

Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte

Erika de Sá Vieira¹
Nathalia Torquato Caldeira²
Daniella Soares Eugênio³
Marina Moraes di Lucca⁴
Isília Aparecida Silva⁵

Objetivo: avaliar a autoeficácia para amamentação, a presença de sintomas de depressão no período pós-parto e a associação entre autoeficácia na amamentação e depressão pós-parto, com a interrupção do aleitamento materno exclusivo. Método: estudo de coorte realizado com 83 mulheres. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Autoeficácia para amamentação e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo. A análise estatística foi feita por meio dos testes log-rank, análise de variância e modelo de sobrevivência de Cox. Resultados: os níveis de autoeficácia para amamentação ($p=0,315$) e depressão pós-parto ($p=0,0879$), ao longo do tempo, não evidenciaram diferença estatística. As chances de interrupção do aleitamento materno exclusivo diminuem em 48% com a melhora do nível baixo de autoeficácia para médio e em 80% de médio para alto. Puérperas com escore ≥ 10 na Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo interrompem o aleitamento exclusivo, em média, 10 dias antes do que aquelas com escore ≤ 9 , cuja mediana de aleitamento materno foi de 38 dias após o parto. Conclusão: a autoeficácia para amamentação revelou-se como fator de proteção para o aleitamento materno exclusivo, enquanto a depressão pós-parto configura-se como fator de risco.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Saúde Mental; Período Pós-Parto; Aleitamento Materno; Autoeficácia; Desmame.

¹ PhD, Professor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Enfermeira Residente, Programa Multidisciplinar em Aleitamento Materno, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Especialista em Cuidados no Pré-natal, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Especialista em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3035. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>. mês dia ano

URL

Introdução

Considerada a intervenção isolada mais eficaz na saúde pública, a prática do aleitamento materno, exclusivo até os seis meses de vida da criança e complementar até dois anos ou mais, poderia evitar, anualmente, a morte de seis milhões de crianças menores de um ano de vida, ao prevenir infecções gastrointestinais e respiratórias, síndrome infantil da morte súbita, obesidade e desnutrição⁽¹⁻²⁾. No entanto, 36% é a média global de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses de vida. Elevar essa média é um desafio nacional e internacional⁽²⁾.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal mostra que a média de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses, no conjunto das capitais brasileiras, é de 41%, com destaque para a região Norte (45,9%), seguida pelas regiões Centro-Oeste (45%), Sul (43,9%), Sudeste (39,4) e Nordeste (37%)⁽³⁾.

A confiança da mãe em sua capacidade para amamentar seu filho tem se mostrado um importante fator protetor na prática do aleitamento materno exclusivo, visto que mulheres com elevado nível de autoeficácia para amamentação apresentam maior esforço e persistência para superar as possíveis dificuldades, que são interpretadas como desafios positivos, e não como razão de desânimo. Mulheres com baixa autoeficácia apresentam três vezes mais chances de interromper o aleitamento materno precocemente⁽⁴⁻⁶⁾.

Baixa escolaridade, primigestação, baixa adesão às consultas de pré-natal, ausência de parceiro, conflitos intra e/ou interpessoais, dor de baixa ou moderada intensidade e depressão pós-parto são considerados fatores de risco para a autoeficácia para amamentação, ao passo que amamentação na primeira hora de vida, decisão de amamentar ainda na gestação, experiência prévia de amamentação e suporte social são fatores de proteção^(4,7-10).

A saúde mental materna, principalmente a depressão, tem grande impacto na saúde da mulher e da criança⁽¹¹⁾. Estima-se que 5,2-32,9% das mulheres apresentem depressão durante a gestação e 4,9-59,4% no período pós-parto, dependendo dos critérios e parâmetros adotados para diagnóstico e identificação, respectivamente⁽¹²⁾. Evidências comprovam que, quando não identificados e tratados adequadamente, os sintomas de depressão podem manter-se por meses ou até anos após o parto, aumentando o risco de suicídio materno⁽¹²⁻¹³⁾.

