



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANNE FAYMA LOPES CHAVES

SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PUERPÉRIO E SUA IMPLICAÇÃO NA
AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAR

FORTALEZA

2012

ANNE FAYMA LOPES CHAVES

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PUERPÉRIO E SUA IMPLICAÇÃO NA
AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C438s Chaves, Anne Fayma Lopes.
Sintomas depressivos no puerpério e sua implicação na autoeficácia de amamentar / Anne Fayma Lopes Chaves. – 2012.
100 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2012.
Área de concentração: Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.
1. Depressão Pós-Parto. 2. Aleitamento Materno . 3. Auto-Eficácia I. Título.

ANNE FAYMA LOPES CHAVES

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PUERPÉRIO E SUA IMPLICAÇÃO NA
AUTOEFICÁCIA DE AMAMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Monica Oliveira Batista Oriá (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr. Paulo César de Almeida (2º Membro)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof^a. Dra. Mariana Cavalcante Martins
Universidade Federal do Ceará – UFC (Membro Suplente)

A Deus, que sempre escuta minhas preces quando peço que seja feita sua vontade em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, amigo fiel, que sempre me mostra os melhores caminhos a serem seguidos e me proporciona fé na caminhada da vida.

Aos meus pais, pessoas simples e verdadeiras, que me criaram com muita honestidade e sempre torcem por minhas vitórias. A vocês devo minha vida!

Ao meu esposo, George Chaves, pessoa admirável, que acreditou nessa conquista e estar sempre compartilhando minhas angústias e me dizendo que posso conseguir tudo que almejo. Obrigada pela força e pelo carinho.

À minha querida orientadora Prof^a Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá, pela sua competência em suas orientações, por compartilhar as dificuldades e, principalmente, pelo seu carinho de mãe que teve ao longo desses anos.

Ao corpo docente do DENS, pelas inúmeras contribuições profissionais e pessoais!

À minha turma, tão maravilhosa e criativa, pela convivência harmônica e prazerosa. Em especial, as amigas Samilla, Renata, Mariana, Natasha e Camila. Vou sentir saudades!

Ao CNPQ, por acreditar nessa pesquisa através do seu financiamento.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Promoção da Saúde Sexual Reprodutiva pelas contribuições realizadas durante nossos encontros.

Aos alunos Karine de Castro, Sabrina Rodrigues, Roberta Marjorie, Livia Jacó e Robson Coutinho pela enorme ajuda disponibilizada nas coletas de dados. Essa conquista também é de vocês!

As puérperas participantes dessa pesquisa, por sua disponibilidade em participar, em me ouvir e contribuir para esse conhecimento. Sem vocês não seria possível essa construção!

As minhas amigas do Hospital São Carlos pela compreensão e apoio disponibilizados durante essa trajetória.

As minhas amigas estrelas, por compreender minha ausência por alguns períodos. Vocês são meu alicerce.

Aos componentes da banca de defesa por compartilhar desse conhecimento!

A todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram para essa conquista!
Muito OBRIGADA!!!

RESUMO

São diversos os fatores que interferem no processo de decisão da mulher em amamentar, dentre eles os sintomas depressivos, sendo um fator preocupante para os serviços de saúde que prestam assistência na área materno-infantil. O objetivo deste estudo foi investigar a relação dos sintomas depressivos no puerpério com a autoeficácia da mãe em amamentar. Desenvolveu-se um estudo correlacional, do tipo longitudinal, com abordagem quantitativa realizado nos Hospitais Distritais Gonzaga Mota do Município de Fortaleza. A amostra foi composta por 184 puérperas. A coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2012 seguindo duas etapas: a primeira ocorreu no alojamento conjunto com a aplicação do formulário com dados sociodemográfico e obstétrico e da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF); a segunda foi realizada através de um telefonema entre 30-45 dias pós-parto no qual foi aplicado a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e o formulário contendo perguntas sobre o pós-parto e a saúde da criança. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Foi utilizado o programa SPSS versão 19 para análise dos dados. As mulheres estudadas tinham idade de 21 – 30 anos, casadas ou em união estável, com equivalência na escolaridade entre os ensinos médio completo, incompleto e o fundamental incompleto, tendo como ocupação dona do lar, com baixa renda familiar, multigesta e múltiparas. Apesar de não terem planejado a gestação, mostraram-se satisfeitas, assim como o companheiro. As mulheres apresentaram elevada autoeficácia em amamentar e tiveram alta prevalência do aleitamento materno exclusivo. Nas correlações entre os escores da escala BSES-SF e as variáveis sociodemográficas e obstétricas somente o estado civil apresentou correlação estatisticamente significativa ($p=0,04$). As mulheres estudadas apresentaram baixos sintomas depressivos e não foi observada nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas e os escores da EPDS. Entretanto, pôde-se constatar que as puérperas com baixa escolaridade possuem risco maior de desenvolver sintomas depressivos (OR: 1,7; 95%), bem como mulheres que sofreram aborto (OR:1,3; 95%). O Alfa de Cronbach da EPDS na população estudada foi de 0,4, apesar de o valor ter sido baixo, apresentou-se significativo ($p=0,000$), mostrando ser um instrumento válido. Não houve correlação significativa entre os escores da BSES-SF e os escores da EPDS ($p=0,734$). Logo, podemos concluir que o enfermeiro que assiste a mulher no ciclo gravídico puerperal, deve enfatizar ações de promoção da saúde materna, bem como a promoção do aleitamento materno, buscando manter a confiança

materna no ato de amamentar e prevenir os sintomas depressivos.

Palavras-Chave: Depressão Pós-Parto. Aleitamento Materno. Auto-Eficácia.

ABSTRACT

There are several factors that interfere in the women's decision to breastfeed, among them the depressive symptoms, a concerning factor for health services that provide maternal and child health care. This study aimed to investigate the relationship of depressive symptoms in postpartum and breastfeeding self-efficacy. We developed a correlational study of longitudinal type, with quantitative approach carried out at the Gonzaga Mota District Hospitals in the city of Fortaleza-CE, Brazil. The sample consisted of 184 puerperas. Data collection happened from April to July 2012 following two steps: the first occurred in rooming with the application of a questionnaire with obstetric and socio-demographic data and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF); the second was performed through a phone call between 30 and 45 days of postpartum, in which we applied the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the questionnaire on postpartum and child health. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará. For data analysis we used the SPSS program version 19. The women studied were aged from 21 to 30 years, married or in a stable relationship, with equivalence between complete and incomplete high-school and incomplete primary education, housewives, with low family income, multigravida and multiparous. In spite of the unplanned pregnancy, the women were satisfied, as well as their companion. Women presented higher self-efficacy in breastfeeding and had high prevalence of exclusive breastfeeding. In the correlations between the scores of the BSES-SF scale and socio-demographic and obstetric variables only marital status was statistically significant ($p=0.04$). The women studied presented low depressive symptoms and we did not verify any statistically significant association between socio-demographic and obstetric variables and EPDS scores. However, we verified that puerperas with low education have higher risk of developing depressive symptoms ($OR=1.7$, 95%), as well as women who have undergone abortion ($OR=1.3$, 95%). The Cronbach's alpha of EPDS in the study population was 0.4, despite the value was low, it was significant ($p=0.000$), showing it to be a valid instrument. There was no significant correlation between the scores of the BSES-SF and of the EPDS ($p=0.734$). Therefore, we conclude that nurses, who assist women in the pregnancy-puerperium cycle, should focus the actions on maternal health promotion, as well as the promotion of breastfeeding, seeking to maintain the maternal confidence in the act of breastfeeding and preventing depressive symptoms.

Keyword: Depression Postpartum. Breast Feeding. Self Efficacy.

RESUMEN

Hay varios factores que intervienen en la decisión de la mujer en amamantar, incluyendo síntomas depresivos, factor de preocupación para los servicios de salud que prestan atención a la salud materna e infantil. El objetivo fue investigar la relación entre los síntomas depresivos en el puerperio con la autoeficacia de la madre en amamantar. Desarrollado estudio correlacional, longitudinal, con enfoque cuantitativo, llevado a cabo en los hospitales municipales Gonzaga Mota de Fortaleza, Brasil. La muestra consistió de 184 madres. Los datos fueron recolectados entre abril y julio 2012 en dos etapas: en la primera se produjo en alojamiento conjunto con formulario de acerca de los datos sociodemográficos y obstétricos y de la *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF); la segunda se realizó a través de llamada telefónica entre 30-45 días después del parto que se aplicó en la Escala de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) y el formulario con preguntas acerca de posparto y la salud infantil. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Ceará. Se utilizó el programa SPSS versión 19 para el análisis de datos. Las mujeres estudiadas tenían entre 21-30 años, casadas o en relación estable, con equivalencia entre el promedio de escolaridad de enseñanza completo, incompleto y primaria incompleta, con la ocupación de ama de casa, con bajos sueldos familiares y multíparas. A pesar de no planificar el embarazo, se mostraron satisfechas al igual que los compañeros. Las mujeres presentaron mayor autoeficacia en la lactancia materna y tuvieron alta prevalencia de lactancia materna exclusiva. En las correlaciones entre las puntuaciones de los BSES-SF y las variables sociodemográficas y obstétricas solamente el Estado civil fue estadísticamente significativo ($p = 0,04$). Las mujeres estudiadas tenían síntomas depresivos bajos y no se observaron asociación estadísticamente significativa entre las puntuaciones sociodemográficas y obstétricas y las puntuaciones de EPDS. Sin embargo, se observó que las madres con bajo nivel educativo tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (OR: 1,7, IC del 95%), así como las mujeres que sufrieron aborto (OR: 1,3, IC del 95%). El alfa de Cronbach de la EPDS en la población estudiada fue de 0,4, el bajo valor fue significativo ($p = 0,000$), demostrando la validez del instrumento. No hubo correlación significativa entre las puntuaciones del BSES-SF y de la EPDS ($p = 0,734$). Por lo tanto, el enfermero que asiste a las mujeres durante el embarazo y el parto, debe enfatizar acciones de promoción de la salud materna y de la lactancia materna, en la búsqueda por mantener la confianza materna en el acto de amamantar y prevenir los síntomas depresivos.

Palabra-clave: Depresión Posparto. Lactancia Materna. Autoeficacia.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 -** Distribuição das puérperas segundo os dados sociodemográficos. 51
Fortaleza, Abr/Jun, 2012.
- Tabela 2 -** Distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos. 52
Fortaleza, Abr/Jun, 2012.
- Tabela 3 -** Distribuição das puérperas segundo os dados da gravidez atual e 53
puerpério. Fortaleza, Abr/Jun, 2012.
- Tabela 4 -** Associação entre os escores da BSES-SF e as variáveis 55
sociodemográficas e obstétricas. Fortaleza, Abr/Jun, 2012.
- Tabela 5 -** Distribuição dos itens de menor pontuação no Domínio Técnico da 56
BSES-SF. Fortaleza, Abr/Jun, 2012.
- Tabela 6 -** Distribuição dos itens de menor pontuação no Domínio 57
Pensamentos Intrapessoais da BSES-SF. Fortaleza, Abr/Jun, 2012.
- Tabela 7 -** Associação entre os escores da EPDS - VB e as variáveis 58
sociodemográficas e obstétricas. Fortaleza, Abr/Jun, 2012.
- Tabela 8 -** Distribuição dos itens de maior pontuação na EPDS. Fortaleza, 59
Abr/Jun, 2012.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- | | | |
|-------------------|--|----|
| Figura 1 - | Esquema para definição da dieta da criança. | 43 |
| Figura 2 - | Representação gráfica das etapas da coleta de dados. | 47 |

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15	
2	OBJETIVOS	21	
2.1	Objetivo Geral	21	
2.2	Objetivos Específicos	21	
3	REVISÃO DE LITERATURA	23	
3.1	Gravidez, Puerpério e a Depressão Pós Parto	24	
3.2	O Aleitamento Materno e a Política Pública Nacional de Saúde	28	
3.3	O Aleitamento Materno e a perspectiva da Autoeficácia	32	
3.4	Estado da Arte do Objeto de Estudo	34	
4	MÉTODO	38	
4.1	Tipo de Estudo	39	
4.2	Local da Pesquisa	39	
4.3	População e Amostra	41	
4.4	Definições das Variáveis	42	
4.5	Instrumentos	43	
4.5.1	Escala de Autoeficácia para Aleitamento Materno	43	
4.5.2	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo	45	
4.6	Coletas de dados	47	
4.7	Análise dos Dados	48	
4.8	Considerações Éticas	49	Co
5	RESULTADOS	50	
5.1	Caracterização da Amostra	51	
5.2	Aplicação da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Short Form</i>	54	
5.3	Aplicação da <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	57	
5.4	Análise da Confiabilidade e Validade de Critério da <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> em uma população do Nordeste do Brasil	59	
5.4.1	Análise da Confiabilidade	59	
5.4.1.1	Coefficiente de Correlação Intraclasse	59	
5.4.1.2	Consistência Interna	60	
5.4.2	Validade de Critério	60	

6	DISCUSSÃO	61
6.1	Características Sociodemográficas	62
6.2	Características Obstétricas	64
6.3	Aplicação da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Short Form</i>	68
6.4	Aplicação da <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> em uma população do Nordeste	70
6.5	Análise da Confiabilidade e Validade de Critério da <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> em uma população do Nordeste do Brasil	72
7	CONCLUSÕES	74
8	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	88
	ANEXOS	94

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo entre mãe e filho, o qual promove o afeto, a proteção e a nutrição para a criança e constitui a forma mais sensível, econômica e eficaz de intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Ele permite um impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e de toda a sociedade (BRASIL, 2009a).

Diversos investigadores têm discutido a relação entre o aleitamento materno e a saúde da mulher e da criança. Tais estudos revelam que o exercício do aleitamento materno pode ser benéfico à saúde das mães, devido à menor probabilidade de desenvolver fraturas de quadril por osteoporose (MICHAELSSON *et al.*, 2001). Em uma revisão da literatura, os indícios mostraram que o aleitamento materno pode ser responsável por dois terços da redução estimada no câncer de mama, e ainda há evidências que mostram a proteção da amamentação contra alguns tipos de câncer epitelial do ovário (REA, 2004).

Além de todos esses benefícios para a mulher, os bebês amamentados vivenciam menos bronquiolite (BACHRACH; SCHWARZ; BACHRACH, 2003), diarreia (LIMA *et al.*, 2000), meningite (SILFVERDAL *et al.*, 2002), enterocolite necrotizante (McGUIRE; ANTHONY, 2001), asma (KULL *et al.*, 2004), e desenvolvem diabetes insulino-dependente (Tipo I) com menos frequência (VISALLI *et al.*, 2003) do que aquelas que foram alimentadas com fórmulas lácteas no primeiro ano de vida.

O leite humano é rico em ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (LC-PUFAS), sendo estes, uns dos nutrientes envolvidos no metabolismo do sistema nervoso, na formação de mielina e na maturação das funções corticais do cérebro. Além destes, a colina é outro nutriente presente em grandes quantidades no leite materno, que favorece o bom desenvolvimento neurológico (NOBRE *et al.*, 2010). Estudos mostram que a deficiência de ácido docosaexaenóico (LC-PUFAS) pode ocasionar mudanças na membrana plasmática das células nervosas, e como consequência o mau desenvolvimento neural e visual, o que pode ocasionar déficit na aprendizagem, na aquisição da fala e atraso no desenvolvimento motor (INNIS, 2003).

Face aos benefícios do aleitamento materno para a saúde e sobrevivência infantil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) preconizam o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, complementado com outros alimentos a partir desta idade e mantendo até o segundo ano de vida ou mais (BRASIL, 2009a).

O MS apontou um aumento da prevalência do AME em menores de quatro meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. Apesar da melhora significativa da situação do aleitamento materno no Brasil, essa prática ainda está muito aquém da recomendada (BRASIL, 2009b).

Nos últimos 20 anos, as políticas de saúde do Brasil têm estimulado o aleitamento materno em um esforço nacional para prevenir as doenças da infância e reduzir a mortalidade infantil. De forma particular a enfermagem brasileira tem tido um importante papel no Programa de Aleitamento Materno, encorajando as mulheres ao ato de amamentar, vislumbrando o aumento das taxas de aleitamento exclusivo e, por conseguinte, a diminuição do desmame precoce e doenças da infância (ORIA; GLICK; ALVES, 2005).

O desmame precoce não repercute apenas na saúde da criança, mas, também interrompe de forma abrupta o vínculo mãe e filho (aspecto psicológico). Retarda o retorno da mulher às suas condições físicas anteriores à gravidez (aspecto físico e biológico) e afeta o orçamento familiar devido ao custo das fórmulas lácteas (aspecto econômico). Dessa forma, é responsabilidade dos profissionais de saúde a inserção de estratégias que visem à promoção do aleitamento materno.

São diversos os fatores que interferem no processo de decisão da mulher em iniciar/manter ou não a amamentação de seu bebê. Dentre estes fatores, podemos citar: os culturais, econômicos e psicológicos (FALEROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Dentre os fatores psicológicos será enfatizado a Depressão Pós-Parto (DPP).

O nascimento representa um momento de grande vulnerabilidade mental e as desordens de humor representam a mais frequente forma de morbidade materna no puerpério. Estas desordens variam desde disforia até a psicose puerperal. O objeto deste estudo é a DPP que se revela por sintomas de labilidade emocional, insônia, confusão, ansiedade, culpa e ideia suicida (DENNIS; MCQUEEN, 2007).

A prevalência da DPP está entre 7,2 e 40% de acordo com a maioria dos estudos. No Brasil, a menor prevalência foi na cidade de Recife, com 7,2% (CANTILINO, 2009), e a maior na cidade de Vitória, no Espírito Santo, com 39,4%, mostrando-se fator preocupante para os serviços de saúde que prestam assistência na área materno-infantil (RUSCHI *et al.*, 2007).

O episódio depressivo, geralmente, se manifesta durante o primeiro ano do puerpério e possui maior incidência entre a quarta e oitava semana após o parto (CLARK *et al.*, 2003), através do quadro de humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de

fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio (CANTILINO *et al.*, 2010).

As complicações advindas da DPP são inúmeras, sendo os bebês e as crianças os indivíduos mais vulneráveis, tendo em vista que problemas nas interações no binômio mãe-bebê podem afetar seu desenvolvimento cognitivo, emocional, social e comportamental (DENNIS, 2009). Alguns estudos revelam que filhos de mulheres que tiveram DPP apresentaram maior incidência de atraso no desenvolvimento emocional (HIPWELL *et al.*, 2000).

Alguns estudos estão avançando diante deste assunto, porém, a etiologia da DPP ainda não é completamente conhecida. Autores relatam que os sintomas depressivos apresentados no puerpério podem ser decorrentes também da ansiedade e depressão durante o período gravídico (BLOCH; DALY; RUBINOW, 2003).

Estudiosos apontam como fatores de risco para DPP a idade inferior de 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a paciente ou o seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social. Outros fatores de risco apontados são: personalidade vulnerável (mulheres pouco responsáveis ou organizadas), esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, apresentar poucas relações afetivas satisfatórias e suporte emocional deficiente, sendo este, um dos principais fatores de risco psicossociais no puerpério (BOYCE; HICKEY, 2005).

Além dos fatores de risco mencionados anteriormente, alguns autores referem também fatores hormonais e hereditários como, por exemplo, os níveis de estrógeno e progesterona que estão menores no pós-parto, podendo causar alteração no humor. Porém esses dados ainda não são tão fidedignos diante do diagnóstico de DPP (BLOCH DALY; RUBINOW, 2003).

