE ACORDO COM O TEMPO DE PUERPÉRIO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	66
TABELA 11 - ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO ASSOCIADA À PRESENÇA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	67
TABELA 12 - ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO ASSOCIADA À CLASSIFICAÇÃO DE ANSIEDADE-TRAÇO COM 60 DIAS DE PUERPÉRIO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.....	68
TABELA 13 - ANÁLISE DA AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO ASSOCIADA À CLASSIFICAÇÃO DE ANSIEDADE-ESTADO DE ACORDO COM OS DIAS DE PUERPÉRIO. RIBEIRÃO PRETO, 2019.	68

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
MS	Ministério da Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
DPP	Depressão pós-parto
CID	Classificação Internacional das Doenças
DMS V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5
EDM	Episódio Depressivo Maior
TSC	Teoria Social Cognitiva
BSES	Breastfeeding Self-Efficacy Scale
BSES SF	Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
ABS	Atenção Básica de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IDATE E	Inventário de Ansiedade - Estado
IDATE T	Inventário de Ansiedade - Traço
OR	OddsRatio
R	R Core Team
CAPP	Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RAB	Rede Amamenta Brasil
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NALMA	Núcleo de Aleitamento Materno
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 TRANSTORNOS MENTAIS.....	29
1.1.1TRANSTORNO DEPRESSIVO– DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	31
1.1.2TRANSTORNO DE ANSIEDADE	35
1.2 O CONCEITO DA AUTOEFICÁCIA E DA AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA AMAMENTAÇÃO	36
2 HIPÓTESES DO ESTUDO	44
3 OBJETIVOS	46
3.1 OBJETIVO GERAL	46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
4 MATERIAL E MÉTODO.....	48
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	48
4.2 DESENHO DO ESTUDO	48
4.3 LOCAL DO ESTUDO	49
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	49
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	50
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	53
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	55
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	56
5 RESULTADOS.....	58
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E NEONATAIS.....	58
5.2 PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	62
5.3 AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO.....	63
5.4 TRANSTORNOS MENTAIS - TRANSTORNO DEPRESSIVO.....	63

5.5 TRANSTORNOS MENTAIS –TRANSTORNO DE ANSIEDADE	64
5.6 AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS: ANÁLISE DE ASSOCIAÇÕES	65
5.7 AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO E A PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	66
5.8 AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO E OS TRANSTORNOS MENTAIS	67
 6 DISCUSSÃO	 71
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E NEONATAIS	71
6.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES – PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	75
6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES – AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO	76
6.4 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES – TRANSTORNO DEPRESSIVO	77
6.5 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES – TRANSTORNO DE ANSIEDADE	78
6.6 ANÁLISE DAS ASSOCIAÇÕES – AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E NEONATAIS	78
6.7 ANÁLISE DAS ASSOCIAÇÕES – AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO E PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	81
6.8 ANÁLISE DAS ASSOCIAÇÕES – AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO E TRANSTORNOS MENTAIS	82
 7 CONCLUSÕES	 85
 8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA	 88
 REFERÊNCIAS	 93
 APÊNDICES	 113
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	113
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA O USO DA BREASTFEEDING SELF-EFFICACYSCALE - SHORT-FORM - VERSÃO BRASILEIRA	115

APÊNDICE C – PRIMEIRO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS	116
ANEXOS	119
ANEXO A–SEGUNDO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS) - VERSÃO EM PORTUGUÊS	119
ANEXO B – TERCEIRO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- INVENTÁRIO ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO - IDATE	122
ANEXO C – QUARTO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE – SHORT-FORM VERSÃO BRASILEIRA.....	126
ANEXO D – OFÍCIO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA - CAPP	127
ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – USP	128

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com a temática do aleitamento materno iniciou-se há 18 anos, ainda na graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, onde fui contemplada com uma bolsa-trabalho intitulada “Recursos Humanos para o NALMA – Núcleo de Aleitamento Materno”, e dentre as atividades propostas pelo projeto, eu ministrava um curso para gestantes e puérperas na antiga Maternidade do Complexo Aeroporto – MATER, hoje Centro de Referência em Saúde da Mulher de Ribeirão Preto. Os momentos compartilhados com estas mulheres, de fato, despertaram-me para uma paixão e uma contínua busca por mais conhecimentos sobre um assunto tão rico, complexo e real.

Após formada, como enfermeira atuei em diversas áreas, infelizmente não diretamente no cuidado à saúde da mulher, porém o aleitamento materno sempre esteve presente de alguma forma. A vivência profissional nesse período até a data presente, tanto na área básica quanto na área hospitalar, no ensino e na prática, fizeram crescer inquietações e reflexões sobre a diversidade de problemas relevantes que resultam no desmame precoce.

Realizei no ano de 2010 a especialização em Enfermagem em Saúde da Família no Centro Universitário Erminio Ometto – UNIARARAS, mantendo meu interesse na temática do aleitamento materno, e ao final do curso apresentei a monografia intitulada: “Avaliação da amamentação em um grupo de mulheres no período puerperal”. Os resultados mostraram que as mulheres reconhecem os valores benéficos da prática, tanto os relacionados às questões biológicas quanto os psicossociais.

Acredito em uma assistência prestada no processo de aleitamento materno voltada para humanização, de maneira integral, solidária, acolhedora, onde o profissional de saúde é o agente transformador e deve estabelecer laços de confiança com as mulheres e suas redes de apoio. Estes fatores levaram-me a querer continuar aprofundando meus conhecimentos sobre o tema, agora com interesse em seguir na carreira acadêmica.

Ingressei no mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto em 2013, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Márcia Spanó Nakano, que me apresentou o aleitamento materno enquanto uma prática construída, não restrita ao campo

biológico, e os diversos significados atribuídos à mulher que amamenta. Definitivamente estes conhecimentos contribuíram para meu amadurecimento pessoal e profissional.

Nossos estudos resultaram na elaboração da dissertação intitulada: “Atenção ao aleitamento materno em unidades de saúde de Ribeirão Preto no contexto da Rede Amamenta Brasil: uma análise segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde”. Esta pesquisa trouxe reflexões para além de dados quantitativos, mas em termos da qualidade em que as ações prestadas ao binômio mãe e filho eram desenvolvidas quanto ao atendimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Reafirmei minhas convicções de que o profissional de saúde deve incorporar em suas práticas diárias a compreensão do aleitamento como um processo dinâmico e individual.

Logo após o término do mestrado, ingressei no doutorado na mesma escola, em 2017, sob orientação da Prof^a. Dr.^a Juliana Cristina dos Santos Monteiro. O processo de construção deste trabalho foi baseado no estudo da confiança das mulheres em sua capacidade de amamentar e no quanto essa variável influencia a saúde mental destas mulheres, buscando proporcionar uma reflexão crítica sobre as práticas reais ofertadas ao binômio mãe-filho. Espero, com essa pesquisa, contribuir um pouco mais para a assistência às mulheres que amamentam, seus filhos e suas famílias.

*Introdução**

* Esta tese foi revisada de acordo com a nova Ortografia da Língua Portuguesa, vigente no Brasil desde 2009.

1 INTRODUÇÃO

Considera-se que um adequado nutrimento durante a infância é essencial e de grande repercussão para o alcance de melhores condições de saúde, nutrição, de crescimento, desenvolvimento e sobrevivência da criança, onde o aleitamento materno se destaca como fonte ideal de alimento nesta fase (WHO, 2005; BRITTO et al., 2017; ROLLINS et al., 2016; VICTORA et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde brasileiro (MS) propõem que as crianças sejam amamentadas somente com leite materno até completar o sexto mês de vida e de maneira adicional até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2008; BRASIL, 2015; VICTORA et al., 2016).

A OMS traz como definição de aleitamento materno exclusivo (AME) quando esta prática ocorre de maneira que a criança seja alimentada apenas de leite materno, sem o oferecimento de alimentos sólidos ou outros líquidos, sendo apenas permitido o consumo de medicamentos e/ou vitaminas (BRASIL, 2015). Ainda de acordo com estes órgãos, o aleitamento materno é uma prática indispensável, considerado como uma ação ímpar e superior na prevenção de mortes infantis quando comparado a outras estratégias, além de favorecer a saúde biopsicossocial do binômio em aleitamento (BRASIL, 2015), sendo que estes benefícios são motivos de diversos estudos na literatura mundial.

Em razão das inúmeras condições favoráveis presentes no leite materno que conferem defesa em face de diversas infecções nas crianças que o recebem, observa-se uma diminuição no número de óbitos registrados neste grupo, evitando-se 13% do total de mortes em crianças pequenas por causas preveníveis (JONES et al., 2003).

Em todo o mundo, poderia ser salvo 1,47 milhão de crianças se as recomendações de AME por seis meses ou mais fossem seguidas (LAUER, 2006).

Estudo de abrangência nacional, com o objetivo de estudar os efeitos da prática do aleitamento com relação ao número de óbitos, verificou-se que esta prática pode incrementar uma redução nos índices de mortalidade infantil considerado expressivo para a saúde infantil (ESCUDE; VENÂNCIO; PEREIRA, 2003).

Logo, à medida que há maiores taxas de aleitamento materno, há diminuição da morbidade hospitalar por formas graves de múltiplas doenças do aparelho respiratório, pneumonias, doenças infecciosas.

Para a saúde da criança amamentada há evidências de que os benefícios estão relacionados a menores registros de casos de diarreia, infecções respiratórias, infecções de ouvido, entre outras infecções, redução do risco de colesterol alto, diabetes, hipertensão, obesidade, doenças cardíacas, e ainda diminuição dos índices de mortalidade quando equiparadas a crianças não amamentadas (BRUMMELTE; GALEA, 2016; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

A amamentação promove o desenvolvimento crânio-mandibular como resultado do reflexo de sucção, evita a possibilidade de desenvolver alergias alimentares promovendo um bom desenvolvimento neurológico da criança.

A amamentação está associada ainda, há indicativos de desempenhos superiores em provas que avaliam o quociente intelectual quando comparadas com crianças não amamentadas, o que pode ter impactos na vida adulta, considerando-se o nível individual e social, contribuindo para melhores condições de escolaridade e renda (VICTORA et al., 2016).

As mães que amamentam também compartilham dos efeitos protetores desta prática, podendo observar-se que a liberação da ocitocina minimiza o estresse e irritabilidade, por outro lado a liberação de betaendorfinas promove uma sensação de contentamento e satisfação, queda na probabilidade do acometimento por diversos tipos de cânceres entre eles o de mama e ovário, e promove a contração uterina eficaz (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013), reduz a chance de apresentar hemorragia pós-parto, amplia o tempo entre o parto atual e a uma próxima gestação, (VICTORA et al., 2016), que se estendem por completo durante o ciclo vital, abrangendo um déficit significativo no risco de surgimento de doenças cardiovasculares e conseqüentemente queda nas repercussões destas (BELO et al., 2014).

Estudo epidemiológico demonstrou que, em similitude com mulheres que não amamentaram, as mulheres que amamentavam relataram procurar atendimento médico com menos regularidade, menor frequência de doenças respiratórias, cardiocirculatórias e gastrointestinais, além de menos sintomas relacionados a problemas emocionais (GERTOSIO; MEAZZA, 2016).

A ocitocina liberada durante a amamentação é um elemento essencial para a encorajar a formação de um bom relacionamento entre o binômio (MATOS et al., 2010), desencadeando diversos efeitos positivos. As mães mencionaram que se sentem mais calmas, menos estressadas, de melhor humor e mais interessadas em socializar desde os primeiros dias pós-parto (JONAS; WOODSIDE, 2016).

Da mesma forma, a amamentação também pode atuar sobre um mecanismo de regulação da secreção diurna de cortisol, com uma concentração estável do hormônio, sugerindo que haja um decrescimento no risco de depressão pós-parto (DIAS; FIGUEIREDO, 2015).

Para além de assegurar um nutrimento adequado à criança, e promover diversos benefícios à mãe, o aleitamento materno reforça o vínculo, afeto e proteção entre o binômio, permite ainda uma relevante repercussão na promoção da saúde integral deste, sendo ainda importante para toda coletividade, pois se observa uma melhoria do estado de saúde como um todo (ROLLINS et al., 2016; GRUMMER; ROLLINS, 2015).

Estudos referem-se ao aleitamento materno como uma prática que agrega benefícios ao meio ambiente, por ser considerado um processo ecológico, onde o não uso de fórmulas artificiais e outros leites, bem como mamadeiras e chupetas e outros adereços, contribuem para diminuir a emissão de poluentes no ar, água e solo quando da produção destes, atingindo as mais diversas populações de países independente de seu desenvolvimento e renda (ROLLINS et al., 2016).

Apesar das evidências comprovadas cientificamente dos inúmeros benefícios do AME, estudos reforçam que sua interrupção precoce representa ainda um contrassenso no Brasil e no mundo. Isto aponta para a necessidade de um permanente acompanhamento dos indicadores e determinantes do aleitamento materno, bem como novos planejamentos e pesquisas de intervenções referentes à saúde materno-infantil (VICTORA et al., 2016).

Realizou-se no ano de 2012 em Genebra, a 65ª Assembleia Mundial de Saúde, durante a qual foi discutida e reforçada a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, e aprovado um plano de implementação abrangente para apoiar, promover e proteger a amamentação. O plano enfatizou esforços globais e estabeleceu seis metas, uma das quais é que até

2025, pelo menos 50% das crianças na faixa etária de zero ao sexto mês de vida, sejam nutridas somente com leite materno (WHO, 2017).

No tocante a temática, as pesquisas realizadas na esfera nacional reconheceram que, posteriormente a implementação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno que aconteceu nos primeiros anos da década de 1980, houve uma progressiva elevação nos indicadores relacionados a esta prática.

De acordo com um estudo realizado que utilizou dados derivados de outras investigações nacionais (realizados em 1986, 1996 e 2006), os resultados identificaram que os valores referentes à prevalência de AME obteve acréscimo de 34,2 pontos percentuais entre os anos de 1986 e 2006, indo de 2,9% para 37,1% (BOCCOLINI et al., 2017).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI - 2019, a mais recente pesquisa nacional realizada sobre indicadores de aleitamento materno, com representatividade para todas as regiões do Brasil, mostrou índices nacionais de AME em menores de seis meses de 45,7%, resultando em um aumento de 42,8 pontos percentuais nos 34 anos desde a primeira pesquisa em 1986, o que corresponde a um incremento de cerca de 1,2% ao ano (BRASIL, 2020).

No entanto, a constatação deste aumento nos indicadores de aleitamento em nosso país, demonstra que bebês até o sexto mês de vida recebem menos tempo de nutrição materna exclusiva do que o recomendado pela OMS, que considera como ruim a prevalência quando se apresenta de zero até 11% do total de crianças amamentadas até completarem seis meses, como razoável de 12% a 49%, como bom de 50% a 89% e como muito bom de 90% a 100% (WHO, 2008; BRASIL, 2015).

No município de Ribeirão Preto, na pesquisa mais recente realizada em 2016, constatou valores relacionados à prática do aleitamento materno exclusivo em crianças na faixa etária que compreende até o sexto mês de vida de 59,5 % (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

A prática de amamentar, bem como sua duração, pode sofrer influências multifatoriais, dentre eles podemos destacar os problemas relacionados à assistência ao parto, os nascidos de parto cesáreo, o baixo peso ao nascer, a deficiência de orientação ao aleitamento no hospital e, cuidados prestados ao

recém-nascido favorecendo o aumento da incidência do desmame precoce (MARTINS; VIEIRA; VIEIRA, 2011).

Desconhecimento e informações imprecisas acerca da prática do aleitamento, crenças e significados atribuídos à amamentação, são fatores que podem contribuir na opção pelo aleitamento e o período pelo qual o binômio pode permanecer nesta prática (MORAIS et al., 2011). O conhecimento sobre os benefícios desta prática por vezes é de domínio das nutrizes, porém o que se observa na prática é que este fator pode não ser considerável para prover o aleitamento pelo tempo recomendado (ISSLER et al., 2010).

Compreende-se, portanto, que o processo de aleitamento materno possui características variadas e peculiares, que percorrem pelos âmbitos da anatomia e fisiologia, perfazendo caminhos subjetivos mediado por aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

Neste sentido, ao considerar a relevância inquestionável do aleitamento materno, os fatores envolvidos no seu desempenho têm sido constantemente estudados.

A literatura sobre determinantes da prática do aleitamento materno enfatiza o envolvimento de fatores psicossociais no processo de aleitamento materno que têm forte influência no comportamento da amamentação, tais como a saúde mental das mulheres (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) e a confiança materna para amamentação (DODT et al., 2012).

Estudos mostram que uma porcentagem significativa de mulheres pode apresentar sofrimento, disforia e sintomas indicativos de depressão durante o período do puerpério (NISHIOKA et al., 2011; POPE; MAZMANIAN, 2016). Mães deprimidas podem ter dificuldade para amamentar e insatisfação durante o início e manutenção do aleitamento (FORSTER; MCLACHLAN; LUMLEY, 2006).

No âmbito do desenvolvimento infantil, estudos mostram que o diagnóstico de quadro depressivo materno, pode acarretar danos neurológicos, cognitivos e emocionais nas crianças (MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005), acarretando maiores consequências ao longo do tempo, podendo permanecer até a adolescência (LUOMA et al., 2004). Deste modo, consideram que o estado emocional materno acometido pelo quadro depressivo, pode consequentemente influenciar de maneira desfavorável o relacionamento entre mãe e filho (VITOLO et al., 2007).

No contexto brasileiro, estudo verificou que condições de vida insatisfatórias, falta de apoio do companheiro e quadro depressivo materno estiveram associados ao término precoce do AME. Também foi revelado neste estudo que filhos de mães deprimidas apresentam risco aumentado de desmame precoce durante os primeiros 2 meses de vida (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008). Neste sentido, um estudo realizado sobre a alimentação infantil aponta a um risco aumentado de resultados negativos nesta prática quando sintomas depressivos maternos estão presentes no período pós-parto inicial (DENNIS; McQUEEN, 2009).

A confiança materna para amamentação, também intitulada de autoeficácia para amamentação, é uma variável que pode sofrer modificações, e que sugestiona tanto o princípio quanto a permanência do aleitamento materno. Seu reconhecimento proporciona a identificação de mulheres que apresentem maiores chances para desmamar precocemente, assim como realizar mediações específicas de acordo com o contexto apresentado. Estudo demonstra que nutrízes com altos níveis de autoeficácia para amamentação são capazes de depreender maior esforço e constância e conseguem afastar quaisquer dificuldades, que são compreendidas positivamente, e não em função de desalento (VIEIRA et al., 2018).

Foi apontado em um estudo que puérperas com baixos níveis de autoeficácia apresentam maior propensão em interromper o aleitamento materno precocemente em até três vezes, e ainda chances ampliadas de ter esta prática degradada pela ocorrência de sintomas depressivos (ORIÁ, 2008).

Com base no exposto, este estudo buscou o aprofundamento nesta tônica, que se refere a autoeficácia materna para amamentação e a saúde mental das mulheres, especificamente no que tange à depressão pós-parto e ansiedade, com a intenção de favorecer ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento, em termos da qualidade em que a assistência ao binômio é prestada.

1.1 Transtornos mentais

Segundo a OMS, os transtornos mentais comuns apresentam 13% do total de todas as doenças e atingem em média 700 milhões de pessoas globalmente, apresentando diversos tipos de sinais e sintomas sendo que os mais prevalentes

são depressão, ansiedade e estresse, visto que é estimado para 2020 que a depressão seja a segunda maior causa de incapacitação da população mundial (SANTANA et al., 2016).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM –V, da Associação Psiquiátrica Americana (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015) traz a definição:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (DSM-5, p. 20).

Inúmeros transtornos mentais são identificados, com conformações distintas. Caracterizam-se pela apresentação de aglutinação de consciência, assimilações incomuns, sentimentos e condutas anormais, podendo desta forma acometer o convívio em sociedade.