A depressão pós-parto (DPP) pode ser caracterizada por sintomas de irritabilidade, perda da capacidade

de sentir prazer, ansiedade, desânimo persistente, sentimento de culpa, entre outros. Tais sintomas têm início geralmente entre a quarta e sexta semana após o parto e interferem no bem-estar físico e mental da mulher, na saúde do lactente e na relação de ambos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Constituem-se como fator de risco para a DPP a baixa condição socioeconômica, conflitos intra e ou interpessoais e eventos de vida estressores, tais como problemas de saúde e intercorrências na gestação, parto, pós-parto e amamentação⁽¹¹⁾.

Estudos evidenciam que mulheres com DPP apresentam interação deficiente com seus filhos, percepção mais negativa sobre o comportamento da criança, risco aumentado de interrupção precoce do AME e associação positiva com desnutrição infantil^(5,11,16-17).

A associação entre a amamentação e a saúde mental materna é confirmada em diversos estudos, apesar de resultados não conclusivos quanto à relação de causa e efeito. As dificuldades para amamentar e o desmame mostram-se como uma das causas do incremento nas taxas de depressão pós-parto, além de confirmarem a influência positiva da prática de amamentar na redução dos sintomas de DPP. No entanto, existe uma probabilidade maior de que a prática do aleitamento materno seja afetada pela depressão pós-parto^(5,18-20).

Ao considerar a relevância do aleitamento materno e da saúde mental da puérpera para a melhoria dos índices de morbidade infantil e materna, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: "A autoeficácia para amamentação e os sintomas de depressão no período pós-parto estariam associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo?"

Para respondê-la, o presente estudo teve como objetivo avaliar a autoeficácia para amamentação, a presença de sintomas de depressão pós-parto e a associação entre autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto, com a interrupção do aleitamento materno exclusivo.

Método

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo realizado no Centro de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno e Banco de Leite Humano, vinculado à Universidade Federal de São Paulo, situado no município de São Paulo.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado admitindo uma incidência de 20% de mulheres com DPP⁽²¹⁾, erro de 9% e limite de confiança de 95%, resultando em um mínimo de 76 participantes. Como critério de inclusão, consideraram-se as mulheres que estavam amamentando exclusivamente seus recém-

nascidos. O critério de exclusão foi estar com mais de 60 dias pós-parto no momento da primeira entrevista.

No período de julho de 2013 a outubro de 2015, definido para inclusão das participantes, 208 mulheres, em seguimento no ambulatório de aleitamento materno, aceitaram participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O seguimento manteve-se até abril de 2016, com 83 mulheres acompanhadas por 210 dias pós-parto, tempo definido como corte para análise dos dados deste estudo. As demais 125 desistiram de continuar o seguimento de longo prazo, mas mantiveram-se por tempo suficiente para compor a amostra de estudo transversal prévio⁽⁵⁾.

Com o objetivo de prevenir o desmame precoce, o ambulatório de aleitamento materno realiza consultas mensais, ou em intervalos menores na presença de intercorrências, de seguimento dos binômios (mãe e criança). As entrevistas para coleta de dados foram realizadas mensalmente no ambulatório por dois profissionais da área da saúde previamente treinados pela pesquisadora, durante o retorno das mulheres às consultas de aleitamento. Em caso de indisponibilidade das mulheres para responder aos instrumentos durante a permanência no serviço, optou-se pelo envio de e-mail com link de acesso para responder ao instrumento via Internet ou, ainda, por entrevistas telefônicas realizadas em dia e horário previamente combinados. As ligações foram gravadas e as respostas transcritas para os instrumentos pelo entrevistador.

Os dados sociodemográficos (idade, escolaridade, ocupação profissional, situação de marital e renda familiar), histórico obstétrico (número de gestações, paridade, número de consultas pré-natal na gestação atual e intercorrência na gestação, parto e/ou pós-parto atual) e psiquiátrico (antecedente psiquiátrico, antecedente de depressão ao longo da vida), características da prática da amamentação (antecedente de amamentação, tipo de aleitamento materno praticado e intercorrência na amamentação atual) e características voltadas às relações intra e interpessoais (histórico de violência, queixas em relação a si mesma, parceiro e/ou criança atual e, ainda, satisfação com o relacionamento marital e familiares estabelecida pela puérpera) foram coletados dos prontuários e registrados em um instrumento desenvolvido especificamente para este estudo.