Associada a possibilidade da DPP, outra mudança que ocorre na vida da mulher na fase puerperal é o processo de amamentar, o qual pode ter vários significados e apresentar diversas dificuldades a serem enfrentadas por essa mulher.

Estudiosos na temática do aleitamento materno afirmam que a confiança materna em sua habilidade de amamentar é de fundamental importância para a escolha, realização e manutenção da amamentação. Logo, a avaliação da autoeficácia da mãe em amamentar, por parte dos profissionais, se faz necessária tendo em vista o planejamento das ações a serem realizadas e seus fatores que interferem nesse processo.

Apesar de usarmos alguns critérios que possam identificar o diagnóstico da depressão puerperal. É importante lembrar que não é tão fácil assim, pois podem ocorrer inúmeras variações na apresentação e intensidade dos sintomas que acabam passando despercebidos até mesmo pelas próprias puérperas e seus familiares, que definem esses episódios como normais, devidos os grandes cansaços e desgastes dessa nova fase.

Estudos sugerem que a utilização de escalas para a detecção precoce da DPP torna-se mais fidedigna do que as próprias avaliações clínicas de rotina realizadas pelos profissionais de saúde (FERGERSON, 2002). A *Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS* é uma escala autoaplicável, que mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Foi desenvolvida na Inglaterra, adaptada e validada em diversos países, incluindo o Brasil. É considerada um instrumento adequado de triagem da DPP, que pode ser implementada na rede pública de saúde devido a sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – BSES* é instrumento autoaplicável no qual buscar medir a autoeficácia das mães na sua habilidade de amamentar. Foi desenvolvida no Canadá e validada no Brasil, ambas por enfermeiras. O uso da escala permite ao profissional de saúde conhecer previamente a área em que a mulher tem menor autoeficácia, possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno (ORÍÁ *et al.*, 2009).

Um estudo recente que avaliou a associação entre DPP e a interrupção do AME nos primeiros dois meses de vida, mostrou que crianças de mães com sintomas de DPP apresentavam aumento do risco de desmame precoce (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008). Além disso, alguns estudos sugerem que a identificação precoce de nutrizes com sintomas de depressão é necessária para reduzir a morbidade associada com a DPP e tentar aumentar a duração da amamentação (DENNIS; MCQUEEN, 2007).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: os sintomas depressivos influenciam na autoeficácia da mãe em amamentar?

O interesse pela temática surgiu no decorrer do convívio com a realidade da mulher nas consultas de puericultura. As quais, por vezes, apresentavam sinais e sintomas de DPP e, nós, como enfermeiros da unidade de saúde, não tínhamos como avaliar e nem como saber se aqueles sentimentos podiam interferir no processo de aleitamento materno.

Desta forma, a pesquisa visa correlacionar dois instrumentos (BSES-SF e EPDS) relacionados ao ciclo gravídico puerperal, de modo a permitir uma avaliação mais criteriosa

por parte do enfermeiro que assiste este grupo populacional, possibilitando a ele a implementação precoce de estratégias de cuidados para minimizar os efeitos dos sintomas depressivos sobre o ato de amamentar.

A relevância da pesquisa ora apresentada fundamenta-se no fato de que a investigação da influência dos sintomas depressivos sobre a autoeficácia de amamentar nos faz vislumbrar um conhecimento novo. Que poderá fundamentar novas intervenções que minimizem os fatores de risco para a DPP, estimulem o início e a manutenção da amamentação e promovam a saúde física e mental do binômio mãe-bebê.

OBJETIVOS



2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

* Investigar a relação dos sintomas depressivos no puerpério com a autoeficácia da mãe em amamentar.

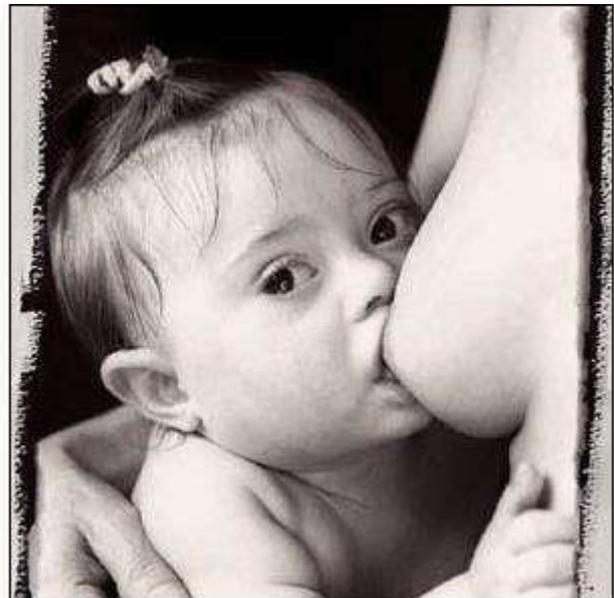
2.2 Objetivos específicos

* Caracterizar os sujeitos quanto à situação sociodemográfica e obstétricas;

* Associar os escores da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e da Escala de Autoeficácia da Amamentação (BSES-SF) com as variáveis sociodemográficas e obstétricas da população estudada;

* Verificar a confiabilidade e a validade de critério da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) em uma população do Nordeste do Brasil.

REVISÃO DE LITERATURA



3 REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Gravidez, Puerpério e a Depressão Pós Parto

A gravidez é um processo fisiológico natural compreendido pela sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher desde a fertilização (MANN *et al.*, 2010). Ao longo dos nove meses de uma gestação, não é apenas a barriga que sofre modificações, o corpo da mulher e sua mente passam por alterações significativas. Nessa fase são experimentadas novas sensações físicas e emocionais, sendo muitos os motivos de satisfação e bem-estar, entretanto também podem acontecer sentimentos de desconforto, dúvida, insegurança e medo.

Durante a gravidez, o corpo da mulher está predisposto a desenvolver uma linguagem própria e particular como resposta às demandas específicas dessa fase de transição para a maternidade. A linguagem é uma maneira de relacionamento da gestante com o seu mundo interior, seu corpo e suas sensações (REBERTE; HOGA, 2005).

O enfermeiro, como responsável direto pelo acompanhamento pré-natal na unidade básica de saúde, deve interpretar compreender e avaliar essa linguagem corporal. O pré-natal é o momento no qual o enfermeiro pode explicar para as gestantes as mudanças que ocorrerão no decorrer de sua gestação, escutar as questões; os medos e as angústias. Oferecer informações sobre os sinais de trabalho de parto, cuidados com o bebê e o reconhecimento do corpo no período pós-parto. Esse conjunto de ações visa tornar o período gravídico-puerperal menos complexo e propiciar segurança à futura mamãe.

O puerpério, conhecido popularmente como resguardo, é o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna havidas após o parto. Há, contemporaneamente, importantes modificações gerais, como também, físicas e psíquicas que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da gestação (RESENDE, 2008).

Atualmente, o puerpério é dividido em três fases que são elas: Imediato: Fase inicial. Inicia-se no 1º dia após o nascimento até aproximadamente o 10º dia, caracteriza-se por sintomas locais e gerais, os quais acontecem nas primeiras modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher ao estado anterior à gravidez (BRASIL, 2001).

Tardio: Corresponde ao período do 11° ao 45° dia. Caracterizado pela recuperação da genitália materna e considerável produção láctea para as puérperas que estão amamentando.

Remoto: A partir do 45° dia em diante. Geralmente evidenciado pelo retorno do ciclo menstrual entre a maioria das mulheres que não estão amamentando, sendo acompanhado por processos físicos, sociais e psicológicos inerentes à maternidade (SOARES; VARELA, 2007).

É inevitável a ocorrência de mudanças na vida social, nos aspectos emocionais e psicológicos dessas mulheres. A gestante, junto com a sua família, enfrentarão ajustes em seu seio familiar, logo, devem se preparar, estrutural e economicamente, para a chegada do bebê. A mulher, que agora é mãe, passa a ter atividades de vida limitadas, devendo conciliar o papel de mãe, de esposa, de cuidadora do lar e isso, muitas vezes, não é bem desenvolvido por elas.

Tanto a gestação, como o puerpério, são períodos vulneráveis para a saúde mental da mulher, sendo necessária uma avaliação precisa com atenção especial para as inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social que, na maioria das vezes refletem diretamente na saúde mental dessas novas mães (CAMACHO *et al.*, 2006), pois aumentam o risco para o surgimento de transtornos psiquiátricos. Estudos mostram que entre 15%-29% das mulheres nessa fase da vida manifestam alguma psicopatologia (VESGA-LOPEZ *et al.*, 2008).

O puerpério é reconhecido como um momento crítico, de alto risco de adoecimento mental/emocional para as mulheres chegando, alguns autores, a considerar o momento mais crítico da vida de uma mulher. Há relatos sobre os distúrbios mentais do puerpério desde Hipócrates, em 400 a.C, sendo ele, o primeiro a descrever os transtornos mentais relacionados ao parto.

Nas últimas décadas esse fenômeno tem sido estudado em muitos países, sendo reconhecido como um problema de saúde pública, devido seu alto poder de incapacidade e deterioração da qualidade de vida das mulheres (MURRAY; LOPEZ, 1998).

Uma pesquisa realizada no Reino Unido sobre mortes maternas mostrou que as desordens psiquiátricas contribuem para 12% de todas as mortes maternas, tendo como causa principal o suicídio (ROYAL COLLEGE, 2001). Além disso, elas podem trazer sérios problemas para a saúde e bem-estar da família como um todo.

Atualmente, admite-se a existência de três formas de transtornos depressivos puerperais: a disforia puerperal, a depressão puerperal e a psicose puerperal. A disforia puerperal, a qual é a forma mais leve dos quadros depressivos, podendo ser identificada em 50-85% das puérperas. Geralmente inicia-se nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atingindo o seu pico em torno do quinto dia, tem como principais sintomas o choro fácil, a

labilidade do humor, a irritabilidade e comportamento hostil para com os familiares (CANTILINO, 2003).

A psicose puerperal tem início mais abrupto, iniciando nas duas primeiras semanas após o parto. A puérpera apresenta quadro de delírios, alucinações e estado confusional, podendo haver sintomas depressivos, maníacos ou mistos associados. Nessa desordem essas mulheres costumam apresentar comportamentos desorganizados e delírios que envolvem seus filhos, com pensamentos de lhes provocar algum tipo de dano, chegando até mesmo a provocar o infanticídio (CAMACHO *et al.*, 2006).

Dentre as desordens psiquiátricas citadas anteriormente, iremos nos deter na DPP, devido sua alta prevalência que refletem no acometimento de quase uma em cada cinco puérperas (MORAES *et al.*, 2006). No Brasil, um estudo indicou prevalência ainda maior (39,4%), mostrando que a alta prevalência dessa patologia reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento (RUSCHI *et al.*, 2007).

A incidência da DPP pode variar de acordo com o período de desenvolvimento, a severidade do quadro clínico e o tempo de tratamento. Um estudo realizado com 1.558 mulheres detectou 18% com sintomas significativos para depressão no puerpério imediato, 13% entre a sexta e a oitava semanas do puerpério e mais tardiamente no sexto mês do puerpério (JOSEFSSON *et al.*, 2001).

Na expressão de Cruz, Simões, Faisal-Cury (2005, p. 182)

A palavra depressão no seu uso habitual pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Frequentemente, é associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Como síndrome ou doença, a depressão inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Em face de sua alta prevalência e custos sociais, nos dias atuais, é importante problema para a saúde pública.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da *American Psychiatric Association* (DSM-IV – APA), não difere os episódios da sintomatologia de alteração do humor da sintomatologia da DPP. É necessário avaliar com cautela o diagnóstico de DPP, pois de acordo com o DSM-IV – APA o episódio depressivo é caracterizado pela presença de humor depressivo ou anedonia, que é a perda do interesse nas atividades anteriormente tidas como agradáveis, em um período mínimo que eles classificam por duas semanas. Esses sintomas podem também ser associados a outros, como, mudança significativa de peso ou do apetite, insônia, sono excessivo, fadiga, agitação, retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio.

Alguns estudos estão avançando diante desse assunto, porém, a etiologia da DPP ainda não é completamente conhecida, acredita-se que seja multifatorial. A idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a paciente ou o seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social são considerados fatores de risco para desenvolver a DPP. Outros fatores de risco também são apontados na literatura: personalidade vulnerável (mulheres pouco responsáveis ou organizadas), esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, apresentar poucas relações afetivas satisfatórias e suporte emocional deficiente (BOYCE; HICKEY, 2005).

Segundo Camacho et al (2006), após o parto, ocorre uma acentuada queda nos hormônios estradiol e progesterona, além da redução do cortisol sérico, relacionada a uma diminuição das atividades secretoras da glândula pituitária, sendo esta alteração um fator importante para explicar as possíveis alterações do humor que ocorrem no puerpério

Uma revisão sistemática sobre os possíveis tratamentos para a DPP mostrou que não há evidência quanto aos benefícios para o tratamento de longa duração das medicações antidepressivas, porém, mostrando-se eficazes na redução dos sintomas em curto prazo, e quanto à psicoterapia, a mesma foi vista como uma opção viável de tratamento, tendo maior evidência que a terapia individual (IBIAPINA *et al.*, 2010).

As consequências da DPP incluem: suicídio e/ou infanticídio, negligências na alimentação do bebê, depressão do cônjuge e divórcio, criança maltratada, desenvolvimento cognitivo inferior da criança e psicopatologias no futuro do adulto (SILVA *et al.*, 2003). Desta forma, percebe-se que as repercussões são diversas, necessitando da atuação dos profissionais de saúde frente à prevenção dessa patologia e de suas complicações.

O uso de escalas para rastreamento da DPP por parte dos profissionais de saúde deve ser instituído nos diversos níveis de atenção, buscando aumentar os índices de diagnóstico e tratamento da depressão, minimizando assim, os efeitos deletérios sobre a mãe e o filho.

O papel do profissional enfermeiro é muito amplo quando se remete a temática de sintomas depressivos, pois o mesmo deve ser conhecedor dos sintomas, das terapias disponíveis para tratamento e, principalmente, possuir habilidades para enfrentamento dos problemas psicossociais que acometem essa clientela. Destarte, os sintomas depressivos merecem ser estudados pelo enfermeiro que cuida da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, procurando contribuir e somar esforços para a melhoria da assistência prestada a essas pacientes.

3.2 O Aleitamento Materno e a Política Pública Nacional de Saúde

A amamentação é uma das primeiras intervenções nutricionais que a mãe pode realizar para assegurar a saúde de seu filho, sendo uma prática de extrema relevância por proporcionar contato íntimo da díade mãe-bebê, a qual favorece a construção do vínculo mãe e filho (FRACOLLI *et al.*, 2003).

O leite materno é fonte hídrica, energética e protéica no início da vida. É imprescindível tanto para o crescimento, como para o desenvolvimento físico e psicológico da criança, sendo considerado pelos especialistas o melhor alimento para o bebê, desempenhando, um papel importantíssimo na proteção imunológica contra doenças infecciosas, no desenvolvimento afetivo, psicológico e adequação nutricional (REA, 2004).

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar o crescimento de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno durante os seis primeiros meses observou que essas crianças chegaram aos seis meses com peso superior ao percentil 50 da curva do *National Center Health Statistic* (NCHS), confirmando as vantagens nutricionais do leite materno (MARQUES; LOPEZ; BRAGA, 2004).

Em contrapartida, a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de vida (salvo em alguns casos excepcionais), além de não oferecer vantagens, pode ser prejudicial à saúde da criança (CORONA, 2009), reforçando a importância da exclusividade da amamentação nessa idade.

O MS no Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (BRASIL, 2009a) definiram as categorias de aleitamento:

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas, xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- Aleitamento materno: a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este, não é considerado alimento complementar.

- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Mesmo reconhecendo as inúmeras vantagens do leite materno para a díade mãe-filho, ainda são altas as taxas de desmame precoce da amamentação.

Um estudo recente que buscou identificar os motivos que levaram as mulheres a desmamarem seus filhos precocemente. Mostrou que problemas relacionados à “falta de leite”, “leite fraco”, problemas mamários, a recusa do bebê em pegar o peito, presença de certas doenças na mulher e o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho. São fatores que mais influenciam no desmame precoce. Porém os autores sugerem que outros fatores como o ambiente, a personalidade materna, as suas emoções, a relação com o marido e a família, as influências culturais e a sua resposta aos diferentes problemas do cotidiano, também podem contribuir para essa problemática (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Um dos aspectos importantes que também pode influenciar no desmame precoce é a ausência de apoio para amamentar e a falta de autoeficácia materna para estabelecer e manter a amamentação, sendo este, um fator totalmente passível de prevenção, estando susceptível a intervenção precoce do profissional de saúde.

Reconhecendo a necessidade de ampliar os cuidados em saúde do binômio mãe-filho, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem estar preparados para trabalhar com estratégias que busquem diminuir o desmame precoce.

No Brasil, até o início de 1980, as atividades de incentivo ao aleitamento materno aconteciam de forma isolada, tendo participação apenas do setor saúde. Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), do MS, que passou a ser responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no país (ARAÚJO *et al.*, 2003a).

Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), o qual tinha como ação a promoção do aleitamento materno, sendo esta, considerada uma prioridade no país. O programa tinha como objetivo a capacitação dos profissionais de saúde nas ações básicas (aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, prevenção de

diarreias, terapia de reidratação oral e controle das infecções respiratórias agudas) (BRASIL, 1988).

Uma importante conquista na prática do aleitamento materno pelo país (Constituição Brasileira de 1988) foi à licença-maternidade de 120 dias para as mulheres, na busca proporcioná-las descanso físico e mental, além de tempo para amamentar apropriadamente o seu bebê (BRASIL, 2010b). Esse ganho repercute na saúde de toda a família haja vista que a mãe ao amamentar, desenvolve um vínculo com seu filho, proporcionando-o inúmeros benefícios do aleitamento materno, reduzindo os possíveis custos que poderiam ser gerados pelas fórmulas lácteas em caso de desmame precoce devido ao trabalho.

Ainda em relação aos direitos, em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual favoreceu a prática do aleitamento materno ao reforçar que o poder público, as instituições e empregados tinham a obrigação de propiciar condições adequadas para a realização da amamentação (BRASIL, 1991).

Desde 1990, o MS intensifica o incentivo à amamentação e o aumento de investimentos nessa área. Existem diversos órgãos, projetos e campanhas que trabalham no intuito de promover a prática do aleitamento materno.

O programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), desenvolvido em 1990 pela OMS e UNICEF, é um esforço mundial criado com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno. A IHAC está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância criada em 2002 pela OMS/UNICEF, a qual busca apoiar a amamentação exclusiva, do nascimento aos seis meses de vida, e a continuidade por dois anos ou mais (BRASIL, 2011).

Na busca da redução do desmame precoce e baseado nas modificações de rotinas hospitalares inadequadas à prática da amamentação, foram normatizadas orientações chamadas “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” as quais devem ser considerado para obtenção do título Hospital Amigo da Criança (HAC) (BRASIL, 2011, p.4).

A saber:

1. Ter uma política de aleitamento materna escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos.

6. Não oferecer aos recém-nascidos bebidas ou alimentos que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Mostrando a eficiência dos HAC, uma pesquisa realizada em 2010 sobre a Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros mostrou que a duração média do AME em crianças que nasceram em HAC foi de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em HAC (BRASIL, 2010).