Considera-se mais usuais na população em geral os diagnósticos referentes ao transtorno depressivo e de ansiedade, as psicoses e os transtornos de desenvolvimento (WHO, 2010).

Distingue-se na literatura a prevalência dos indicadores dos transtornos quando comparados entre os sexos, sendo a maior prevalência e regularidade no sexo feminino de transtornos somatoformes, de humor e ansiedade, bem como as comorbidades relacionadas (ARAÚJO et al., 2014; VIANA; ANDRADE, 2012).

Alterações no padrão psicológico de cada indivíduo serão determinadas de acordo com a força exercida por fatores próprios e intrínsecos, orgânicos ou emocionais, pessoais, familiares, culturais, sociais e de sua personalidade (KASSADA, et al., 2015).

Neste sentido, considera-se que a gestação é um período fisiológico relevante no decorrer da vida de uma mulher, ocorrendo várias e significativas transformações entre elas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Portanto, necessita de cuidados com a saúde, sendo fundamental a identificação e acompanhamento do estado

psicológico e dos sintomas depressivos durante o período gestacional (KINGSBURY; PLOTNIKOVA; NAJMAN, 2018).

Da mesma forma, o puerpério refere-se a uma fase muito marcante da vida das mulheres no qual as alterações biológicas e subjetivas, continuam ocorrendo após o período gestacional, aumentando ainda mais os riscos para aparecimento dos transtornos mentais (ALBUQUERQUE et al., 2008), sendo a sintomatologia depressiva predominante (STONE, et al., 2015).

Cada mulher tem uma representação diferente sobre a maternidade e vive esse momento de acordo com seu histórico familiar e suas características de personalidade, o que pode influenciar seu estado emocional e psicológico (ROMERO; CASSINO, 2018).

Nesta perspectiva, existe uma probabilidade de desenvolvimento de depressão durante o período gestacional e depressão no período puerperal que correspondente a presença dos sintomas depressivos nestes períodos, trazendo riscos tanto para a gestante quanto para o bebê (KINGSBURY; PLOTNIKOVA; NAJMAN, 2018).

Considerando o contexto e o estado emocional individuais, é importante destacar que a saúde mental das mulheres tem sido frequentemente relacionada ao desmame precoce, e a identificação de sintomas depressivos e de ansiedade materno precocemente, ainda na gestação e no início da vida da criança, conforma-se como primordiais no fomento de ações de prevenção relacionadas à saúde da mãe e do bebê (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008).

Neste sentido, percebe-se o quão imprescindível é o bem estar emocional da mulher para um bom desfecho do aleitamento materno. Assim, dentre os transtornos mentais mais comuns que podem influenciar esse processo, neste estudo será dado enfoque ao transtorno depressivo e ao transtorno de ansiedade, que serão descritos a seguir.

1.1.1 Transtorno depressivo– Depressão pós-parto

A depressão é uma patologia crônica e recorrente. É um tipo de transtorno de humor, caracterizado por sintomas como a tristeza, humor rebaixado ou irritável,

desinteresse generalizado e sentimento de desvalorização, acompanhados de múltiplas alterações, como queixas físicas e cognitivas causando assim disfunções no comportamento das pessoas acometidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015). Concomitantemente, manifestações de fúria, de insatisfação, de contraposição, e depreciação, geralmente indicam sintomas depressivos (COSTA et al., 2018).

Tal transtorno mental é conhecido por ser o mais comum, sendo a principal causa de deficiência no mundo com predomínio entre as mulheres (STEWART; WILD; 2014). Em 2015, o transtorno depressivo atingiu mais de 300 milhões de pessoas no mundo, nas diferentes faixas etárias (WHO, 2017; OPAS, 2018).

A literatura científica demonstra inúmeras razões desencadeantes relativas à depressão, entre elas, o desequilíbrio de neurotransmissores no cérebro, características de personalidade, instabilidade genética e situações pontuais (SCHMIDT et al., 2010).

O surgimento de transtornos emocionais no princípio da gestação é constante, conseqüentemente, são inúmeros os relatos de depressão (GONZÁLEZ-MESA, et al., 2018). No que lhe diz respeito, o puerpério por ser considerado como um momento de modificações biopsicossociais, sendo uma fase vulnerável propicia ao surgimento de perturbações psiquiátricas (CANTILINO et al., 2010).

Também chamada de depressão pós-natal, depressão materna ou depressão puerperal, a depressão pós-parto (DPP) conforma-se ao estado depressivo apresentado pela gestante, atingindo tanto a saúde materna quanto da criança, ocasionando variações no comportamento, nas emoções, cognição e até mesmo alterações físicas (WHO, 2017; MASTELLINI; SILVA, 2012; MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), 10ª edição, consta que na DPP os sintomas relacionados a este distúrbio surgem até seis semanas de puerpério, ou seja, o período da gestação não é considerado nesta definição. Também a OMS restringe o início da sintomatologia depressiva ao puerpério, mas estende-o até 12 meses após o parto (DEKEL, et al., 2019). Por sua vez, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, quinta edição (DMS-V), expandiu esta definição em sua atualização, passando a considerar os episódios depressivos com início na gestação, podendo surgir até um

mês de puerpério (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015). Este manual reconhece que, comumente, quadros depressivos no pós-parto manifestaram os primeiros sintomas ainda durante a gravidez, pelo que passou a prever o especificador “com início no periparto” para um episódio depressivo maior (EDM) que surja em qualquer um dos casos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015). Neste estudo foi adotado apenas o período puerperal, sendo assim a terminologia utilizada foi depressão pós-parto (DPP).

A DPP inclui-se em um grupo de diagnósticos dentro da psiquiatria que se enquadra no período pouco antes ou depois do parto, definida pelas seguintes categorias diagnósticas: a depressão pós-parto, o *blues* puerperal, as psicoses puerperais (WHO, 2017; MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011). Estima-se que 70% das mulheres vivenciam sintomas depressivos durante ou após a gravidez, tais como alterações do sono, ansiedade, irritabilidade, choro fácil ou tristeza. Na grande maioria dos casos, trata-se de situações transitórias e com mínimo impacto funcional, que surgem e cessam em apenas alguns dias após o parto (Mc CALL-HOSENFIELD et al., 2016). Os sintomas têm um pico de incidência de cerca de três ou quatro dias após o parto, e se resolvem espontaneamente dentro dos primeiros 10 dias, sem necessidade de tratamento médico específico (LANGAN; GOODBRED, 2016), e são considerados como uma experiência normativa no pós-parto, atribuíveis ao leque de alterações físicas, hormonais e emocionais que esse período acarreta.

A literatura apresenta os indicadores relacionados à DPP muitas vezes de maneira inconstante. Há possibilidade de esta inconstância ser devido ao uso de múltiplas variáveis para as metodologias e de processos diferentes para elucidar diagnósticos, bem como fatores relacionados às diferenças econômicas e culturais entre a população avaliada.

Os valores referentes à prevalência da DPP ficam entre 5,92-27,5%, sendo a média mundial de 10 a 15% das puérperas, observando-se que este valor pode-se apresentar aumentado em países subdesenvolvidos e em casos de gestação de alto risco (WARDENAAR et al., 2017; GUEDES et al., 2011). No cenário brasileiro, cerca de 25% das puérperas apresentam sintomatologia depressiva no período de seis meses até um ano e meio de puerpério (THEME FILHA et al., 2016).

Contudo, essa constatação pode se apresentar divergente na realidade, onde acredita-se que muitas mulheres ainda não procuram por ajuda, e por outro lado há impasses em se diagnosticar a doença brevemente, devido a sintomatologia assemelhar-se a outras patologias.

Estudos apontam que mães que apresentam sintomas depressivos demonstram um maior grau de dificuldade em envolverem-se nos cuidados de saúde como um todo, mesmo os pessoais e como os da criança, amamentam com menor frequência, interrompem o aleitamento materno precocemente e se reconhecem como menos confiantes com relação à capacidade de amamentar (FIELD; HERNANDEZ-REIF; FEIJÓ, 2002; LIEFERMAN, 2002). As consequências podem se estender ao recém-nascido, prejudicando o desenvolvimento do feto, acarretando redução no peso ao nascer, risco para parto prematuro e maiores chances de internações em unidades de terapia intensiva neonatal. (KINGSBURY; PLOTNIKOVA; NAJMAN, 2018).

A DPP deixa sequelas marcantes na sociedade e na família, podendo corromper a relação mãe-filho e afetar negativamente o desenvolvimento infantil. Um vínculo materno seguro é fundamental para que a criança tenha todos os cuidados maternos de que necessita, se integre adequadamente no mundo exterior e se desenvolva em todo o seu potencial. Quando a DPP está presente, pode ocorrer desenvolvimento ineficiente da criança e afetar a saúde mental da mulher, até mesmo com efeitos direcionados para o autoextermínio (ROJAS et al., 2010). Dessa forma fica evidente que há indicativos de efeitos adversos à criança quanto ao seu desenvolvimento, como pode se observar nos casos em que não ocorre a terapêutica apropriada (THEME FILHA et al., 2016; GREINERT; MILANI, 2015; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Considera-se essa temática de suma importância clínica com reflexo na saúde pública, em especial quando fica evidente sua conformação na saúde das mulheres e crianças envolvidas por esse distúrbio durante o puerpério (PEDREIRA; LEAL, 2015).

1.1.2 Transtorno de Ansiedade

O transtorno de ansiedade é uma condição caracterizada por sintomas persistentes e de difícil controle, de forma exacerbada e frequente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015). Por vezes identifica-se como uma conduta necessária do organismo como agente de preservação.

Os transtornos de ansiedade são referidos como os que mais acometem os indivíduos globalmente, seus sintomas apresentam-se como usuais, podendo ser referidos por qualquer pessoa em determinadas épocas. Toda via, considera-se como patológica quando os sentimentos referidos são desarmônicos ao evento que a dispara, ou quando inexiste uma causa ou razão específica para o surgimento, ou mesmo quando se mostra como um resultado desajustado a um dado evento com relação a sua força ou extensão (GUIDOLIN; CÉLIA, 2011).

A literatura demonstra que a ansiedade apresenta fatores fisiológicos e psicológicos, que podem ser descritos como medo, insegurança, apreensão, estado de atenção aumentado, apreensão, algias, falta de ar, tremores, diversos outros sintomas relacionados ao sistema nervoso autônomo quando superestimulado (GUIDOLIN; CÉLIA, 2011; CASTILLO, et al., 2000).

Segundo dados da OMS, a ansiedade atingiu globalmente um total de 264 milhões de pessoas em 2015, acarretando um acréscimo de 14,9% nos dados apresentados em 2005. Registra-se uma prevalência na população de 3,6%. No Brasil os dados referentes aos transtornos de ansiedade chegam a valores de 9,3% em geral (OPAS, 2018), sendo uniforme sua amplitude entre os sexos (CASTILLO, et al., 2000).

É comum o relato ambivalente dos sentimentos referidos pelas mulheres com relação à maternidade; momentos de felicidade e amor confrontam-se com ansiedade, cansaço e esgotamento (RAPOPORT; PICCININI, 2011).

Prejuízos relacionados à presença de relevantes indicadores de ansiedade durante a gestação são citados na literatura científica, podendo acometer a mulher e o feto, acarretando a ocorrência aumentada de partos prematuros, baixo peso ao nascer, desordens obstétricas, partos cirúrgicos eletivos e ainda depressão (FONSECA-MACHADO, 2014).

No puerpério, a ansiedade ainda é alarmante, pois interfere negativamente no elo afetivo entre o binômio mãe/bebê, reduzindo a capacidade no enfrentamento da mulher frente às adversidades, o que reforça a sensação de impotência da mulher frente aos cuidados desenvolvidos por ela. Ainda estas deduções não se firmam neste período, mas podem postergar-se por todo o crescimento da criança (PEROSA et al., 2009). Nesta fase, a ansiedade atinge valores entre 44,0 a 46,1% no cenário brasileiro, sendo que internacionalmente essa variação fica em 4,9% e 24,9% (FAISAL-CURY; ROSSI, 2007; GUIDOLIN; CÉLIA, 2011).

Elevados índices de ansiedade mostram-se associados a prejuízos relacionados à saúde mental das mulheres e também ao binômio (AIROSA; SILVA, 2013; CRUZ DANTAS et al., 2015). A literatura demonstra que a nutriz quando diagnosticada com ansiedade apresenta maiores chances de não continuar o aleitamento e ainda de complementação utilizando-se de leites artificiais (TAN et al., 2018). Estudos realizados com puérperas demonstraram que há relação negativa entre ansiedade materna e exclusividade de alimentação por leite materno e o tempo dispensado a este processo (PAUL, et al., 2013; ADEDINSEWD et al., 2014).

Portanto a ansiedade é uma condição psicológica que pode influenciar negativamente o aleitamento materno, visto que existe relação entre ansiedade e estresse e estes dois fatores influenciam e podem dificultar a amamentação (PEREZ et al., 2014).

1.2 O conceito da autoeficácia e da autoeficácia materna para amamentação

Na Teoria Social Cognitiva (TSC), o comportamento humano é descrito como parte de uma correlação entre três elementos interativos, sendo eles o próprio homem, os fatores pessoais e os fatores ambientais. Então, o indivíduo pode ser tornar gerador e receptor de situações concebidas e concomitantemente são estas mesmas situações que determinarão seu comportamento posterior (BANDURA, 1989; MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006).

O fato de o indivíduo apresentar-se como gerador ou autor de suas ações pode ser também denominado como agenciamento humano, o que é fundamental para o seu autodesenvolvimento, suas adaptações e as mudanças envolvidas. Ser

agente, portanto, consiste em ser capaz de suggestionar e decidir sobre suas próprias ações e o contexto na qual ocorrem, é agir deliberadamente e ser transformado por suas ações (BANDURA, 2008).

Sendo assim, ao caracterizar o agenciamento humano, o autor refere-se a quatro características humanas essenciais: a intencionalidade, que significa possuir a habilidade em idealizar seu modo de agir e elaborar meios para sua execução; a antecipação, que representa o indivíduo que se antepõe aos desfechos criados por suas ações e dessa maneira permite-se estimular a um maior empenho; a autorreatividade, onde o indivíduo ajuíza, acompanha e pondera suas atitudes; e a autorreflexão, onde a pessoa consegue discernir sobre suas ações e usar deste posicionamento para alterar o que for preciso (BANDURA, 2004; BARROS; BATISTA DOS SANTOS, 2010).

Ainda consoante a esta teoria, o que mais impacta o agenciamento humano são as próprias convicções do indivíduo, e dentre estas convicções está a autoeficácia que nos permite avaliar possibilidades e a partir de então regular nossas ações em razão de conseguir um resultado considerado ideal, sendo esta considerada como a convicção que mais potencializa o comportamento humano (BANDURA, 1987).

Importante destacar que não se faz suficiente o fato do indivíduo possuir o conhecimento e as aptidões necessárias para realizar uma determinada atribuição ou atitude é realmente necessário que ele entenda-se como capaz para executá-las (BANDURA, 1977).

A construção da teoria da autoeficácia, desenvolvida pelo psicólogo Albert Bandura, contribuiu para a expansão de estudos sobre o comportamento humano em diversas composições. De acordo com o canadense, a autoeficácia é uma convicção acerca do seu potencial em conduzir com êxito uma deliberada atividade. Portanto, este sentimento denominado confiança pode impactar suas decisões e até mesmo sua atuação profissional (BANDURA, 1989; AZZI; POLYDORO, 2006, BARROS; BATISTA DOS SANTOS, 2010).

A autoeficácia, portanto, não é considerada como parte consolidada do indivíduo em razão de sua personalidade, mas que é influenciada pela circunstância que o envolve e também a depender de cada situação, sendo considerada como um fator variável (BUSOT, 1997). Desta maneira, é possível dizer que a depender do

contexto, a pessoa pode revelar diferentes graus de autoeficácia (AZZI; POLYDORO, 2006).

A literatura faz distinção conceitual entre a expectativa de autoeficácia e expectativa de resultados, sendo que a primeira é definida no sentido de acreditar que se pode realizar determinada atividade para se obter resultados esperados, já a segunda refere-se como a própria convicção de que ao se realizar determinada atividade conseguirá chegar ao desfecho esperado (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Desta forma, a expectativa de resultados manifesta-se podendo assumir efeitos físicos, sociais e de autoavaliação, revelando-se em cada uma delas de maneira assertiva ou refutiva, sendo que independente deste resultado, o comportamento do indivíduo sofrerá alguma interferência (ORIÁ, 2008). De maneira geral, os indivíduos operam de acordo com suas próprias deliberações após o desenvolvimento de um padrão pessoal, agindo conforme o que recebe positivamente, privando-se de atitudes que resultem em sentimentos negativos como censura e desvalorização (ORIÁ, 2008).

A expectativa de autoeficácia pode variar em razão de algumas perspectivas como a força, generalização e magnitude. Dessa maneira, a expectativa pode ser classificada como fraca ou forte, ampla ou restrita, e ainda pequena, moderada e grande (ORIÁ, 2008). Compreende-se então que um indivíduo ao realizar determinada ação, com alta expectativa nessas áreas, irá definir objetivos mais avançados, com menor receio de fracasso e assim perseverar por um tempo maior na realização desta ação mesmo frente às adversidades que possam surgir.

Compõem-se como fundamentos da expectativa de autoeficácia os seguintes fatores: experiências diretas ou pessoais, experiências vicárias ou observacionais, persuasão verbal ou social, e estados fisiológicos emocionais (ORIÁ, 2008).

As experiências diretas ou pessoais são consideradas como as principais influenciadoras da expectativa de autoeficácia, uma vez que o indivíduo analisa seus resultados e considera seus efeitos. Análises positivas elevam a autoeficácia ocorrendo o inverso para as análises negativas.

As experiências vicárias ou observacionais compreendem-se pelo modo de aprender a partir da observação das experiências de outros, ou mesmo pelo entendimento de haver possibilidades diferentes de ação para se obter bons resultados.

Persuasão verbal ou social ocorre quando o indivíduo é motivado por terceiros a crer em sua capacidade elevada para realizar uma determinada tarefa e alcançar sucesso em seus resultados.

O estado fisiológico e emocional pode ser compreendido no momento da realização de alguma atividade como anunciador de seu desempenho, como por exemplo, sintomas físicos considerados ruins, como dores ou fadiga, tendem a fazer o indivíduo acreditar ser incapaz de conseguir desenvolver determinada tarefa.

A partir da TSC, Dennis (1999) desenvolveu o conceito de autoeficácia materna na habilidade para amamentação, que se refere ao entendimento da mulher sobre sua convicção para realizar esta prática (DENNIS, 1999).

Assim, para que o processo de aleitamento ocorra com sucesso, a mulher precisa ter convicção que tem informações e habilidades suficientes para isto, portanto, quanto maior o nível de autoeficácia apresentado pela mulher nesta fase, maior será o tempo que permanecerá em aleitamento (RODRIGUES et al., 2013; UCHOA et al., 2014).

Perceber-se autoeficaz contribui para transformar comportamentos, no sentido terapêutico, onde o indivíduo motivado é capaz de se colocar a favor de determinada prática, considerando-se suas relações e percepções com o ambiente (MARIANO et al., 2016).

É importante compreender que apenas a convicção na autoeficácia em determinada área ou tarefa, não determina a aptidão ou habilidade do indivíduo para tal, o que ela define é a consciência do indivíduo em relação às suas capacidades (BANDURA, 2008).

A partir disto, é possível compreender situações em que não ocorre a manutenção do aleitamento dentro de um período ideal e recomendado, mesmo a mulher estando informada da importância da prática e seus efeitos benéficos, pois somente a informação, fundamento ou consciência não assegura confiança suficiente para lidar com esta prática (RODRIGUES et al., 2017).

A construção da autoeficácia para amamentação provém do processamento cognitivo de todos os diferentes fundamentos de informação. As mulheres constroem suas expectativas e convicções para amamentar, e estas poderão definir suas competências para iniciar e manter esta prática (MARIANO et al., 2016).