Os instrumentos utilizados para identificação do nível de autoeficácia para amamentação e rastreamento de sintomatologia de DPP foram a Escala de Autoeficácia para Amamentação (BSES) e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgh (EPDS), respectivamente, todos validados para o Brasil^(6,22).

As escalas BSES e EPDS foram aplicadas em até sete momentos distintos, de acordo com o número de dias após o parto: 0 a 30 dias, 31 a 60 dias, 61 a 90 dias, 91 a 120 dias, 121 a 150 dias, 151 a 180 dias e 181 a 210 dias.

A EPDS⁽²²⁾ é escala do tipo Likert, composta por 10 enunciados acerca da severidade ou duração da sintomatologia, experimentada ou não, na semana que antecede à aplicação do teste. A pontuação da EPDS varia de 0 a 30 pontos, sendo 10 a pontuação de corte preconizada nacionalmente na triagem de sintomas de DPP.

A BSES, também do tipo Likert, com um total de 33 itens, avalia duas categorias de domínio: Técnica e Pensamentos Intrapessoais. A primeira categoria é composta de 20 itens referentes ao manejo técnico da amamentação. A segunda, composta de 13 itens, avalia o desejo, a motivação e a satisfação da mulher em relação a essa prática. Para cada item investigado, existe uma pontuação que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). O escore total varia entre o mínimo de 33 e o máximo de 165 pontos, classificando a autoeficácia para amamentação em três níveis: baixa (33 a 118 pontos), média (119 a 137) ou alta (138 a 165)⁽²³⁻²⁴⁾.

Os dados de caracterização sociodemográfica, clínica e relacional foram analisados descritivamente. Para avaliar a autoeficácia para amamentação e a depressão pós-parto no período estudado, bem como analisar a associação do tempo até a interrupção do aleitamento materno exclusivo com os níveis de autoeficácia para amamentação e a presença dos sintomas de depressão pós-parto, realizou-se o teste log-rank para comparar as curvas de sobrevivência (Kaplan-Meier) de maneira bivariada e o modelo de sobrevivência de Cox para fazer análise multivariada.

Adotou-se o modelo de sobrevivência com riscos proporcionais de Cox, que considera como covariáveis BSES e EPDS medidos em diferentes instantes de tempo, para aumentar a precisão das estimativas de incidência de DPP, incorporando os dados de todas as mulheres que foram acompanhadas por menos de 210 dias e não tiveram depressão. O modelo levou em conta o tempo de aleitamento até a interrupção do AME, bem como a censura causada quando não foi possível observar a interrupção de AME durante o tempo de acompanhamento da investigada.

Para avaliar se os valores das escalas são diferentes ao longo dos sete instantes de aplicação, foi realizado o teste ANOVA não paramétrico para medidas repetidas, considerando apenas o tempo (instantes de aplicação) como fator.

O software utilizado para a análise dos dados é o R 3.1.2, sendo o nível de significância adotado para todas as análises de 0,05.

Trata-se de uma investigação extraída da pesquisa "A interface entre a vivência dos sintomas de depressão pós-parto e do processo de amamentação", vinculada ao Programa de Pós-doutoramento da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2016. O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 14507113.9.0000.5392.