Assim, o aleitamento materno exclusivo tem sido constantemente recomendado pelas autoridades de saúde, e a OMS recomenda que se pratique o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança, devendo ser continuado com alimentação mista até 24 meses ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Nenhuma estratégia realizada isoladamente alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de cinco anos. Estima-se que o aleitamento materno pode evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis (JONES et al., 2003).

No Brasil, em 14 municípios da Grande São Paulo, a estimativa média de impacto da amamentação sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 9,3%, mostrando que essa prática deve ser prioridade das autoridades governamentais (ESCUDER; VENÂNCIO; PEREIRA, 2003).

Reforçando os direitos das mulheres em amamentar seu filho exclusivamente, em 2007, o projeto de lei da senadora Patrícia Saboya (PDT-CE) ampliou a licença-maternidade de 120 para 180 dias, já sendo realidade em 50 municípios e cinco estados do Brasil, incluindo o Ceará. Esse projeto foi justificado devido à amamentação proporcionar a criança o melhor alimento para seu crescimento e desenvolvimento, como também o vínculo afetivo entre mãe-filho. Levando em consideração que essa política já vinha sendo exercido em outros países devido às evidências científicas demonstradas e a recomendação da OMS.

Muitas estratégias já foram realizadas, o investimento, os incentivos na busca de novas ações continuam. Atualmente, temos diversos projetos os quais apoiam a prática do aleitamento materno, a saber: o Projeto Carteiro Amigo (unido ao Corpo de Bombeiro), a

Rede de Bancos de Leite Humano, o Método Canguru, o Programa do Agente Comunitário de Saúde e a própria Estratégia Saúde da Família.

Dessa forma, a promoção do aleitamento materno pode ser um bom exemplo de política pública. Pois é capaz de envolver a família, a comunidade, os governos e a sociedade civil. Ainda apresenta baixo custo e gera excelente impacto sobre a mortalidade infantil, cabendo às autoridades e aos servidores de saúde o compromisso com essas políticas públicas, para que não fiquem apenas na teoria, mas sejam realizadas diariamente em nossa prática.

3.3 O Aleitamento Materno e a perspectiva da Autoeficácia

A autoeficácia foi estudada por Albert Bandura (BANDURA, 1977) constituindo-se de uma teoria. De acordo com a teoria comportamental, a manutenção e a extinção de dado comportamento estão diretamente relacionadas aos seus efeitos. Logo, se os efeitos de um comportamento forem positivos, resultando em satisfação, o indivíduo tende a mantê-lo. Porém, se os efeitos forem negativos, promovendo insatisfação, o indivíduo tende a interromper o comportamento.

Para explicar a autoeficácia, Bandura defende que um dos processos que pode interferir no comportamento é a motivação, sendo esta, relacionada com a atuação e persistência do comportamento. A primeira fonte de motivação é a capacidade para representar futuras consequências, ou seja, é a antecipação de que assumir um determinado comportamento acarretará em uma determinada consequência. E a segunda fonte da motivação é o tipo de objetivo que se deseja alcançar e a reação de autoavaliar seus desempenhos diante do objetivo traçado (BANDURA, 1977).

Assim, entende-se que a autoeficácia é um componente da motivação que tem importância na aquisição e mudança de comportamento. Logo, refere-se a uma análise que a pessoa faz de sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de certo domínio (BANDURA, 1977).

Desta forma, podemos dizer que a autoeficácia é a habilidade para julgar-se capaz de realizar com êxito uma dada ação. Assim, a execução e manutenção de uma ação ou comportamento devem ser inseridas no conceito de autoeficácia, pois é ela que atua nas pessoas incentivando-as e desenvolvendo capacidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano.

A expectativa da autoeficácia é alimentada por quatro fontes, a saber: (BANDURA, 1977):

- **Experiência Pessoal** – é considerada a fonte mais poderosa tendo em vista que se baseia em situações vividas pelos próprios indivíduos. As experiências de sucesso proporcionam ao indivíduo uma concretização ao sentimento de autoeficácia, enquanto que as experiências repetidas de insucesso diminuem esse sentimento. Logo, se uma mulher amamentou anteriormente e obteve sucesso, ela irá sentir-se mais segura para realizar novamente, porém, caso tenha uma experiência não efetiva, sentirá insegura na próxima tentativa.

- **Experiência Observacional** – essa experiência é mais fraca que a experiência pessoal tendo em vista que o indivíduo apenas observa. Porém, acredita-se que a experiência das outras pessoas também possa ser fonte importante para o desenvolvimento da autoeficácia. Assim, quando as mulheres vivenciam a amamentação de outras mães no alojamento conjunto, ou na família/parente, elas têm a oportunidade de trocar experiências, dúvidas, buscando melhorar suas habilidades nessa prática.

- **Persuasão Verbal** – baseia-se na informação dada como fonte de persuadir o indivíduo a acreditar que é capaz e de que pode executar uma ação de forma eficaz. O sucesso dessa fonte depende das características de quem vai persuadir, logo, os profissionais de saúde das instituições que prestam assistência às mulheres que amamentam, devem realizar essa prática no intuito de reforçar a autoeficácia da mãe.

- **Estado Emocional e Fisiológico** – os sentimentos de ansiedade e estresse tendem a enfraquecer as expectativas de autoeficácia, por outro lado, o estado de bem estar físico e mental tendem a aumentar. Dessa forma, temos que incentivar momentos prazerosos, sentimentos que promovam a felicidade, o bem estar dessa clientela que, por vezes, já se encontra sentimentalmente abalada devido as grandes mudanças vivenciadas.

Bandura notou que a autoeficácia medeia os comportamentos de saúde, pois as pessoas precisam acreditar que elas podem aderir a um comportamento saudável para que assim, possam empreender os esforços necessários para alcançá-los. Logo, a confiança no aleitamento materno descreve a crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito (CHEZEM; FRIESEN; BOETTCHER, 2003).

Em relação ao aleitamento materno, a Enfermeira Dennis (1999, p.196) fundamentou-se na Teoria da Autoeficácia de Bandura para estudar a confiança da mulher no aleitamento materno, e definiu:

A autoeficácia é um processo cognitivo da confiança do indivíduo em sua habilidade percebida para regular sua motivação, processo de pensamento, estado emocional e

ambiente social em realizar um comportamento específico. A autoeficácia é um fator imperativo na realização de um comportamento específico, pois ela reflete a percepção do indivíduo em relação à sua habilidade e não necessariamente suas verdadeiras habilidades. Estas percepções de autoeficácia estão relacionadas às crenças nas habilidades de realizar um comportamento específico em uma situação particular e não se refere a uma característica da personalidade que opera independentemente a fatores contextuais. Assim, as expectativas de autoeficácia de um indivíduo são diversas e específicas para cada situação.

Logo, realizou a construção da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), sendo esta, uma escala que busca avaliar a confiança materna na amamentação (DENNIS; FAUX, 1999). Trata-se de um instrumento autoaplicável, composta por duas partes, as quais avaliam a questão técnica e os pensamentos interpessoais, separadamente.

O uso da referida escala permite ao profissional de saúde conhecer, previamente, a confiança que cada mulher tem para a prática da amamentação. Assim, a identificação de mulheres com menores chances de amamentar, possibilita que o profissional conheça a área em que a mulher tem menor nível de confiança, possibilitando, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno, minimizando o risco de não amamentar ou desmamar precocemente (ORLÁ; XIMENES, 2010).

3.4 Estado da Arte do Objeto de Estudo

Partindo-se da premissa que a intervenção dos profissionais de saúde na área materno-infantil, é importante na relação dos sintomas depressivos e a amamentação apresentar-se-á por meio de uma revisão integrativa da literatura as evidências nacionais e internacionais acerca da influência dos sintomas depressivos na prática da amamentação.

Explorar esse campo do conhecimento serviu para aprofundar o objeto de estudo da presente dissertação, pois forneceu subsídio teórico e metodológico para a elaboração dessa pesquisa.

A revisão integrativa da literatura é um método que possibilita abranger múltiplos estudos de uma área particular. Tem um potencial para construir conhecimentos de enfermagem e produzir o saber de modo uniforme e fundamentado para uma prática clínica de qualidade, o que conseqüentemente fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Neste estudo optou-se por percorrer as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos

selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão (MENDES, 2008).

Para realização desta revisão, foram adotados os passos descritos por Whitemore e Knafl (2005), a saber: identificação da questão da pesquisa, busca da literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados. Como forma de nortear o percurso metodológico, formulou-se a seguinte questão: Qual o impacto dos sintomas depressivos no processo de aleitamento materno?

Os critérios de inclusão para estabelecer a amostra foram: a publicação possuir como temáticos sintomas depressivos e aleitamento materno; ser classificado como artigo original e estar divulgado em inglês, espanhol ou português. Foram excluídas cartas ao editor, revisões, publicações duplicadas, bem como estudos que não abordassem a temática relevante ao objetivo da revisão.

Foram utilizados os descritores controlados dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) “Depressão Pós-Parto” e “Aleitamento Materno” e as do *Medical Subject Headings* (MeSH) *Depression Postpartum* e *Breast Feeding*, ocorrendo a busca em abril e maio de 2011, concomitantemente, nas bases de dados *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus, PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane. Realizaram-se todas as combinações pertinentes entre os descritores em cada base de dados.

Os estudos selecionados foram analisados e sintetizados segundo algumas características, tais como: identificação do estudo, objetivos, metodologia, resultados obtidos e conclusão. Na análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos considerados pertinentes: ano da pesquisa; nome dos autores; tipo de estudo; principais resultados; recomendações/conclusões.

A fim de conseguir mais precisão nos resultados obtidos, a busca de literatura foi realizada de forma independente por dois avaliadores, que utilizaram as mesmas bases de dados e termos. Ao fim das buscas, não houve discordâncias, não havendo necessidade de um terceiro avaliador. Após a seleção dos artigos, realizada pelo acesso on-line e, utilizando os quatro critérios de inclusão, a amostra final desta revisão integrativa foi constituída de 15 artigos.

Por meio da análise dos 15 artigos selecionados, verificou-se que todos os estudos foram encontrados na base de dados Pubmed, logo, por todos os artigos estarem incluídos nessa base de dados o idioma inglês também foi unânime. Quanto ao período de publicação,

observa-se que prevaleceram as publicações ocorridas no ano de 2006 (27%), seguidas do ano 2003 (20%). No tocante a origem das publicações, predominaram os estudos realizados no Brasil. Isso demonstra o quão os profissionais de saúde desse país estão interessados em estudar essa temática, tendo em vista que sua atuação pode influenciar na manutenção do aleitamento materno.

Um fator que contribuiu para exclusão de muitos artigos foi o fato de na etapa de busca a utilização do termo DPP trazer vários artigos que continham esse descritor. No entanto, a leitura na íntegra revelou que na maioria dos casos a abordagem do texto estava relacionada com a utilização de fármacos para essa patologia.

No que se refere ao desenho dos estudos, 14 foram estudos quantitativos e apenas um de caráter qualitativo. A análise do desenho é primordial, tendo em vista que esta permite observar a ótica pela qual o problema foi analisado. Quanto ao local de realização dos estudos, 93% foram trabalhos desenvolvidos nos serviços de saúde (primário e secundário), e apenas um dos artigos foi desenvolvido em outro local (domicílio).

Ficou evidente entre os estudos analisados que os sintomas depressivos tem associação significativa de forma inversa com o aleitamento materno, podendo levar até mesmo a interrupção. Um estudo realizado com 1.448 mulheres mostrou que a presença de sintomas depressivos persistentes (em dois momentos) pode diminuir o tempo de aleitamento materno, porém, não sendo visto associação quando esses sintomas apareceram em um único momento (JENNIFER *et al.*, 2006).

Identificou-se, nos artigos analisados, que mães solteiras tiveram menor probabilidade de realizar o AME do que aquelas que eram casadas ou viviam com parceiro. Tal resultado pode estar relacionado com o fato de mães solteiras serem mais propensas a desenvolverem DPP, sendo a interrupção do AME uma consequência. Um estudo realizado em Porto Alegre com uma amostra de 268 mulheres identificou que o suporte social foi um fator importante na manifestação depressiva, sendo que mães separadas ou sem companheiros e provenientes de famílias não nucleares apresentaram maior frequência de sintomas depressivos (BENETTI *et al.*, 2007).

No estudo de Judy Shakespeare (2004), observa-se que a DPP é equiparada à incapacidade de ser uma “boa mãe”. Segundo Santos Junior (2009) desde a infância, as mulheres são preparadas para serem amáveis, compreensivas, tranquilas, ternas, equilibradas e acolhedoras, características que são cobradas em todos os momentos de sua vida e em tempo integral. Diante dessas qualificações, espera-se, portanto, o modelo de “mãe perfeita”. Uma imagem romanceada da maternidade, criada ao longo dos últimos séculos, para dar

sustentação ao sistema patriarcal, capitalista e de domínio masculino. Fato que tem significado um alto custo emocional para as mulheres, pois, quando não correspondido, estas vivenciam significativos estigmas, preconceitos e exclusões da sociedade, a não correspondência desse perfil pode iniciar possíveis transtornos.

Em relação à autoeficácia para amamentação e sua correlação com sintomas depressivos, obteve-se como achado um estudo metodológico realizado com uma amostra de 186 mulheres chinesas, o qual demonstrou que as características psicométricas da escala EPDS e a escala de autoeficácia para amamentação tiveram correlação negativa (DAI; DENNIS, 2003).

Percebemos que a relação dos sintomas depressivos com o aleitamento materno está sendo estudada por todo o mundo, tendo em vista que essa problemática atinge diversas mulheres de diferentes etnias. Avaliando a proposta inicial desta revisão, tornou-se evidente entre os estudos analisados que os sintomas depressivos têm associação significativa de forma inversa com o aleitamento materno, e de forma direta com o uso da mamadeira.

Foi visto que o estado civil é um fator importante na relação dos sintomas depressivos com o aleitamento materno. Haja vista que mães solteiras tiveram menor probabilidade de realizar o AME do que aquelas que eram casadas ou viviam com parceiro; Podendo isso estar associado com o fato de mães solteiras serem mais propensas a desenvolver DDP.

A correlação da autoeficácia para amamentação com os sintomas depressivos também ocorreu de forma negativa, visto que mulheres que apresentaram pontuação alta na EDPS tiveram baixa pontuação na Escala de Autoeficácia para o Aleitamento Materno (BSES). Portanto, conclui-se que a saúde mental materna é de grande importância para o sucesso do aleitamento materno, sendo necessária a realização de estratégias educativas e de intervenções que facilitam a profilaxia das pacientes para desenvolver DPP.

METÓDO



4 METÓDO

4.1 Tipo de estudo

Neste estudo optou-se pela pesquisa correlacional, do tipo longitudinal, com abordagem quantitativa, na qual os pesquisadores identificam as variáveis de interesse, desenvolvem definições conceituais e operacionais dessas variáveis, depois, coletam dados relevantes dos sujeitos (POLIT; BECK, 2011).

Na pesquisa correlacional o investigador usa um desenho que possibilita examinar a relação entre duas ou mais variáveis, testando se variam conjuntamente (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Assim, a presente pesquisa buscou correlacionar os sintomas depressivos com a autoeficácia em amamentar.

O estudo do tipo longitudinal é destinado a coletar dados durante um período de tempo extenso, buscando demonstrar mudanças ocorridas ao longo do tempo, estabelecendo um critério de causalidade (POLIT; BECK, 2011). Portanto, neste estudo, as puérperas foram avaliadas em média seis horas após o parto (primeira entrevista) e após o intervalo de 30-45 dias após o parto (segunda entrevista) para saber se os sintomas depressivos influenciariam na autoeficácia em amamentar.

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido nas unidades de Alojamento Conjunto dos Hospitais Distritais Gonzaga Mota, conhecido popularmente como Gonzaguinha, pertencentes ao município de Fortaleza.

A Prefeitura de Fortaleza garante atendimento de emergência e tratamento para problemas de saúde mais complexos através da sua rede hospitalar, tendo como referência para atendimento de parto os três Gonzaguinhas, a saber: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará e Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter.

O Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, que integra as unidades de saúde da Secretaria Executiva Regional VI (SERVI), é referência na rede municipal de saúde pela atenção secundária e terciária em ginecologia, obstetrícia e pediatria. Por mês, são realizados, em média, cerca de 500 partos no hospital, sendo o maior número entre as maternidades do estado (FORTALEZA, 2011).

Atualmente, suas principais conquistas alcançadas foram a construção do centro de parto humanizado; a ampliação do centro cirúrgico; a construção da unidade neonatal e a implantação do programa Parto que te quero perto, que estimula a participação do homem ao longo de todo o processo gestacional, fortalecendo o vínculo com a mulher, o bebê e o hospital (FORTALEZA, 2011).

O Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará atende uma demanda espontânea proveniente de 15 bairros da periferia de Fortaleza, sendo o único hospital de referência para as 12 unidades básicas de saúde da Regional I. Dentre os serviços ofertados podemos citar o de ginecologia, cirurgia ginecológica, mastologia e follow-up de crianças de 0 a 1 ano (PORTAL DOS CONVÊNIOS, 2012).

O setor obstétrico tem em seu relatório de gestão no ano de 2010 um total de 904 partos normais, representando um percentual 53,77%, contra 777 partos cesáreos com 46,23%. No ano de 2011, esse percentual, ainda, permanece bastante alto com 1.081 (51,62%) partos normais e 1.013 (48,38%) de partos cesáreos, tendo sido instituído no ano de 2011 a Rede Cegonha (PORTAL DOS CONVÊNIOS, 2012).

O Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter é classificado como de médio porte, sendo composto por 46 leitos. Destes, 27 são de alojamento conjunto, cinco de parto e pré-parto. A Maternidade da instituição realiza, em média, 150 partos por mês e apresenta uma taxa de cesárea em torno de 40% (PORTAL DOS CONVÊNIOS, 2012).

O Hospital já iniciou alguns passos no caminho da humanização da assistência ao parto, dentre eles: a permissão da presença de acompanhantes em situações especiais, a visita aberta (10:00 às 19:00 horas), a permissão de visita de filhos pequenos às mães e o café da manhã com banho de sol, envolvendo acompanhante, mãe e filho, e lanche pós-parto (PORTAL DOS CONVÊNIOS, 2012).

Vale ressaltar que, segundo o MS (1993), o alojamento conjunto consiste em um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, posteriormente ao nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Esse sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais bem como a orientação da mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por mulheres em pós-parto imediato internadas no Alojamento Conjunto dos três Gonzaguinhas pertencentes ao município de Fortaleza, no período de maio a junho de 2012.

A amostra foi constituída por 184 puérperas. Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a fórmula a seguir, indicada para populações finitas. Considerou-se um P (prevalência da DPP) de 7,2% (CANTILINO, 2009), haja vista ser o estudo mais recente produzido com amostra semelhante a da presente pesquisa. Fixou-se, ainda, o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral de 5%, para uma população aproximada de 740 partos no período de um mês. Vale ressaltar que esta população estimada foi calculada segundo dados cedidos pelas instituições, a saber: 500 partos no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, 140 no da Barra do Ceará e 100 no do José Walter, totalizando 740.