Ao se comparar a confiança materna para amamentação com outras variáveis que influenciam no aleitamento, esta pode ser considerada como uma variável modificável, e ainda facilmente exeqüível a nível profissional, o que a torna muito importante, pois quando reconhecida há a possibilidade de ações e intervenções direcionadas e específicas frente ao desmame precoce (ORÍÁ et al., 2009).

Podemos encontrar na literatura estudos que comparam o nível de autoeficácia para amamentação após intercessões realizadas por profissionais durante a gestação e no puerpério.

Pesquisa do tipo metanálise, comprovou a efetividade das ações educativas que foram aplicadas durante no pré-natal, e que se mostraram efetivas na promoção do AME até os seis meses (OLIVEIRA et al., 2017). Neste mesmo sentido, outro estudo realizado com gestantes, demonstrou que os indicadores de AME em curto prazo apresentaram-se elevados, após terem utilizado uma técnica educativa utilizando-se de um álbum seriado abordando temas acerca da amamentação (JAVORSKI et al., 2018).

O nível de autoeficácia também se apresentou mais elevado após intervenções realizadas com gestantes primigestas, observando-se que após o nascimento do bebê os indicadores de aleitamento também sofreram variações positivas (ARABAN et al., 2018).

Ainda, observa-se que quando esta variável apresenta altos níveis, a probabilidade da permanência da prática do aleitamento por um tempo mais estendido é elevada (NICHOLS et al., 2009; ZUBARAN; FORESTI, 2011). Da mesma forma, estudo relatou que as puérperas que referiram falta de confiança em amamentar, podem apresentar maiores probabilidades de desmame precoce neste período (YANG et al., 2016).

Um estudo que teve como objetivos explorar os efeitos da autoeficácia para amamentação na duração desta prática demonstrou que houve atuação favorável da autoeficácia no sentido que a probabilidade de permanecer em aleitamento exclusivo até o terceiro mês após o nascimento do bebê foi elevada, e ainda houve uma manutenção desta prática até um ano (MINHARRO et al., 2019).

Dentre outros instrumentos, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) foi desenvolvida para dimensionar a autoeficácia para amamentação. É uma escala Likert que estima os níveis de autoconfiança a partir das adversidades relacionadas

tanto quanto à prática quanto a duração da amamentação já representados na literatura (DENNIS; FAUX, 1999).

A BSES foi adequada para vários países, entre eles o Brasil (DENNIS; FAUX, 1999), sendo que a literatura a respeito reconhece-a como um instrumento pertinente e fundamentado, podendo ser utilizado na assistência na área da saúde no incentivo e benefício do aleitamento, colaborando para a identificação do risco para o desmame precoce (DENNIS; FAUX, 2006; DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011).

Posteriormente, esta escala foi reformulada para uma forma mais curta, sendo reduzida de 33 para 14 itens, agora nominada *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) (DENNIS, 2003; DODT, 2008; ORIÁ, XIMENES, 2010).

A utilização deste instrumento no cotidiano da assistência de enfermagem e no alojamento conjunto pode representar uma estratégia para o enfermeiro identificar junto à puérpera o nível da autoeficácia para amamentação e os fatores dos domínios técnicos e pensamentos intrapessoais relacionados à baixa autoeficácia.

Estudo realizado durante o puerpério relacionou os baixos níveis de autoeficácia das mulheres participantes com a interrupção do aleitamento após uma semana do parto, e ainda confirmou que estas mulheres apresentam possibilidade 3,1 vezes maiores de interrupção desta prática em comparação àquelas que apresentaram altos níveis de autoeficácia (ORIÁ; XIMENES, 2010).

Estudos realizados no Brasil reforçam a importância da autoeficácia, já que a maioria das mães com alto nível de autoeficácia para amamentar apresentam-se mais propensas a amamentar seus filhos por tempo superior a seis meses (FERREIRA et al., 2017). Além disso, em outro estudo, a elevada autoeficácia predispôs um aumento na permanência do aleitamento materno e no propósito de amamentar (JAGER et al., 2014).

Autoeficácia para amamentação também se mostra positivamente relacionada à amamentação na primeira hora de vida, este fato foi observado nos resultados de um estudo realizado na Turquia, onde ter realizado esta prática, reforçou a decisão das mulheres para continuarem amamentando por mais tempo (EKSIOGLU; CEBER, 2010).

Neste sentido, observa-se o quanto a autoeficácia intervém nos comportamentos relacionados à saúde das pessoas, e isto se dá porque precisam estar convictos na incorporação de comportamentos saudáveis visando efetuar os esforços necessários para atingi-los, como no caso da amamentação.

O cenário exposto demonstra a relevância da prática da amamentação e do bem estar psíquico da puérpera frente à melhoria dos índices de morbidade infantil e materna, sendo a proposta do presente estudo verificar a influência dos transtornos de depressão e de ansiedade na autoeficácia para amamentação entre puérperas.

Apesar das evidências de que elevados níveis de autoeficácia tem potencial para influenciar positivamente a manutenção da prática da amamentação, e também dos transtornos depressivo e de ansiedade podendo influenciar negativamente esta prática (PEREZ et al., 2014, VIEIRA et al., 2018, ABUCHAIM et al., 2016), fica evidente que a relação entre estas variáveis ainda foi pouco explorada na literatura científica, perdurando importantes falhas que impedem e entravam o incremento de políticas públicas em benefício do aleitamento materno, o que justifica a realização deste estudo.

Os resultados obtidos por este estudo contribuirão para que os profissionais de saúde tenham um rápido reconhecimento das mulheres com maiores probabilidades para desmamar precocemente, fornecendo subsídios para transformar suas intervenções no processo de amamentação. Para além dos efeitos produzidos sobre os indicadores de aleitamento materno, espera-se ainda proporcionar aos profissionais de saúde uma análise crítica acerca das práticas reais acerca da saúde materno-infantil.

Hipóteses do Estudo

2 Hipóteses do Estudo

Com base no exposto até aqui, foram formuladas as seguintes hipóteses para este estudo:

H0 = A presença de indicadores de transtorno depressivo e de ansiedade não influencia o nível de autoeficácia para amamentar em 60, 120 e 180 dias pós-parto.

Ha = A presença de indicadores de transtorno depressivo e de ansiedade influencia o nível de autoeficácia para amamentarem 60, 120 e 180 dias pós-parto.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar a influência dos transtornos depressivo e de ansiedade na autoeficácia para amamentação entre puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto/SP.

3.2 Objetivos Específicos

- identificar a prevalência dos indicativos do transtorno depressivo entre puérperas nos intervalos de 60, 120 e 180 dias pós-parto;
- identificar os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado entre puérperas nos intervalos de 60, 120 e 180 dias pós-parto;
- identificar o nível de autoeficácia para amamentação entre puérperas nos intervalos de 60, 120 e 180 dias pós-parto;
- verificar a existência de associação entre os indicativos de transtorno depressivo, dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado destas puérperas com a autoeficácia para amamentação nos intervalos de 60, 120 e 180 dias pós-parto.

Material e Método

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Contextualização do estudo

Esta pesquisa integrou um estudo maior intitulado “Utilização da versão brasileira da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* entre puérperas adolescentes e adultas no município de Ribeirão Preto-SP”. Trata-se de uma coparticipação entre pesquisadoras da Universidade Federal do Ceará e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O estudo maior envolveu recortes de pesquisa que estão sendo desenvolvidos por alunas de Iniciação Científica, Mestrado e Doutorado (que inclui o presente estudo), sob a orientação de uma docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

4.2 Desenho do estudo

Este estudo define-se como analítico, longitudinal e prospectivo. Estudos analíticos se configuram a partir da observação da realidade, testando hipóteses de relação causal, a partir de um fator de exposição buscando uma associação a um evento designado desfecho. A investigação longitudinal descreve as características dos mesmos componentes amostrais em uma sequência ao longo do tempo repetidamente, permitindo estabelecer uma sequência nos dados obtidos. São pesquisas que destinam a estudar um fenômeno ao longo de um período de tempo determinado, demonstrando capacidade em expressar as alterações e a sequência temporal ocorridas no período determinado. Em relação à direcionalidade temporal do estudo, neste caso o prospectivo, a principal característica é que os dados são coletados no presente com seguimento para o futuro (POLIT; BECK, 2011).

4.3 Local do estudo

Este estudo desenvolveu-se na Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque Ribeirão Preto – Distrito Sul, também denominada UBS “Waldemar Barnsley Pessoa”, localizada no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Justifica-se a escolha desta unidade pelo índice de nascidos vivos anual, concentrando o maior número de nascidos vivos pelo SUS no ano de 2017, ano anterior ao início da coleta de dados.

Ribeirão Preto é um município localizado no estado de São Paulo, na região Sudeste, estando aproximadamente 315 km de distância da capital; para o ano de 2020 presumiu-se uma população de 711.825 mil habitantes (IBGE, 2020), sendo um município de destaque na região por apresentar diversificado pólo comercial e de prestação de serviços, tendo a base de sua economia alicerçada na agroindústria. Possui um dos principais pólos de ensino superior e pesquisa pluricurriculares em âmbito nacional, com proeminência para área da saúde.

Com relação à organização da gestão em saúde, Ribeirão Preto dispõe de uma rede municipalizada em gestão plena, com uma estrutura hierarquizada dividida em regiões de saúde denominadas distritos de saúde, que se localizam em todas as regiões do município. Em cada distrito existe uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), além de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e Unidades de Saúde da Família (USF), da mesma forma ocorre com demais serviços de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2018).

4.4 População e amostra

A população que compôs este estudo constitui-se pela totalidade de mulheres que estavam com 60 dias pós-parto, e que estiveram presentes para o acompanhamento de seu filho na consulta de puericultura ou para vacinação na UBS Parque Ribeirão Preto.

Realizou-se o cálculo amostral baseado em informações procedentes do Relatório Anual de 2017 da referida Unidade de Saúde, de pesquisas anteriores

envolvendo a autoeficácia materna para amamentar (ORIÁ; XIMENES, 2010) e a saúde mental (indicativos de transtorno depressivo e dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado) (FONSECA-MACHADO, 2014). A seleção das participantes do estudo deu-se por amostragem aleatória simples. Com base no cálculo amostral realizado, ponderando erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e perda prevista de 10%, foi calculada para este estudo uma amostra composta de 180 mulheres.

Estas mulheres foram selecionadas conforme os critérios de inclusão estabelecidos: maiores de 18 anos, estarem em aleitamento materno, estarem com 60 dias, 120 dias e 180 dias de pós-parto. Estabeleceu-se também os critérios de exclusão que foram: mulheres com filhos que necessitavam de cuidados especiais para amamentação e alimentação, e mulheres que não apresentaram condição cognitiva para responderem aos questionários.

Consideramos como prática do aleitamento materno, a criança que se nutre do leite materno, mesmo recebendo outros alimentos (WHO, 2008).

4.5 Procedimentos para coleta de dados

As mulheres que compareceram na referida unidade de saúde para acompanhamento de seus filhos nas consultas de puericultura de rotina e na sala de vacinação, e que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos foram convidadas a integrar este estudo. Nesta ocasião, e contemplando integralmente as etapas da coleta de dados, foi apresentada a pesquisa e realizados os esclarecimentos sobre a coleta de dados. Mediante o aceite em participar do projeto, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em duas vias, sendo que uma destas foi garantida à participante.

Para a coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos. Contemplou dados de identificação e qualificação, bem como as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres inseridas no estudo o primeiro instrumento utilizado. São questões construídas e elaboradas pela pesquisadora fundamentadas na literatura científica nacional e internacional (APÊNDICE B).

O segundo instrumento constitui-se da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (ANEXO A): instrumento de domínio público, validado em diversos países e também no Brasil (SANTOS; MARTINS; PASQUALE, 1999). Trata-se de uma escala contendo 10 itens que avaliam o estado mental da mulher nos últimos sete dias, que utiliza o formato de resposta de múltipla escolha, cotadas de 0-3 pontos, no qual a somatória dos pontos de cada questão perfaz um escore de, no mínimo zero e no máximo 30, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. É consenso que um ponto de corte igual ou maior a 13 pontos referidos na escala, apresente grande possibilidade do valor preditivo positivo ser legítimo (HEWITT et al., 2009), sendo utilizado neste estudo.

O terceiro instrumento constitui-se do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (ANEXO B): instrumento de domínio público, validado em diversos países e também no Brasil (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977; BIAGGIO; NATALICIO, 1979). Compõe-se por duas escalas que mensuram dois conceitos diferenciados de ansiedade: ansiedade-estado (IDATE-E) e ansiedade-traço (IDATE-T).

A ansiedade-estado refere-se a um período ou circunstância pontual, é uma situação limitada ou passageira a depender do contexto. Já a ansiedade-traço refere-se às particularidades do indivíduo, é estável e constante, diferenciando a resposta do indivíduo frente às situações.

A IDATE-E e a IDATE-T contêm, cada uma, 20 itens com quatro alternativas de respostas, cujos valores variam de um a quatro pontos. Para dimensionar e interpretar as respostas, atribui-se a pontuação correspondente os valores entre 1 “quase nunca” e 4 “quase sempre”. A totalidade dos pontos de cada questão resulta em um escore de, no mínimo, 20 e, no máximo, 80 em cada escala, sendo que os resultados de 20 a 40 pontos conferem um baixo nível de ansiedade; 41 a 60 pontos, a médio nível de ansiedade; e 60 a 80 pontos, a alto nível de ansiedade.

Para efeito de cálculo, algumas questões sofrem recodificação dos itens, ou seja, caso a resposta seja 4, atribui-se valor 1 na codificação; para a resposta 3, atribui-se valor 2; se a resposta for 2, atribui-se valor 3; e se for 1, atribui-se valor 4.

O quarto instrumento constitui-se da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF) versão brasileira, para a avaliação da autoeficácia para amamentação (ANEXO C), validada em um estudo desenvolvido no Brasil (DODT et

al., 2012), com autorização das pesquisadoras (APÊNDICE C). A autoeficácia para amamentação obtida por meio da escala é configurada de acordo com os valores referidos, sendo que a escala total com 14 itens, com variação de 1 a 5 pontos para cada item, apresenta valor mínimo de 14 e valor máximo de 70 pontos. Assim, a BSFS-SF considera autoeficácia baixa: de 14 a 32 pontos; autoeficácia média: de 33 a 51 pontos; autoeficácia alta: de 52 a 70 pontos (DODT, 2012; ORIÁ, 2008).

Este instrumento fornece subsídios ao profissional que atende a mulher em aleitamento materno para atuar quando necessário na efetivação de cuidados voltados à prevenção do desmame precoce e, dessa maneira, promover melhores condições que contribuem para o bem-estar físico e mental da mãe e da criança (ORIÁ; XIMENES, 2010).

A coleta de dados iniciou-se em outubro de 2018 e teve conclusão em julho de 2019, foi realizada na unidade de saúde selecionada em uma sala reservada próxima ao local da espera para a consulta com o pediatra e da sala de vacinação, que foi solicitada previamente ao gerente da unidade de saúde para não interferir no atendimento. A coleta de dados levou um tempo total de aproximadamente 15 minutos. O cronograma da coleta de dados foi definido juntamente com a gerência da unidade, no intuito de interferir minimamente na rotina dos profissionais.

Os dados foram obtidos em três períodos distintos:

- Primeiro momento: quando as mulheres compareceram à unidade de saúde acompanhando seus filhos para realizar a consulta de puericultura ou vacinação do 2º mês de vida (60 dias de pós-parto). Após a realização da consulta ou vacinação, foram aplicados o primeiro, segundo, terceiro e quarto instrumentos de coleta de dados.
- Segundo momento: quando as mulheres compareceram à unidade de saúde acompanhando seus filhos para realizar a consulta de puericultura ou vacinação do 4º mês de vida (120 dias de pós-parto). Após a realização da consulta ou vacinação, o segundo, o terceiro e o quarto instrumentos de coleta de dados foram aplicados.
- Terceiro momento: quando as mulheres compareceram à unidade de saúde acompanhando seus filhos para realizar a consulta de puericultura ou vacinação do 6º mês de vida (180 dias de pós-parto). Após a realização da consulta ou vacinação, o segundo, o terceiro e o quarto instrumentos de coleta de dados foram empregados.

Foi previsto uma oferta de suporte profissional especializado às mulheres que apresentassem indicativos de transtornos mentais observado pela pesquisadora no momento da coleta de dados (conforme a pontuação obtida nas escalas aplicadas), como por exemplo, atendimento pelo psicólogo da unidade, encaminhamento ao serviço específico, ou ainda atendimento imediato por algum profissional da unidade (médico ou enfermeiro). Assim, nos casos em que as participantes foram identificadas com indicativos dos transtornos estudados, foram realizados os encaminhamentos e atendimentos conforme o preconizado por este estudo e acordado com a instituição, porém não recebemos informações posteriores sobre os atendimentos.

Destaca-se que a escolha das consultas de puericultura para os momentos de coleta de dados pautou-se na recomendação do MS sobre as consultas no primeiro ano da criança, que devem ocorrer na primeira semana e nos 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses de vida da criança (BRASIL, 2014). Sabe-se que a principal acompanhante das crianças nestas consultas são as suas mães; assim, considera-se que o momento anterior ou posterior a estas consultas são ideais para abordagem das participantes.

Os dados foram coletados pela pesquisadora principal juntamente com mais uma aluna de Doutorado e uma aluna de iniciação científica voluntária. Foi realizado treinamento específico para atuarem como coletadoras de dados da pesquisa.

Anteriormente a coleta de dados, procedeu-se um estudo piloto com a intenção de delinear o preparo do trabalho, e de acordo com os resultados foram necessários alguns ajustes como a identificação de um momento mais conveniente para a coleta de dados, bem como adequar os horários que ocorreram as entrevistas. Para o estudo piloto foram utilizados os mesmos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, sendo que os dados obtidos durante este piloto não foram suprimidos, pois não houve alteração que comprometesse a validação dos dados coletados, sendo seguida a mesma metodologia e aspectos éticos.

4.6 Variáveis do estudo

Os instrumentos aplicados no estudo abordaram as seguintes variáveis:

Variável dependente:

- Nível da confiança materna na amamentação no puerpério: esta variável foi coletada por meio do instrumento BSES-SF descrito anteriormente.

Variáveis independentes:

- As variáveis independentes foram avaliadas por meio da utilização dos seguintes instrumentos: instrumento sociodemográfico, instrumento EPDS e instrumento IDATE, descritos anteriormente.

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas das participantes:

- Idade da participante: em anos completos na data da coleta de dados;
- Cor autorreferida: branca, preta, amarela, parda ou vermelha;
- Escolaridade: analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduada;
- Religião: possui religião, crê em Deus, mas não tem religião, não tem nenhuma religião;
- Ocupação da participante: realiza trabalho remunerado no lar, realiza trabalho remunerado fora do lar; não realiza trabalho remunerado;
- Estado marital da participante: solteira, casada, amasiada, separada/divorciada;
- Moradia: quantas pessoas moram na mesma casa que a participante;
- Cômodos: quantidade de cômodos na casa da participante;
- Renda familiar em reais;
- Ajuda de alguém nos cuidados com o bebê: sim ou não;
- Quem ajudará nos cuidados com o bebê: marido/companheiro, mãe, sogra, outro familiar, amiga;

Variáveis relacionadas às características obstétricas das participantes:

- Número de gestações em números inteiros;
- Número de partos em números inteiros;
- Número de abortos em números inteiros;
- Número de filhos vivos em números inteiros;

- Planejamento da última gestação: sim ou não;
- Tipo de parto atual: normal, cesárea, fórceps;
- Intercorrências no parto atual: sim ou não e quais;
- Sexo do recém-nascido: feminino ou masculino;
- Peso do recém-nascido ao nascimento: em gramas;
- Realização da amamentação na primeira hora pós-parto: sim, não, não sabe.