Resultados

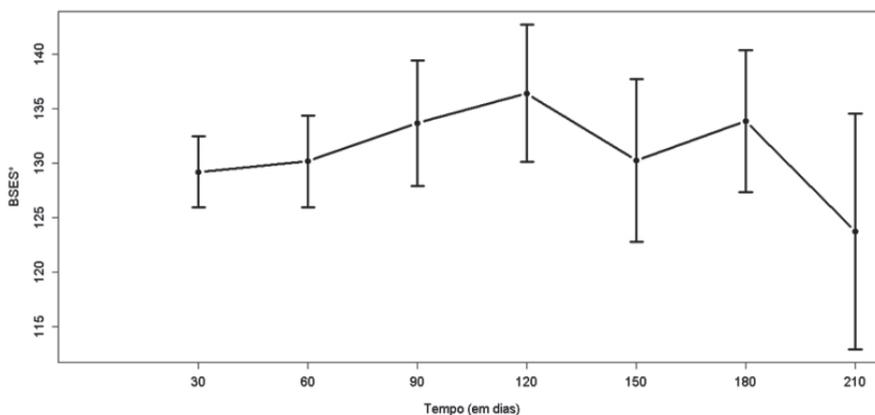
As 83 puérperas tinham, em média, 30 anos. Quanto à escolaridade, 41,55% possuíam nível médio e 40,58% superior, sendo que 50,72% tinham vínculo formal de trabalho e 54,68% renda familiar ≥ 1 até 3 salários mínimos. A maioria (86,96%) das mulheres vivia com o parceiro, com média de 2,26 gestações, e 97,6% das participantes realizaram mais de seis consultas de pré-natal. Intercorrências na gestação, parto e pós-parto

estiveram presentes em 51,92%, 18,05% e 18,84% dos casos, respectivamente.

Dentre as puérperas, 38,12% possuíam experiência anterior de amamentação e, nos primeiros 60 dias após o parto, 62,14% tiveram algum tipo de intercorrência para amamentar o filho atual.

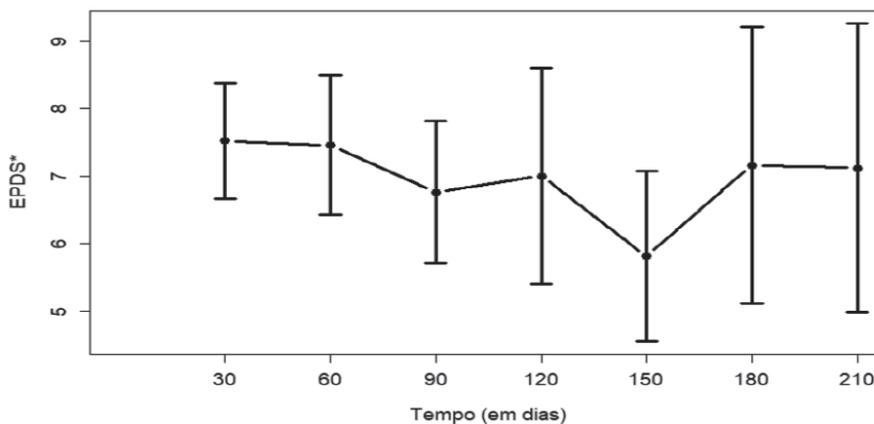
Relataram ter sido vítimas de qualquer tipo de violência ao longo da vida 19,61% das mulheres. Antecedentes relacionados a transtornos psiquiátricos estiveram presentes em 30,39% da amostra, sendo 27,32% ligados a episódio anterior de depressão. A maioria das puérperas negou queixas relacionadas a si mesma (66,83%), à criança (88,29%) ou ao parceiro (86,22%). A relação conjugal após o nascimento do bebê apresentou uma melhora para 53,06% das mulheres. A percepção acerca da relação com os familiares, em geral, foi satisfatória em 87,75% dos casos.

Os níveis de autoeficácia para amamentação ($p=0.315$) e a presença de sintomas de DPP ($p=0.0639$), ao longo do tempo, ilustrados nos gráficos das Figuras 1 e 2, não evidenciaram diferença estatística ao longo dos meses.