Esses valores aplicados na fórmula abaixo proporcionaram uma amostra de tamanho igual a 159. Porém, com a boa demanda de partos das unidades selecionadas foi possível envolver inicialmente 261 puérperas, deixando a pesquisadora em uma posição confortável diante da possibilidade de perdas amostrais no decorrer do estudo. De fato, houve uma perda amostral de 30% e a amostra final foi de 184 mulheres.

$$\mathbf{n} = \frac{t_{5\%}^2 \times \mathbf{P} \times \mathbf{Q} \times \mathbf{N}}{e^2(\mathbf{N}-1) + t_{5\%}^2 \times \mathbf{P} \times \mathbf{Q}}$$

Onde:

- $t_{5\%} = 1,96$;
- $P = 7,2\%$; $Q = 92,8\%$
- $N = 740$ puérperas
- $e = 5\%$

A amostragem se fez de forma não probabilística, por conveniência, a qual acarreta no acesso as pessoas mais disponíveis para participar do estudo (POLIT; BECK, 2011). Assim, as puérperas foram abordadas nas enfermarias onde se encontravam internadas. Os critérios adotados para inclusão das participantes foram os seguintes:

- Puérperas no puerpério imediato, que segundo Rezende e Montenegro (1999) são considerados o período entre o primeiro e o décimo dia após o parto;
- Puérperas que estavam realizando a prática do Aleitamento Materno;
- Puérperas que aceitassem ser acompanhadas durante o período puerperal;
- Puérperas que tivessem pelo menos um contato telefônico para ser utilizado na segunda entrevista.

E como critérios de exclusão:

- Puérperas que tivessem sido contraindicados à amamentação;
- Puérperas com restrições mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento;
- Puérperas que tivessem apresentado complicações no parto e pós-parto;
- Puérperas com filhos internados na unidade de terapia intensiva;
- Puérperas portadoras de deficiência auditiva.

Em relação aos critérios de descontinuidade, estes consistiram em desistência da mãe ou do responsável legal (no caso de mães menores de 18 anos) em participar da pesquisa após início da coleta; falecimento da mãe ou da criança durante o estudo e não atender a ligação telefônica após duas tentativas em dias distintos.

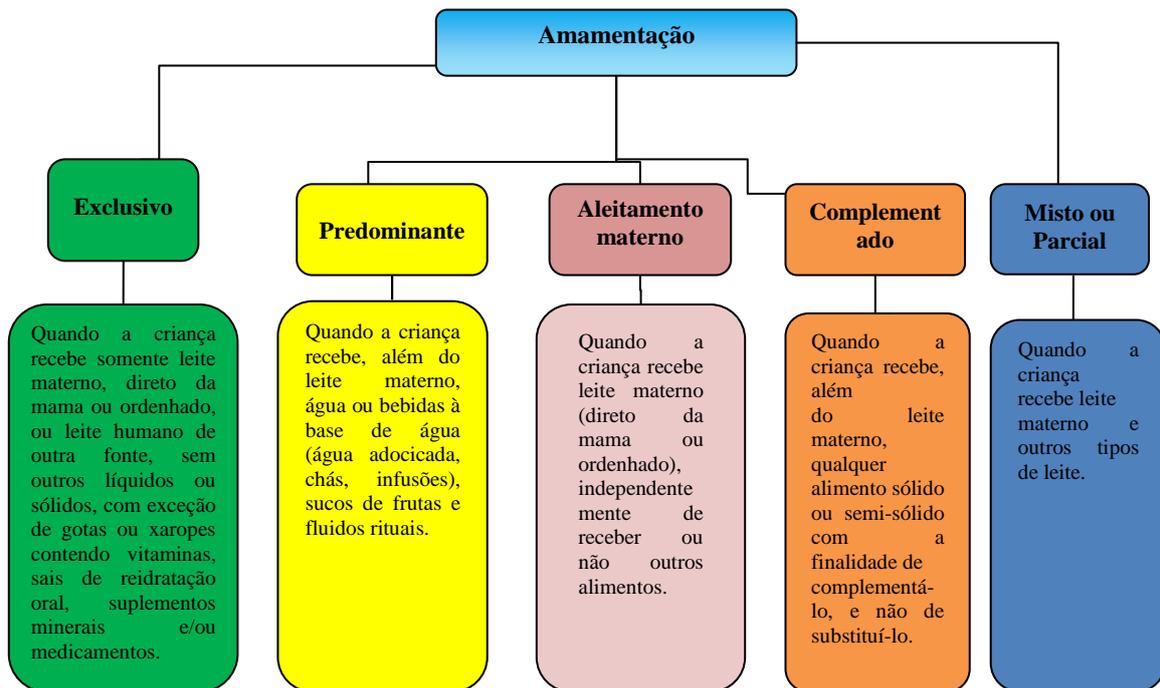
4.4 Definições das Variáveis

Além das escalas (BSES-SF e EPDS) foi aplicado um questionário com informações que possibilitaram construir um perfil socioeconômico e cultural das mulheres, tais como: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, procedência. Alguns dados obstétricos também foram coletados, tais como: número de filhos, tipos de partos anteriores, experiência anterior de amamentação, dentre outros fatores (APÊNDICE C). Tais variáveis foram de muita valia no momento da análise dos dados.

Uma das variáveis investigada foi o tipo de amamentação. Conforme dados do Ministério da Saúde foi observado que 73.4% das mulheres do município de Fortaleza amamentaram exclusivamente durante os primeiros 30 dias de vida da criança, sendo a mediana de amamentação em torno de 64 dias (BRASIL, 2005).

A dieta da criança foi classificada conforme as definições do Ministério da Saúde (2009a), como constam na **Figura 1**.

Figura 1 – Esquema para definição da dieta da criança.



Fonte: Ministério da Saúde (2009).

4.5 Instrumentos

4.5.1 Escala de Autoeficácia para o Aleitamento Materno

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* – BSES foi originalmente desenvolvida no Canadá pela Doutora Dennis, enfermeira e professora da University of Toronto. Esta escala já tem sido aplicada em outros países de língua inglesa (CREEDY *et al.*, 2003), chinesa (DAY; DENNIS, 2003) e polonesa (WUTKE; DENNIS, 2006). Foi, ainda, validada no Brasil (ORIÁ

et al., 2009), tendo apresentado o alfa de Cronbach de 0,90 indicando ótima consistência interna.

Trata-se de um instrumento autoaplicável dividido em dois domínios: 1. Técnico e 2. Pensamentos Intrapessoais. No primeiro domínio, a escala focaliza os aspectos técnicos do aleitamento materno mais citado pelas mulheres, como: posição correta do bebê durante a amamentação; conforto durante o ato de amamentar; reconhecimento de sinais de uma boa lactação; sucção do mamilo areolar, dentre outros fatores. Já no segundo domínio é levado em consideração o desejo de amamentar, a motivação interna para a amamentação, satisfação com a experiência de amamentar, dentre outros fatores.

As duas partes da escala totalizam 33 itens. Em cada item avaliado, a mulher recebe uma pontuação (variável de 1 a 5 pontos) de acordo com a resposta concedida pela mesma. Assim, os escores totais da escala variam de 33 a 165 pontos, sendo aquelas mulheres com maior pontuação, as que têm maior confiança no leite materno e no seu potencial de manter a amamentação, constituindo, assim, na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo.

Por sua vez, no caso das mulheres com menores chances de amamentar (escores menores), permite que o profissional esteja apto a conhecer cada área em que a mulher tem menor nível de confiança (ao verificar a pontuação de cada item), possibilitando assim, a implementação de estratégias de cuidado personalizado.

Embora a BSES venha sendo amplamente utilizada, a Dra. Dennis realizou diversas análises até alcançar uma versão abreviada da escala, pois percebeu a presença de itens redundantes e a dificuldade de aplicar um instrumento longo no nível hospitalar. Logo, Dennis publicou a BSES-Short Form com apenas 14 itens de resposta que varia de 1 a 5 pontos, perfazendo um total de 14-70 pontos.

Na BSES-SF os itens são organizados de forma aleatória, sendo constituída também por dois domínios: Técnica (08 itens) e Pensamentos Intrapessoais (06 itens), sendo abordadas as mesmas questões relacionadas aos domínios da escala original.

Essa escala já foi validada no Brasil pela enfermeira Dodt (2008), a qual apresentou o Alfa de Cronbach de 0,74 e média do Coeficiente de Correlação Intraclasse entre 0,69 e 0,78, mostrando ser um instrumento confiável, podendo ser utilizado para avaliar a percepção das puérperas em sua autoeficácia para a prática do aleitamento materno.

A BSES-SF é uma escala do tipo Liket. Esse tipo de escala é composto por itens (afirmações) que expressam um ponto de vista sobre determinado assunto, dando a chance de o participante indicar o grau em que concorda ou discorda da opinião expressa na afirmativa.

Posteriormente faz-se o somatório dos escores, e atribui-se uma classificação (POLIT; BECK, 2011).

No caso da BSES-SF validada no Brasil (DOLT, 2008) os escores totais da escala foram classificados da seguinte maneira:

Baixa eficácia: 14 a 32 pontos;

Média eficácia: 33 a 51 pontos;

Alta eficácia: 52 a 70 pontos.

O uso da escala permite ao profissional de saúde conhecer previamente a área em que a mulher tem menor autoeficácia, possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno (ORÍÁ *et al.*, 2010).

4.5.2 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

A *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) foi originalmente desenvolvida na Grã-Betanha por Cox, Holden e Sagovsky (1987), constituindo-se o primeiro instrumento encontrado na literatura desenvolvido para triar, especificamente, a depressão pós-parto. Esta elaboração se deu devido mulheres que se encontravam no puerpério serem examinadas, frequentemente, por alguns profissionais da saúde, como obstetras, clínicos gerais e enfermeiros, com o intuito de verificar a recuperação física após o parto. Vale ressaltar que, em muitas dessas consultas, esses profissionais de saúde não conseguiam reconhecer ou diagnosticar a depressão de forma adequada, sentindo a necessidade de melhor abordar essa questão (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).

No estudo original de desenvolvimento da escala, a mesma apresentou uma sensibilidade de 86%, especificidade de 78%, valor preditivo de 73% e consistência interna de 0,88, sendo considerado satisfatório (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).

A escala em questão já foi traduzida e validada no Brasil pela Psicóloga Fátima Santos (1995), sendo a pesquisa desenvolvida com 236 puérperas na cidade de Brasília-DF. O instrumento mostrou consistência interna razoável, apresentando alfa de Cronbach de 0,80, sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo de 78% (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999).

A EPDS é um instrumento de autoaplicável que contém 10 questões de sintomas comuns de depressão e que utiliza formato de respostas do tipo Likert. A escala é entregue a puérpera e esta escolhe as respostas que melhor descrevem como ela tem se sentido na última semana. Para cada resposta existe uma pontuação. O método de pontuação é atribuído da

seguinte forma: 0(zero) para ausência do sintoma, 3(três) para a maior gravidade e duração e 1(um) e 2(dois) como pontuações intermediárias. Logo, a pontuação total varia de 0 (zero) a 30 (trinta) (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987), apresentando maior risco de desenvolver DPP às mulheres com maiores escores. Vale ressaltar que os itens 3,5,6,7,8,9 e 10 são cotados inversamente.

Apesar de não estar separada em domínios, a EPDS consegue abranger diversas áreas da temática, logo, os itens se mesclam na abordagem dos seguintes sintomas: depressão do humor, depressão do humor com sintomas físicos, ansiedade, culpa, desempenho pessoal, antecipação do prazer, anedonia, e ideação suicida. Dando a oportunidade de o profissional saber quais sintomas estão mais presentes e intervir precocemente.

Em relação ao ponto de corte dos escores da escala, na pesquisa Britânica (COX, 1987) a escala obteve o valor de 12-13 para a separação de casos de depressão e mulheres sem depressão. Porém, na versão brasileira (SANTOS, 1995) o melhor ponto de corte foi de 11-12, o qual foi seguido no presente estudo.

É importante lembrar que, assim como a maioria das escalas existentes desde a década de 1960, a utilização da escala pode ser ou não conclusiva para a etiologia da depressão, porém, identifica sintomas que podem ser considerados típicos de uma síndrome depressiva.

A EPDS torna-se importante devido à fase do puerpério ter comportamentos que podem ser confundidos com uma depressão anterior, como por exemplo, modificação do sono e apetite. Desta forma o instrumento de avaliação deve ser fácil e não trazer a impressão de uma avaliação psiquiátrica, já que mulheres que enfrentam esse tipo de problema costumam ver sua situação de forma moralmente questionável (SANTOS, 1995).

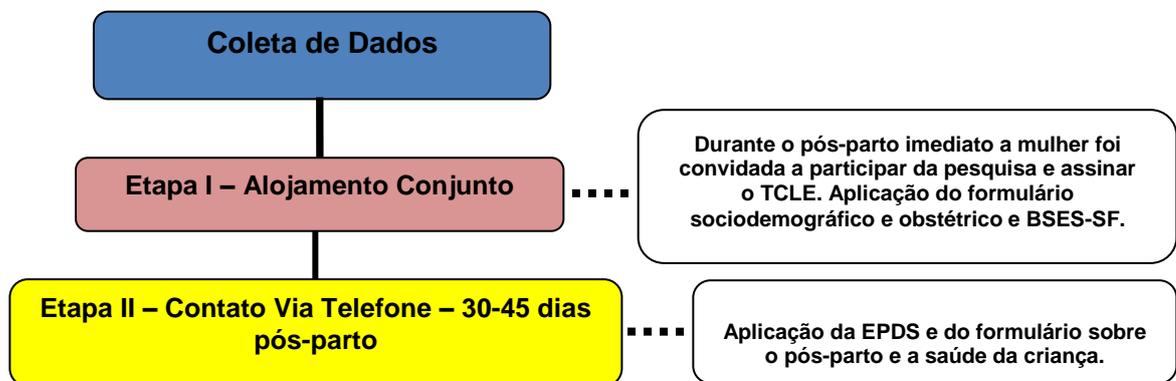
Diversos estudos que utilizaram a EPDS mostraram que a mesma é um bom instrumento de triagem da DPP, sendo fácil de ser manuseada por profissionais não médicos e por quem não é especialista em saúde mental. Assim, além da sua aplicabilidade ser prática, tem baixo custo, o que a torna bastante viável para os serviços de atenção primária do serviço público (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; RUSCHI *et al.*, 2007; FIGUEIRA *et al.*, 2009)

Alguns autores defendem que a detecção da DPP, a partir do uso da EPDS, é mais fidedigna do que as próprias avaliações clínicas de rotina realizadas pelos profissionais de saúde. Assim, a EPDS, serve como uma ponte para uma avaliação mais profunda nas consultas de puerpério, julgamento clínico mais preciso e tratamento adequado (FERGERSON; JAMIESON; LINDSAY, 2002).

4.6 Coleta de Dados

A operacionalização da coleta de dados se deu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, durante os meses de abril e maio de 2012, conforme as duas etapas destacadas na **Figura 2**.

Figura 2 – Representação gráfica das etapas da coleta de dados.



Fonte: Criação do próprio Autor.

Logo, as etapas da pesquisa de campo transcorreram da seguinte maneira:

Etapa I – No alojamento conjunto as mulheres foram convidadas a participar do estudo. Aquelas que concordaram em participar assinaram o TCLE (APÊNDICE A), então foi aplicado o formulário sociodemográfico e obstétrico (APÊNDICE C) e a BSES-SF (ANEXO 2).

Etapa II – Entre 30-45 dias pós-parto foi realizado um telefonema as puérperas, no qual foi aplicado a EPDS e o formulário contendo perguntas sobre o pós-parto e a saúde da criança.

Inicialmente pretendia-se que a coleta de dados da presente pesquisa fosse realizada através de visitas domiciliares a qual proporcionaria o conhecimento da realidade vivenciada pelas mulheres, assim como desenvolvimento do vínculo e de uma melhor comunicação entre pesquisador-sujeito, haja vista que a pesquisa tratava de aspectos psicológicos. Porém, essa estratégia não pôde ser realizada devido ao difícil acesso aos locais de moradia das mulheres, de segurança da pesquisadora, bem como da falta de recursos financeiros destinados a estas visitas.

No intuito de driblar esses entraves, optou-se em utilizar a tecnologia telefônica para ter acesso a essas mulheres com segurança. Destaca-se que diversos estudos (DOLT, 2008; DUNN *et al.*, 2006) relacionados a essa temática têm utilizado o telefone como equipamento para coleta de dados, mostrando-se bastante eficaz, o que condiz com nossos achados.

Na etapa II, as ligações ocorreram do celular da própria pesquisadora, com média de duração de nove minutos. Vale ressaltar que esta etapa foi difícil devido à dificuldade de acesso da pesquisadora as puérperas, pois em algumas vezes os celulares eram de parentes que residiam em lares diferentes delas.

Enfatizamos, também, que houve perda de 77 puérperas devido a diversos motivos, a saber: não atendeu a ligação telefônica após duas tentativas em dias distintos, telefones com números errados ou desligados.

Os dados da presente pesquisa foram coletados pela pesquisadora, com o auxílio de cinco acadêmicos de enfermagem, que se encontravam no 6º e 7º semestre, sendo dois, bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Os alunos foram treinados em dois momentos, nos quais foram explicadas as temáticas, os objetivos do estudo, a operacionalização da coleta de dados (abordagem das puérperas e condução da entrevista) e aplicação das escalas e dos formulários, bem como a dinâmica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.7 Análise dos dados

Foi elaborado um banco de dados em planilha para procedimento das análises descritivas e inferenciais, tendo sido utilizado o programa Excel 2010, as informações foram exportadas para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.

A análise exploratória dos dados se deu através da apresentação das frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Para a análise das variáveis categóricas usou-se o teste qui-quadrado e a razão de verossimilhança para verificar associação entre as variáveis e os escores das escalas aplicadas.

No intuito de avaliar a associação entre as variáveis e o desfecho (sintomas depressivos) foi calculado o risco relativo (RR). O qual estima a magnitude da associação entre a exposição ao fator de risco e o desfecho, indicando quantas vezes a ocorrência do desfecho nos expostos é maior do que aquela entre o não exposto (WAGNER; CALLEGARI-

JACQUES, 1998). Os dados foram organizados em tabelas para melhor visualização dos resultados.

Quanto à confiabilidade, foi utilizado o Alfa de Cronbach para verificar a confiabilidade da EPDS em uma população do Nordeste. O mesmo assume valores entre zero e um, em uma escala progressiva de ajustes (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Para todos os testes realizados foi fixado o nível de significância de 5%.

4.8 Considerações Éticas

Para uma pesquisa é importante o cumprimento da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde vinculado ao Ministério da Saúde. Logo, este estudo foi submetido e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com número de protocolo 339/11 (BRASIL, 1996).

Para se definir os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes de um estudo a Resolução N° 196/96 leva em consideração os aspectos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Dessa forma, no primeiro contato com as mulheres, foram convidadas a fazer parte da pesquisa, esclarecendo que têm o direito de participar livremente deste estudo, e abandoná-lo se assim, achar oportuno (autonomia).

Durante a leitura do termo de consentimento, as pesquisadoras se colocaram à disposição para responder aos questionamentos dos sujeitos, bem como garantiram o anonimato das informações concedidas a partir da codificação das identidades de cada participante (não maleficência).

Tendo em vista os objetivos deste estudo, as mulheres podem não ser beneficiadas diretamente com a pesquisa ora apresentada. Contudo, foi esclarecido que a participação das mesmas será importante para a construção de um conhecimento inovador para a saúde materno-infantil que beneficiará futuras mães e bebês (beneficência).