Variáveis relacionadas às características do aleitamento materno exclusivo no período de 30, 120 e 180 dias pós-parto:

- Amamentação do bebê com leite do peito: sim ou não;
- Até qual idade a criança mamou: em dias;
- O leite materno é o único alimento oferecido ao bebê: sim ou não;
- O término da mamada ocorre por que: a criança larga ou a mulher interrompe;
- Percepção sobre o esvaziamento da mama após a mamada: mama continua cheia ao final, mama parece vazia e leve ao final, retira o bebe antes da mama esvaziar;
- Percepção da satisfação da criança ao término da mamada: sim ou não.

Variáveis relacionadas ao instrumento EPDS:

- Presença de sintomas depressivos nos últimos sete dias: sim ou não.

Variáveis relacionadas ao instrumento IDATE:

- Presença da ansiedade enquanto traço: baixa, média, alta;
- Presença da ansiedade enquanto estado: baixa, média, alta.

4.7 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram reunidos em planilhas eletrônicas estruturadas no Microsoft Excel, utilizando-se de dupla digitação, propiciando assim a validação dos dados digitados suprimindo a possibilidade de erros e a garantia de confiabilidade na compilação final. A análise dos dados foi utilizada com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, SPSS, versão 17.0.

A caracterização das participantes foi baseada na estatística descritiva, sendo que permitiu demonstrar a variação dos valores obtidos na coleta de dados. No caso das variáveis quantitativas, foram utilizados os cálculos das médias e medianas, desvios-padrão, mínimo e máximo, indicando a variabilidade dos dados.

A seleção das variáveis independentes para associação, foi realizada através do teste da Razão de Verossimilhança, para avaliar efeito de confundimento. Foi realizado o Teste Exato de Fisher para verificar a ocorrência das associações, modelos de Regressão Logística foram utilizados para a quantificação destas associações e ainda calculado o *Odds Ratio* bruto (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para todas as análises estatísticas, foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$), e o programa adotado foi o R (*R Core Team*, 2018) versão 3.6.1.

4.8 Considerações éticas

Esta pesquisa ocorreu em conformidade a todas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com os conceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi aprovada, inicialmente pela Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, de acordo com o ofício OF 1528/18 CAPP (ANEXO D). Posteriormente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado sob o número de protocolo CAAE 92340718.0.0000.5393 (ANEXO E).

Considerando que os riscos decorrentes da participação das mulheres nesta pesquisa poderiam estar relacionados a dúvidas ou desconforto em responder algumas questões do instrumento, as pesquisadoras estiveram predispostas a ouvir, elucidar as dúvidas e questionamentos, bem como oferecer suporte emocional caso houvesse necessidade. Os dados obtidos nesta coleta tiveram tratamento ético e de confidencialidade, sendo utilizados apenas em meios científicos, com a identidade das participantes preservada. Não houve acionamento por parte das participantes para esta finalidade.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas, obstétricas e neonatais

Fizeram parte deste estudo 186 puérperas, sendo que a idade média foi de 26 anos, com idade mínima de 18 anos e idade máxima de 47 anos e desvio-padrão de 6,25.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das participantes do estudo quanto às variáveis: idade, cor autorreferida, escolaridade, religião, ocupação, estado marital, recebimento de auxílio nos cuidados com o bebê e renda familiar em reais.

Com relação à cor da pele, a cor parda foi referida por 60,8% do total das participantes. No item escolaridade, 43,0% das puérperas referiram ter o Ensino Médio Completo, e a maioria das puérperas declarou ter alguma religião (76,3%). Sobre ocupação, 49,5% das participantes declararam que não realizam trabalho remunerado fora do lar. Com relação à renda familiar mensal, a média entre as mulheres que declararam a renda foi de R\$2.300,45. Em relação ao estado marital, a maioria referiu que tinha um companheiro, sendo que 55,9% eram amasiadas e 32,3% casadas.

Sobre receber ajuda de alguém com os cuidados com o bebê, a maioria das mulheres referiu receber ajuda, sendo que 53,8% recebem ajuda do marido, 25,0% recebem ajuda da mãe, outras 14,4% referiram receber ajuda de algum familiar, 5,3% recebem ajuda da sogra e 1,5% recebem ajuda de uma amiga.

Tabela 1- Distribuição das puérperas participantes do estudo segundo idade, cor autorreferida, escolaridade, religião, ocupação, estado marital, auxílio nos cuidados com o bebê e renda familiar em reais. Ribeirão Preto, 2019.

Idade (anos inteiros)	N (186)	DP= 6,25
Média	26,26	
Mediana	25	
Mínimo	18	
Máximo	47	

continua

conclusão		
N (186)	Frequência	%
Cor autorreferida		
Branca	43	23,1
Preta	25	13,4
Amarela	4	2,2
Parda	113	60,8
Vermelha	1	0,5
Escolaridade		
Analfabeta	1	0,5
E. fundamental incompleto	30	16,1
E. fundamental completo	17	9,1
Ensino médio incompleto	45	24,2
Ensino médio completo	80	43,0
Ensino superior incompleto	6	3,2
Ensino superior completo	5	2,7
Pós-graduada	2	1,1
Religião		
Possui religião	142	76,3
Crê em Deus, sem religião	27	14,5
Não tem religião	17	9,1
Ocupação		
Trabalho remunerado no lar	13	7,0
Trabalho fora do lar	92	49,5
Não trabalha	81	43,5
Estado marital		
Solteira	20	10,8
Casada	60	32,3
Amasiada	104	55,9
Divorciada ou separada	2	1,1
Auxílio cuidados com bebê		
Sim	132	
Não	54	
Renda Familiar em reais	n (157)	DP=1529,13
Média	2.303,45	
Mediana	2.000,00	
Mínimo	300,00	
Máximo	15.000	
Omisso	29	

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Ao analisarmos as particularidades obstétricas anteriores, na Tabela 2 podemos observar a distribuição das puérperas quanto ao número de gestações, gestação planejada, número de partos, aborto, número de filhos vivos, frequência das intercorrências no parto, pós-parto e tipo de parto.

Quanto ao número de gestações, 35,5% das puérperas eram primigestas, seguida de 31,7% das puérperas que apresentaram duas gestações. Quanto ao número de partos, 41,4% das puérperas referiu ter tido um parto. A maioria das puérperas referiu que nunca sofreu aborto (82,3%). Com relação ao número de filhos vivos, 41,9% das puérperas referiu ter apenas um filho vivo. Do total de participantes, a maioria referiu não ter planejado esta gestação (51,6%).

Do total de puérperas entrevistadas, 11,8% referiram algum tipo de intercorrência no parto, sendo que hipertensão foi a mais citada por 3,8% das participantes, seguido de sofrimento fetal (2,2%) e sangramento (1,1%). Com relação às intercorrências no pós-parto, 11,8% as apresentaram, sendo que a mais frequente foi o sangramento (2,7%), seguido de hipertensão, deiscência e problemas com aleitamento materno (1,6% cada). A maioria das puérperas participantes da pesquisa referiu parto normal (62,9%).

Tabela 2 - Distribuição das puérperas participantes do estudo segundo número de gestações, partos, abortos, número de filhos, planejamento da gestação, frequência das intercorrências no parto, pós-parto e tipo de parto. Ribeirão Preto, 2019.

n=186	Frequência	%
Número de gestações		
Uma	66	35,5
Duas	59	31,7
Três ou mais	61	32,8
Número de partos		
Um	77	41,4
Dois	55	29,6
Três ou mais	54	29,0
continua		

		conclusão
n=186	Frequência	%
Número de abortos		
Nenhum	153	82,3
Um	25	13,4
Dois	7	3,8
Três ou mais	1	0,5
Número de filhos vivos		
Um	78	41,9
Dois	57	30,6
Três ou mais	51	27,4
Planejamento da gestação		
Sim	90	48,4
Não	96	51,6
Intercorrência no parto		
Sim	22	11,8
Não	164	88,2
Intercorrência no pós-parto		
Sim	22	11,8
Não	164	88,2
Tipo de parto		
Normal	117	62,9
Cesárea	69	37,1

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A Tabela 3 apresenta as características dos recém-nascidos filhos das participantes. Do total da amostra, 47,8% dos neonatos eram do sexo feminino e 52,2% do sexo masculino. A média do peso das crianças ao nascer foi de 3307,32g, sendo o peso mínimo de 2030g e o peso máximo de 5200g. A maioria das puérperas (72,6%) referiu ter amamentado na primeira hora de vida.

Tabela 3 - Distribuição das puérperas participantes do estudo segundo sexo e peso do neonato e quanto a ocorrência de aleitamento materno na primeira hora de vida. Ribeirão Preto, 2019.

N= 186	Frequência	%
Sexo do neonato		
Masculino	97	52,2
Feminino	89	47,8
Aleitamento na primeira hora		
Sim	135	72,6
Não	51	27,4
Peso ao nascer (gramas)		
Média	3307,32	(DP= 597,5)
Mediana	3252,50	
Mínimo	2030,00	
Máximo	5200,00	

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

5.2 Prática de aleitamento materno exclusivo

A tabela 4 mostra a distribuição das puérperas segundo a prática de aleitamento materno exclusivo em cada momento da coleta de dados. Do total de participantes, 69,9% estavam em aleitamento materno exclusivo com 60 dias de puerpério, sendo que este valor caiu para 51,2% com 120 dias e para 25,9% com 180 dias.

Tabela 4 - Distribuição das puérperas participantes do estudo quanto à prática do aleitamento materno exclusivo, de acordo com o tempo de puerpério. Ribeirão Preto, 2019.

AME					
Tempo (dias)	SIM		NÃO		Total
	Frequência	%	Frequência	%	
60	130	69,9	56	30,1	186
120	83	51,2	79	48,8	162
180	38	25,9	109	74,1	147

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

5.3 Autoeficácia para amamentação

A tabela 5 mostra a distribuição mulheres que participaram do estudo quanto aos valores que referiram em relação à autoeficácia, de acordo com os momentos em que foi entrevistada (60, 120, 180 dias de puerpério) e seguindo a classificação já mencionada: autoeficácia baixa de 14 a 32 pontos; autoeficácia média de 33 a 51 pontos; autoeficácia alta de 52 a 70 pontos (DODT, 2012; ORIÁ, 2008).

Observa-se que a maior parte das mulheres obteve nível de autoeficácia para amamentação considerado alto, nos três momentos, sendo que este índice se manteve com valores muito próximos em todos os momentos da pesquisa, com 77,3% aos 60 dias, 75,3% com 120 dias e 72,1% com 180 dias de puerpério.

Tabela 5 - Distribuição das participantes quanto à classificação da autoeficácia para amamentação, de acordo com os dias de puerpério. Ribeirão Preto, 2019.

Autoeficácia para amamentação							
Tempo	Alta		Média		Baixa		
(dias)	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Total
60	144	77,3	42	22,6	1	0,5	186
120	122	75,3	40	24,7	0	0	162
180	106	72,1	41	27,9	0	0	147

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

5.4 Transtornos mentais - Transtorno depressivo

Demonstra-se na tabela 6, os valores referentes a pontuação obtida pelas mulheres com relação à EPDS nos três momentos desta pesquisa (60, 120, e 180 dias de pós-parto). O ponto de corte utilizado foi maior ou igual 13 pontos, e segundo alguns estudos, esta escolha tem valor prenunciador para a determinação da doença (HEWITT, et al, 2009). Em todos os momentos investigados, a maioria das mulheres não apresentou indicativo de transtorno depressivo.

Tabela 6 - Distribuição das puérperas participantes do estudo quanto à presença de indicativos de transtorno depressivo, de acordo com o tempo de puerpério. Ribeirão Preto, 2019.

Indicativo de transtorno depressivo					
Tempo (dias)	Sim		Não		Total
	Frequência	%	Frequência	%	
60	45	24,2	141	75,8	186
120	34	20,9	128	79,1	162
180	22	14,9	125	85,1	147

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

5.5 Transtornos mentais –Transtorno de ansiedade

Apresentamos nas próximas tabelas, os valores obtidos pelas participantes com relação às respostas frente à IDATE. Na tabela 7 estão os resultados referentes aos escores da IDATE-traço no primeiro momento (60 dias de puerpério) e na tabela 8, os escores referentes à IDATE-estado de acordo com os momentos em que foi entrevistada (60, 120, e 180 dias de pós-parto).

A ansiedade é classificada de acordo com a pontuação: 20 a 40 pontos - baixo nível de ansiedade; 41 a 60 pontos - médio nível de ansiedade; e 60 a 80 pontos - alto nível de ansiedade. A maioria das mulheres apresentou baixo nível de traço de ansiedade e também baixo nível de ansiedade nos três momentos investigados.

Tabela 7 - Distribuição das participantes do estudo quanto à classificação da ansiedade-traço com 60 dias de puerpério. Ribeirão Preto, 2019.

Classificação da ansiedade-traço	Frequência	%
Alto	11	5,9
Médio	72	38,7
Baixo	103	55,4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Tabela 8 - Distribuição das participantes do estudo quanto à classificação da ansiedade-estado, de acordo com os dias de puerpério. Ribeirão Preto, 2019.

Ansiedade-estado							
Tempo	Alta		Média		Baixa		
(dias)	Frequencia	%	Frequencia	%	Frequencia	%	Total
60	3	1,6	60	32,2	123	66,2	186
120	1	0,6	43	26,6	118	72,8	162
180	1	0,6	35	23,9	111	75,5	147

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

5.6 Autoeficácia para amamentação e as variáveis sociodemográficas e obstétricas: análise de associações

Foram realizadas as análises dos dados coletados através das associações entre a variável dependente “autoeficácia para amamentação” e as variáveis independentes referentes às características sociodemográficas e obstétricas.

Apresentaram associação significativa com a autoeficácia as seguintes variáveis: AME, idade, ocupação, estado marital e intercorrências no pós-parto, conforme demonstrado na tabela 9. As demais variáveis não apresentaram significância estatística na análise realizada com a autoeficácia na amamentação.

Assim, em consonância com o teste realizado para quantificação das associações (Tabela 9), os resultados demonstram que para as participantes que não praticam AME a chance de possuírem baixa autoeficácia é 8,80 vezes maior do que as participantes que praticam AME. Para cada ano a mais de vida é esperada uma redução de 0,89 vezes a chance de ocorrência de baixa autoeficácia. Para as participantes que realizam trabalho remunerado no lar a chance de possuírem baixa autoeficácia é 6,21 vezes maior do que as participantes que não trabalham.

Ainda, as participantes que não possuem companheiro possuem 4,46 vezes mais chance de possuírem baixa autoeficácia do que as participantes com companheiro. E as participantes que apresentaram intercorrência de pós-parto têm 5,09 vezes mais chance de possuírem baixa autoeficácia do que as participantes que não apresentaram intercorrência.

Tabela 9 - Análise da autoeficácia para amamentação associada às variáveis sociodemográficas e obstétricas. Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis	Estimativa	Desvio padrão	OR*	p-valor**
AME	2,2224	0,3897	8,8005	0,0000
Idade	0,0854	0,0302	0,8968	0,0050
Ocupação	1,7004	0,7868	6,2178	0,0314
Estado marital	1,2234	0,4825	4,4619	0,0117
Intercorrência no pós-parto	1,2139	0,4826	5,0942	0,0124

Notas: *Teste Odds Ratio. **Teste Exato de Fisher. Fonte: Elaborado pela autora (2019)

5.7 Autoeficácia para amamentação e a prática de aleitamento materno exclusivo

Estão descritos na tabela 10, os resultados da análise da associação entre a variável autoeficácia para amamentação e a prática de aleitamento materno exclusivo. Em conformidade com os resultados, houve associação estatística significativa entre o aleitamento materno exclusivo com alta autoeficácia, nos 60 e 120 dias de puerpério, ou seja, o AME está associado com o alto nível de autoeficácia para amamentação.

Tabela 10 - Análise da autoeficácia para amamentação associada à prática de aleitamento materno exclusivo de acordo com o tempo de puerpério. Ribeirão Preto, 2019.

Tempo (em dias)	AME	Alta		Média/baixa		p-valor*
		Frequência	%	Frequência	%	
60	Sim	114	61,3	16	8,6	0,0000
	Não	30	16,2	26	13,9	
120	Sim	77	47,5	6	3,8	0,0000
	Não	45	27,8	34	20,9	
180	Sim	32	21,8	6	4,0	0,0606
	Não	74	50,4	35	23,8	

*Teste Exato de Fisher. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

5.8 Autoeficácia na amamentação e os transtornos mentais

Foi realizada a análise da associação entre a variável dependente “autoeficácia para amamentação” e as variáveis independentes referente aos transtornos mentais.

A tabela 11 demonstra os resultados referentes à associação entre a autoeficácia e a presença de indicativo de transtorno depressivo em três momentos do puerpério (60, 120 e 180 dias). Houve associação significativa entre autoeficácia para amamentação e não ter indicativos de sintomas depressivos no primeiro momento da coleta de dados ($p=0,0076$), ou seja, as puérperas que não tinham sintomas depressivos com 60 dias pós-parto tiveram o maior nível de autoeficácia para amamentação.

Tabela 11- Análise da autoeficácia para amamentação associada à presença de transtorno depressivo. Ribeirão Preto, 2019.

Tempo (em dias)	EPDS	Alta		Média/baixa		p-valor*
		Frequência	%	Frequência	%	
60	Sim	28	15	17	9,1	0,0076
	Não	116	62,4	25	13,5	
120	Sim	23	14,2	8	4,9	1,0000
	Não	99	61,2	32	19,7	
180	Sim	14	9,5	6	4,0	0,7926
	Não	93	63,3	34	23,3	

Notas: *Teste Exato de Fisher. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A tabela 12 mostra os resultados da associação entre a autoeficácia para amamentação e a ansiedade-traço, demonstrando que aquelas puérperas que obtiveram nível baixo de ansiedade-traço apresentaram maior nível para autoeficácia para amamentação, sendo este resultado considerado de significância estatística ($p= 0,0142$).

Tabela 12 - Análise da autoeficácia para amamentação associada à classificação de ansiedade-traço com 60 dias de puerpério. Ribeirão Preto, 2019

Tempo (em dias)	IDATE-traço	Alta		Média/baixa		p-valor*
		Frequência	%	Frequência	%	
60	Alto	6	3,20	5	2,60	0,0142
	Médio	51	27,5	21	11,3	
	Baixo	87	46,8	16	8,60	

Notas: *Teste Exato de Fisher. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na análise da associação entre autoeficácia e ansiedade-estado, os resultados mostraram que com 60 dias de puerpério as participantes que apresentaram baixos escores de ansiedade-estado obtiveram maior nível de autoeficácia para amamentação ($p=0,0159$), conforme está descrito na tabela 13.

Tabela 13 - Análise da autoeficácia para amamentação associada à classificação de ansiedade-estado de acordo com os dias de puerpério. Ribeirão Preto, 2019.

Tempo (em dias)	IDATE-estado	Alta		Média/baixa		p-valor*
		Frequência	%	Frequência	%	
60	Alto/médio	42	22,6	21	11,3	0,0159
	Baixo	102	54,8	21	11,3	
120	Alto/médio	28	17,3	14	8,7	
	Baixo	94	58	26	16	
180	Alto/médio	24	16,3	8	5,3	
	Baixo	83	56	33	22,4	

Notas: *Teste Exato de Fisher. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Por meio das análises estatísticas e testes aqui apresentados, levando-se em consideração as hipóteses que foram inicialmente levantadas, sendo adotado um nível de significância $\alpha=5\%$ (95% de confiança do resultado teste), definimos que:

H0 = A presença de indicativos de transtorno depressivo e de ansiedade não influencia o nível de autoeficácia para amamentar.

Rejeitamos a hipótese nula, visto que houve associação significativa entre transtorno depressivo e ansiedade com o nível de autoeficácia para amamentar;

Ha = A presença de indicativos de transtorno depressivo e de ansiedade influencia o nível de autoeficácia para amamentar.