*Escala de Autoeficácia para Amamentação

Figura 1: Autoeficácia para amamentação no seguimento de 30 a 210 dias pós-parto (média e intervalo com 95% de confiança). São Paulo, SP, Brasil, 2013 a 2016



*Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo

Figura 2: Escores de sintomas de depressão pós-parto no seguimento de 30 a 210 dias pós-parto (média e intervalo com 95% de confiança). São Paulo, SP, Brasil, 2013 a 2016

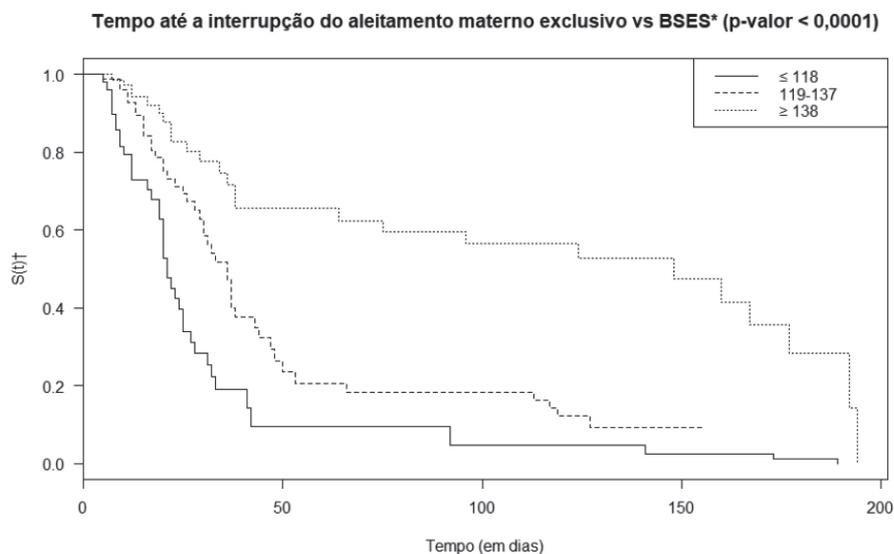
A análise do tempo até a interrupção do AME de 0 dias até 210 dias após o parto foi dividida segundo os seguintes aspectos: geral, níveis de BSES e EPDS, além de modelo de Cox para relacionar o tempo até a interrupção do AME com as escalas de EPDS e BSES em conjunto.

A interrupção do AME foi acentuada até os primeiros 60 dias, seguida de um discreto decaimento após esse período inicial. A mediana foi de 36 dias após o parto.

Na análise do tempo até a interrupção do AME, dividida pelos níveis de BSES (Figura 3), verificou-se que existe uma interrupção mais rápida para o grupo de mulheres com ≤ 118 pontos na escala de BSES. O tempo mediano de desmame para esse grupo foi de 21

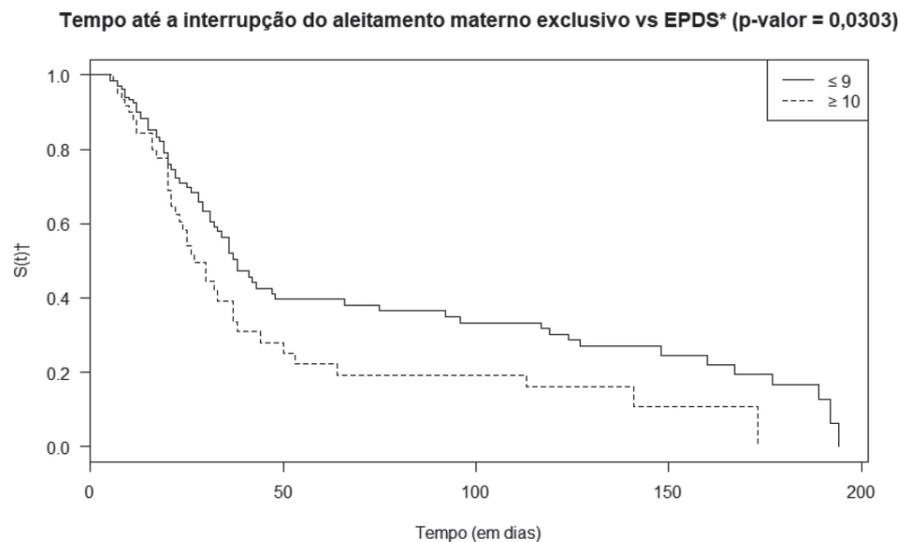
dias após o parto, enquanto que para os grupos com pontuação 119 a 137 e ≥ 138 foi de 36 e 148 dias, respectivamente, sendo estatisticamente diferentes (p -valor $< 0,0001$) quando aplicamos o modelo de Cox somente com a escala BSES.