O termo de consentimento pós-esclarecido foi emitido em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para a participante do estudo), nas quais constaram as assinaturas de ambas, servindo de documento base para qualquer questionamento relativo ao aspecto ético (justiça).

RESULTADOS



5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra

A escolha dos três Gonzaguinhas localizados em bairros distintos nos possibilitou uma amostra representativa da cidade de Fortaleza, tendo em vista a abrangência das Secretarias Regionais.

As características sociodemográficas e obstétricas da amostra estudada estão apresentadas nas **Tabelas 1 e 2**.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas segundo os dados sociodemográficos. Fortaleza, Abr/Jun, 2012. N=184.

Variáveis	N	%	Média (Desvio Padrão)
1. Faixa Etária			
14 - 20	72	39,1	
21 - 30	85	46,2	23,8(±5,8)
31 - 44	27	14,7	
2. Procedência			
Fortaleza	144	78,3	
Outras	40	21,7	
3. Raça			
Branca	39	21,2	
Parda	112	60,8	
Amarela	4	2,2	
Negra	29	15,8	
4. Estado Civil			
Solteira	35	19	
Casada/União Estável	149	81	
5. Escolaridade			
Ens. Fund. Incompleto	42	22,8	
Ens. Fund. Completo	32	17,4	
Ens. Médio Incompleto	48	26,1	
Ens. Médio Completo	55	29,9	
Superior Incompleto	7	3,8	
6. Ocupação			
Dona do Lar	121	65,8	
Outras	63	34,2	
7. Pessoas residindo no domicílio			
Até 2	41	22,2	
3 - 4	91	49,5	4,09(±2,4)
5 - 6	30	16,3	
7 - 23	22	12	
8. Renda Familiar*			
Até 1 SM	100	54,3	
1 2 SM	62	33,7	833,15(±500,07)
2 4 SM	22	12	

*Salário Mínimo durante o estudo foi igual a R\$ 622.

De acordo com a **Tabela 1**, a faixa etária das participantes variou de 14-44 anos, com média de 23,8 ($\pm 5,8$), houve predominância de mulheres com idade entre 20-30 anos ($n=85$; 46,2%).

Em relação à Procedência, percebe-se maior concentração da amostra na área urbana, na qual 144 (78,3%) relataram ter nascido e crescido na cidade de Fortaleza e 40 (21,7%) eram mulheres oriundas de outras cidades do interior do Ceará.

Ademais, os dados revelam um grupo de mulheres com prevalência da raça parda ($n=112$; 60,8%), que mantém relação estável com seus parceiros ($n=99$; 53,8%), com predominância da escolaridade em níveis equivalentes de ensino médio completo ($n=55$; 29,9%), incompleto ($n=48$; 26,1%) e fundamental incompleto ($n=42$; 22,8%).

Quanto à atividade/ocupação, houve predominância de mulheres que exerciam suas atividades dentro do próprio lar ($n=121$; 65,8%), possuíam renda familiar considerada baixa, com 100 (54,3%) famílias vivendo com renda mensal de no máximo um salário mínimo, e com prevalência de 3-4 moradores no domicílio ($n=91$; 49,5%).

Tabela 2 – Distribuição das puérperas segundo os antecedentes obstétricos. Fortaleza, Abr/Jun, 2012. N=184.

Variáveis	N	%	Média (Desvio Padrão)
1. Número de Gravidezes			
Primigesta	88	47,8	1,84($\pm 1,04$)
Multigesta	96	52,2	
2. Número de Abortos			
Não	161	87,5	
Sim	23	12,5	
3. Número de Partos			
1	95	51,6	1,7($\pm 0,9$)
2	63	34,2	
3-7	26	14,1	
4. História de Prematuridade (n=145)			
Sim	17	11,7	
Não	128	88,3	
5. Tipo de Parto			
Vaginal	145	78,8	
Cesáreo	39	21,2	
6. Prática da Amamentação Anteriormente (n=111)			
Sim	83	74,8	
Não	28	25,2	

Em se tratando dos antecedentes obstétricos, a **Tabela 2** revela 96 (52,2%) multigestas com número de gestações variando de 1-7 e média de 1,84 ($\pm 1,04$), das quais 23 (12,5%) tinham experiência anterior de abortamento, variando de um a dois episódios.

No que se refere à paridade, apesar dos valores mostrarem-se praticamente equivalentes, houve predominância de mulheres primíparas (n=95; 51,6%), que realizaram partos vaginais (n=145; 78,8%), com baixa ocorrência de história anterior de prematuridade (n=17; 11,7%) e sem histórico de natimorto. Das 111 puérperas que responderam se haviam amamentado anteriormente, 83 (74,8%) haviam realizado tal prática, o que contribui para a autoeficácia em amamentar.

Os dados relacionados à gravidez atual e o puerpério estão apresentados na

Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das puérperas segundo os dados da gravidez atual e puerpério. Fortaleza, Abr/Jun, 2012. N=184.

Variáveis	N	%
1. Gravidez Planejada		
Sim	64	34,5
Não	120	65,5
2. Satisfeita com a Gestação		
Sim\	182	99
Não	2	1
3. Satisfação do Parceiro		
Sim	174	94,6
Não	10	5,4
4. Sexo da criança é o que desejava		
Sim	138	75
Não	46	25
5. Intercorrências na Gestação		
Sim	54	29,3
Não	130	70,7
6. Criança foi internada		
Sim	50	27,2
Não	134	72,8
7. Prática da amamentação		
Sim	180	97,8
Não	4	2,2
8. Tipo de Aleitamento (n=180)		
AM Misto Parcial	42	23,3
AM Predominante	19	10,6
AM Exclusivo	119	66,1
9. Sentimento após nascimento do bebê		
Indiferente	8	4,3
Triste	2	1,1
Feliz	174	94,6
10. Suporte Social		
Sim	118	64,2
Não	66	35,8

No presente estudo, observou-se que apesar de 120 (65,2%) mulheres não terem planejado sua gravidez, elas estavam satisfeitas com a gestação (n=182; 99), seus parceiros também (n=174; 94,6%) e o sexo da criança correspondia ao que elas desejavam (n=138; 75). Apenas 54 (29,3%) mulheres apresentaram intercorrências durante a gestação, sendo as mais prevalentes as síndromes hipertensivas (n=24; 44,4%) e a Infecção do Trato Urinário (ITU) (n=21; 38,9%), respectivamente.

No que diz respeito à internação, 50 (27,2%) crianças foram internadas, com tempo de internação variando de 3 a 15 dias (M=7; DP: $\pm 3,08$), principal motivo: infecções neonatais (n=22; 45,8%) e a icterícia (n=20; 41,7%), respectivamente.

Das 184 puérperas do estudo, 180 (97,8%) estavam realizando a prática da amamentação, tendo predominância do AME (n=119; 66,1%), sendo um considerado alto.

Quando interrogadas sobre seu sentimento após o nascimento do bebê, 174 (94,6%) mulheres relataram estarem felizes e 118 (64,22%) receberam suporte social de seus familiares para cuidar de seu filho, demonstrando menor risco de desenvolver sintomas depressivos.

5.2 Aplicação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Short Form*

Para aplicação da escala BSES-SF as mulheres foram abordadas no alojamento conjunto, quando não realizavam a prática da amamentação, tendo em vista não atrapalhar aquele momento tão especial.

Observou-se, entretanto, que a pontuação da amostra estudada variou de 39 a 70, não existindo, dessa maneira, baixa eficácia no presente estudo. Os resultados mostram que a maioria (n=161; 87,5%) das mulheres apresentou alta eficácia em amamentar e apenas 23 (12,5%) média eficácia.

Esses dados são considerados ótimos, tendo em vista a não existência da baixa eficácia em amamentar e a presença de poucas mães com média eficácia. O que demonstra que a amostra estudada possui grande confiança no ato de amamentar. Sendo importante que o enfermeiro realize intervenções no intuito de manter essa confiança.

A **Tabela 4** mostra a distribuição dos escores da BSES-SF, de acordo com as variáveis sociodemográficas e obstétricas e serviram de base para a análise estatística.

Tabela 4 – Associação entre os escores da BSES-SF e as variáveis sociodemográficas e obstétricas. Fortaleza, Abr/Jun, 2012. N=184.

Variável	Média Eficácia		Alta Eficácia		p
	N	%	N	%	
1. Faixa Etária					
14 - 20	11	47,8	61	37,9	0,552
21 - 30	10	43,5	75	46,6	
31 - 44	2	8,7	25	15,5	
2. Estado Civil					
Solteira	8	34,8	27	16,8	0,040
Outros	15	65,2	134	83,2	
3. Ocupação					
Dona do Lar	17	14	104	86	0,378
Outras	6	9,5	57	90,5	
4. Escolaridade					
Ens. Fund. Incompleto	8	34,8	34	21,1	0,531
Ens. Fund. Completo	3	13	29	18	
Ens. Médio Incompleto	5	21,7	43	26,7	
Ens. Médio Completo	7	30,4	55	34,2	
5. Renda Familiar em Salários Mínimos					
Até 1 SM	17	73,9	83	51,6	0,120
1 a 2 SM	5	21,7	57	35,4	
2 a 4 SM	1	4,3	21	13	
6. Número de Partos					
1	14	14,7	81	85,3	0,330
2	8	12,7	55	87,3	
3-7	1	3,8	25	96,2	
7. Tipo de Parto					
Cesáreo	4	26,7	33	27	0,975
Vaginal	11	73,3	89	73	
8. Prática da Amamentação Anteriormente					
Não	6	42,9	22	22,7	0,104
Sim	8	57,1	75	77,3	

Nas correlações entre os escores da escala BSES-SF e as variáveis sociodemográficas e obstétricas somente o estado civil apresentou correlação estatisticamente significativa ($p= 0,04$), logo, pode-se concluir que as mulheres casadas ou vivendo em união estável possuem melhor autoeficácia em amamentar.

Apesar de nas demais variáveis não ter sido encontrada associação estatisticamente significativa, o estudo revelou uma resposta homogênea com percentual acima

de 80% em relação à elevada autoeficácia, com um índice importante nas puérperas avaliadas, pois não houve sequer escore baixo de autoeficácia.

No intuito de avaliar em que área as mães precisam melhorar sua autoeficácia em amamentar, as **Tabelas 5 e 6** mostram os itens de menor pontuação das mulheres nos dois domínios da BSES-SF.

Vale ressaltar que para facilitar a análise dos itens, as respostas das puérperas foram agregadas. Assim, ‘discordo totalmente’ e ‘discordo’ foram agrupadas em uma só variável, bem como ‘concordo totalmente’ e ‘concordo’. Sendo apresentados os itens que tiveram em sua somatória de discordo totalmente e discordo uma porcentagem de respostas acima de 10%.

Tabela 5 – Distribuição dos itens de menor pontuação no Domínio Técnico da BSES-SF. Fortaleza, Abr/Jun, 2012. N=184.

Itens	Discordo		Às vezes concordo		Concordo	
	N	%	N	%	N	%
1 Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente	33	17,9	27	14,7	124	67,4
1 Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada	31	16,8	14	7,6	139	75,6
3 Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento	19	10,4	14	7,6	151	82

Observa-se que as maiores dúvidas técnicas estavam relacionadas à mamada suficiente e ao término da mamada. Ainda em relação aos itens com mais baixa pontuação, o item 3 foi incluído, logo, percebe-se que as mães apresentam dificuldade em aderir completamente ao AME.

Esses resultados mostram que os enfermeiros devem realizar intervenções que possibilitem a capacidade das mães em saber quando o seu filho já está saciado e, conseqüentemente, já terminou a mamada. É importante reforçar os benefícios do AME para a criança, mãe e sociedade, no intuito de provocar nessa mãe uma mudança de comportamento diante da interrupção do AME.

Tabela 6 – Distribuição dos itens de menor pontuação no Domínio Pensamentos Intrapessoais da BSES-SF. Fortaleza, Abr/Jun, 2012.

	Item	Discordo		Às vezes concordo		Concordo	
		N	%	N	%	N	%
8	Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família	22	12	12	6,5	150	81,5

Em relação ao domínio pensamentos intrapessoais a timidez na amamentação diante dos parentes foi o que mais prevaleceu entre as mães.

5.3 Aplicação da *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

Foi observado que nenhuma puérpera da amostra apresentou escore acima de 12, mostrando, assim, que não apresentaram DPP. Acredita-se que a baixa prevalência de sintomas depressivos na população estudada mostre-se de caráter regional e cultural, tendo em vista contribuição desses aspectos para a presença de sintomas depressivos.

Destarte, para analisar a relação entre os sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas e obstétricas optaram-se em dividir os escores apresentados pelas puérperas em dois grupos:

Baixo Risco de DPP: abaixo de 5 pontos

Risco de DPP: acima de 5 pontos

A **Tabela 7** mostra as associações avaliadas entre as variáveis sociodemográficas e obstétrica com o risco de desenvolver DPP.

Tabela 7 – Associação entre os escores da EPDS - VB e as variáveis sociodemográficas e obstétricas. Fortaleza, Abr/Jun, 2012.

Variável	Risco de DPP (≥ 5)		Baixo Risco de DPP (≤ 5)		P
	N	%	N	%	
1. Faixa Etária					
14 – 20	9	12,5	63	87,5	0,145
21 – 30	11	12,9	74	87,1	
31 – 44	-	-	27	100	
2. Estado Civil					
Solteira	4	11,4	31	88,6	0,906
Outros	16	10,7	133	89,3	
3. Ocupação					
Dona do Lar	13	10,7	108	89,3	0,939
Outras	7	11,1	56	88,9	
4. Baixa Escolaridade					
Não	17	12	125	88	0,377
Sim	3	7,1	39	92,9	
5. Renda Familiar em Salários Mínimos					
Até 1 SM	8	8	92	92	0,172
2 - 4 SM	12	14,3	72	85,7	
6. Número de Partos					
1	12	12,6	83	87,4	0,64
2	5	7,9	58	92,1	
3 – 7	3	11,5	23	88,5	
7. Abortos					
Não	18	11,2	143	88,8	0,720
Sim	2	8,7	21	91,3	
8. História de Prematuridade					
Sim	-	-	17	100	0,151
Não	14	10,9	114	89,1	
9. Gravidez Planejada					
Não	11	9,2	109	90,8	0,310
Sim	9	14,1	55	85,9	
10. Suporte Social					
Sim	56	86,2	107	90,7	0,581
Não	9	13,8	11	9,3	

Conforme a **Tabela 7** não foi observada nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas e os escores da EPDS. Entretanto, pôde-se constatar que as puérperas com baixa escolaridade possuem maior risco de desenvolver sintomas depressivos (OR: 1,7; 95% IC: 0,4-6,3), bem como mulheres que sofreram aborto (OR: 1,3; 95% IC: 0,2-6,1).

No intuito de avaliarmos em que área as puérperas tem maior risco de desenvolver sintomas depressivos, a **Tabelas 8** mostra os itens de maior pontuação na escala EPDS.

Ressalta-se que foram apresentados os itens com valor três e os de valor dois com porcentagem de resposta acima de 10%.

Tabela 8 – Distribuição dos itens de maior pontuação na EPDS. Fortaleza, Abr/Jun, 2012

	Item	Pontuação							
		3		2		1		0	
		N	%	N	%	N	%	N	%
4	Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão	6	3,3	27	14,7	12	6,5	139	75,5
6	Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia	13	7,1	43	23,3	21	11,4	107	58,2

Os resultados acima demonstram que os aspectos que mais desenvolveram risco às mulheres foram a ansiedade, a preocupação e o sentimento de se sentir atarefada diante dos afazeres do dia a dia, expondo essas mães a maiores riscos de doenças psicológicas.

Percebe-se que os sentimentos que se sobressaíram foi o do humor ansioso (item 4), o qual traz a ansiedade como principal manifestação, e o de prejuízo da performance (item 6) que refere-se à dificuldade em lidar com os acontecimentos e tarefas e recobre a ideia de incapacidade que acaba acarretando a baixa autoestima.

5.4 Análise da Confiabilidade e Validade de Critério da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* em uma população do Nordeste do Brasil

5.4.1 Análise da Confiabilidade

5.4.1.1 Coeficiente de Correlação Intraclasse

O CCI da escala estudada nesta população foi de 0,4 (IC: 95%) coincidindo com o alfa de Cronbach). Apesar do valor do CCI ter sido baixo, apresentou-se significativo ($p = 0,000$), mostrando ser um instrumento válido.

5.4.1.2 Consistência Interna

O alfa de Cronbach da escala da versão brasileira foi de 0,80 (SANTOS, 1999), e na população estudada foi de 0,4, coincidindo com o CCI. Como citado anteriormente, apesar do baixo valor apresentado, foi significativo e logo possui boa consistência interna.

5.4.2 Validade de Critério

A validade de critério para a EPDS foi aferida mediante a utilização da BSES-SF como padrão ouro, uma vez que esta foi previamente validada no Nordeste do Brasil (DOLT, 2008).

Após a correlação realizada entre os escores da BSES-SF e os escores da EPDS pôde-se verificar que as escalas não se correlacionam ($p=0,734$), acredita-se que isso pode ter ocorrido devido à homogeneidade da amostra e de algumas variáveis que estão contribuindo para essa não correlação, a saber: estado civil solteira, renda de 2-4SM, faixas etárias extremas (14-20 e 31-44), baixo número de moradores no domicílio, baixo número de gestações e partos e a não realização da prática de AM anteriormente.

DISCUSSÃO



6 DISCUSSÃO

6.1 Características Sociodemográficas

Na busca de melhor compreender o contexto em que o estudo ocorreu, considerou-se relevante discutir as características sociodemográficas mais relevantes das participantes.

Apesar da maioria da amostra (46,2%) apresentar faixa etária entre 21 – 30 anos de idade, um número expressivo de mães possuíam idade menor que 20 anos (39,1%). Constituindo o dobro do valor de pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as quais mostraram prevalência de 20,5% de gestações em mulheres menores de 20 anos, sendo maior na região Nordeste, com inclusão do estado do Ceará (21,1%) (IBGE, 2006).

Os dados acima são preocupantes, tendo em vista que a gravidez em mulheres com pouca idade pode gerar maior risco de agravamento físico, mental e social para a mãe, o bebê e inclusive à família. Sendo importante que as políticas públicas de saúde focalizem suas ações para o planejamento familiar da sociedade brasileira.

A maioria da amostra do estudo era composta por mulheres procedentes da capital de Fortaleza (n=144, 78,3%), o qual mostra grande concentração de moradia na zona urbana. Segundo estudo realizado nas capitais brasileiras, o perfil da amamentação na área urbana do Brasil é considerado satisfatório para o aleitamento materno, porém, preocupante para o aleitamento materno exclusivo (AME) (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007), sendo necessário mais incentivo às políticas públicas, no intuito de reforçar a prática do AME.

Poucas pesquisas na área da amamentação tem explorado a etnia da população, porém foi identificada a prevalência de 112 (60,8%) mulheres pardas, contrastando com estudos realizados dentro e fora do Brasil, nos quais houve a prevalência da raça branca (FALCETO; GIUGLIANI; FERNANDES, 2004; TAVERAS *et al.*, 2003).

Após investigação minuciosa, a única relação entre amamentação e raça encontrada foi que as mulheres da raça asiática (amarela) tem maior risco de interromper o aleitamento materno (OR=2,6 95%; CI=1.1-5,7) (TAVERAS *et al.*, 2003), porém, essas mulheres foram minoria na presente pesquisa (n=4; 2,2%).

Quanto ao estado civil, a maioria das mulheres eram casadas ou viviam em união consensual (n=149, 81%), sendo um ponto positivo, tanto para a amamentação, haja vista que há evidências que o apoio do pai é importante para a decisão da mulher frente ao ato de

amamentar (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER; 2012), como para a saúde mental da mulher, pois estudos mostram que quanto maior o suporte social do marido, menor a prevalência da depressão puerperal (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

Em relação à escolaridade das mães do estudo, evidenciou-se equivalência entre os ensinos médios completos (n=55; 29,9%) incompleto (n=48; 26,1%), demonstrando que essas mães não possuem baixa escolaridade (1 a 4 anos de estudos), logo, tendo maior tendência a amamentar por mais tempo (ESCOBAR *et al.*, 2002; THOME; ALDER; RAMEL, 2006) e menor risco de desenvolver sintomas depressivos (RUSCHI *et al.*, 2007).

No que diz respeito à atividade/ocupação, a presença de 121 (65,8%) mulheres exercendo suas atividades dentro do próprio lar contribui para a prática da amamentação, pois o fato das mães terem que trabalhar fora de casa é um fator de risco para a ocorrência do desmame precoce (FROTA *et al.*, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2008). Por outro lado, estudos mostram que puérperas que trabalham apenas dentro de casa têm, significativamente (p=0,0119), maior chance para o desenvolvimento de depressão (MOSSO *et al.*, 2008).

Corroborando com estudo realizado em Vitória-ES (Ruschi *et al.*, 2007), pode-se perceber a prevalência da baixa renda familiar, porém, nossos achados foram ainda mais baixos, com a renda mensal das mulheres estudadas de até um salário mínimo (n=100, 54,3%), enquanto no outro estudo a maioria encontrava-se com renda entre 1,1 -2 salários mínimos.

Os estudos mostram que a baixa renda familiar está associada à interrupção do aleitamento materno (TAVERAS *et al.*, 2003). Porém, um estudo realizado com 2.319 famílias, no estado da Bahia, mostrou que crianças nascidas em famílias de baixa renda apresentaram maior prevalência do AME, com maior chance de serem amamentadas (VIEIRA *et al.*, 2004). Vieira *et al.* (2004) fundamenta-se no fato da valorização do aleitamento materno ter atingido até mesmo as mulheres de estratos socioeconômicos menos favorecidos.

Outro fator importante que pode estar contribuindo na adesão das mulheres de baixa renda ao AME é o fator econômico, tendo em vista que não realizar a amamentação pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda. Segundo o MS (2009), em 2004, o gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida no Brasil variou de 38% a 133% do salário-mínimo, sem contabilizar os outros custos referentes á compra de mamadeiras, bicos e gás de cozinha.

A respeito do número de moradores por domicílios, foi visto que a maioria das famílias tem de 3-4 moradores (n=91; 49,5%), sendo a média de 4,09 (DP: ±2,4). O número

de moradores pode ser considerado um fator negativo para a prática da amamentação, pois alguns estudos mostraram que em residências com mais de dois moradores as mães tendem a possuir baixa autoeficácia para amamentar (ORÍÁ, 2008).

6.2 Características Obstétricas

Apesar da equivalência entre o número de gestações, a maioria das mulheres da presente pesquisa eram multigesta (n=96; 52,2%), com média de gestação semelhante à de outros estudos (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005). Esse dado é valioso para os enfermeiros, tendo em vista que em um estudo realizado com amostra brasileira as mulheres com maior número de gestações têm índices sugestivos de depressão (RUSCHI *et al.*, 2007). Assim, o profissional deve em suas consultas de pré-natal, buscar os antecedentes obstétricos no intuito de identificar precocemente os fatores de risco e traçar ações no intuito de prevenir doenças e promover a saúde no ciclo gravídico-puerperal.

Em relação à história anterior de aborto, apenas 23 (12,5%) relataram tal episódio, sendo esta prevalência abaixo do encontrado por outros autores (22,9%) os quais não encontraram associação significativa entre história de abortamento e sintomas depressivos (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005). Apesar desses resultados, é importante que a assistência prestada a essa clientela não seja negligenciada.

A influência da paridade materna na decisão do tipo de aleitamento materno é algo bastante discutido na literatura. No presente estudo 89 (48,3%) mulheres apresentaram-se múltipara, sendo um fator positivo segundo estudo que mostra que as múltiparas tem maior chance de amamentar os seus filhos (VIEIRA *et al.*, 2004). Acredita-se que isso ocorra devido a uma correlação entre o modo como seus filhos foram amamentados anteriormente e como este último será (BERRA *et al.*, 2003).

Em relação aos sintomas depressivos, a paridade não tem mostrado associação estatisticamente significativa ($p= 0,939$), porém, as mulheres múltiparas apresentam uma maior frequência de ideias suicidas quando comparadas as primigestas (URDANETA *et al.*, 2010). De encontro com estes achados, estudo realizado no Brasil mostrou resultados estatisticamente significativos em relação à paridade e os sintomas depressivos, relatando que as mulheres múltiparas apresentaram índice sugestivo de depressão (RUSCHI *et al.*, 2007). Dessa forma, vale ressaltar a importância do rastreamento dos sintomas depressivos no período puerperal visando evitar consequências mais severas.

Destarte, fica claro que a abordagem as mulheres, seja ela primípara ou múltípara, deve ser realizada de forma qualificada e abrangente. A qual busque a detecção precoce de sintomas depressivos e promova confiança e capacidade da mãe em amamentar, sendo importante que o enfermeiro saiba lidar com os dois tipos de situações e de mulheres.

Quando interrogadas sobre a experiência anterior de prematuridade, apenas 17 (11,7%) mães apresentaram esse histórico, condizendo com estudos da mesma natureza, o qual mostra valores baixos de prevalência (21,4%) e não associação de história de prematuridade com presença de sintomas depressivos (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005). Esse resultado também é encontrado na temática do aleitamento materno, no qual um estudo mostrou não associação entre essas variáveis (aleitamento materno e prematuridade) ($p=0,71$) (VIEIRA *et al.*, 2004).

No tocante ao tipo de parto, foi observada a prevalência do parto vaginal (145; 78,8%) entre as mulheres estudadas, mostrando que apesar da cultura moderna ao parto cesáreo, o parto normal ainda é exercido de forma expressiva. Em outros estudos foram encontrados dados semelhantes (TAMMENTIE *et al.*, 2002; THOME; ALDER; RAMEL, 2006). McCoy *et al.* (2006) relacionaram o tipo de parto aos sintomas depressivos, porém, não houve associação estatisticamente significativa.

Ainda em relação aos antecedentes obstétricos, observou-se um elevado número de mulheres com experiência anterior de amamentação ($n=83$; 74,8%), o que justifica a alta prevalência do aleitamento materno nesse estudo, pois autores apontam que mulheres que vivenciaram experiência positiva anterior em relação á amamentação de outros filhos, apresentam pré-disposição para amamentar um novo bebê e por períodos mais longos (SANCHES, 2005).

Em relação à gravidez atual, foi percebida uma lacuna no planejamento familiar das mulheres estudadas, as quais em sua maioria ($n=120$; 65,5%) relataram não ter planejado a gravidez. Estudo recente apontou como fator contribuinte para a gravidez não planejada as difíceis condições socioeconômicas conjugadas com a dependência do parceiro, a partir da baixa remuneração das mulheres, levando-as a perder sua autonomia e liberdade reprodutiva (COELHO *et al.*, 2012).

As mulheres deste estudo apresentaram perfis semelhantes com o estudo de Coelho *et al.* (2012): baixa renda familiar, trabalho doméstico no lar ou baixa remuneração, sendo possível que esses fatores tornem a mulher dependente do homem. Assim, o grande desafio dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) é traçar intervenções que

viabilizem a autodeterminação das mulheres levando em consideração seu contexto onde vive.

Apesar da maioria das mulheres não terem planejado sua gestação, 182 (99%) referiram estarem satisfeitas com a gestação e seus companheiros também (n=174; 94,6%), sendo um fator importante para a saúde mental dessa família. Autores verificaram que a gravidez não planejada e não aceita são fatores de risco para o desenvolvimento da depressão no período gestacional podendo se prolongar até o período puerperal (RYAN *et al.*, 2005).

Sabendo que o vínculo entre mãe-filho favorece a prática da amamentação, a gravidez indesejada também pode interferir nesse processo, pois as mulheres recorrem ao uso de métodos contraceptivos sem muito critério, resultando em uma gravidez indesejada, que em algumas vezes interferem nos comportamentos afetivos junto à criança (MORAES; ANDRÉA; YAGI, 2004).

Em relação ao sexo da criança ser o que desejavam 138 (75%) das mães disseram que o sexo da criança era igual ao que desejavam. Sendo um fator contribuinte para a baixa prevalência da DPP neste estudo, tendo em vista que esperar uma criança do sexo oposto ao que desejava pode colaborar para o aparecimento de sintomas depressivos (BOYCE; HICKEY, 2005).

Referente à escolha do sexo da criança interferir na amamentação, não foi encontrado estudos desta natureza. Porém, alguns estudos tem mostrado que saber o sexo da criança torna a gravidez mais real, a criança assume uma identidade, dessa forma, ajuda na interação mãe-bebê (RAPHAEL-LEFF, 1997 apud NADIA COLDEBELLA, 2006). Logo, acredita-se que quanto maior a interação dessa díade melhor será o processo de amamentar.

No que diz respeito à intercorrência na gestação, ocorreram 54 (29,3%) casos, dos quais as síndromes hipertensivas (24; 44,4%) foi o principal motivo, o que é bastante preocupante, pois nas capitais brasileiras os transtornos hipertensivos lideram as causas de morte materna, representando em torno de 25% dos óbitos maternos investigados (LAURENTI; JORGE, GOTLIEB, 2004).

Ratifica-se a importância das ações multiprofissionais no intuito de promover a saúde da gestante tanto no âmbito físico como mental. Quando instalada a doença, o profissional deve aliar a promoção à política da prevenção de agravos, na busca de diminuir esses dados alarmantes de óbitos maternos.

Dos 184 recém-nascidos, 50 (27,2%) foram internados, tendo como principal causa a infecção neonatal (n=22; 45,8%), seguida da icterícia (n=20; 41,7%). Mesmo após

avanços na área da saúde, as infecções neonatais ainda são consideradas um importante fator de morbimortalidade e fator preocupante para os profissionais de saúde.

Em um estudo que teve como objetivo apreender as Representações Sociais da prevenção da infecção neonatal por enfermeiros foi identificado que os mesmos demonstram preocupação com o desenvolvimento de práticas seguras na assistência, com ênfase na prevenção das infecções, dando sua devida importância ao cuidado de enfermagem sistematizado (CUNHA; MOURA, 2010). Dessa forma, pode-se perceber que estes profissionais são importantes e responsáveis para a prevenção dessas infecções, estão cientes da magnitude dessa problemática, cabendo-os por em prática o cuidado sistematizado tão citado nos discursos.

Assim como no estudo realizado no Nordeste com crianças menores de quatro meses (VIANNA *et al.*, 2007), a prevalência do aleitamento materno do presente estudo foi alta (n=179; 97,3%), sendo predominante o AME (n=119; 66,1%), contrastando com estudo realizado pelo MS o qual mostrou que o Nordeste teve a pior prevalência do AME (37%) em comparação com as outras regiões brasileiras (BRASIL, 2009a). Acredita-se que esse resultado contrastante deve-se ao período em que foram avaliadas as prevalências, pois o mesmo estudo do MS mostrou que a duração mediana do AME no conjunto das capitais brasileiras é de 54,11 dias, ainda dentro do prazo estudado na presente pesquisa.

Quando interrogadas sobre o seu sentimento após o nascimento do seu bebê, 174 (94,6%) mulheres relataram felicidade, o que condiz com a ausência de mulheres depressivas nesse estudo. Os sentimentos das mulheres após o nascimento de seu bebê muitas vezes são ambíguos, variando entre alegria, temor e responsabilidade, por isso a necessidade da atenção especial nesse período. No entanto, as ligações afetivas com seus bebês são prevalentes mesmo nas situações em que o recém-nascido não foi planejado (THOMAZ *et al.*, 2005).

Apesar do estudo não ter explorado os sentimentos paternos, atualmente diversas pesquisas vem abordando essa temática no intuito de aliar o pai a esse período tão especial. Estudo realizado no Nordeste concluiu que o homem contemporâneo tem buscando mais participação no ciclo gravídico puerperal, apoiando a mulher emocionalmente e no cuidado com o filho. Foi averiguado também, que assim como as mães, os mesmos vivenciam sentimentos de alegria e satisfação com a chegada de seu filho (CARVALHO *et al.*, 2009).

Verificou-se que as mães estudadas tinham suporte social (118; 64,2%) para cuidar dos seus filhos, seja ele dado por um familiar ou por um parente. Sabendo que a falta de apoio social é associado à suspensão do aleitamento materno (TAVARES *et al.*, 2003), é

importante que o profissional de saúde envolva a família no processo de cuidado da criança buscando ajudar a mulher durante esse período para que a mesma possa manter essa prática.

6.3 Aplicação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Short Form*

Identificaram-se mães com média e alta eficácia em amamentar, corroborando com o estudo o qual validou a BSES-SF no Brasil (DODT, 2008). Isso evidencia que as mulheres cearenses, atendidas em sistemas públicos, tem demonstrado uma boa confiança na prática de amamentar.

A confiança materna no ato de amamentar é um importante fator para determinar o início e a manutenção da prática da amamentação. Estudo realizado no Canadá mostrou forte associação ($p < 0,001$) entre a baixa confiança materna em amamentar e a interrupção do aleitamento materno, mostrando que essas mulheres tem 34 vezes mais chance de realizar o desmame precoce (DUNN *et al.*, 2006).

Outro estudo realizado na Califórnia associou a interrupção do aleitamento materno nas duas semanas puerperais à baixa confiança materna em amamentar (TAVERAS *et al.*, 2003). Destarte, pode-se perceber o grau de importância desse aspecto para a realização dessa prática, sendo o enfermeiro um aliado para promover essa confiança.

Houve pouca correlação estatisticamente significativa entre a confiança materna e as variáveis sociodemográficas. No estudo de Dodt (2008) foi correlacionada apenas a idade ($p = 0,18$), mostrando que, quanto maior a idade das mulheres, melhor o desempenho em amamentar. Já no estudo de Oriá (2008) somente o número de pessoas residindo no domicílio foi correlacionado ($p = 0,023$) com a BSES, revelando que a proporção de mulheres com escores baixos foi significativamente maior em residências com mais de duas pessoas.

A presente pesquisa mostrou associação significativa da BSES-SF apenas com o estado civil, o que corrobora com outros autores os quais mostraram associação significativa entre mães sem companheiros e a maior chance de desenvolver DPP (VITOLLO *et al.*, 2007). O mesmo estudo demonstrou que as mulheres sem sintomas depressivos tiveram maior frequência do aleitamento materno (VITOLLO *et al.*, 2007). Destarte, é importante que as mães solteiras recebam uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde durante as consultas, tendo em vista que esse aspecto influencia tanto na presença de sintomas depressivos, como na confiança materna em amamentar.

A associação da confiança materna no ato de amamentar com as variáveis sociodemográficas e obstétricas se apresentam de formas distintas. Estudo realizado em

Barcarena no Pará, o qual também utilizou a BSES-SF, não foi encontrada associação significativa com estado civil e idade, apenas com as variáveis experiências anterior de amamentação e amamentação imediatamente após o parto (SANTOS, 2008). Ainda com a utilização da BSES-SF, estudo realizado em Fortaleza mostrou associação significativa apenas com a idade (DODT, 2008). Assim, pode-se inferir que há pouca associação entre as variáveis e a confiança materna, sendo mais prevalente a idade, porém, o profissional deve estar atento a todas variáveis de risco.

Corroborando com o estudo que traduziu a BSES para o Brasil (ORIÁ, 2009), foi evidenciado déficit no domínio técnico nos aspectos inerentes ao bebê, mostrando que o enfermeiro deve ter habilidade para abordar as mães no seu diverso contexto do ato de amamentar. A prestação de informação sobre os diversos âmbitos do aleitamento materno é importante para a manutenção deste ato. Haja vista que estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que as mulheres que não receberam informações dos profissionais se sentiram desassistidas, demonstraram insegurança e falta de confiança na sua capacidade em amamentar (BARRETO; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Ainda em relação ao domínio técnico, pôde-se observar pouca adesão ao item de amamentar sem usar leite em pó, o que implica na manutenção do AME. Pode-se associar esse pensamento de desmame precoce a diversos fatores, dentre eles, o fato das mães terem que trabalhar fora de casa devido às necessidades financeiras, sendo um fator de risco para a ocorrência dessa prática (FROTA *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2004).

Um estudo realizado na Paraíba mostrou que a prevalência da amamentação foi significativamente menor ($p = 0,036$) no grupo de mães trabalhadoras. Entre mães residentes em zona rural que trabalhavam fora de casa, houve uma prevalência significativamente menor ($p = 0,003$) do AME, mostrando que novas estratégias devem ser realizadas no intuito de manter o AME e, conseqüentemente, seus benefícios (VIANNA; VENANCIO; ESCUDER, 2007).

No intuito de manter a lactação dos bebês após o retorno da mãe ao trabalho, é importante que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, estimulem a prática da ordenha, sendo esta, uma forma de manter o AME, como, também, o vínculo entre mãe e bebê, pois as mesmas sentem-se satisfeitas em poder amamentar mesmo distantes de seus filhos (SERRA; SCOCHI *et al.*, 2003).

Vale ressaltar que a educação em saúde é peça fundamental para que a mulher possa mudar seu comportamento frente à conduta e as orientações do profissional, logo, é imprescindível que o mesmo sempre reforce a importância do aleitamento materno para a

criança, a mãe e a sociedade, tendo em vista que as mulheres que possuem esse conhecimento têm maiores chances de amamentar por mais tempo ($p=0,004$) (ESCOBAR *et al.*, 2002).

Destarte, faz necessário que o enfermeiro trabalhe o aleitamento materno com as mães, de forma a mostrar ser um ato prazeroso e não apenas de obrigação, desenvolvendo nelas um espírito de compromisso e prazer, pois assim pode-se obter mais chance de manter o AME por mais tempo.

No domínio pensamentos intrapessoais a timidez na amamentação foi revelada através da dificuldade em amamentar seu filho na frente de pessoas da sua família, sendo o item com menor pontuação entre as mães, o qual elas possuem baixa confiança em realizar. Esse achado é preocupante, pois o fato dessas mães sentirem vergonha de amamentar em público (ou até mesmo entre parentes) pode inibir essa nutriz a ponto de fazê-la buscar alternativas de alimentação da criança (SILVA, 2000).

6.4 Aplicação da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* em uma população do Nordeste

A partir dos resultados encontrados pôde-se observar que as mulheres estudadas não desenvolveram DPP. Acredita-se que essa baixa prevalência de sintomas depressivos nessa população possa ter ocorrido devido às características regionais, haja vista que as mulheres que vivem em cidades mais frias (FALCETO; GIULIANI; FERNANDES, 2004; LAU; CHAN, 2007; VITOLO *et al.*, 2007) possuem índices maiores de depressão quando comparada as mulheres que vivem em clima quente (CANTILINO *et al.*, 2010; SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999), principalmente no Ceará, onde o sol está presente o ano inteiro.

Outros fatores que, também, podem contribuir para diferença entre as prevalências da DPP são aspectos metodológicos, como o tipo de instrumento a serem utilizadas para avaliar os sintomas depressivos, as características sociodemográficas da população, bem como o período do puerpério em que a mulher é avaliada.

A maioria dos estudos tem utilizados a EPDS para averiguar os sintomas depressivos, porém, outros estudos têm feito uso de diversos instrumentos, a saber: *Hospital anxiety and depression scale (HAD)*, *Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20)* e *Center for Epidemiologic Studies Depression Scela (CES-D)*. Todos esses instrumentos já foram traduzidos e validados no Brasil, porém, optou-se em utilizar a EPDS, haja vista que o estudo original da BSES-SF faz a comparação com esta escala.

Em relação ao tempo puerperal, estudos com um período maior de puerpério têm mostrado níveis mais elevados de sintomas depressivos (RUSCHI *et al.*, 2007; CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CRUZ, 2005). Assim, é necessário que outros estudos desta natureza abordem o puerpério mais tardiamente.

Os resultados da presente pesquisa se assemelham ao estudo de DUNN *et al* (2006), que também utilizou a EPDS, ao demonstrar que 95,1% das mulheres apresentaram escores abaixo de 12, mostrando baixa prevalência da DPP.

A associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas e obstétrica apresenta ampla variação entre os estudos. Autores encontraram relação significativa entre os sintomas depressivos e as variáveis: baixa escolaridade, número de partos, número de gestações, número de filhos e tempo de relacionamento (THOME; ALDER; RAMEL, 2006; RUSCHI *et al.*, 2007). Porém, outros autores não encontraram relação estatisticamente significativa nas variáveis: cor, idade, estado civil, renda, ocupação, história de abortamento e prematuridade (MCCOY *et al.*, 2006; RUSCHI *et al.*, 2007; CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CRUZ, 2005).

Diante desses achados, é oportuno que o profissional que atenda essa clientela seja precavido e busque abranger todas essas diferenças existentes haja vista os potenciais riscos. Isso também demonstra a importância da realização de uma boa anamnese, a qual é de responsabilidade e competência do enfermeiro, pois faz parte do seu processo de trabalho, o processo de enfermagem.

De encontro com estudo realizado na Finlândia o qual também utilizou a EPDS, o item com maior pontuação foi o relacionado à ansiedade e preocupação, quando o estudo discutido mostrou serem os itens relacionados ao choro e a tristeza (TAMMENTIE *et al.*, 2002). As mulheres entrevistadas até apresentavam queixas de choro e/ou tristeza, porém não se referiam à infelicidade que a escala preconiza nos itens de choro e tristeza, logo não sendo considerada alta a pontuação neste item. Talvez isso possa explicar essas divergências.

Porém, a presente pesquisa se assemelha ao estudo de Tammente (2002) quando mostrou que o item menos citado foi o de autodestruição (item10), ou seja, as mães não tinham a intenção de fazer mal a si mesma, não demonstrando ideias suicidas.

Outro item que também houve alta pontuação foi o que envolveu o atarefamento das mães diante dos afazeres do dia a dia. Essa informação é valiosa, pois nos mostra a realidade em que essas mulheres vivem. Atualmente muitas mulheres vêm assumindo papel de chefe de família, somada ao papel de mãe, esposa e filha, gerando um estresse emocional

muito grande, chegando até mesmo a prejudicar a amamentação (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Isso reforça o quanto a equipe multiprofissional é essencial para a saúde materno-infantil, pois a partir de uma escuta qualificada e de um aconselhamento, o profissional treinado e atento a essa problemática pode contribuir para a promoção da saúde do binômio mãe-filho.

6.5 Análise da Confiabilidade e Validade de Critério da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* em uma população do Nordeste do Brasil

O alfa de cronbach geralmente apresenta-se aceitável com valores entre 0,7 – 0,8, sendo considerados não confiáveis valores abaixo disso (FIELD, 2009).

No presente estudo foi verificado o alfa de Cronbach com valor baixo (0,4), porém, estudiosos afirmam que em casos específicos o alfa de Cronbach pode apresentar-se com valores baixos. Principalmente quando a escala é composta por poucos itens e quando se trata de construtos psicológicos, tendo em vista a diversidade dos construtos que estão sendo medidos (KLINE, 1999 *apud* FIELD 2009).

Estudo recente (AGUIAR; FONSECA; VALENTE, 2010) também apresentou valores de Alfa de Cronbach baixos (0,50; 0,68), porém, os autores reforçam que apesar desses valores o instrumento analisado apresenta-se confiável. Diante do exposto, pode-se concluir que apesar do baixo valor do alfa (0,40), a EPDS é confiável e apresenta significância estatística ($p=0,000$).

Não foi observada correlação estatisticamente significativa entre as escalas estudadas. Baseia-se na ideia de que o fator cultural e regional é importante na avaliação de sintomas depressivos. Diversos estudos relatam essas diferenças existentes e reforça que devem ser levadas em consideração haja vista sua potencial repercussão diante dessa temática.

Um estudo longitudinal realizado no Canadá correlacionou às mesmas escalas aplicadas neste estudo. Observou que não houve diferença significativa nos escores da BSES-SF em uma semana pós-parto entre aquelas com escores de EPDS acima de 12, porém, mostrou que as mães com escores de EPDS acima de 12 em uma semana PP foram mais propensas a suspender o aleitamento materno (DENNIS; MCQUEEN, 2007).

Poucos estudos têm explorado, especificamente, a autoeficácia materna em amamentar com os sintomas depressivos, contudo, estudo realizado no Canadá mostrou

relação significativa ($p < 0,01$) entre a confiança materna e a DPP, apesar de não ter utilizado a BSES (DUNN *et al.*, 2006).

No entanto, diversos autores abordam os sintomas depressivos e a duração do aleitamento materno. Estudo recente mostrou relação inversa entre os sintomas depressivos e o aleitamento materno na sexta semana pós-parto e não na décima segunda semana pós-parto (HATTON *et al.*, 2011). Outros autores mostraram associação entre a interrupção do aleitamento materno na décima segunda semana pós-parto e os sintomas depressivos (TAVERAS *et al.*; 2003). Logo, percebe-se que os sintomas depressivos são fatores decisivos na duração do aleitamento materno, sendo necessário que a atenção primária invista na promoção, prevenção e detecção precoce dessa patologia no intuito de promover a saúde materno-infantil.

Em contraste com esses achados, alguns autores não tem encontrado associação entre os sintomas depressivos e a duração da amamentação (FALCETO; GIULIANI; FERNANDES, 2004; COOKE; SCHMIED; SHEEHAN, 2007). No Sul do Brasil pesquisa mostrou que não há diferença significativa entre a presença dos sintomas depressivos e a interrupção do aleitamento materno (FALCETO; GIUGLIANI; FERNANDES, 2004). Outra pesquisa realizada com a EPDS na Austrália mostrou que os escores da EPDS não foram relacionados com a cessação da amamentação (COOK *et al.*, 2007).

Destarte, é evidente a existência da relação entre os sintomas depressivos e o aleitamento materno, algumas vezes não tão expressivamente ou em algumas populações não é manifestado, porém, cabe aos promotores de saúde vislumbrar essa questão com maior ênfase tendo em vista sua grande repercussão para o binômio mãe-filho.

Existe a necessidade de se trabalhar com promoção da saúde no intuito de promover a saúde integral das mulheres, desde o planejamento familiar até o puerpério, sendo o enfermeiro um profissional essencial durante esse acompanhamento nessa fase de vida.

CONCLUSÃO



7 CONCLUSÃO

De acordo com a efetivação desse estudo, a partir da aplicação da BSES-SF e EPDS em puérperas, pode-se concluir que:

✓ Este estudo envolveu uma população homogênea, com faixa etária entre 21 – 30 anos, procedente da capital, de raça parda, casadas ou em união estável, com equivalência na escolaridade entre os ensinos médio completo, incompleto e o fundamental incompleto, tendo como ocupação do lar, com baixa renda familiar e com 3-4 moradores vivendo no domicílio;

✓ No que se referem aos antecedentes obstétricos, elas apresentaram-se multigesta, com baixa prevalência de história de aborto e prematuridade, múltiparas, com prevalência do parto vaginal e com experiência anterior de amamentação. Apesar da maioria não terem planejado a gestação, mostraram-se satisfeitas, assim, como o companheiro, e o sexo da criança correspondia ao que desejavam;

✓ Poucas tiveram intercorrência na gestação, tendo como principal motivo as síndromes hipertensivas. Em relação à criança, poucas foram internadas, tendo como principal causa as infecções neonatais;

✓ Um dado relevante neste estudo foi alta prevalência do aleitamento materno entre as mães, sendo predominante o AME. Vale ressaltar que essas mães relataram felicidade após nascimento do filho e que possuíam suporte social;

✓ Os dados referentes à eficácia materna em amamentar foram considerados ótimos. Tendo em vista a não existência da baixa eficácia, a presença de poucas mães com média eficácia, e a prevalência da alta eficácia, mostrando a confiança dessas mulheres no ato de amamentar;

✓ Na temática da eficácia materna em amamentar, observou-se que as maiores dúvidas no domínio técnico estavam relacionadas à mamada suficiente, ao término da mamada e a manutenção do AME. Já em relação ao domínio intrapessoal a timidez da amamentação frente aos parentes foi o de menor pontuação;

✓ Nas correlações entre os escores da escala BSES-SF e as variáveis sociodemográficas e obstétricas somente o estado civil apresentou correlação estatisticamente significativa ($p= 0,04$), podendo concluir que as mulheres casadas ou vivendo em união estável possuem melhor autoeficácia em amamentar;

✓ As mulheres estudadas não apresentaram DPP, e acredita-se que alguns fatores que possam contribuir para essa diferença entre prevalências, a saber: aspectos metodológicos e regionais, características sociodemográficas da população e período do puerpério;

✓ Não foi observada nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas e os escores da EPDS. Entretanto, pôde-se constatar que as puérperas com baixa escolaridade possuem risco maior de desenvolver sintomas depressivos (OR: 1,7, 95% IC: 0,4-6,3), bem como mulheres que sofreram aborto (OR:1,3, 95% IC: 0,2-6,1);

✓ Os itens de maior pontuação na EPDS entre as mulheres estavam relacionados ao humor ansioso (item 4), tendo como principal manifestação a ansiedade, e o prejuízo da performance (item 6) que refere-se à dificuldade em lidar com os acontecimentos e tarefas, a qual acaba acarretando a baixa-autoestima;

✓ O Alfa de Cronbach, assim como o CCI da EPDS na população estudada, foi de 0,4 (IC: 95%). Apesar de esse valor ter sido baixo, apresentou-se significativo ($p = 0,000$), mostrando ser um instrumento válido;

✓ Não foi visto correlação entre os escores da BSES-SF e os escores da EPDS ($p=0,734$). Acredita-se que isso pode ter ocorrido devido à homogeneidade da amostra e de algumas variáveis que estão contribuindo para essa não correlação, a saber: estado civil solteira, renda de 2-4SM, faixas etárias extremas (14-20 e 31-44), baixo número de moradores no domicílio, baixo número de gestações e partos e a não realização da prática de AM anteriormente;

✓ A presente pesquisa alcançou seus objetivos a partir dos resultados apresentados, mostrando que nesta população os sintomas depressivos não influenciaram diretamente na autoeficácia da mulher em amamentar. Porém, deve ser dada atenção especial às mulheres solteiras, devido apresentar baixa autoeficácia em amamentar, como também as mães com baixa escolaridade e com episódios de aborto, pois podem ter maior risco de desenvolver sintomas depressivos;

✓ Logo, o enfermeiro que assiste a mulher no ciclo gravídico puerperal, deve focalizar ações de promoção da saúde mental materna, bem como a promoção do aleitamento materno, buscando manter a confiança materna no ato de amamentar e prevenir os sintomas depressivos.

LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES



8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Embora os achados dessa pesquisa tenham sido exaustivamente analisados e testados por meio dos testes estatísticos sugeridos pela comunidade científica nacional e internacional, revelando sua relevância para o incentivo do aleitamento materno e promoções da saúde mental materna existem algumas limitações inerentes que merecem destaque:

- ✓ A ocorrência da perda amostral de 30%;
- ✓ A impossibilidade do acompanhamento dessas mulheres por um período mais longo para avaliar os sintomas depressivos com a amamentação em longo prazo.

Logo, a continuação desta investigação é importante para que se possam criar mecanismos para transpor as limitações identificadas e obter evidências mais consistentes da relação entre os sintomas depressivos e a autoeficácia em amamentar.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. F. M.; FIACO, A. D.; WERNER, E. H.; SCHMITZ, B. A. S. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 2, p. 195-204, 2003.
- ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 4, p. 488-92, 2008.
- BACHRACH, V.R.; SCHWARZ, E.; BACHRACH, L.R. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, v.157, n.3, p.237-243, 2003.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev.**, v.84, n.2, p.191-215, 1977.
- BARRETO, C. A.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Aleitamento materno: a visão das puérperas. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.3, p.605-11, 2009.
- BERRA, S.; SABOLSKY, J.; RAJMIL, L.; PASSAMONTE, R.; PRONSATO, J.; BOTINOF, M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. **Acta Pediatr.**, v.92, n.8, p. 52-7, 2003.
- BLOCH, M.; DALY, R. C.; RUBINOW, D. R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Compr. Psychiatry.**, v.44, n.3, p.234-46, 2003.
- BOYCE, P.; HICKEY, A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v.40, n.8, p.605-12, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança**. Brasília; 1988.
- BRASIL, Ministério da saúde. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área de saúde da Criança. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clín.**, v.33, n.2, p.92-102, 2006.

CANTILINO, A. **Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Screening Scale na população brasileira**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

CANTILINO, A. **Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos**. 2009. Tese [Doutorado] - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2009.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pos-part. **Rev Psiq Clín.**, v.37, n.6, p.278-84, 2010.

CARVALHO, J. B. L. et al. Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. **Rev. Rene**. v. 10, n. 3, p. 125-131, 2009.

CHEZEM, J.; FRIESEN, C.; BOETTCHER, J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v.32, n.1, p.40-7, 2003.

CLARK, R.; TLUCZEK, A.; WENZEL, A. Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. **Am. J. Orthopsychiatry**, v.73, p.441-454, 2003.

COELHO, E. A. C. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.3, p.415-22, 2012.

COOKE, M.; SCHMIED, V.; SHEEHAN, A. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. **Midwifery**, n.23, p.66-76, 2007.

CORONA, L. P. **Aleitamento materno e estado nutricional de crianças menores de 3 anos no Município de São Paulo**. 2009. Dissertação (Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **J. Psychiatry.**, v.150, p.782-6, 1987.

CREEDY, D.K.; DENNIS, C.L.; BLYTH, R. et al. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. **Res. Nurs. Health**, v.26, n.2, p.143-152, 2003.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.4, p.181-8, 2005.

CUNHA, K. J. B.; MOURA, M. E. B. Representações sociais da prevenção da infecção neonatal no olhar dos enfermeiros. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v.3, n.1, p.34-39Y, 2010.

DAI, X.; DENNIS, C. L. Tradução e validação da Amamentação Self-Efficacy Scale para o chinês. **J. Obstetrícia Womens Health**, v.48, n.5, p.350-356, 2003.

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

DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res. Nurs. Health**, v.22, n.5, p.399-409, 1999b.

DENNIS, C. L.; MCQUEEN, K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes?. **Acta Paediatrica**, v.96, p.590-96, 2007.

DENNIS, C. L. Preventing and treating postnatal depression. **BMJ**, v.15, 2009.

DODT, R. C. M. **Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em puerpéras**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

DUNN, S.; DAVIES, B.; McCLEARY, L. et al. The Relationship Between Vulnerability Factors and Breastfeeding Outcome. **JOGNN**, v.35, n.1, p.87-97, 2006.

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v.2, n.3, p.253-261, 2002.

ESCUDEIR, M. M.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, S.1, p.319-25, 2003.

- FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J.; FERNANDES, C. L. C. Influence of Parental Mental Health on Early Termination of Breast-Feeding: a Case-Control Study. **JABFP**, v.17, n.3, 2004.
- FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v.19, n.5, p.623-630, 2006.
- FERGERSON, S. S.; JAMIESON, D. J.; LINDSAY, M. Diagnosing postpartum depression: can we do better?. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.186, n.5, p.899-902, 2002.
- FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FIGUEIRA, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.43, Supl.1, p.79-84, 2009.
- FORTALEZA. **Gonzaguinha de Messejana: 25 anos de assistência materno-infantil**. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=76:referencia-na-assistencia-materno-infantil-em-fortaleza-gonzaguinha-de-messejana-comemora-25-anos&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=156 Acesso em: 30/10/12.
- FRACOLLI, L. A. et al. A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no Programa de Saúde da Família: um relato de experiência. *Rev. Eletr. Enferm [periodico na internet]*, v.5, n.2, 2003. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/visita.pdf Acesso em: 20 jan. 2012.
- FROTA, M. A. et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p. 61-67, 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. Saúde Pública**, v.24, Sup.2, p.341-52, 2008.
- HATTON, D. C. et al. A. Symptoms of Postpartum Depression and Breastfeeding. **J. Hum. Lact.**, v.21, n.4, 2004.
- HIPWELL, A. E. et al. Severe maternal psychopathology and infant mother attachment. **Dev. Psychopathol.**, v.12, n.2, p.157-75, 2000.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do registro civil**. v.33, n., p.1-167, 2006.
- IBIAPINA, F. L. P. et al. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **FEMINA**, v.38, n.3, 2010.
- INNIS, S. M. Perinatal biochemistry and physiology of longchain polyunsaturated fatty acids. **J. Pediatr.**, v.143, n.4, p.1-8, 2003.
- JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year?. **Lancet**, v. 362, p.65-71, 2003.

- JOSEFSSON, A. et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v.80, n.3, p.251-255, 2001.
- KULL, I. et al. Breast-feeding reduces the risk of asthma during the first 4 years of life. **J. Allergy Clin. Immunol.**, v.114, n.4, p.755-60, 2004.
- LAU, Y.; CHAN, K. S. Influence of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Early Postpartum Depressive Symptoms on Breastfeeding Among Chinese Women in Hong Kong. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 52, n.2, 2007.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.7, n.4, p.449-60, 2004.
- LIMA, A. A. et al. Persistent diarrhea signals a critical period of increased diarrhea burdens and nutritional shortfalls: a prospective cohort study among children in northeastern Brazil. **J. Infect. Dis.**, v.181, n.5, p.1643-51, 2000.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- MANN, L. et al. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. **Motriz**, v.16, n.3, p.730-741, 2010.
- MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.2, 2004.
- MCCOY, S. J. B. et al. Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation at 4-Weeks Postnatal and a Review of the Literature. **JAOA**, v.106, n.4, 2006.
- MCGUIRE, W.; ANTHONY, M.Y. Formula milk versus term human milk for feeding preterm or low birth weight infants. **Cochrane. Database. Syst. Rev.**, v.4, 2001.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enferm.**, v.17, n.4, 2008.
- MICHAELSSON, K. et al. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. **Am J Epidemiol.**, v.153, n.1, p.166-72, 2001.
- MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores Associados. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, 2006.
- MORAES, M.S; ANDRÉA, M.A.; YAGI, R.G.R. A expectativa de amamentar: da intenção à prática. **Arq.Ciência Saúde**, v.11, n.3, p. 149-53, 2004.
- MOSSO, F. T.; VOLPI, F. C. L. Prevalência de depressão pós-parto em puérperas de maringá. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 3, p. 251-257, 2008.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. The global burden of disease, 1990–2020. **Nature Medicine**, v.4, n.11, p.1241-3, 1998.

NADIA, Coldebella. **Expectativas e Sentimentos acerca do bebê em gestante primípara e secundípara**. 2006. Dissertação (Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

NOBRE, E. B. et al. Aleitamento materno e desenvolvimento neuropsicomotor: uma revisão da literatura. **Pediatria**, v.32, n.3, p.204-210, 2010.

ORIA, M. O.; GLICK, D. F.; ALVES, M. D. Trends in breastfeeding research by Brazilian nurses. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.1, p.20-8, 2005.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução e validação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*: aplicação em gestantes**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORIÁ M. O. B. et al. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nursing**, v.29, p.574-83, 2009.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* para o português. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.2, p.230-8, 2010.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v.32, n.4, p.466-474, 2008.

PIPPINS, J. R. et al. Association of Breastfeeding with Maternal Depressive Symptoms. **Journal of Women’s Health**, v.15, n.6, 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTAL DOS CONVÊNIOS. **Proposta 1653939**. Disponível em: <http://api.convenios.gov.br/siconv/dados/proposta/1653939.html>. Acesso em: 30/10/12.

PORTAL DOS CONVÊNIOS. **Proposta 1654175**. Disponível em: <http://api.convenios.gov.br/siconv/dados/proposta/1654175.html>. Acesso em: 30/10/12.

REA, F. M. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.142-46, 2004.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Rev Contexto Enferm.**, v.14, p.186-192, 2005.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Why mothers die 1997-1999: the fifth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom.** London, RCOG, 2001.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatr. RS.**, v.20, n.3, p.274-280, 2007.

RYAN, D.; MILIS, L.; MISRI, N. Depression during pregnancy. **Canadian Family Physician**, v.5, p.1087-1093, 2005.

SANCHES, M. T. C. **Estudo dos fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, integrantes do Método Mãe Canguru.** 2005. Tese - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTOS, M. F. S. **Depressão no pós-parto: validação da escala de Edimburgo em puérperas brasileiras 1995.** 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de psicologia, Universidade de Brasília, 1995.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.26, n.2, p.32-40, 1999.

SANTOS, V. C. G. C. **Adaptação transcultural e validação da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – versão portuguesa.** 2008. Monografia (Licenciatura em Fisioterapia) - Licenciatura em Fisioterapia Seminário de monografia I e II, Universidade Atlântica, Barcarena, 2008.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do Século XX. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.4, p. 499-505, 2007.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.4, p.597-605, 2004.

SILFVERDAL, S. A. et al. Long term enhancement of the IgG2 antibody response to Haemophilus influenzae type b by breast-feeding. **Pediatr. Infect. Dis. J.**, v.21, n.9, p.816-821, 2002.

SILVA, I.A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.4, p. 362-9, 2000.

SILVA, D. G. et al. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista Mal estar e Subjetividade**, v.3, n.2, p.439-450, 2003.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. paul. Pediatr**, v.30, n.1, p.122-130, 2012.

SOARES, C.; VARELA, V. D. J. **Assistência de enfermagem no puerpério em unidade de atenção básica: incentivando o autocuidado.** 2007. Monografia (Graduação em enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

- TAMMENTIE, T. et al. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. **International Journal of Nursing Practic**, n.8, p.240–246, 2002.
- TAVERAS, E. M. et al. Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation. **Pediatrics**, v.112, n.1, 2003.
- THOMAZ, A. C. P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v.10, n.1, p.139-146, 2005.
- THOME, M.; ALDER, E. M.; RAMEL, A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress?. **International Journal of Nursing Studies**, n.43,p.11–20, 2006.
- URDANETA, J M. et al. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. **Rev. chil. obstet. ginecol.**[online],v.75, n.5, p.312-320, 2010.
- VESGA-LÓPEZ, O. et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. **Arch Gen Psychiatry.**, v.65, n.7, p.805-15, 2008.
- VIANNA, R. P. T. et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2403-2409, 2007.
- VIEIRA, G. O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.4, n.2, p.143-150, 2004.
- VISALLI, N. et al. Environmental risk factors for type 1 diabetes in Rome and province. **Arch. Dis. Child.** v.88, n.8, p.695-698, 2003.
- VITOLO, M. R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento Materno. **Rev. Psiquiatr. RS.**, v.29, n.1, p.28-34, 2007.
- WAGNER, M. B.; CALLEGARI-JACQUES, S. M. Medidas de associação em estudos epidemiológicos: risco relativo e odds ratio. **Jornal de Pediatria**, v.74, p.247-251, 1998.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v.52, n.5, p.546- 53, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. p.1-30, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child nutrition: quadrennial report**. World Health Assembly Resolution WHA 59.13, 2006.
- WUTKE, K.; DENNIS, C.L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. **Int. J. Nurs. Stud.**, v.44, n.8, p.1439-1446, 2007.

APÊNDICES



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mônica Oliveira Batista Oriá, enfermeira e professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estarei juntamente com a mestranda em Enfermagem da UFC, **Anne Fayma Lopes Chaves**, desenvolvendo a pesquisa com título “**Sintomas Depressivos no Puerpério e sua implicação na Autoeficácia em Amamentar**”, que tem como objetivo geral investigar a relação dos sintomas depressivos no puerpério com a autoeficácia da mãe em amamentar.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido você a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação na pesquisa deverá ser de livre e espontânea vontade, portanto você não será obrigada ou forçada a participar ou receberá qualquer tipo de pagamento pela mesma; ao participar da pesquisa, você não ficará exposta a nenhum risco, pois faremos apenas entrevistas e visitas a sua casa.

Informo, ainda, que você tem o direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar, sem qualquer prejuízo no atendimento no serviço de saúde; os participantes deste estudo não terão prejuízo de qualquer natureza; garantimos o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgaremos nenhuma informação que possa identificar você.

Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, você resolver desistir, terá a liberdade de sair, sem nenhum prejuízo. Lembro ainda, que sua participação não trará nenhum risco a sua saúde e será útil para os profissionais de saúde saberem se existe influência dos sintomas depressivos sobre a autoeficácia em amamentar, para que possam prestar uma assistência planejada e futuramente realizar ações que beneficiem as pacientes.

Durante a internação no alojamento conjunto você irá responder um Formulário com perguntas sobre sua vida social, econômica e seu estado de saúde e a Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada. Entre 30-45 dias após o parto, iremos realizar um telefonema para você, no qual iremos lhe perguntar sobre a saúde da criança e aplicar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, a qual verifica a presença dos sintomas depressivos.

Este documento será emitido duas vezes, sendo uma delas deixada com você. Para quaisquer esclarecimentos que você precise, é só entrar em contato com os seguintes telefones:

Pesquisadora Responsável:
Nome: Profª Mônica Oliveira Batista Oriá
Telefone: (85) 3366-8454

Mestranda (Entrevistadora):
Anne Fayma Lopes
Telefone: (85) 86997405

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo fone: 3366-8344.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito de pesquisa	
<p>Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e DOU MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.</p>	
	Fortaleza, _____ de _____ de 2012.
<p>Digital da (o) voluntária (o)</p>	
<p>Assinatura da (o) voluntária (o)</p>	<p>Profª Drª Mônica Oliveira Batista Oriá</p>
	<p>Anne Fayma Lopes</p>

APÊNDICE B - ORÇAMENTO

O estudo envolverá os seguintes gastos:

C A P I T A L	MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	QTE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	JUSTIFICATIVA
	Livros sobre o tema do estudo e desenvolvimento de pesquisas.	05	200,00	1.000,00	Para aprofundamento teórico da pesquisa.
	SUBTOTAL			1.000,00	
	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	QTE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	JUSTIFICATIVA
	Computador completo	1	1.600,00	1.600,00	Para armazenamento, tabulação e análise dos dados, bem como elaboração do relatório de pesquisa. Também será útil como fonte de pesquisa on-line. O HD Externo serve inclusive de cópia de segurança e facilita o transporte
	Notebook Sony Vaio VGN P730A	1	3.000,00	3.000,00	
	HD Externo Expansion Seagate	2	519,00	1.038,00	
	Impressora Multifuncional Laser HP M1319F	1	1.200,00	1.200,00	Para imprimir formulários de pesquisa, textos, relatórios e informes necessários ao andamento da pesquisa.
	NoBreak/ Estabilizador	1	400,00	400,00	Segurança dos Equipamentos Solicitados
	SUBTOTAL			7.238,00	
C U S T E I O	SOFTWARES	QTE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	JUSTIFICATIVA
	Software SPSS 18 para Windows	1	2.000,00	2.000,00	Softwares para análise estatística dos dados do estudo.
	Licenças para o Norton Antivírus	2	200,00	400,00	Segurança das informações do estudo que serão armazenadas nos 2 computadores .
	EndNote	1	500,00	500,00	Gerenciamento dos textos a serem produzidos
	SUBTOTAL	---	---	2.900,00	---
	MATERIAL DE CONSUMO	QTE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	JUSTIFICATIVA
Toner para impressora	10	200,00	2.000,00	Materiais necessários para o andamento do projeto.	
Papel A4	40	15,00	600,00		
SUBTOTAL			2.600,00		
	SERVIÇOS DE				

C U S T E I O	TERCEIROS, PESSOA FÍSICA				
	Especialista em Banco de Dados	1	500,00	500,00	Construção da Base de dados utilizando o Access para dupla digitação para aumentar a segurança e o rigor dos dados.
	Técnico de informática	1	500,00	500,00	Manutenção dos equipamentos solicitados
	SUBTOTAL			1.000,00	
ORÇAMENTO TOTAL				R\$ 14.738,00	

Obs.: Este projeto será financiado pelo CNPq (Número do processo: 481719/2010-5).

Profª. Drª. Mônica Oliveira Batista Oriá
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem – UFC

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Código: _____ Data da Entrevista: ___/___/___

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____ Telefone: _____

Procedência:

1 Cidade: 1. Fortaleza 2. Outros

2 Estado: 1. Ceará 2. Outros

3 Idade: _____ anos

4 Raça: 1. Branca 2. Parda 3. Amarela 4. Negra 5. Outros _____

5 Estado civil: 1. Solteira 2. União Estável 3. Viúva 4. Divorciada 5. Casada

6 Profissão: 1. Doméstica 2. Dona do Lar 3. Manicure 4. Costureira 5. Outras: _____

7 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. Outros: _____

8 Renda Familiar: _____ reais

9 N° de moradores em domicílio: _____ pessoas

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

13. Gestações _____

14. Partos _____

15. Abortos _____

16. Natimorto 1. Sim 2. Não

17. Morte neonatal (0 a 28 dias incompletos): 1. Sim 2. Não

18. Tipos de partos anteriores: () 1 Cesáreo () 2 Vaginal

19. História anterior de prematuridade: () 1 Sim () 2 Não

20. Realizou prática da amamentação anteriormente? () 1 Não () 2 Sim

21. Seus filhos moram com você? () 0 Não se aplica () 1 Sim () 2 Não

22. Você entregou algum de seus filhos para doação? () 0 Não se aplica () 1 Sim () 2 Não

23. Caso tenha doado algum filho: doou para algum parente (Ex.: mãe, avó, tia)?

() 0 Não se aplica () 1 Parente () 2 instituição () 3 Desconhecido

II. GESTAÇÃO ATUAL

26. Gestação atual foi planejada? () 1 Não () 2 Sim

27. Atualmente está satisfeita com a gestação? () 1 Não () 2 Sim

28. Seu parceiro está satisfeito com sua gestação? () 1 Não () 2 Sim

29. Seus familiares estão satisfeitos com sua gestação? () 1 Não () 2 Sim

30. Houve tentativa de aborto? () 1 Sim () 2 Não

31. Ocorreu intercorrências durante a gestação? () 1 Sim () 2 Não

Se sim, qual Motivo? 0. () Não se aplica 1. () ITU 2. () Síndrome Hipertensiva 3. () Diabetes Gestacional 4.

() Outros: _____

32. O sexo da criança que você está esperando corresponde aquele que você desejava? () 1 Não () 2 Sim

CONTATO VIA TELEFONE**III.PUERPÉRIO**

Semanas de Puerpério	_____dias
Está amamentando?	() 1 Não () 2 Sim
Como?	0. Não se aplica 1. AM Misto/Parcial 2. AM Complementado 3. Aleitamento Materno 4. AM. Predominante 5. AM Exclusivo
Como se sente após o nascimento do bebê?	1.indiferente 2.angustiada 3.triste 4.feliz

IV. DADOS DO RECÉM-NASCIDO

45. Sexo: () 1 Masculino () 2 Feminino

46. Foi internado? () 1 Sim () 2 Não

47. Por quanto Tempo: _____ dias

48. Motivo da Internação do Bebê:

- 0. Não se aplica
- 1. Infecção
- 2. Icterícia
- 3. Outros

49. Possui algum familiar/parente que lhe dá suporte no cuidado ao bebê?

() 1 Não () 2 Sim

50. Seu filho (a) apresenta algum tipo de patologia? () 1 Sim () 2 Não

Se sim, Qual (is)?

0. () Não se aplica 1. () Fenda Palatina 2. () Problemas Respiratórios 3. () Problemas Cardíacos 4. () Outros: _____

ANEXOS



ANEXO A - ESCALA DE EDIMBURGO

NOS ÚLTIMOS SETE DIAS

- 1) Eu tenho sido capaz de rir a achar graça das coisas:
- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida menos que antes
- De jeito nenhum
- 2) Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:
- Como sempre senti
- Talvez menos do que antes.
- Com certeza menos.
- De jeito nenhum
- 3) Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:
- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.
- 4) Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:
- Não, de maneira alguma.
- Pouquíssimas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Sim, muitas vezes
- 5) Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:
- Sim, muitas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não, muitas vezes.
- 6) Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:
- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.
- 7) Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:
- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.
- 8) Eu tenho me sentido triste ou arrasada:
- Sim na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, de jeito nenhum.
- 9) Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:
- Sim, quase todo o tempo.
- Sim, muitas vezes.
- De vez em quando.
- Não, nenhuma vez.
- 10) A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:
- Sim, muitas vezes, ultimamente.
- Algumas vezes nos últimos dias.
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez.

**ANEXO B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA
ABREVIADA**

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	2	3	4	5
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 3 - APROVAÇÃO DO COMEPE



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 405/11

Fortaleza, 16 de fevereiro de 2012

Protocolo COMEPE nº339 /11

Pesquisador responsável: Mônica Oliveira Batista Ória.

Título do Projeto: "Depressão pós-parto e sua implicação na auto-eficácia de amamentar"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 15 de fevereiro de 2012.

Outrosim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto

Atenciosamente,



Dr. Fernando A. Torres Garcia
Coordenador do COMEPE
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFCE

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza - Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde da SER I / Atenção Básica / Saúde Mental / Direção do Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará / Assessora técnica da Educação Permanente.

Dr. Eymard Bezerra Maia / Dr. Geraldo Magela Araújo Leite / Dra. Juliana Gaspar Azevedo / Dra. Mônica Santos

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **"DEPRESSÃO PÓS – PARTO E SUA IMPLICAÇÃO NA AUTO - EFICÁCIA DE AMAMENTAR"**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora ANNE FAYMA LOPES aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC e ainda estão envolvidas neste estudo a bolsista KARINE DE CASTRO PERFEIRA BEZERRA e as acadêmicas de Enfermagem ANA LUIZA MELO LIMA, SABRINE RODRIGUES FEITOSA, ROBERTA MARJORIE CUNHA PINTO, MARIA RAFAELE PERFEIRA BEZERRA, ANA PAULA DE OLIVEIRA LIMA E RAFAELLE DANTAS BEZERRA estão sob orientação da Professora Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.

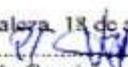
- A pesquisa será realizada no HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DA BARRA DO CEARÁ NA SER I.

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de ABRIL A JUNHO DE 2012.

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER I – ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.

Comunicamos ainda que o SMSSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 18 de abril de 2012.


Ana Paula Cavalcante Ramalho Brillante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

*Instituto Cearense de Saúde Pública
Coordenadora do Sistema
Municipal de Saúde Escola*



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua Antonio Augusto, 1571, Mérvila, Fortaleza - Ce, (85) 3131.1694 / (85) 3105.1473.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde da SER V / Atenção Básica / Saúde Mental /
Direção do Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter / Assessora técnica da Educação
Permanente.

Dra. Terzinha de Jesus Muniz Ferreira / Dr. Francisco Gilvan Bezerra / Dra. Iviza Samara
Maciel Marques.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa
intitulada: **"DEPRESSÃO PÓS - PARTO E SUA IMPLICAÇÃO NA AUTO - EFICÁCIA
DE AMAMENTAR"**

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora ANNE FAYMA LOPES
aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC e ainda
está envolvida neste estudo a bolsista KARINE DE CASTRO PEREIRA BEZERRA e as
acadêmicas de Enfermagem ANA LUIZA MELO LIMA, SARRINE RODRIGUES
FEITOZA, ROBERTA MARJORIE CUNHA PINTO, MARIA RAFAELE PEREIRA
BEZERRA, ANA PAULA DE OLIVEIRA LIMA E RAFAELLE DANTAS BEZERRA
estão sob orientação da Professora Dra. Mônica Oliveira Batista Orsi.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada
pela pesquisadora.

- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO
DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO
PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.

- A pesquisa será realizada no HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DO JOSÉ
WALTER NA SER V.

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de ABRIL A JUNHO DE 2012.

- A pesquisadora deverá apresentar após a coleta os resultados do estudo para o Sistema
Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER V - ORAL E IMPRESSO PARA
COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.

Comunicamos ainda que o SMSSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de
sua Coordenação.

Fortaleza, 18 de abril de 2012.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brillante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Sistema Municipal de Saúde Escola
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Antonio Augusto,
1571 - Mérvila - Fortaleza - CE



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua Antonio Augusto, 1571, Meireles, Fortaleza - Ce. (85) 3131.1894 / (85) 3105.1473.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde da SER V / Atenção Básica / Saúde Mental / Direção do Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter / Assessora técnica da Educação Permanente.

Dra. Terzinha de Jesus Muniz Ferreira / Dr. Francisco Gilvan Bezerra / Dra. Iviza Samara Maciel Marques.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **"DEPRESSÃO PÓS - PARTO E SUA IMPLICAÇÃO NA AUTO - EFICÁCIA DE AMAMENTAR"**

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora ANNE FAYMA LOPES aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC e ainda estão envolvidas neste estudo a bolsista KARINE DE CASTRO PEREIRA BEZERRA e as acadêmicas de Enfermagem ANA LUIZA MELO LIMA, SARRINE RODRIGUES FEITOZA, ROBERTA MARJORIE CUNHA PINTO, MARIA RAFAELE PEREIRA BEZERRA, ANA PAULA DE OLIVEIRA LIMA E RAFAELLE DANTAS BEZERRA estão sob orientação da Professora Dra. Mônica Oliveira Batista Orsi.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.

- A pesquisa será realizada no HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA DO JOSÉ WALTER NA SER V.

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de ABRIL A JUNHO DE 2012.

- A pesquisadora deverá apresentar após a coleta os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER V - ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.

Comunicamos ainda que o SMSSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 18 de abril de 2012.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brillante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Sistema Municipal de Saúde Escola
Distrito de Saúde da SER V
Atenção Básica