Esta hipótese foi sustentada, visto que os indicativos dos transtornos depressivo e de ansiedade influenciaram os níveis de autoeficácia nos primeiros momentos da pesquisa (60 dias), obtendo um valor de p próximo de 0, ou seja, bem abaixo do nível de significância adotado, o que nos possibilita aceitar a hipótese alternativa.

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização das participantes – características sociodemográficas, obstétricas e neonatais

No presente estudo, os resultados encontrados referentes à caracterização das participantes são discutidos à partir de outros estudos em que estas variáveis foram consideradas como fatores protetores ao aleitamento ou de risco ao desmame precoce, contribuindo para maior visibilidade desta prática.

Participaram deste estudo 186 mulheres no puerpério, com 60 dias, 162 mulheres com 120 de puerpério e 147 mulheres com 180 dias de pós-parto, entre 18 e 47 anos, apresentando idade média de 26 anos.

Verificou-se que o perfil etário das puérperas participantes deste estudo foi aproximado aos valores correspondentes obtidos por outras pesquisas, com a maioria entre 20 e 30 anos (CAVALCANTI et al., 2015; FERREIRA et al., 2018).

No Estado de São Paulo, para o ano de 2018, foi calculada a idade média das mães em 28,6 e dentro do período de quase 20 anos (entre os anos 2000 e 2018), a idade média das mães ampliou-se em 2,9 anos (BRASIL, 2018), indicando uma mudança rápida na estrutura etária, ou seja, as mães estão tendo seus filhos, em média, mais tarde, o que é indicativo de tendência ao adiamento da maternidade. Estudos evidenciam que mulheres consideradas mais jovens, apresentam uma tendência à introdução precoce de alimentos a criança, o que pode influenciar na interrupção do aleitamento antes do tempo recomendado (QUELUZ et al., 2012; SANCHES et al., 2011).

Corroborando este achado, outros estudos realizados, que apontam maiores probabilidades de suspensão da prática de aleitamento em mulheres na faixa etária mais jovem, sinalizando que a variável idade (menor idade) pode estar associada com ao menor tempo de aleitamento (SILVA et al., 2017; BOCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

As participantes do presente estudo se caracterizaram por serem de cor parda (60,8%), ter ensino médio completo (43%), ser amasiada (55,9%), ter religião (76,3%) e não realizar trabalho remunerado fora do lar (49,5%), com renda média mensal de R\$2.300,45.

No que refere a raça/cor da pele, um estudo com objetivo de verificar fatores relacionados à interrupção do aleitamento, foi demonstrado que mulheres que se declararam não-brancas, podem interromper mais precocemente a amamentação de seus bebês quando comparadas às mulheres declaradas da cor branca (MORAES et al., 2016), achado corroborado por outra pesquisa (PEREIRA et al., 2010), na qual observou-se que a mãe que se declarou da cor branca apresentou indicadores de AME até os seis meses de vida da criança, elevados em 20% quando comparadas as outras mães.

Da mesma maneira, uma pesquisa realizada em Campinas/SP, foi observado que as crianças consideradas negras ou pardas estiveram em aleitamento materno por tempo inferior as crianças consideradas brancas (BERNARDI; JORDÃO; BARROS FILHO, 2009).

Entretanto, esta questão não se encontra em consenso na literatura, pois outros estudos trazem achados que se distinguem, associando a cor da pele branca a menores índices de amamentação e maiores chances de desmame precoce (SILVA et al., 2012; KAUFMANN et al., 2012). Essa diferença pode se relacionar ao local da pesquisa e características prevalentes da população estudada.

Estudos demonstraram que a renda e o grau de instrução da mãe tiveram associação estatisticamente significativa com o tempo de AME, sendo evidenciado que houve uma menor prevalência da amamentação exclusiva em mulheres de baixa renda (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018), pois existe a hipótese de que este fato influencia na introdução precoce de outros alimentos, e mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram maior conhecimento sobre amamentação influenciando positivamente no tempo de AME (BARBIERI et al., 2015, SARDINHA et al., 2019).

Melhores condições socioeconômicas associadas a melhores condições de escolaridade das mães podem auxiliar e oportunizar o acesso às informações sobre a prática do aleitamento materno, situações contrárias estão relacionadas à dificuldades para estabelecer e manter esta prática (VICTORA et al., 2016; VALIZADEH et al., 2017). Observamos neste estudo que as condições educacionais e de renda das participantes foram favoráveis ao aleitamento materno.

Com relação à religião, segundo os dados obtidos em 2006 pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, no Brasil 65,0%

das mulheres se declaram praticantes da religião católica, seguidos da religião evangélica com 22% das mulheres (BRASIL, 2009a), corroborando com nossos resultados em que a maioria das participantes apresentava alguma religião.

Estudo demonstrou que a religião pode favorecer a prática da amamentação por períodos maiores, sendo que a mulher que participa ativamente de alguma prática religiosa, tem maiores chances de estar bem psicologicamente, melhor qualidade de vida e menores chances de apresentar sintomas depressivos (FONSECA-MACHADO, 2014).

Considera-se o aleitamento materno não como uma prática fisiológica ou de natureza biológica, mas sendo histórico, social e psicologicamente delineado, submetendo-se a diversas influências, resultado da socialização e experiências de cada mulher. Cultura, tabus e crenças, bem como prática religiosa, também se conformam em fatores determinantes para a sua execução (ROLLINS et al., 2016).

Sobre receber ajuda para os cuidados com o bebê, a maioria referiu receber ajuda do marido (53,8%). Quanto ao número de gestações, 35,5% das puérperas eram primigestas, sendo que o parto normal foi o mais frequente entre as mulheres (62,9%). A maioria das puérperas referiu que nunca sofreu aborto (82,3%) e não ter planejado esta gestação atual (51,6%). As puérperas também referiram algum tipo de intercorrência no parto, sendo que hipertensão foi a mais citada por 3,8% das participantes. Com relação às intercorrências no pós-parto, 11,8% as apresentaram, sendo que a mais citada foi o sangramento excessivo (2,7%).

A presença e apoio do companheiro são essenciais para alcançar êxito na prática do aleitamento materno, o que foi observado nos resultados de um estudo com mulheres que não obtinham ajuda do companheiro para cuidar do bebê sendo que estas mantiveram por menos tempo o aleitamento (SOUZA; SODRÉ; SILVA, 2015).

A família por sua vez também possui importante apelo na promoção da prática do aleitamento, pois o apoio exercido pelos entes da família auxilia no desenvolvimento da autoconfiança e está associada às melhores condições emocionais da mulher (MACHADO et al., 2014; BROWN et al., 2014). Ressalta-se, assim, que a maioria das mulheres do presente estudo apresentou condição favorável relacionada ao apoio/auxílio do parceiro para o cuidado com o bebê.

O tipo de parto e a primiparidade da mãe também podem exercer influência sobre a prevalência do AM. Os resultados de um estudo realizado em unidade básicas de vários países apontaram a realização do parto cesáreo como fator que interfere de maneira desfavorável ao aleitamento (TAKAHASHI, 2017), o que não foi referido neste estudo pelas mulheres em sua maioria. Outra pesquisa aponta que falta de experiência da mãe e a questão cultural bem como experiências vivenciadas em outras gestações impactam nos índices de aleitamento, sendo que as multíparas apresentaram os maiores índices (HACKMAN et al., 2015).

Com relação às intercorrências, estudo mostrou que as mulheres que apresentaram alguma intercorrência no pós-parto após a alta hospitalar apresentaram chances aumentadas em 2,64 vezes para o desmame comparativamente com as mães que não apresentaram intercorrências (MORAES et al., 2016); em nosso estudo, a minoria apresentou intercorrências, tendo assim menor probabilidade para interromperem a amamentação.

Quanto às características dos neonatos, 47,8% das mulheres teve bebê do sexo feminino e 52,2 % do sexo masculino. A média do peso das crianças ao nascer foi de 3307,32g, sendo o peso mínimo de 2030g e o peso máximo de 5200g. A maioria das puérperas (72,6%) referiu ter amamentado na primeira hora de vida.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal associou o sexo da criança com o tempo de aleitamento, observando que o sexo feminino apresentou as maiores prevalências de AME (BRASIL, 2009b). Estudos registram maiores probabilidades de desmame precoce em meninos (SOUZA; SODRÉ; SILVA, 2015; SANTOS et al., 2019). Apesar dessa importante constatação, essa análise não foi realizada no presente estudo.

Em um estudo realizado com puérperas nos primeiros momentos do pós-parto, evidenciou o aleitamento materno neste momento como fator de proteção, quando comparado com as crianças que receberam fórmulas artificiais no mesmo momento (FOSTER et al., 2015). Este fato demonstra que, no presente estudo, os recém-nascidos em sua maioria tinham condições favoráveis para a continuidade da amamentação e demonstra também a importância de que os protocolos institucionais devem apresentar critérios rigorosos para a prescrição de fórmulas, e a revisão das práticas assistenciais periparto visando a obtenção de melhores indicadores de aleitamento materno na primeira hora de vida.

6.2 Caracterização das participantes – Prática de aleitamento materno exclusivo

Do total de participantes, 69,9% estavam em AME com 60 dias de puerpério, sendo que este valor caiu para 51,2% com 120 dias e para 25,9% com 180 dias, ou seja, a frequência do AME foi maior no primeiro momento da pesquisa (60 dias), entretanto, estes valores sofreram queda no transcorrer da pesquisa, ficando evidente que a manter a nutrição infantil exclusivamente por meio do leite materno, pelo tempo aconselhado pelos órgãos de saúde ainda se constitui como um obstáculo à saúde materno-infantil.

É justificável as dificuldades para elevar ainda mais os avanços nos indicadores, uma vez que as dificuldades para manutenção destes são proporcionais ao seu aumento (VENÂNCIO et al., 2010).

De acordo com os critérios referidos pela OMS, a situação do Brasil com relação aos indicadores de AME em menores de seis meses, é considerada razoável (BOCCOLINI et al., 2017).

Destaca-se que os valores da prática de AME encontrada neste estudo no primeiro momento foi superior aos valores nacionais, e este resultado pode estar associado ao tipo de assistência prestada na unidade de referência, em razão dos programas de incentivo e do frequente compromisso assumido nas atividades frente à promoção e proteção ao aleitamento materno que são desenvolvidos no município, bem como a implementação de programas públicos, tais como a Rede Amamenta Brasil (RAB) do Ministério da Saúde em 2009, incorporada pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) em 2013. Mesmo a unidade do estudo não sendo certificada pela EAAB, o município em questão possui diversas ações educativas e de aconselhamento voltadas à promoção da amamentação em todas as Unidades Básicas de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2018). Estudo realizado por nós nas unidades de saúde do município em questão, concluiu que o modelo de assistência adotado pelos profissionais que receberam treinamento para a RAB é articulado de tal forma que a atenção ao aleitamento materno é prestada com respeito às singularidades do binômio durante todo o processo envolvido nesta prática (MELO et al., 2019).

A prevalência de AME desta unidade básica de saúde em anos anteriores apresentou-se com valores próximos aos encontrados em nossos resultados, sendo de 66,8% em 2015 e de 73,7% em 2016 (RIBEIRÃO PRETO, 2016), o que demonstra a importância e efetividades das ações desenvolvidas pelo município ao longo de vários anos. Esses dados corroboram os achados de um estudo sobre a prevalência de amamentação exclusiva entre crianças menores de seis meses, comparativamente entre as crianças que realizam seguimento em unidades de saúde certificadas na RAB e crianças que realizam seguimento em unidades não certificadas, realizado em Ribeirão Preto - SP, que concluiu que a diferença entre as prevalências de AME apresentou significância estatística maior no primeiro grupo, o que recomenda ser uma prática satisfatória para elevar os indicadores de AME (PASSANHA et al., 2013).

6.3 Caracterização das participantes – Autoeficácia para amamentação

Os níveis de autoeficácia para amamentação obtidos pela maioria das participantes deste estudo foram considerados altos no três momentos da pesquisa, mantendo-se com valores muito próximos variando de 77,3% no primeiro momento até 72,1% terceiro momento da pesquisa. Apenas uma puérpera apresentou baixa autoeficácia no primeiro momento, e nenhuma puérpera apresentou este índice nos demais momentos. Nossos resultados corroboram no estudo realizado com mulheres no pós-parto imediato, verificando que elas obtiveram pontuações compatíveis com autoeficácia média ou alta, e que nenhuma puérpera apresentou escores baixos (SOUZA et al., 2020).

Uma análise da relação entre autoeficácia para amamentação realizada com puérperas adolescentes apresentou resultados similares aos deste estudo, sendo o nível de autoeficácia alto em 56,9% das mulheres participantes (CONDE et al., 2017).

Entretanto, apesar de se considerar que altos níveis de autoeficácia registrados após o parto contribuem para uma melhor aceitação e aderência à esta prática, não há evidências científicas de que a autoeficácia alta garanta sua continuidade pelo período de seis meses ou mais, visto que a autoeficácia é

dependente de seus quatro pilares já mencionados anteriormente, que são variáveis ao longo dos dias. Nesta perspectiva, a identificação precoce junto à puérpera de fatores envolvidos no processo do aleitamento pode auxiliar em intervenções específicas visando manter o AME por maiores períodos (MINHARRO et al., 2019; CHAN; IP; CHOI, 2016).

Compreende-se a partir dos resultados encontrados que as mulheres que participaram deste estudo mantiveram elevada sua autoeficácia para amamentação independente do período abordado. De acordo com a literatura a respeito, este resultado pode ser relativo à fatores prévios, como por exemplo, orientações fornecidas no pré-natal e experiências vivenciadas, bem como as atividades pró-aleitamento realizadas nas unidades de saúde, sendo essenciais para manutenção dos valores elevados da autoeficácia para amamentação nas mulheres e consequentemente melhores indicadores de AME (MARGOTTI; MARGOTTI, 2017; CHAVES et al., 2019).

6.4 Caracterização das participantes – transtorno depressivo

Em todos os momentos investigados, a maioria das mulheres não apresentou indicativo de transtorno depressivo.

Cabe destacar que puérperas com sintomatologia depressiva quando comparadas as puérperas sem tal diagnóstico, apresentaram indicadores de abandono de AME mais elevados, sendo que os resultados de um estudo evidenciaram no segundo mês de puerpério valores de AME de 25% em mães depressivas, e de 57% de mães híginas (MACHADO et al., 2014). Identificar tal situação se torna essencial nas ações relacionadas à saúde materno-infantil.

A literatura que discorre sobre depressão pós-parto e o vínculo entre o binômio mãe e filho, revela que deve-se considerar mesmo a presença de casos leves deste transtorno, pois são grandes as chances de associação entre alterações no desenvolvimento infantil, com efeitos que podem perdurar até a adolescência e a vida adulta (MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005; FIELD, 1995; SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Nessa mesma lógica, em um estudo cujo objetivo foi identificar a associação entre a depressão materna após o parto e a prática do aleitamento materno de maneira exclusiva, demonstrou chance 1,63 vez maior de interrupção do aleitamento em mulheres com indicativos de transtorno depressivo, reafirmando que a investigação de fatores que afetam a saúde mental das mulheres se fazem importantes para determinar o tempo de aleitamento materno (SILVA et al., 2017).

6.5 Caracterização das participantes – Transtorno de ansiedade

Os resultados do presente estudo demonstraram que a maioria das mulheres apresentou baixo nível de ansiedade-traço (55,4%) e também baixo nível de ansiedade-estado nos três momentos investigados (66,2%, 72,8% e 75,5%).

A literatura mostra que mulheres com ansiedade pós-parto apresentam menos probabilidade de iniciar a amamentação e usam fórmula com mais frequência durante a hospitalização (FIELD, 2018). As mulheres com ansiedade pós-parto que amamentaram tiveram maiores dificuldades para amamentar e a composição do leite materno pode ter sido afetada; essas mulheres também eram mais propensas a interromper a amamentação mais cedo (FIELD, 2018). Os resultados de um estudo realizado com gestantes e puérperas também revelou uma relação estatística e clinicamente significativa entre os níveis de ansiedade e a diminuição da duração da amamentação, destacando que mesmo os baixos níveis de ansiedade pré-natal não devem ser negligenciados em pesquisas ou ambientes clínicos, pois podem estar associados ao desmame precoce (RIEDSTRA; AUBUCHON-ENDSLEY, 2019). Apesar dessa constatação, os resultados do presente estudo não apontaram para essa direção.

6.6 Análise das associações – autoeficácia para amamentação e variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais

No presente estudo, as variáveis que apresentaram associação significativa com a autoeficácia para amamentação foram: estar em AME, idade, ocupação (não

realizar trabalho remunerado), estado marital (possuir companheiro) e intercorrências no pós-parto (não ter tido intercorrências).

Em consonância com esses resultados, estudo epidemiológico realizado em uma maternidade de Vitória – ES encontrou associação estatisticamente positiva da autoeficácia para amamentação com as variáveis: idade, não ter intercorrência na amamentação e melhora no relacionamento conjugal após o filho (SOUZA et al., 2020).

Nossos achados corroboram os resultados de outros estudos, visto que sugerem que a idade materna é uma condição que pode influenciar na manutenção do AME, sendo que quanto menor a idade da mãe maior pode ser o risco para a suspensão precoce desta prática (SILVA et al., 2020; SANTACRUZ et al., 2019). Estas associações podem estar relacionadas ao fato de que mulheres com maior idade, podem apresentar maiores experiências e conhecimentos sobre aleitamento materno, e ainda pelo fato de que a idade traz certa segurança e maior confiança em termos de prática (MONTEIRO et al., 2014). Fato também observado no que se refere aos erros cometidos na introdução alimentar, que são mais sugestivos e relacionados à menor idade materna (LIMA; JAVORSKI; VASCONCELOS, 2011).

Diferentemente dos nossos resultados, um estudo em uma maternidade em Ribeirão Preto - SP, na comparação dos resultados entre mães adolescentes e adultas, não encontrou associação entre autoeficácia e idade materna, o que pode ser compreendido pelo fato de que a idade isoladamente não é suficiente para influenciar o nível de autoeficácia (GUIMARÃES et al., 2017).

No entanto, a conclusão dos autores foi de torna-se extremamente importante identificar as mulheres com baixos índices de autoeficácia para amamentação, a despeito da idade da mulher, favorecendo a atuação em prol do aleitamento materno (GUIMARÃES et al., 2017).

Vale ressaltar que a maior parte das puérperas do referido estudo negou realizar trabalho remunerado fora do lar, fator conceituado como benéfico ao aleitamento, uma vez que o regresso ao trabalho é trazido pela literatura a respeito como um dos fatores que mais impactam no tempo de aleitamento (TARRANT et al., 2010; BEZERRA, 2012).

O que se observa na prática, é que nem sempre a mulher tem o benefício da licença maternidade por seis meses, e por vezes o período de licença é de apenas

quatro meses; sendo assim, a autoeficácia pode atingir baixos níveis entre as puérperas que não tem direito a este período estendido, podendo a prática do aleitamento cessar antes do período recomendado (RODRIGUES et al., 2015).

Os locais de trabalho podem ajudar a fortalecer esse momento que as mulheres vivenciam, proporcionando ambientes que apoiem as mães que amamentam e que trabalham, aumentando a autoeficácia relacionada. Nesse sentido, estudo realizado no Ceará encontrou relação significativa entre ter ocupação e baixos níveis de autoeficácia materna, sugerindo, assim que o fato da mulher trabalhar fora faz com que muitas mães abandonem ou complementam esta prática precocemente (UCHOA et al., 2014). Em uma revisão integrativa observou-se que o trabalho formal pode ser considerado como contribuinte para níveis de autoeficácia baixos, supostamente, porque as preocupações e incertezas da mãe em ter que retornar ao trabalho e se poderá continuar a amamentação, podem levar a aumento de sintomas de esgotamento e desânimo que interferem na autoeficácia de amamentação (RODRIGUES et al., 2014). Outro estudo conclui que as mães que estavam desempregadas ou trabalhando apenas em tempo parcial relataram pontuações mais altas em todas as categorias de autoeficácia para amamentação, em comparação com mães empregadas em tempo integral (BOTHA et al., 2020).