O tempo até a interrupção do AME, estratificado segundo a EPDS, evidenciou a existência de uma interrupção mais rápida para o grupo de puérperas com ≥ 10 pontos na escala de EPDS. A mediana no grupo com ≤ 9 pontos foi de 38 dias e no grupo com ≥ 10 pontos foi de 27 dias após o parto. O tempo até interrupção nos dois grupos (Figura 4) é estatisticamente diferente (p -valor $< 0,0303$) quando aplicado o modelo de Cox somente com a escala EPDS.



*Escala de Autoeficácia para Amamentação; † Teste t de Student

Figura 3: Tempo até a interrupção do aleitamento materno exclusivo por níveis de autoeficácia para amamentação. São Paulo, SP, Brasil, 2013 a 2016



*Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo; † Teste t de Student

Figura 4: Tempo até a interrupção do aleitamento materno exclusivo por grupo segundo estratos da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo. São Paulo, SP, Brasil, 2013 a 2016

Os resultados decorrentes do modelo de riscos proporcionais de Cox, do tempo até a interrupção do AME com as escalas BSES e EPDS, medidas ao longo do tempo, mostram que, na presença da escala de BSES, a EPDS passa a não ser estatisticamente significativa ($p=0,9076$). A chance da interrupção do AME, quando passamos da faixa de ≤ 118 para a 119 a 137, diminui em 48% ($p=0,0058$) e, se passarmos para ≥ 138 , em 80% ($p<0,01001$). A suposição de riscos proporcionais foi verificada, mas não encontramos evidências suficientes para refutá-la.

Discussão

Conhecer os aspectos de fragilidade na percepção materna acerca de sua habilidade de amamentar o filho é de suma importância para o estabelecimento e manutenção da amamentação, visto que tais aspectos são modificáveis⁽²⁵⁻²⁶⁾.

O incremento nos níveis de autoeficácia para amamentação nos primeiros 120 dias após o nascimento da criança, identificado no presente estudo e compatível com a literatura, pode estar relacionado à adaptação das puérperas às necessidades da criança⁽²⁶⁾. Mais seguras e menos ansiosas na função materna, as mulheres sentem-se mais confiantes em sua capacidade de interpretar e resolver as dificuldades da amamentação, experiência vivenciada por 62,14% das investigadas. Tal resultado é compatível com a literatura científica, que aponta entre 60% a 80% das puérperas com algum problema para amamentar⁽²⁷⁻²⁹⁾.

O decréscimo nos níveis de autoeficácia na amamentação a partir dos 120 dias pós-parto pode estar relacionado ao retorno da mulher ao trabalho. Considerando que 50,72% das mulheres deste estudo possuem vínculo formal de trabalho e licença maternidade de 120 dias, os dados reforçam o impacto negativo do retorno ao trabalho para a manutenção do AME^(4,25).

A relação dos níveis de autoeficácia e a duração da amamentação mostram interrupção mais rápida do AME entre as puérperas com baixa autoeficácia (mediana de 21 dias). Por outro lado, as que apresentam níveis de autoeficácia médio e alto mostram mediana de 36 e 148 dias de AME, respectivamente. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^(18,25,30), o que reforça a necessidade de identificação precoce e avaliação contínua, pelos profissionais, dos aspectos de maior dificuldade da mulher ao longo do processo de amamentação, com vistas a realizar intervenções individualizadas e efetivas que aumentem sua confiança na função de nutriz.

Neste estudo, a chance de interrupção do AME reduz significativamente com o incremento do nível

autoeficácia na amamentação, diminuindo em 48% quando passamos da baixa para média autoeficácia e 80% da média para a alta. Ao levar em conta que as taxas mundiais de início e manutenção da amamentação, mais especificamente do aleitamento materno exclusivo, são insatisfatórias e que crianças com menos de seis meses não são amamentadas em 53%, 61% e 63% dos países de renda baixa, média-baixa e média superior, respectivamente, os resultados do presente estudo mostram-se relevantes⁽²⁾.