Com relação ao estado marital, observou-se na literatura relacionada, que mulheres com companheiro têm cerca de 40% maior prevalência de autoeficácia alta para amamentação, quando comparadas às que não possuem companheiro ($p=0,023$) (SOUZA et al., 2020). Este fato se sustenta, pois o suporte social recebido por pessoas significativas pela puérpera, incluindo o marido, as avós e os amigos, está correlacionado com maior autoeficácia para amamentação (GUIMARÃES et al., 2017), como aconteceu com as participantes do presente estudo.

No que tange às intercorrências no pós-parto, variável que apresentou associação estatística significativa com a autoeficácia no presente estudo, verifica-se na literatura que a condição biológica de doença materna na forma de intercorrências no puerpério, seja com a mama durante a amamentação por fissuras, sangramento ou mesmo a percepção de leite insuficiente apresentam-se como fragilizadores da amamentação, pois podem estar relacionados com o afastamento entre mãe e bebê, dor materna e uso de medicamentos contraindicados na amamentação (WAGNER et al., 2020). Desta maneira, pode ocorrer o desinteresse

da mulher na continuidade da amamentação (MOURA et al., 2017). Essa associação entre a variável autoeficácia e as intercorrências no pós-parto, apresentou associação estatisticamente significativa em um estudo com puérperas adolescentes, onde as participantes que não referiram algum tipo de intercorrência no período compreendido do trabalho de parto e/ou parto, registraram níveis elevados de autoeficácia para amamentação (CONDE et al., 2017), confirmando nossos resultados.

6.7 Análise das associações – autoeficácia para amamentação e prática de aleitamento materno exclusivo

De acordo com os resultados, houve associação significativa entre o aleitamento materno exclusivo com o alto nível de autoeficácia para amamentação em 60 e 120 dias pós-parto. Nossos resultados corroboram com autores que apontam que parte das mulheres que cessam a amamentação na primeira semana de puerpério, o faz devido a baixos níveis de autoeficácia para amamentação (MACHADO et al., 2014). Demais estudos na área afirmam que mulheres que apresentam menores níveis de autoeficácia, possuem 2,7 vezes maiores chances para a interrupção do aleitamento (SALUSTIANO et al., 2012).

A relação dos níveis de autoeficácia e a duração da amamentação apresentada por Vieira e colaboradores (2018) apontou a interrupção mais rápida do AME entre as puérperas com baixa autoeficácia (mediana de 21 dias). Por outro lado, as que apresentam níveis de autoeficácia médio e alto mostram mediana de 36 e 148 dias de AME, respectivamente (VIEIRA et al., 2018). Semelhança foi encontrada em relação aos nossos resultados e de outro estudo (HENSHAW et al., 2015), o que reforça a importância da identificação precoce e avaliação contínua dos aspectos de maior dificuldade da mulher ao longo do processo de amamentação.

Apesar dessa constatação, pesquisa realizada em Ribeirão Preto também em três momentos no puerpério (30, 60 e 180 dias) demonstrou que 62% das participantes referiram estar amamentando exclusivamente seus filhos até 30 dias depois do parto, valores que apresentaram decréscimo nos demais momentos, e ainda de acordo com a análise da associação entre autoeficácia para amamentação

com AME, não encontrou associação significativa em nenhum momento estudado (CONDE et al., 2017), o que difere dos nossos resultados, pois em dois momentos da pesquisa encontrou-se associação positiva entre as variáveis.

6.8 Análise das associações – autoeficácia para amamentação e transtornos mentais

No presente estudo, ocorreu associação entre autoeficácia para amamentação e a ausência de indicativos de sintomas depressivos no primeiro momento da coleta de dados ($p=0,0076$), ou seja, as puérperas que não tinham sintomas depressivos com 60 dias pós-parto tiveram o maiores níveis de autoeficácia para amamentação. Outros trabalhos apontam que a presença de sintomas depressivos no pós-parto aumenta as chances de dificuldades da díade mãe/bebê na amamentação influenciando negativamente a autoeficácia para amamentação, além de elevar a probabilidade de interrupção do AME, confirmados pelos nossos resultados (ISLAM et al., 2017; VIEIRA et al., 2018). Estudos realizados em demais países também encontraram resultados similares aos deste estudo, correlacionando autoeficácia e a depressão pós-parto, o que revelou a autoeficácia para amamentação como uma variável favorável ao AME, sendo a depressão pós-parto uma variável desfavorável (NGO et al., 2019; PETROZZI; GAGLIARDI, 2016).

Os resultados da associação entre a autoeficácia para amamentação e a ansiedade-traço, demonstraram que aquelas puérperas que obtiveram nível baixo de ansiedade-traço apresentaram maior nível para autoeficácia para amamentação, sendo este resultado significativo estatisticamente ($p= 0,0142$). Na análise da associação entre autoeficácia e ansiedade-estado, os resultados mostraram que com 60 dias de puerpério as participantes que apresentaram baixos escores de ansiedade-estado, obtiveram maior nível de autoeficácia para amamentação ($p=0,0159$). De acordo com os resultados apresentados em um estudo realizado com puérperas, o baixo estado de ansiedade se apresentou altamente associado ao alto nível de autoeficácia para amamentação ($p=0,000$) (SOUZA et al., 2020).

A literatura aponta que mães que apresentam sintomas de ansiedade referem maior complexidade no entendimento de suas próprias emoções, o que pode interferir direta e negativamente na prestação de cuidados à criança (MARIANO et al., 2016). Estudo realizado com mulheres no pré-natal encontrou associação entre baixos níveis de autoeficácia para amamentação e a presença de sintomas de ansiedade (CORBY; KANE; DAYRUS, 2019). Por meio da detecção das condições que podem influenciar o valores da autoeficácia para amamentação, como a ansiedade aqui descrita, os profissionais de saúde podem atuar estrategicamente frente às mulheres e intervir precocemente para promover a amamentação.

Conclusões

7 CONCLUSÕES

A partir dos resultados deste estudo podemos concluir que:

No que se refere às características sociodemográficas, obstétricas e neonatais:

- As mulheres que participaram do estudo tinham em média 26 anos, eram majoritariamente pardas, com ensino médio completo. Em sua maioria, não exercia nenhum tipo de trabalho remunerado fora do lar, declarou ter religião, era amasiada, com renda familiar de R\$2.300,45 em média, e contava com ajuda nos cuidados dispensados ao bebê.
- A maioria das mulheres era primigesta, nunca sofreu aborto, tinha um filho vivo e não planejou a gestação atual.
- No que se refere à gestação atual, a maioria teve parto normal e não apresentou nenhum tipo de intercorrência durante a gestação, trabalho de parto e pós-parto.
- No que se refere às características dos neonatos filhos das participantes, a maioria teve peso adequado ao nascer, sendo do sexo masculino.

Com relação à prática do aleitamento materno:

- A maioria amamentou na primeira hora de vida e estava em aleitamento materno exclusivo com 60 e 120 dias de puerpério.
- Com relação aos dados referentes à autoeficácia para amamentação:
- A maioria das participantes apresentou alto nível de autoeficácia para amamentação nos três momentos de investigação, sendo que este índice se manteve com valores muito próximos em todos os momentos da pesquisa, sendo de 77,3% aos 60 dias, 75,3% com 120 dias e 72,1% com 180 dias de puerpério.

Com relação aos transtornos mentais:

- Em todos os momentos investigados, a maioria das mulheres não apresentou indicativo de transtorno depressivo, e apresentou baixo nível de traço de ansiedade e também baixo nível estado de ansiedade.

Os resultados das análises de associação demonstraram que:

- As variáveis AME, idade, ocupação, estado marital e intercorrências no pós-parto, apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável independente autoeficácia para amamentação.
- Houve associação significativa entre o aleitamento materno exclusivo e o alto nível de autoeficácia aos 60 e 120 dias pós-parto.
- Houve associação significativa entre autoeficácia para amamentação e não ter indicativos de sintomas depressivos no primeiro momento da coleta de dados, ou seja, as puérperas que não tinham sintomas depressivos com 60 dias pós-parto tiveram o maior nível de autoeficácia para amamentação.
- As puérperas que obtiveram nível baixo de ansiedade-traço apresentaram maior nível de autoeficácia para amamentação, sendo este resultado estatisticamente significativo.
- Aos 60 dias pós-parto, as participantes que apresentaram nível baixo de ansiedade-estado, manifestaram maior nível de autoeficácia para amamentação, sendo esta associação significativa estatisticamente.

O presente trabalho permitiu concluir que mulheres que não apresentavam indicativos de depressão e ansiedade tiveram maiores níveis de autoeficácia para amamentação, situação que pode implicar em maior tempo de aleitamento materno exclusivo. Esforços devem ser feitos para diminuir as chances de ocorrer o desmame precoce e melhorar a saúde mental das mulheres no período pós-parto, contribuindo assim com a melhores indicadores de condições de vida da mulher e seu bebê no processo de aleitamento materno, auxiliando na consolidação dos benefícios desta prática.

*Implicações para a
prática e a pesquisa*

8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E A PESQUISA

Apresentam-se como limitações deste estudo, não ter sido investigada a presença de sintomas de depressão e de ansiedade anteriormente a coleta de dados e também a indisponibilidade para acompanhar o tratamento daquelas participantes que foram identificadas com algum dos transtornos pesquisados. Porém, essas limitações não acarretaram nenhum prejuízo para o estudo.

Com base nos resultados alcançados neste estudo, observamos que as mulheres participantes que não apresentaram indicativos de transtornos mentais apresentaram associação com elevados escores de autoeficácia para amamentação aos 60 dias de puerpério, possuindo maior probabilidade de experimentar e permanecer por mais tempo nesta prática. Além disso, ratificou-se que a autoeficácia esteve associada fortemente ao AME com 60 e 120 dias de puerpério, diminuindo as possibilidades de desmame precoce neste período. Apesar de os achados não terem encontrado associação entre transtornos de depressão e de ansiedade com a autoeficácia nos demais momentos da pesquisa (120 e 180 dias), deve-se ressaltar que as mulheres mantiveram os valores de autoeficácia elevados, bem como não apresentaram indicativos de transtornos mentais nestes momentos.

Diante da complexidade do processo de aleitamento materno e da constatação de que o estado psíquico da mulher enfraquecido podem levar a diversos desfechos desfavoráveis para o binômio mãe/bebê e também para a família e comunidade, é essencial que seja integrado aos programas de saúde materno-infantil às ações direcionadas ao enfrentamento das desordens mentais, com intuito de proporcionar bem-estar biopsicossocial e preservação da saúde destes (FONSECA-MACHADO et al, 2015).

Considerando que a autoeficácia é revelada como um fator que impulsiona positivamente o aleitamento e que é modificável e facilmente mensurável, essa variável deve ser ponderada para direcionar intervenções que se fizerem necessárias ao binômio no processo de aleitamento materno, com a finalidade de se aumentar o tempo desta prática.

Ademais, durante o acompanhamento de puericultura, a frequência do contato entre os profissionais e as mães e seus filhos é elevada, sendo uma oportunidade de detecção precoce de mulheres com indicativos de transtornos

mentais e de baixa autoeficácia e, a partir daí, proporcionar diferentes estratégias de intervenção contextualizadas, e ainda referencia-las ao serviço especializado, para avaliação e suporte adequados.

Apesar de o rastreamento da autoeficácia para amamentação e dos transtornos mentais ser considerado imprescindível durante o puerpério, na realidade de alguns serviços por vezes apresenta-se de maneira ocasional, como no caso do local onde ocorreu o presente estudo. Interessante reafirmar que os instrumentos utilizados neste estudo não são métodos de diagnóstico dos transtornos mentais estudados. O EPDS é utilizado para pesquisar os indicativos da presença de transtorno depressivo, e o IDATE para medir os escores dos sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado.

De acordo com o contexto apresentado nos mais diversos seguimentos de saúde nacionais e internacionais, estudos concluíram que o uso destes instrumentos consolida-se como estratégia de busca ativa, de simples e rápida detecção, sendo ainda considerada uma ação facilmente alcançável em qualquer serviço de saúde, podendo ser aplicado por todos os profissionais de saúde, o que torna pertinente e fundamental considerar sua aplicabilidade aos vários cenários de assistência à saúde materno-infantil.

A rede pública de saúde no Brasil oferta atendimento em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é constituída por unidades de saúde com diferentes propósitos, atendendo integralmente e sem custos. No município em questão, existe o Programa de Saúde Mental que contempla ações e serviços especializados em todos os distritos de saúde na qual a estrutura de saúde está dividida, possuindo diretrizes e fluxo para o atendimento, protocolos específicos dos serviços, bem como projeto terapêutico singular e matriciamento dos pacientes atendidos (RIBEIRÃO PRETO, 2020). Apesar de não existirem programa ou capacitação dos profissionais especificamente direcionados à mulher com transtornos mentais, o município se encontra estruturado para atender as demandas relacionadas à saúde mental de forma generalizada. Os atendimentos agendados referentes a estas demandas são realizados nos serviços do tipo CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), que trabalham com encaminhamentos gerais elaborados por qualquer profissional de nível superior da Atenção Básica, não sendo este centrado no encaminhamento médico. Trabalham ainda com acolhimento da

demanda espontânea, bastando a mulher procurar pelo atendimento, tanto nas unidades básicas quanto nos CAPS, de acordo com a abrangência territorial, além de contar com uma unidade de pronto atendimento às urgências e emergências psiquiátricas 24 horas por dia.

Durante a coleta de dados, foram realizados encaminhamentos de participantes tanto para o enfermeiro quanto para o psicólogo presentes na unidade, que realizaram o primeiro atendimento acolhendo a mulher e ofertando encaminhamento e tratamento quando necessários.

É notório que os serviços de saúde tem possibilidades de exercer um papel fundamental na questão do desmame precoce, onde a atuação dos profissionais que prestam atendimento às mulheres e seus filhos no processo de aleitamento, precisa ser diferenciada e contextualizada com interesse em detectar e compreender todo o movimento envolvido por esta prática dentro do contexto da família e da sociedade (BRASIL, 2015; MOURA et al., 2017).

Depreende-se, portanto, a necessidade de um diagnóstico crítico-reflexivo acerca da atuação profissional frente às ações educativas desenvolvidas para o binômio em aleitamento materno, com a intenção de fomentar estratégias interativas, beneficiando-se do fato de sua maior proximidade com a mulher no período puerperal e a partir disto considerar suas dúvidas, receios e necessidades, o que dificulta posteriores complicações e oportuniza o processo de aleitamento (CABRAL et al., 2020; AMARAL et al., 2015).

De forma que isto se encaminhe coerentemente, é importante que a formação destes profissionais se pautem na lógica da assistência humanizada, integral, solidária, acolhedora, que estabeleça laços de confiança com as mulheres e suas redes de apoio. Neste sentido, mudanças nos currículos dos cursos relacionados à saúde e um processo contínuo de aperfeiçoamento dos profissionais no cotidiano são necessárias para transpor realidades diferentes nos serviços os quais ainda perpetuam modelos assistenciais de saúde curativistas e hospitalocêntricos (ALMEIDA et al., 2013; FONSECA-MACHADO et al., 2015).

Ainda que no município do presente estudo não haja um programa específico voltado à mulher que apresente transtornos mentais, ou ainda que não ocorra o rastreio da autoeficácia para amamentação, pode-se inferir que, o cuidado prestado pelos profissionais às participantes deste estudo é articulado de tal forma que indica

que a prática profissional está pautada para além das competências acerca da fisiologia e técnica para o manejo do aleitamento. As ações são articuladas considerando possíveis transtornos mentais para além do campo biológico, social e emocional, reforçando a valorização das habilidades e das experiências das mulheres durante o processo de aleitamento. Esta conclusão pode ser considerada como resultado de ações referentes às mudanças nas práticas profissionais e à reorganização dos processos de trabalho, referenciados pelas condições básicas de saúde da população em consonância com os princípios estabelecidos pela EAAB, importante estratégia adotada neste município.

Diante do que foi relatado, almejamos que o desfecho do presente estudo possa estimular e contribuir para a construção de relações de diálogo, mais próximas e ampliadas entre a mulher e quem à assiste no processo de aleitamento materno, integrando ações de prevenção à saúde mental e fortalecendo a autoeficácia materna para amamentação.

Deseja-se que haja contribuição dos resultados aqui apresentados para um real avanço e aprimoramento da literatura científica sobre a temática, fornecendo subsídios para a realização de futuras investigações que avaliem demais desfechos de saúde materno-infantil e de saúde mental, no sentido de compreender a complexidade que envolve a experiência de amamentar vivenciada pelas mulheres.

Ressalta-se o quão importante se torna o incentivo sobre as condutas profissionais no sentido de superarem a concepção informativa, inspirando a participação emancipada da mulher no processo de aleitamento materno, considerando e valorizando suas experiências pessoais, além de se compreender de forma abrangente o ciclo gravídico-puerperal.

Referências

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION, American Psychiatric. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 5.^aed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ALMEIDA, C.P.; CUNHA, F.F.; PIRES, E.P.; SÁ, E. **Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence**. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing. v.20, issue 5. 419 – 425 p. June 2012.

AMARAL, L.J.X.; SALES, S.S.; CARVALHO, D.P.S.R.P.; CRUZ, G.K.P.; AZEVEDO, I.C. **Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes**. Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE).v.36, 127 – 134 p. 2015.

ADEDINSEWO, D. A.; FLEMING, A. S.; STEINER, M.; MEANEY, M. J.; GIRARD, A. W.; & MAVAN team. **Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study**. Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association, 102–109 p. September, 2013. <https://doi.org/10.1177/0890334413504244>

ABUCHAIM, E.S.V.; CALDEIRA, C.T.; LUCCA, M.M.D.; VARELA, M.; SILVA, I.S. **Postpartum depression and maternal self-efficacy for breastfeeding: prevalence and association**. Acta Paul Enferm. v.29, n.6, 664-670 p. November, 2016 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000600664&lng=en. [Links]

ARABAN, M. et al. **Randomized Controlled Trial of a Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Intervention in Primiparous Women in Iran**. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, v.47, Issue 2, 173-183 p., 2018.

ARAÚJO, G.S et al. **Perfil de trabalhadores de Enfermagem acompanhados por equipe multiprofissional de saúde mental**. Revista Rene, v.15, n.2, 257-63 p. 2014.

ARRAIS, A.R.; MOURÃO, M.A.; FRAGALLE, B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. Saúde & Sociedade, v.23, n.1, 251-264p. Jan 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020> [Links]

AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Autoeficácia proposta por Albert Bandura**. In: **Autoeficácia em diferentes**. Campinas: Alínea, p. 9-23. 2006.

ALVES, J.S.; DE OLIVEIRA, M.I.; RITO, R.V. **Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo.** *Ciência&SaúdeColetiva*. v.23 n.4, 1077-1088 p. 2018.

BANDURA, A. **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.** *Psychol Rev.*, v.84, n.2, 191-215 p. 1977.

BANDURA, A. **Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy.** *Developmental Psychology*, v. 25, n. 5, 729-735p.1987.

BANDURA, A. **The growing primacy of perceived efficacy in human self-development, adaptation and change.** In: SALANOVA, M. et al.(Ed.). *Nuevos horizontes em La investigación sobre La autoeficacia.* Castelló de La Plana:Publicacions de La UniversitatJaumel, D.L.,.Collecció Psique, n.8. 33-51 p. 2004.Disponível em: <<http://www.des.emory.edu/mfp/NuevosHorizontes>>Acesso em: 18 setembro. 2019.