A relação entre a amamentação e os sintomas de depressão materna também parece estar mediada pela intenção da mulher, durante a gestação, de praticar o aleitamento materno após o nascimento da criança. Investigando mulheres da gestação até 32 semanas pós-parto, um estudo evidenciou que mulheres não deprimidas e com expectativa de amamentar na gestação apresentam menor risco de desenvolver depressão pós-parto quando obtêm sucesso no aleitamento materno. Assim, não conseguir amamentar como esperado aumenta o risco de DPP⁽¹⁶⁾.

Outros trabalhos apontam que a presença de sintomas depressivos no pós-parto aumentam as chances de dificuldades da díade mãe/bebê na amamentação, diminuem a confiança materna para amamentar, além de elevar a probabilidade de interrupção do AME, confirmando os achados do presente estudo^(10,18-19,25,28).

Ao analisar a interrupção do AME e sua relação com a DPP, os dados revelam que puérperas com ≥ 10 pontos na EPDS abandonam o aleitamento exclusivo, em média, 10 dias antes daquelas com ≤ 9 pontos. Pesquisas mostram que mulheres com sintomas depressivos durante a gestação apresentam maior probabilidade de introduzir, precocemente, fórmula láctea na alimentação da criança e que o aumento em um só ponto no total da EPDS, aplicada no pós-parto imediato, aumenta em 6% as chances de desmame entre 12 a 14 semanas de vida da criança, período identificado como crítico para a interrupção do AME no presente estudo^(25,31).

Os resultados desta pesquisa reforçam as evidências acerca da importância de se considerar a saúde mental da mulher e sua associação com o nível de autoeficácia na amamentação como estratégia de melhoria dos índices globais de morbidade materna e infantil. Nesse sentido, a aplicação contínua da BSES e da EPDS foi implantada no ambulatório de aleitamento materno do local de estudo, com adesão da equipe multiprofissional, permitindo o acompanhamento dos níveis de confiança das puérperas em manter o aleitamento materno exclusivo, a identificação precoce e o encaminhamento para definição da terapêutica adequada das mulheres com DPP.

Como limitações deste estudo, consideram-se as dificuldades de seguimento prolongado, posto que muitas mulheres desistiram do acompanhamento em longo prazo, em geral após 120 dias, o que aponta para a possível implementação de seguimento telefônico como estratégia de identificar eventuais demandas e intervenções de apoio para esse grupo. Além disso, não foi o propósito desta pesquisa incluir mulheres no período gestacional, controlar as variáveis de outros tipos de aleitamento materno além do AME e realizar o diagnóstico clínico de DPP. Futuras pesquisas são necessárias para aprofundar o conhecimento acerca das possíveis associações entre o processo de amamentação e as variáveis acima citadas com a depressão, da gestação até doze meses pós-parto.

Conclusão

Os resultados revelam que as chances de interrupção do AME diminuem em 80% quando as mulheres passam de médio para alto nível de autoeficácia, bem como em 48% ao passar de baixa para média autoeficácia na amamentação, o que demonstra a existência da associação positiva sobre o aleitamento materno exclusivo. A presença de sintomas de DPP apresentou associação estatisticamente significativa (p -valor $< 0,0303$) na interrupção do AME. No entanto, não foi observada associação entre a autoeficácia mensurada pela BSES e os sintomas de DPP avaliados pela EPDS, no grupo pesquisado. Os níveis de autoeficácia para amamentação e de DPP mantiveram-se no mesmo padrão no período avaliado. Portanto, a autoeficácia para amamentação revelou-se como fator de proteção para o aleitamento materno exclusivo, sendo a depressão pós-parto um fator de risco.

Referências

1. World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2001[cited Mar 5, 2018]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/
2. Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30; 387(10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e

Distrito Federal. [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012

4. Haga SM, Ullerber P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Jun 27; 15(3):175-84. doi:10.1007/s00737-012-0274-2
5. Abuchaim ESV, Caldeira CT, Lucca MMD, Varela M, Silva IS. Postpartum depression and maternal self-efficacy for breastfeeding: prevalence and association. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2016 Dec [cited Mar 5, 2018];29(6):664-670. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000600664&lng=en.
6. Oriá MOB, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2010 Apr [cited Mar 5, 2018];23(2):230-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200013&lng=en.
7. Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev Rene*. 2014; 15(5):771-9. doi:10.15253/2175-6783.2014000500006
8. Kington D, Dennis CL, Sword W. Exploring Breastfeeding Self-Efficacy. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007 Jul-Sep; 21(3):207-15. doi: 10.1097/01.JPN.0000285810.13527.a7
9. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc*. 2013 Mar; 4(1):9-15. doi:10.1016/j.srhc.2012.12.001
10. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009 Apr; 123(4):e736-51. doi:10.1542/peds.2008-1629
11. Atif N, Lovell k, Rahman A. Maternal mental health: the missing "m" in the global maternal and child health agenda. *Semin Perinatol*. 2015 Aug; 39(5):345-52. doi: 10.1053/j.semperi.2015.06.007
12. Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women low and lower-middle-income countries: systematic review. *Bull Wrld Health Organ*. 2012; 90:139-49G. doi:10.2471/BLT.11.091850
13. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016 Jan; 77:153-66. doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
15. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr. Postpartum psychiatric disorders. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010; 37(6): 288-94. doi:10.1590/S0101-60832010000600006.
16. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions. *Matern Child Health J.* 2015; 19:897-907. doi:10.1007/s10995-014-1591-z
17. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015; 171:142-54. doi:10.1016/j.jad.2014.09.022
18. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013; 9:379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
19. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord.* 2013 Apr 5; 146(2):224-30. doi:10.1016/j.jad.2012.09.009
20. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics.* 2013 Mar; 131(4):e1218-e24. doi:10.1542/peds.2012-2147
21. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2011 Dec; 11(4):369-79. doi:10.1590/S1519-38292011000400003.
22. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Post-natal depression self-rating scales: Brazilian study. *Rev Psiq Clin.* 1999; 26(2): e90-5.
23. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saúde Pública.* 2014 Oct; 48(6):985-94. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005340.
24. Blyth R, Creedy D, Moyle W, Pratt J, Vries SM, Haely G. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact.* 2004 Feb; 20(1):30-8. doi:10.1177/0890334403261109
25. Henshaw E, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *J Hum Lact.* 2015 Aug; 31(3):511-8. doi:10.1177/0890334415579654
26. Yang X, Gao LL, Ip WY, Sally Chan WC. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery.* 2016 Oct; 41:1-8. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.011.
27. Chaput KH, Nettel-Aguirre A, Musto R, Adair CE, Tough SC. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *CMAJ Open.* 2016 Jan-Mar; 4(1):E103-E109. doi: 10.9778/cmajo.20150009
28. Islam MJ, Baird K, Mazerolle P, Broidy L. Exploring the influence of psychological factors on exclusive breastfeeding in Bangladesh. *Arch Womens Ment Health.* 2017 Feb; 20(1):173-88. doi: 10.1007/s00737-016-0692-7
29. Bergmann RL, Bergmann KE, von Weizsäcker K, Berns M, Henrich W, Dudenhausen JW. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers - a review of the scientific evidence. *J Perinatol Med.* 2014 Jan; 42(1):9-18. doi:10.1515/jpm-2013-0095
30. Rocci E, Fernandes RAQ. Breastfeeding difficulties and influence in the early weaning. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1):22-7. doi: 10.5935/0034-7167.20140002
31. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2014 Apr; 44(5):927-36. doi:10.1017/S0033291713001530

Recebido: 14.02.2017

Aceito: 20.05.2018

Correspondência:

Erika de Sá Vieira
 Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem
 R. Leonardo Cerveira Varandas, 50
 Bairro: Paraíso do Morumbi
 CEP: 05705-270, São Paulo, SP, Brasil
 E-mail: erika.vieira@unifesp.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.