BANDURA, A. **A evolução da teoria social cognitiva.** In: *Teoria social cognitiva: conceitos básicos.* Porto Alegre: Artmed, 15-41 p. 2008.

BARBIERI, M.C.; et al. **Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério.** *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, v 36, n.1, 17-24 p. 2015.

BARROS, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, A.C. **Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos.** *Revista Espaço Acadêmico*, v. 10, n. 112, 1-9 p. 31 agosto 2010.
Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10818>

BELO, M.N.M., et al. **Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência.** *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v.14, n.1, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292014000100065&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 janeiro 2016.

BEZERRA, V.L.; NISIYAMA, A. L.; JORGE, A. L.; CARDOSO, R. M.; SILVA, E. F.; TRISTÃO, R. M. **Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008.** *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, n. 2, 173-179 p. 2012.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/04.pdf>>.
Acesso em:10 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Nota Técnica Conjunta nº013/2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: **aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica 2. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação** Brasília: Ministério da Saúde; 2012 Disponível em : <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/pos-parto> [[Links](#)]

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. SINASC – Sistema de Informações sobre Nascimentos. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 2018**. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/sinasc/nascido.def>. Acesso em: 11 outubro 2019.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALICIO, L.F.S.; SPIELBERGER, C.D. **Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger**. Arquivo Brasileiro Psicologia Aplicada, São Paulo, v. 29, n. 3, 31-44 p.1977.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALICIO, L.F.S. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Centro Editor de Psicologia Aplicada – CEPA, Rio de Janeiro, 1979.

BRITTO, P. R.; LYE, S. J.; PROULX, K.; YOUSAFZAI, A. K.; MATTHEWS, S. G.; VAIVADA, T. **Nurturing Care: Promoting Early Childhood Development**. The Lancet, v. 389, issue 10064, 91–102 p. January 2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3).

BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M.; MONTEIRO, F.R.; VENANCIO, S.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas**. Revista de Saúde Pública. v. 51, 108 p. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>>.

BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I. **Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review**. Revista de Saúde Pública. v. 49, 91 p., 2015.

BOTHA E, HELMINEN M, KAUNONEN M, LUBBE W, JORONEN K. **Mothers' parenting self-efficacy, satisfaction and perceptions of their infants during the first days**

postpartum.Midwifery. v.88, january 2020. Disponível em <https://doi:10.1016/j.midw.2020.102760>

BRUMMELTE S, GALEA LA. **Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care.** HormBehav. v.77, 153 – 166 p. 2016
Disponível em <https://doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>

BUSOT, I. **Teoría de La auto-eficacia (A. Bandura): unbasamento para elprocesoinstrucional.**Encuentro Educacional, v. 4, n. 1,53-63p. 1997.

BERNARDI JLD, JORDÃO RE, BARROS FILHO AA. **Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo.**Revista de Nutrição. v.22, n. 6, 867 – 878 p. dezembro2009.

BROWN, C.R.L. et al. **Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding.** Can. J. public health., Ottawa, v.105, n.3,179-185 p. 2014.

CASTILLO, A.R.G.L.;et al . **Transtornos de ansiedade.**Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 22, supl. 2, 20-23 p,dezembro2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516444620000006000006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de dezembro 2018.

CANTILINO, Amaury et al .**Transtornos psiquiátricos no pós-parto.** Revista psiquiatra. clínica., São Paulo , v. 37, n. 6, 288-294 p. 2010 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-608320100006000006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de junho 2020.

CABRAL, Caroline Sousa et al. **Inserção de um grupo virtual na rede social de apoio ao aleitamento materno exclusivo de mulheres após a alta hospitalar.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 24] ,190688 ed. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190688>>. Acesso em 21 de setembro 2020.

CAVALCANTI SH; CAMINHA MFC; FIGUEIROA JN; SERVA VMSBD; CRUZ RSBL; LIRA PIC; FILHO, MB. **Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v.18, n.1, 208 -219 p. janeiro 2015.

CHAN MY, IP WY, CHOI KC.**The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: a longitudinal study.**Midwifery.. 2016 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.003>. Acesso em 20 de agosto 2019.

CHAVES, Anne Fayma Lopes et al. **Intervenção telefônica na promoção da autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: estudo experimental randomizado controlado**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 27, 3140 ed. abril 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100328&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de setembro 2020.

COSTA, D.O., et al. **Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica**. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, 691-700 março 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000300691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de janeiro 2019.

CORBY, K., KANE, D., & DAYUS, D. **Investigating Predictors of Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy**. Canadian Journal of Nursing Research. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1177/0844562119888363>

CRUZ DANTAS, Maihana Maíra. **MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E A TERMO HOSPITALIZADOS: AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL E DA SINTOMATOLOGIA ANSIOGÊNICA**. , Bogotá , v. 18, n. 2, 129-138 p. julho 2015 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552015000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de junho 2020.

CONDE, Raquel Germano et al . **Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes**. Acta paul. enferm. São Paulo , v. 30, n. 4, 383-389 p. agosto 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400383&lng=en&nrm=iso>. [Acesso](#) em 02 de setembro 2020.

DENNIS, C.L. **Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework**. J. Hum. Lact., Thousand Oaks, v.15, n.3, 195-201 p. September 1999.

DENNIS, C.L., FAUX, R. **Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale**. Resnurs health, New York, v.22, n.5, 399-409 p. october. 1999.

DENNIS, C.L., FAUX, R. **Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period**. Resnurs health, New York, v.29, n.4, 256-268 p. August 2006.

DENNIS, C.L., HEAMAN, M., MOSSMAN, M. **Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents**. J adolesc health, New York, v.49, n.3, 265-271 p. September 2011.

DENNIS, C.L., MCQUEEN, K. **The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review.** Pediatrics, v.123, n.4, 736 – 751 p. 2009.

DENNIS, C.L. **The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003Nov-Dec; 32 (6): 734-44.

DEKEL. S, EIN-DOR.T, RUOHOMÄKI. A, .J, VOUTILAINEN, S, TUOMAINEN. T-P, et al. **The Dynamic Course of Peripartum Depression Across Pregnancy and Childbirth.** J Psychiatr Res. v.113, 72 – 78 p. 2019
Disponível em <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395618303480>

DIAS. CC, Figueredo. B. **Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature.** J Affect Disord.v.171, 142 – 154 p. 2015
Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>

DODT, R.C.M. et al. **Psychometric assessment of the short form version of the breastfeeding self-efficacy scale in a Brazilian sample.** J Nurs Educ Pract. v.3, n.2, 66-73 p. 2012.

DODT, R.C.M. et al. **Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar.** Texto & Contexto Enferm.; v.22, n.3, 610-8 p. 2013.

DODT, Regina Cláudia Melo. **APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO DA BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE – SHORT FORM (BSES-SF) EM PUÉRPERAS.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 9, n. 2, 165- 167 p. abril 2008.

ENANI. UFRJ. Federal University of Rio de Janeiro. National Survey of Food and Child Nutrition – ENANI-2019: Preliminary results - Indicators of breastfeeding practices in Brazil.
Disponível em <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>

EKSIOGLU, A.B., CEBER, E. **Translation and validation of the Breast-feeding Self-efficacy Scale into Turkish.** Midwifery v.27, issue 6, 246 – 253 p. december 2011..Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001701>.

ESCUDE, M. M.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. **Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil.** Revista Saúde Pública, v. 37, 319-325p.2003.

EINSTEIN, A. **Como vejo o mundo.** Albert Einstein. tradução de H. P. de Andrade. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

FAISAL-CURY, A.; ROSSI, M.P. **Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample.** ArchWomensMent Health. v.10, 1ed, 25 - 32 p. 2007

FERREIRA, A.M.V., et al. **Autoeficácia em amamentar de puérperas não primíparas em pós-parto imediato.** Revista Diálogos Acadêmicos, v. 4, n. 2, 2017.

FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda et al. **Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 3, 683-690 p. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016>>. Acesso 24 de agosto 2020

FIELD, T.; HERNANDEZ-REIF M.; FEIJO, L. **Breastfeeding in depressed mother-infant dyads.** EarlyChildDevCare.; v.172, n.6,539-545p. 2002.

FIELD, T. **Infant of depressed mothers.** InfBehav Dev.v.18, 1.ed, 1 – 13 p. 1995

FIELD, T. **Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review.** InfantBehav Dev. v.51, 24 – 32 p. 2018.

FONSECA-MACHADO, M.O. **Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros.** 2014. 153 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira et al. **Violência por parceiro íntimo e transtornos ansiosos na gestação: importância da formação profissional da equipe de enfermagem para o seu enfrentamento.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, 855-864p.,Outubro2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500855&lng=en&nrm=iso>. Acessoem 18 de setembro 2020.

FORSTER, DA.MCLACHLAN, H.LUMLEY, J. **Factors associated with breastfeeding at sixmonths postpartum in a group of Australia women.** IntBreastfeedJ, v.18, 1 – 12 p. 2006

GERTOSIO, C.MEAZZA C.PAGANI,S.BOZZOLA,M. **Amamentação e sua gama de benefícios .** Minerva Pediatr v.68, n. 3, 201 – 212 p. 2016.

GUIDOLIN, B. L.; CÉLIA, S.A.H. **Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 33, n. 2, 80 – 86 p. 2011

GUEDES, A. C., et al. **Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados.** Revista de Medicina, v. 90, n. 3, 149-154 p. 11 setembro 2011.

GONZÁLEZ-MESA ES, ARROYO-GONZÁLEZ ML, IBRAHIM-DÍEZ N, CAZORLA-GRANADOS O. **Mood state at the beginning of the pregnancy and its influence on obstetric and perinatal outcomes.** J PsychosomObstetGynaecol. 106 - 113 p. 2018..
Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1427726>

GRUMMER-STRAWN LM, ROLLINS N. **Summarising the health effects of breastfeeding.** ActaPaediatr, v.104, n.467, 1 – 2 p. 2015

GREINERT, B. R. M., & MILANI, R. G. **Depressão pós-parto: Uma compreensão psicossocial.** Revista Psicologia: Teoria e Prática, v.17, n. 1, 26 – 36 p. 2015
Disponível em: <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n1p26-36>

GUIMARÃES, C. M. S. et al. **Comparação da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de Ribeirão Preto, Brasil.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 26, n.1, 1-9 p. março 2017.

HEWITT, C.E., et al. **Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence Synthesis and value of information analysis.** Health Technol Assessment.; v.13, n.36, 91 – 131 p. 2009

HASSELMANN, M.H.; WERNECK, G.L.; SILVA, C.V.C. **Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life.** Cad. SaúdePúblicav.24, 341 – 352 p. 2008.
Disponível em: <ISSN 0102-311X>doi: 10.1590/S0102-311X2008001400019
Acesso em: 10 Janeiro 2017

HENSHAW E, FRIED R, SISKIND E, NEWHOUSE L, COOPER M. **Breastfeeding Self-Efficacy, Mood and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women.** J Hum Lact. v.31, issue 3, 2015
Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334415579654>

HACKMAN NM, SCHAEFER EW, BEILER JS, ROSE CM, PAUL IM. **Breastfeeding outcome comparison by parity.** Breastfeed Med.v.10, n.3, 156 – 162 p. 2015.
doi:10.1089/bfm.2014.0119

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Estimativa da população 2018.** São Paulo (IBGE). 2018

ISSLER, Hugo; DOUEK, Paulette C.; GOLDSTEIN, Siliva R.; *et al.* **Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo.** *Pediatria, São Paulo*, v. 32, n. 2, 113-120 p. 2010.

ISLAM MJ, BAIRD K, MAZEROLLE P, BROIDY L. **Exploring the influence of psychological factors on exclusive breastfeeding in Bangladesh.** *Arch Womens Ment Health*. v.20, n. 1, 173 – 188 p. 2017 doi: 10.1007/s00737-016-0692-7

JAGER, E., *et al.* **The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum.** *Midwifery*. v.30, n.6, 657 – 666 p. 2014.DOI: 10.1016/j.midw.2013.07.008

JAVORSKI, M., *et al.* **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, 1 janeiro. 2018.

JONAS W, WOODSIDE B. **Physiological mechanisms, behavioral and psychological factors influencing the transfer of milk from mothers to their young.** *Horm Behav*. v. 77, 167 – 181 p. 2016. Doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.07.018 [[Links](#)]

JONES, G. *et al.* **How many child deaths can we prevent this year?** *Lancet*, v. 362, 65-71p. 2003.

KASSADA, D.S. *et al.* **Prevalência e fatores associados ao uso de medicamentos por gestantes atendidas na atenção primária.** *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 3, 713-721p. setembro 2015.. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000300713&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro 2018.

KINGSBURY AM, PLOTNIKOVA M, NAJMAN JM. **Commonly occurring adverse birth outcomes and maternal depression: a longitudinal study.** *Public Health*. v. 155, 43 – 54 p., 2018.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.11.001>

KAUFMANN, C.C. *et al.* **Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.** *Revista Paulista de Pediatria*, v.30, n.2, 157-165 p. 2012.

KITOKO, P.M. *et al.* **Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada.** *Cad Saúde Pública.*, v.16, n.4, .1111-9p. 2000.

LEIFERMAN, J. **The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health.** *Health Educ Behav.*, v.29, n.5, 596-607 p. 2002.

LEITE, A.M. et al. **Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 17, n. 3, abr. 2016. ISSN 1518-1944.

Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/31932/20733>>.

Acesso em: 10 dez. 2018.

LAUER, J. A. et al. **Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment.** Publ. Health Nutr., v. 9, n. 6, 673-685 p. 2006.

LANGAN RC, GOODBRED AJ. **Identification and management of peripartum depression.** Am Fam Physician. v.93, n.10, 852 –858 p. 2016.

LUOMA I, KAUKONEN P, MANTYMAA M, PUURA K, TAMMINEN T, SALMELIN R. **A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems.** Child Psychiatry Hum Dev. v.35, n.1, 37 – 53 p. 2004.

LIMA AP, JAVORSKI M, VASCONCELOS MG. **Eating habits in the first year of life.** Rev Bras Enferm. v.64, n.5, 912 – 918 p. 2011.

MONTEIRO JC, DIAS FA, STEFANELLO J, REIS MC, NAKANO AM, GOMES-SPONHOLZ FA. **Breastfeeding among Brazilian adolescents: practice and needs.** Midwifery. v.30, 359 – 563 p. 2014.

MACHADO MCM, ASSIS KF, OLIVEIRA FCC, RIBEIRO AQ, ARAÚJO RMA, CURY AF, PRIORE SE, FRANCESCHINI SCC. **Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais.** Revista Saúde Pública, v.48, n. 6, 985 – 994 p. 2014.

MANÉ, N.B. et al. **Early breastfeeding cessation in rural Senegal: causes, modes and consequences.** AM J Public Health, v.96, n.1, 139-44p. 2006.

MASTELLINI, H.F.Z.; SILVA, K.R. DA. **Depressão pós-parto: uma questão de Saúde Pública.** Londrina/SC, 2012.

MARGOTTI E, MARGOTTI W. **Factors related to Exclusive Breastfeeding in Babies born in a childfriendly hospital in a capital of Northern Brazil.** Saúde Debate. v.41, n.114, 860 – 871 p. 2017. .. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0860.pdf> [Links]

MARTINS C, VIEIRA O, VIEIRA O et al. **Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte.** Rev Baiana de Saúde Pública, v. 35, 167 – 178 p. 2011.

MARGOTTI E, MATIELO R. **Fatores de risco para o desmame precoce.** Rev Rene. v.17, n. 4, 537 – 344 p. julho 2016.

MATOS, T.A. et al. **Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem.** Rev Bras Enferm., v. 63, n. 6, 998-1004 p. 2010.

MELO LCO, NAKANO AMS, MONTEIRO JCS, FURTADO MCC. **Atributos da atenção primária à saúde na atenção ao aleitamento materno.** Texto Contexto Enferm, v.28, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0516> Acesso em 31 de agosto 2020

MINHARRO, Michelle Cristine de Oliveira et al. **AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO E A RELAÇÃO COM A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.** Cogitare enferm., Curitiba, v. 24, e57490 p. 2019.
Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100329&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de junho 2020 .

MONTEIRO J.C.D.; NAKANO A.M.S.; GOMES F.A. **O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil.** Invest Educ Enferm.; v.29, n.2, 315-21 p. 2011.

MORAIS, A. M. et al. **Vivências da amamentação por trabalhadores de uma indústria têxtil do Estado do Ceará.** Rev Bras Enferm., v. 64, n. 1, 66-71 p. 2011.

MORAES, Bruna Alibio et al. **Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, e2016-0044 p. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000500424&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de agosto 2020.

MOURA, E. C. C.; FERNANDES, M. A.; APOLINÁRIO, F. I. R. **Maternal perception about postpartum psychiatric disorders: implications in mother-child relationship.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 3, 445–450 p. jun. 2011.

MOURA LP, OLIVEIRA JM, NORONHA DD, TORRES JDRV, OLIVEIRA KCF, TELES MAB. **Percepção de mães cadastradas em uma estratégia saúde da família sobre aleitamento materno exclusivo.** Rev Enferm UFPE, v. 11, 1403 – 1409 p. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13983/16836> [Links]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/pos-parto> [Links]

MARIANO LMB, MONTEIRO JCS, STEFANELLO J, GOMES SFA, ORIÁ MOB, NAKANO AMS. **Exclusive breastfeeding and maternal self-efficacy among women of intimate partner violence situations**. *TextoContextoEnferm*. v. 25, n. 4, 2016.

MCCALL-HOSENFIELD JS, PHIRI K, SCHAEFER E, ZHU J, KJERULFF K. **Trajectories of Depressive Symptoms Throughout the Peri- and Postpartum Period: Results from the First Baby Study**. *J Women's Heal*. v.25, n.11, 1112 – 1121 p. 2016.

MOTTA MG, LUCION AB, MANFRO GG. **Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança**. *RevPsiquiatr RS*. v.27, n. 2, 165 – 176 p. 2005.

NGO LTH, CHOU HF, GAU ML, LIU CY. **Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women**. *Midwifery*.v.70, 84 –91p, 2019.doi:10.1016/j.midw.2018.12.014

NICHOLS J, SCHUTTE NS, BROWN RF, DENNIS CD, PRICE I. **The impact of a Self-Efficacy Intervention on Short-Term Breast-Feeding Outcomes**. *Health Educ Behavior*. v.36, n. 2, 250 – 259 p. 2009.

NISHIOKA E, HARUNA M, OTA E, MATSUZAKI M, MURAYAMA R, YOSHIMURA K, et al. **Aprospective study of the relationship between breastfeeding and postpartumdepressive symptoms appearing at 1–5 months after delivery**. *J Affect Disord*. v.133, 553 – 559 p. 2011.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-EfficacyScale: aplicação em gestantes**. 2008. 188p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORIÁ, M.O.B., XIMENES, L.B. **Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-EfficacyScale para o português**. *Acta Paul Enferm*.v.23, n.2, .230-8 p. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/13.pdf>> Acesso em: 10 janeiro. 2017.

ORIÁ MOB, XIMENES LB, ALMEIDA PC, GLICK DF, DENNIS CL. **Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale**. *Public Health Nurs*. v.26, n. 6, 574 – 583 p. 2009.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Folha informativa – Depressão**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822
Acesso em 7 de novembro 2018.

OLIVEIRA, I.B., et al. **Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network**. JAdvNurs. v.73, n. 2, 323 – 335 p. 2017

PASSANHA A, BENICIO MHA, VENANCIO SI, REIS MCG. **Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo**. Revista Saúde Pública v.47, 1141 – 8 p. 2013

PEREIRA RSV, OLIVEIRA MIC, ANDRADE CLT, BRITO AS. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica**. Cad Saúde Pública. v.26, n. 12, 2343 – 2354 p. 2010

PEDREIRA, M., & LEAL, I. **Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto**. Psicologia, Saúde & Doenças, v.16, 254 – 266 p. 2015-doi: 10.15309/15psd160210

PEREZ, R.R.G et al . **Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna**. Rev Cubana Pediatr., Ciudad de la Habana, v.86, n.2, 2014.
Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312014000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 21 fevereiro. 2017.

PETROZZI, Angela; GAGLIARDI, Luigi. **Breastfeeding Self-Efficacy Scale**. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, v.62, issue 1, 137 – 139 p. 2016.doi: 10.1097/MPG.0000000000000902

PEROSA, G.B. et al. **Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações**. Rev Bras Ginecol Obstet., v.31, n.9, 433-9 p. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 7 ed, 669 p. 2011

POPE CJ, MAZMANIAN D. **Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research**. Depress Res Treat. 2016;2016:4765310. doi: 10.1155/2016/4765310. Epub 2016 Apr 11. PMID: 27148457; PMCID: PMC4842365.

PAUL, I. M., DOWNS, D. S., SCHAEFER, E. W., BEILER, J. S., & WEISMAN, C. S. **Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes.** Pediatrics, v.131, n.4, 1218 – 1224 p. 2013

QUELUZ MC, PEREIRA MJB, SANTOS CB, LEITE AM, RICCO RG. **Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, São Paulo, Brazil.** Rev. Esc. Enferm. USP, v.46, n. 3, 537 – 543 p. 2012.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C.A. **Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê.** Psico-USF, v.16, n.2, 215-225 p. 2011.

REA, M.F. **Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração.** Cad Saúde Pública., v.19, n.1,37-45 p. 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Aleitamento Materno.** 2016.

Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aleita/i16indicador.php>>. Acesso em: 10 janeiro 2019.

RIEDSTRA,JP. AUBUCHON-ENDSLEY, NL. **A Moderated Mediation Model of Maternal Perinatal Stress, Anxiety, Infant Perceptions and Breastfeeding.** Nutrients. v. 11, n. 12, 2019.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Dados sobre nascidos vivos.** Ribeirão Preto, 2018.

ROCCI, E., FERNANDES, R. A. Q. **Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce.** Rev Bras Enferm. Brasília, v.67, n.1, 22 – 27 p. 2014

RODRIGUES, A. P. et al. **Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding.** Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem, v. 18, n. 2, 257-261p. 2014.

RODRIGUES, A.P., et al. **Promoção da autoeficácia em amamentar por meio de sessão educativa grupal: ensaio clínico randomizado.** Texto&Contexto-Enfermagem, v. 26, n. 4, 2017.

ROLLINS NC, BHANDARI N, HAJEEDHOY N, HORTON S, LUTTER CK, MARTINES JC, PIWOZ EG, RICHTER LM, VICTORA CG; **Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?** Lancetv.387, 491 – 504 p. 2016

ROMERO, S.L.; CASSINO, L. **Saúde mental no cuidado à gestante durante o pré-natal**. Revista Brasileira de Ciências da Vida, [S.l.], v. 6, n. 2, março. 2018. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/560>>. Acesso em: 04 dezembro. 2018.

RODRIGUES AP, PADOIN SMM, PAULA CC, GUIDO LA. **Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding**. RevEnferm UFPE, v.7, 4144 – 4152 p. 2013. Disponível em :<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4031/6314>

ROJAS, G., FRITSCH, R., GUAJARDO, V. ROJAS, F., BARROILHET, S., & JADRESIC, E. **Caracterización de madres deprimidas en el pos parto**. Revista Médica de Chile, V.138, n. 5, 536 – 542 p. 2010. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000500002> [Links]

SALUSTIANO, L.P.Q.; DINIZ, A.L.D.; ABDALLAH, V.O.S.; PINTO, R.M.C. **Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses**. Revista Brasileira Ginecol Obstet. v. 34, n.1, 2012.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. **Dor crônica e a crença de auto-eficácia**. Ver EscEnferm USP, v.41, n.1, 135-40 p. 2007. Disponível em:<www.ee.usp.br/reeusp>Acesso em: 15 janeiro 2017.

SARDINHA DM, MACIEL DO, GOUVEIA SC, PAMPLONA FC, SARDINHA LM, CARVALHO MS, et al. **Promoção do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro**. Revenferm UFPE v.13, n. 3, 852 -857 p. 2019.

SANTACRUZ-SALAS E, ARANDA-RENEO I, SEGURA-FRAGOSO A, COBO-CUENCA AI, LAREDO-AGUILERA JA, CARMONA-TORRES JM. **Mothers' Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months**. Int J Environ Res Public Health. v.17, n.1, 77 p. 2019.

SPEHAR MC, SEIDL EMF. **Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia**. Psicol Estud. v.18, n.4, 647–656 p. 2013.

SANTANA, L.L. et al. **Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.37, n.1, 2016..

SANTOS, M.F.S.; MARTINS, F.C.; PASQUALI, L. **Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil**. Ver Psiquiatr Clin., São Paulo, v.26, n.2, 90-95p p. 1999.

SCHMIDT, D.R.C. et al. Ansiedade e depressão entre profissionais de Enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. Rev. EscEnferm USP, São Paulo, v. 45, n. 2, 487-93 p.

SOUZA, S.N.D.H.; MELLO, D.F.; AYRES, J.R.C.M. **O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado.** Cad Saúde Pública, v. 29, n. 6, 1186-1194 p. 2013.

SOUZA MHN, SODRÉ VRD, SILVA FNF. **Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária.** Cienc. Enferm, v.21, n.1, 55 – 67 p. 2015.

SOUZA, MaressaLo Bianco et al. **Avaliação da autoeficácia na amamentação de puérperas.** Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 11, n. 1, jun. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1771/721>>. Acesso em: 28 ago. 2020

STONE, S. L. et al. **Stressful Events During Pregnancy and Postpartum Depressive Symptoms.** Journal of Women's Health, v. 24, n. 5, 384–393 p. 9 mar. 2015.

STEWART BW, WILD CP. World cancer report 2014. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014> Acesso em: 20 de Setembro de 2020.

SANCHES MTC, BUCCINI GS, GIMENO SGA, ROSA TEC, BONAMIGO AW. **Factors associated with interruption of exclusive breastfeeding in low birth weight infants receiving primary care.** CadSaudePublica, v.27, n.5, 953 – 965 p. 2011.

SILVA RMRE, MARCOLINO C. **The experience of the breastfeeding/early weaning process by women orientated to breastfeeding: a qualitative study.** Online Brazilian J Nurs, 2009 Disponível em <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/2019> . Acesso em 28 de Agosto 2020.

SILVA, CATARINE S. et al. **Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 93, n. 4, 356-364 p. Aug. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000400356&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 de Agosto 2020.

SILVA, P.P. et al. **A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno.** Rev. paul. pediatr, 306-313 p. 2012.

SANTOS, ERYKA MARIA DOS et al. **Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 1211-1222 p, Mar. 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301211&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de Agosto 2020.

SCHWENGBER DDS, PICCININI CA. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.** *EstudPsicol.* v.8, n.3, 403 – 411 p. 2003.

THEME FILHA MM, AYERS S, DA GAMA SG, LEAL MDO C. **Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012.** *J Affect Disord.* 2016; 194:159-167. doi:10.1016/j.jad.2016.01.020.

TANSKY, C., & LINDBERG, C. **Breastfeeding as a Pain Intervention When Immunizing Infants.** *Journal for Nurse Practitioners.* v.6, n.4, 287 – 295 p. 2010.

TAN, D.J.A., LEW, J.P., JUMHASAN, M.B. et al. **Investigating factors associated with success of breastfeeding in first-time mothers undergoing epidural analgesia: a prospective cohort study.** *Int Breastfeed J*13, 42 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0184-7>.

TAKAHASHI K, GANCHIMEG T, OTA E, VOLGEL JP, SOUZA JP, LAOPAIBOON M, CASTRO CP, JAYARATNE K, ORTIZ-PANOZO E, LUMBIGANON P, MORI R. **Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey.** *ScientificReports*, v.7, 1 – 10 p. 2017.

UCHOA JL, GOMES ALA, JOVENTINO ES, ORIÁ MOB, XIMENES LB, ALMEIDA PC. **Sociodemographic and obstetric history in maternal self-efficacy in nursing: a study in panel.** *O Braz J Nurs*, v.13, n.4, 645 – 655 p. 2014 Disponível em: [http:// www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4708](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4708)

UCHOA, Janaiana Lemos et al. **Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico puerperal e o tipo de aleitamento materno.** *Aquichan, Bogotá,* v. 17, n. 1, 84-92 p. Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972017000100084&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de junho 2020.

VIANA, M.C; ANDRADE, L.H. **Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey.** *RevBrasPsiquiatr;* v.34, n.3, 249 – 260 p. 2012.

VICTORA CG, BAHLL R, BARROS AJ, FRANÇA GV, HORTON S, KRASEVEC J, et al. **Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.** *Lancet*.v.387, 475 – 490 p. 2016

VALIZADEH S, HOSSEINZADEH M, MOHAMMADI E, HASSANKHANI H, FOOLADI M, SCHMIED V. **Addressing barriers to health: experiences of breastfeeding mothers after returning to work.** *Nurs Health*. v.19, 105 – 111 p. 2017.

VIEIRA, Erika de Sá et al. **Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 26, e3035, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100348&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 de junho 2020..

VITOLO, Márcia Regina et al. **Depressão e suas implicações no aleitamento materno.** *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 29, n. 1, 28-34p. Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de Agosto 2020.

VENANCIO SI, ESCUDER MML, SALDIVA SRDM, GIUGLIANI ERJ. **A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços.** *J PediatrRio de Janeiro*, v.86, n.4, 317 –324 p. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>

ZUBARAN C, FORESTI K. **The correlation between breastfeeding and maternal quality of life in southern Brazil.** *Breastfeeding Med*, v.6, n.1, 25 – 30 p. 2011.

WARDENAAR, K.J., et al. **The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys.** *Psychological Medicine*. Cambridge University Press; v.47, n.10, 1744 – 1760 p. 2017.

WAGNER, Livia PerisséBaroni et al. **Fortalecedores e fragilizadores da amamentação na ótica da nutriz e de sua família.** *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 54, e03563, 2020 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100419&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de setembro 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report. People with mental disabilities cannot be forgotten.** [Internet] 2010. [acessado 2018Nov 7]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/ .

World Health Organization. (2008). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: definitions: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA.** World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43895>.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva, 2003. Texto completo em PDF em Inglês, Árabe, Chinês, Francês, Russo, Espanhol. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>.

World Health Organization. (2017). **Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services**. World Health Organization. Geneva; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259386>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Health Organization. (2017). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization. Geneva; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2019). **Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes**. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

YANG X, GAO LL, IP WY, CHAN WCL. **Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: a cross-sectional study**. Midwifery. 41, 1 – 8 p. 2016

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Luciana Camargo de Oliveira Melo, enfermeira, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho por meio deste, convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“Influência dos transtornos depressivo e de ansiedade na autoeficácia materna para amamentar”**, que tem por objetivo verificar as repercussões da saúde mental na autoeficácia para amamentar entre puérperas. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Caso você aceite participar, assumo o compromisso de manter em segredo a sua identidade. Acrescento que, você é livre para recusar-se e interromper a sua participação na pesquisa, bem como retirar o seu consentimento a qualquer momento. Você será esclarecida sobre todos os procedimentos da pesquisa e em qualquer aspecto que desejar. Esclareço que não é esperado que você receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que ao responder os questionários você poderá contribuir para a temática da autoeficácia em amamentar e da saúde mental, a fim de promover melhorias na assistência à mulher, bem como fortalecer as políticas públicas de saúde no âmbito da saúde da mulher. Informo também, que você não terá despesas ao participar. Caso você aceite participar voluntariamente desta pesquisa, será garantida a você uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado por mim e por você. Em seguida, você deverá responder um instrumento que exigirá cerca de 15 minutos aproximadamente do seu tempo e será reaplicado aos 120 e 180 dias de pós-parto nesta mesma instituição. Os riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa poderão estar relacionados a dúvidas ou desconforto em responder algumas questões do instrumento. Neste caso, estarei pronta para ouvi-la, esclarecer dúvidas e questionamentos, bem como oferecer suporte emocional se houver necessidade; você terá a liberdade para interromper a entrevista a qualquer tempo e será de sua escolha a retomada da mesma em outro momento. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados e publicados em meios científicos, mas a sua identidade não será divulgada, mantendo-se em sigilo. Caso haja eventuais danos decorrentes da

sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa. Assim, em caso de dúvidas éticas, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, sito à Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902, telefone (16) 3315-9197, horário de atendimento em dias úteis de segunda-feira a sexta-feira das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários por meio telefônico (16-991156029) ou e-mail (lucianacamargo@usp.br).

Eu, _____, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Desta forma, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntária da pesquisa acima descrita.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante do estudo:

Assinatura do pesquisador:

Pesquisadora: Luciana Camargo de Oliveira Melo

End. Rua Paulo Fragoso Coimbra, 351 São Carlos SP CEP: 13562-340

Telefone: (16) 991156029 e-mail: lucianacamargo@usp.br

APÊNDICE B – Autorização para o uso da Breastfeeding Self-EfficacyScale - Short-Form - Versão Brasileira

E-mail de Universidade de São Paulo - Autorização BSES-SF

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=99d3d9e565&jsver=uP1tpRJ>.

Juliana Cristina dos Santos Monteiro <jumonte@eerp.usp.br>

Autorização BSES-SF

1 mensagem

Monica Oria <profmonicaoria@gmail.com>

8 de setembro de 2017 16:41

Para: Juliana Cristina dos Santos Monteiro <jumonte@eerp.usp.br>

Prezada Profa Juliana

Eu e Dra Regina Dodt agradecemos pelo interesse em usar a BSES-SF.

Nós temos interesse nos estudos envolvendo a referida escala e lhes concedemos permissão para utilizá-la para avaliar uma população de Ribeirão Preto,

Outrossim, nos colocamos a disposição para colaborar com você no estudo vindouro.

Atenciosamente,

Profa Dra Mônica O.B. Oriá

Universidade Federal do Ceará.

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

Departamento de Enfermagem.

Pesquisadora do CNPq Nível 2

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160

Fortaleza - Ceará - Brasil.

Fone/Phone: (55+85) 3366.8454

<http://lattes.cnpq.br/5593804766584817>

APÊNDICE C – PRIMEIRO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS

Data: ____/____/____	Pesquisadora:	Formulário nº:
Iniciais da mulher:	Hygia da mulher:	Dias de pós-parto:
Iniciais do filho:	Hygia do filho:	Telefone:
e-mail:		
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
DATANASC	()	1. Data de nascimento da mulher: ____/____/____
IDADE	()	2. Idade ____ anos completos
CORAUTO	()	3. Cor auto referida: () 1 branca 2 preta 3 amarela 4 parda 5 vermelha
ESCOLAR	()	4. Escolaridade () 1 Analfabeta 2 Ensino fundamental incompleto 3 Ensino fundamental completo 4 Ensino médio incompleto 5 Ensino médio completo 6 Ensino superior incompleto 7 Ensino superior completo 8 Pós-graduada
RELIGIAO	()	5. Religião: () 1 possui religião 2 crê em Deus mas sem religião 3 não tem religião
OCUPACAO	()	6. Ocupação: () 1 realiza trabalho remunerado no lar 2 realiza trabalho remunerado fora do lar 3 não realiza trabalho remunerado
ESTMARIT	()	7. Estado marital: () 1 solteira 2 casada 3 amasiada 4 divorciada/separada
MORADIA	()	8. Quantas pessoas moram na mesma casa? _____
COMOD	()	9. Quantos cômodos tem na sua casa? _____
RENDA	()	10. Renda familiar em reais: _____ () 1 prefiro não responder
AJUDA	()	11. Alguém te ajuda com os cuidados do bebê? () 1 sim 2 não
AJUDQUEM	()	12. Se sim, quem? () 1 marido/companheiro 2 mãe 3 sogra 4 outro familiar 5 amiga 6 outro _____ 999 não se aplica (não tem ajuda)
II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
NUMGESTA	()	13. Número de gestações: ()
NUMPARTO	()	14. Número de partos: ()
NUMABORT	()	15. Número de abortos: () 999 não se aplica (não teve)
NUMFILH	()	16. Número de filhos vivos: ()
GESTPLAN	()	17. A última gestação foi planejada? () 1 sim, 2 não
DATAPART	()	18. Data do parto: ____/____/____
TIOPART	()	19. Tipo de parto atual: () 1 normal 2 cesárea 3 fórceps
INTPART	()	20. Intercorrências no parto: () 1 sim 2 não
INTPARTQ	()	21. Intercorrências no parto: Se sim, qual? _____

INTPOSP	()	22. Intercorrências no pós-parto: () 1 sim 2 não
INTPOSPQ	()	23. Intercorrências no pós-parto: Se sim, qual? _____
SEXOCRIA	()	21. Sexo do recém-nascido: () 1.feminino 2.masculino
PESONASC	()	22. Peso do recém-nascido no nascimento: _____ (em gramas)
AMPRIHR	()	23. Realizou amamentação na 1ª hora pós-parto: () 1sim 2não 3não sabe

Anexos

ANEXOS**ANEXO A—SEGUNDO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EDINBURGH
POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS) - VERSÃO EM PORTUGUÊS**

Marque com um X 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

- ☐ Como eu sempre fiz
- ☐ Não tanto quanto antes
- ☐ Sem dúvida, menos que antes
- ☐ De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- ☐ Sim, como de costume
- ☐ Um pouco menos que de costume
- ☐ Muito menos que de costume
- ☐ Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- ☐ Não, de jeito nenhum
- ☐ Raramente
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Sim, muito freqüentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- ☐ Sim, muito seguido
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- ☐ Sim, muito seguido
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia

- ☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- ☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- ☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- ☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- ☐ Sim, na maioria das vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

- ☐ Sim, na maioria das vezes
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- ☐ Sim, a maior parte do tempo
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Só de vez em quando
- ☐ Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

☐ Sim, muitas vezes

☐ Às vezes

☐ Raramente

☐ Nunca

ANEXO B – TERCEIRO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- INVENTÁRIO ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO - IDATE

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo-----4

Um pouco-----2

Bastante-----3

Absolutamente não----1

1	Sinto-me calmo	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro	1	2	3	4
3	Estou tenso	1	2	3	4
4	Estou arrependido	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7	Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10	Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13	Estou agitado	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito	1	2	3	4

17	Estou preocupado	1	2	3	4
18	Sinto-me confuso	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO

Quase sempre-----4

Frequentemente-----3

Às vezes-----2

Quase nunca-----1

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado	1	2	3	4
7	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16	Estou satisfeito	1	2	3	4

17	Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO C – QUARTO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE – SHORT-FORM VERSÃO BRASILEIRA

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

- 1 = Discordo totalmente
2 = Discordo
3 = Às vezes concordo
4 = Concordo
5 = Concordo totalmente

	Discordo totalmente		Concordo totalmente		
1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

ANEXO D – OFÍCIO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA - CAPP

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 1528/18- CAPP
CSV/2018

Ribeirão Preto, 09 de Maio de 2018.

Senhora Orientadora ,

Informamos que o gerente da UBS Parque Ribeirão da Secretaria Municipal da Saúde manifestou a concordância com a realização do projeto de pesquisa em sua Unidade.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"REPERCUSSÕES DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVO E DE ANSIEDADE NA AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAÇÃO"** sob a responsabilidade do Prof.ª D.^{ra} JULIANA CRISTINA DOS SANTOS MONTEIRO e a pesquisadora LUCIANA CAMARGO DE OLIVEIRA MELO na UBS Parque Ribeirão.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Cláudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

Prof.ª D.^{ra} JULIANA CRISTINA DOS SANTOS MONTEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA

Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 36041542 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – USP

Ofício CEP-EERP/USP nº 187/2018, de 13/08/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 08 de agosto de 2018.

Protocolo CAAE: 92340718.0.0000.5393

Projeto: Repercussões dos transtornos depressivo e de ansiedade na autoeficácia para amamentação

Pesquisadores: Luciana Camargo de Oliveira Melo
Juliana Cristina dos Santos Monteiro (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP