

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**CORRELAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA EM
AMAMENTAÇÃO E DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Amanda Fernandes Pereira Brito

Amanda Rassi

Júlia Moura Nader

Letícia Ohana de Oliveira Carvalho

Nathália de Carvalho Moreira

Anápolis – GO
2020

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**CORRELAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA EM
AMAMENTAÇÃO E DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de curso apresentado à disciplina de
Iniciação Científica do curso de medicina da
UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof.^a
Ms. Marluce Martins Machado da Silveira.

Anápolis – GO
2020



**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

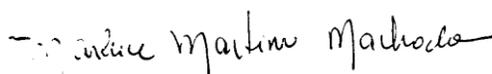
Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade de Medicina – UniEVANGÉLICA

Eu, Prof^(a) Orientador **Marluce Martins Machado da Silveira** venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as) **Amanda Fernandes Pereira Brito, Amanda Rassi, Júlia Moura Nader, Letícia Ohana de Oliveira Carvalho e Nathália de Carvalho Moreira** estão com a versão final do trabalho intitulado “**Correlação entre autoeficácia em amamentação e depressão pós-parto**”, pronta para ser entregue a esta coordenação.

Observações:

Anápolis, 21 de maio de 2020.



Professor(a) Orientador(a)

RESUMO

A gestação é um período de intensas mudanças na vida da mulher e de sua família. Entre os transtornos psíquicos da puerperalidade, destaca-se a depressão pós-parto (DPP), a qual é caracterizada pela ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto. Esse transtorno pode interferir na amamentação, uma vez que, mães deprimidas têm menor probabilidade de iniciar ou manter a amamentação. O objetivo deste estudo foi correlacionar depressão pós-parto e autoeficácia na amamentação entre mulheres que frequentam o Banco de Leite do município de Anápolis, Goiás, por meio da aplicação das Escalas de Autoeficácia na Amamentação (BSES) e de DPP de Edimburgo. O estudo foi de natureza quantitativa do tipo transversal. Sintomas de DPP estiveram presentes em 36,9% da amostra e as participantes apresentaram níveis de autoeficácia para amamentar médio/baixo de 24,6% e alto de 75,4%. Obteve-se uma correlação entre elevada autoeficácia na amamentação e menor risco de desenvolver depressão pós-parto. Evidenciou-se uma relação direta entre idade e autoeficácia em amamentação. Não foi possível afirmar que o estado civil influencie na autoeficácia ou no risco de desenvolver sintomatologia para DPP. Em relação à paridade, as participantes que possuem mais de um filho apresentaram maior pontuação na BSES, sendo que esse aspecto não apresentou relevância quando comparado à DPP. Neste sentido, ações que visam melhorar os índices de autoeficácia na amamentação mostram-se bastante relevantes, visto que contribuem para o fortalecimento da relação da mãe com o bebê. Da mesma forma, promover a saúde mental é essencial para diminuição dos índices de DPP, repercutindo em escores mais altos na autoeficácia na amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Autoeficácia. Depressão pós-parto.

CORRELATION BETWEEN SELF-EFFECTIVENESS IN BREASTFEEDING AND POST-BREAST DEPRESSION

Pregnancy is a period of intense changes in the lives of women and their families. Among postpartum psychiatric disorders, postpartum depression (PPD) stands out, which is characterized by the occurrence of a major depressive episode in the postpartum period. This disorder can interfere with breastfeeding, since depressed mothers are less likely to start or maintain breastfeeding, and correlate with self-efficacy, ie, the mother's confidence to breastfeed. The aim of this study was to correlate postpartum depression and breastfeeding self-efficacy among women attending the Milk Bank in the municipality of Anápolis, Goiás, by applying the Breastfeeding Self-Efficacy Scales (BSES) and the Edinburgh PPD. The study was of a quantitative cross-sectional nature. PPD symptoms were present in 36,9% of the sample and participants had medium / low self-efficacy levels of breastfeeding of 24,6% and high of 75.4%. There was a correlation between high self-efficacy in breastfeeding and a lower risk of developing postpartum depression. There is a direct relationship between age and breastfeeding self-efficacy. It is not possible to state marital status influences self-efficacy or risk of developing symptomatology for PPD. Regarding parity, participants with more than one child had a higher BSES score, and this aspect was not relevant when compared to PPD. Actions aimed at improving breastfeeding self-efficacy rates are very relevant, as they contribute to the strengthening of the mother's relationship with the baby. In addition, promoting mental health is essential for decreasing PPD rates, resulting in higher breastfeeding self-efficacy scores.

Keywords: Breastfeeding. Self-efficacy. Postpartum depression.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1 Depressão Pós-parto.....	9
2.2 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.....	10
2.3 Aleitamento Materno e Escala de Autoeficácia na Amamentação.....	11
2.4 Relação entre Depressão Pós-Parto e Amamentação.....	12
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4. METODOLOGIA.....	15
4.1 Tipologia do estudo.....	15
4.2 População.....	15
4.2.1 Critérios de Inclusão.....	15
4.2.2 Critérios de Exclusão.....	15
4.3 Aspectos éticos, riscos e benefícios.....	15
4.4 Coleta de dados.....	16
4.4.1 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.....	16
4.4.2 Escala de Autoeficácia na Amamentação – versão reduzida.....	16
4.5 Análise dos dados.....	17
5. RESULTADOS FINAIS.....	18
6. DISCUSSÃO.....	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
8. REFERÊNCIAS.....	26
9. ANEXOS.....	29
9.1 Anexo A - Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo.....	29
9.2 Anexo B - Escala de Autoeficácia na Amamentação.....	31
9.3 Anexo C – Parecer de aprovação do CEP.....	33
9.4 Anexo D – Artigo publicado - Brazilian Journal of Health Review.....	37
10. APÊNDICES.....	52
10.1 Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	52
10.2 Apêndice B - Carta de Anuência.....	54
10.3 Apêndice C - Cartilha informativa.....	55

10.4 Apêndice D - Declaração da instituição coparticipante.....	56
10.5 Apêndice E - Questionário.....	58

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período de intensas mudanças na vida da mulher e de sua família, que incluem transformações fisiológicas, sociais e psicológicas. Associado a essas alterações, a mulher pode apresentar dúvidas, angústias e receios relacionados ao nascimento de um filho e à sua capacidade de cuidá-lo (GREINERT; MILANI, 2015).

Nesse contexto, a insegurança inerente ao momento, pode eventualmente, sobrepujar o equilíbrio, trazendo à tona transtornos psíquicos da puerperalidade, dentre os quais, a Depressão Pós Parto (DPP), caracterizada pela ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto (GABRIEL et al., 2015). Essa tal condição clínica é prevalente – afeta cerca de 10 a 20% das mulheres – e tem consequências graves não só para a mãe, mas para todo o sistema familiar. A menoridade da mãe, ser solteira ou divorciada, condições socioeconômicas, eventos estressantes nos últimos 12 meses, história de transtorno psiquiátrico prévio e gravidez indesejada são os principais fatores que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência da DPP (O’HARA, 2009; TOLENTINO; MIXIMINO; SOUTO, 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais – DSM-V (2013), a DPP ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto, tendo, frequentemente, início durante a gestação. Ainda segundo o manual, seus sintomas são alteração do humor, cansaço ou falta de energia para realizar atividades, dificuldade de concentração e mudança na sensação de prazer relacionadas às situações que eram consideradas agradáveis. Além disso, em alguns casos há alteração no sono, cansaço acentuado, diminuição da autoestima e sentimento de culpa.

A fim de avaliar a sintomatologia da DPP, pode-se utilizar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, a qual é um instrumento de fácil aplicação e interpretação, sendo aplicada por profissionais das áreas básicas de saúde, sem a necessidade de especialização na área de saúde mental (SANTOS et al., 2007).

A DPP é apontada como um dos fatores que contribuem para o insucesso da amamentação, ocasionando menores índices de aleitamento materno em filhos de mães com depressão, interferindo tanto no início como na manutenção da amamentação (FIGUEIREDO et al., 2013). Sabe-se que a alimentação adequada no primeiro ano de vida é essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção de diversas doenças do sistema respiratório, alergias, gastroenterites e desnutrição (ALVES et al., 2014).

A falta de conhecimento das mães sobre a amamentação, sua personalidade e atitude, juntamente com sua autoeficácia para amamentar, são fatores importantes que podem interferir no insucesso dessa prática (KOMARSSON et al., 2008; DODT et al., 2012).

Autoeficácia é definida como a confiança, crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com sucesso. Para analisá-la, pode-se usar a Escala de Autoeficácia na Amamentação (do inglês, *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*), a qual auxilia os profissionais a intervirem de forma mais efetiva na promoção do aleitamento materno (CHEZEM; FRIESEN; BOETTCHER, 2003; TAVARES et al., 2010). Além disso, de acordo com Abuchaim et al. (2016), apesar de revelar que a DPP tende a prejudicar a confiança da mulher acerca de sua capacidade de exercer a função materna, observa-se escassez de estudos que investiguem a relação entre a autoeficácia materna para amamentar e os sintomas de depressão pós-parto.

O estudo de Vieira et al. (2018) corrobora que a DPP interfere negativamente nos índices de amamentação. Por outro lado, a amamentação é relacionada como um fator protetor contra a depressão pós-parto (FIGUEIREDO et al., 2013). Portanto, diante de dois processos intimamente relacionados e impactantes na vida da mulher e de seu filho, nasce a motivação para a realização desta pesquisa, partindo-se do princípio da função preventiva da aplicação de ambas as escalas, uma vez que permitem identificar vulnerabilidades, que podem nortear futuras ações.

Como a produção científica tem como objetivo apropriar-se da realidade para melhor analisá-la e, posteriormente, produzir transformações, a discussão sobre depressão pós-parto e autoeficácia na amamentação pode auxiliar em medidas que visem melhorar a qualidade de vida das mulheres que passam pelo período de gestação e puerpério ao mostrar a incidência da patologia nesse grupo de indivíduos.

Pretende-se com este estudo diminuir a lacuna existente na literatura, a fim de contribuir com o conhecimento que ampare a adoção de condutas que visem diminuir a ocorrência da depressão pós-parto e o aumento da autoeficácia materna para a amamentação em todas as mulheres, principalmente, naquelas onde existe a detecção da presença ou do risco de desenvolver a DPP.

Diante do exposto e discutido, este trabalho tem como objetivo relacionar depressão pós-parto e autoeficácia na amamentação entre mulheres que frequentam o Banco de Leite Humano (BLH) no município de Anápolis, Goiás, nos anos de 2019 e 2020.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Depressão pós-parto

A depressão pós-parto (DPP) caracteriza-se pela ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto. Seu diagnóstico está baseado em várias especificidades: a) um precipitante específico (o nascimento do bebê); b) necessidades específicas de cuidado; c) consequências, não só individuais, mas para o bebê e para todo o sistema familiar; e d) dificuldade de identificação e procura de ajuda (RIECHER-RÖSSLER; HOFHECKER-FALLAHPOUR, 2003).

Os fatores de risco com uma associação moderada-forte com a DPP são a história prévia de psicopatologia, ansiedade ou depressão pré-natal, baixa autoestima, acontecimentos de vida estressantes (incluindo o estresse associado à prestação de cuidados), pobre relação conjugal e escasso apoio social. Os fatores de risco que têm uma associação mais modesta com a DPP são o nível socioeconômico baixo, ser solteira, estressores obstétricos, gravidez não planejada e temperamento difícil da criança (O'HARA; MCCABE, 2013). Além disso, outro estudo aponta outros fatores de risco relacionados ao bebê, como prematuridade, intercorrências neonatais e malformações congênitas (MEREDITH; NOLLER, 2003).

A clínica de depressão nas mulheres antes e/ou durante a gravidez está associada a uma maior ocorrência de depressão no período pós-parto. Assim, os fatores psicossociais são mais relacionados a esse quadro, no sentido de que os fatores de riscos biológicos foram pouco estudados e com resultados inconclusivos. No entanto, devido à grande multifatorialidade dessa clínica, nenhum desses fatores isoladamente pode explicar a DPP (ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011).

O quadro de DPP está associado a consequências para a mãe, para família e para o bebê, podendo afetar a sociedade em geral. As consequências relacionadas a mãe estão associadas a maiores níveis de depressão, menor autoestima materna e menor confiança no desempenho do papel parental, adicionados a comportamentos autolesivos e menor cuidado (O'HARA, 2009).

As características do comportamento materno durante o quadro de depressão levam a diminuição dos momentos de interação com a criança, tais como: menor contato visual durante a amamentação, menor envolvimento nos momentos de jogos, menos afeto positivo e mais afeto negativo, e níveis mais elevados de isolamento e distanciamento das mães, segundo o estudo de O'Hara (2009). Somado a isso, diversos aspectos da relação mãe-filho podem estar comprometidos durante a DPP, principalmente a amamentação, o sono e a prestação de cuidados à saúde da criança (O'HARA; MCCABE, 2013).

2.2 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Para avaliação dos sintomas depressivos, pode-se utilizar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), utilizada, principalmente, para o rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam após o parto. Foi desenvolvida, na Inglaterra, por Cox, Holden e Sagovsky (1987). É um instrumento de fácil aplicação e interpretação, com grande aceitabilidade na rotina clínica e que pode ser aplicado por profissionais das áreas básicas de saúde, sem a necessidade de especialização específica em saúde mental (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999; SANTOS et al., 2007).

No Brasil, a escala foi traduzida e validada por Santos, em sua dissertação de mestrado defendida em 1995 e publicada em 1999, em associação com Martins e Pasqual. A EPDS foi aplicada em amostra de 236 mulheres e subamostra de 69 mulheres entre a 6^a e 24^a semana pós parto no Distrito Federal. Apesar de o ponto de corte 10/11 ter apresentado maiores sensibilidade e especificidade, os autores apontaram o ponto de corte 11/12 como útil por se tratar de encaminhamento para avaliação profissional de saúde mental pelo índice preditivo maior (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999). Em estudo mais recente, Guedes et al. (2011) identificaram que, em uma amostra de puérperas brasileiras, o ponto de corte maior ou igual a 10 pontos possui sensibilidade de 72,2% e especificidade de 95,5% propriedades adequadas para identificar potencial risco para a DPP.

Em geral, de acordo com Santos et al. (2007), o estudo de validação da EPDS reporta alta sensibilidade a alta especificidade, assim como alto valor preditivo positivo. Assim, este estudo concluiu que é necessário cautela para comparação entre resultados de diferentes estudos de validação, principalmente, devido aos inúmeros aspectos metodológicos que podem inferir no resultado. Nesse contexto, segundo Amorim (2014), como instrumento de rastreamento, a EPDS é adequada utilizando o ponto de corte 10, principalmente em população com alto risco de DPP. Já como instrumento de diagnóstico, é adequada somente em populações de alto risco com o ponto de corte acima de 13, porém, apresenta baixa validade diagnóstica, o que é um ponto negativo da escala.

A EPDS consiste em instrumento autoaplicada composto de 10 perguntas, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento como crises de choro (AMORIM, 2014).

Por fim, segundo Figueira et al. (2009), as propriedades da escala a caracterizam como um bom instrumento de triagem da depressão pós-parto e seu uso no Sistema Único de Saúde poderia repercutir positivamente com aumento significativo na taxa de reconhecimento, diagnóstico e tratamento da DPP. No entanto, no estudo de Batista (2017), nenhum profissional da saúde referiu utilizar a escala como instrumento de rastreamento precoce da DPP no puerpério, entretanto todas relataram critérios utilizados na identificação do transtorno.

2.3 Aleitamento Materno e Escala de Autoeficácia na Amamentação

Em relação à amamentação, o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade e complementado até os dois anos é indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo em vista seus inúmeros benefícios conhecidos. Dentre as vantagens de a criança consumir somente o leite da mãe, sem água, chá e outros leites no seus seis primeiros meses de vida é que ela estará menos vulnerável a desenvolver pneumonia e doenças diarreicas, além de diminuir o risco do desmame precoce, já que o consumo de outros alimentos podem interferir na técnica da amamentação (DAMIÃO, 2008).

Para avaliar a confiança das mães quanto a amamentação, pode-se utilizar a Escala de Autoeficácia na Amamentação (*Breastfeeding self-efficacy scale - BSES*). Esta escala foi desenvolvida por Dennis e Faux (1999) e tem como objetivo identificar mães que amamentam no período pós parto e que precisam de apoio adicional. Em sua forma original, possui 33 itens e foi traduzida e validada no Brasil por Oriá e Ximenes (2010), que desenvolveram um estudo metodológico quantitativo nas unidades de alojamento conjunto de uma maternidade pública em Fortaleza, o qual demonstrou que o instrumento é confiável e válido para relacionar a confiança das puérperas no aleitamento materno e no potencial de amamentação.

Sua versão reduzida, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)*, com 14 itens, foi validada em estudo feito na região nordeste do Brasil por Dodt et al. (2012). É dividida em dois domínios, sendo eles o domínio técnico e o pensamento interpessoal. Cada pergunta apresenta uma possibilidade de cinco respostas, sendo que as respostas possuem pontuação de 1 a 5, no qual 1 indica nenhuma confiança, 2 pouco confiante, 3 as vezes confiante, 4 confiante e 5 confiança total. Seus itens inferem sobre a relação entre a puérpera e o bebê durante a amamentação e o modo como está sendo realizado a amamentação, em relação a pega e posição correta (DENNIS, 2003). Após a aplicação da escala os resultados são somados de modo que produzem uma pontuação variando entre 14 e 70 pontos, de forma que resultados com valores mais altos indicam um nível elevado de confiança da puérpera em relação à auto eficácia na amamentação e no seu potencial de amamentar (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

Além disso, a presença de dor, dificuldade de pega e sucção no pós parto devem ser acompanhados para não desmotivarem o aleitamento exclusivo. Em vista dessa situação, a OMS com a *United Nations Children's Fund* (UNICEF) criaram uma ficha que avalia a qualidade da sucção com a finalidade de identificar precocemente fatores que dificultam esse processo, sendo um instrumento importante na avaliação da amamentação (BARBOSA et al., 2017).

Outro fator que está relacionado com o aleitamento exclusivo é a escolaridade materna. Segundo o estudo de Faleiros, Trezza e Carandina (2006), mulheres com maior grau de escolaridade tendem a ter maior motivação para amamentar, talvez por possuírem mais informações em relação aos seus benefícios tanto para o filho quanto para a mãe.

Além disso, Barbosa et al. (2017) concluíram que é também possível que mulheres com melhor escolaridade tenham maior motivação para cuidados com as mamas durante a gestação e mães com baixa escolaridade apresentariam mais problemas com a mama nos momentos iniciais da amamentação, o que dificultaria o seguimento do aleitamento. A estrutura familiar, o mês de gestação em que iniciou o pré-natal, o número de consultas, renda da casa, questões socioculturais, alojamento na maternidade, proximidade com a mãe e a idade materna são fatores diretamente relacionados à amamentação.

2.4 Relação entre Depressão Pós-Parto e Amamentação

A depressão pós parto é um dos fatores que merecem atenção quando se trata do assunto, principalmente no Brasil, pois a média do país está acima da média mundial de casos de depressão pós parto. Segundo o estudo realizado por Silva et al. (2017), mulheres com depressão pós parto têm, em média, 1,63 vezes maior a probabilidade de parar a amamentação quando comparadas as que não tiveram. A depressão interfere na autoconfiança das mães, o que reflete diretamente nas mamadas e na introdução mais precoce de alimentos.

Ainda de acordo com Silva et al. (2017), estudos recentes têm sugerido a associação entre sintomas de depressão pós-parto (DPP) com a interrupção precoce do aleitamento materno. A hipótese é de que mães deprimidas têm menos confiança quanto à sua capacidade de amamentar e por isso estariam menos dispostas a continuar a amamentação.

As dificuldades na amamentação e o desmame mostram-se como uma das causas do desenvolvimento da depressão pós-parto, além de confirmarem a influência positiva da prática de amamentar na redução dos sintomas e taxas de DPP. No entanto, existe uma probabilidade maior de que a prática do aleitamento materno seja afetada pela depressão pós-parto (VIEIRA et al., 2018).

Ainda segundo Vieira et al. (2018), ao investigar mulheres do início da gestação até 32 semanas pós-parto, evidenciou-se que mulheres não deprimidas e com expectativa de amamentar na gestação apresentam risco menor de desenvolver depressão pós-parto quando obtêm sucesso no aleitamento materno. Portanto, 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.

Nesse contexto, segundo Figueiredo et al. (2013), um quinto das mulheres grávidas estão deprimidas no terceiro trimestre de gravidez, e metade dessas mulheres não iniciarão a amamentação ou não amamentarão por três meses ou mais. O autor relata ainda que os escores de depressão no terceiro trimestre foram os melhores definidores da duração da amamentação exclusiva. Além disso, a amamentação materna exclusiva a partir do parto, durante os três próximos meses levou a uma redução nos escores de depressão pós-parto.

A associação entre amamentação e depressão também tem sido estudada levando em conta ambos os pais. Estudo realizado para avaliar a associação entre amamentação e saúde mental de ambos os pais concluiu que a presença simultânea de transtornos mentais na mãe e no pai não estava associada à interrupção precoce da amamentação (antes de quatro meses). Porém, as mães tendiam a amamentar por um período de tempo mais longo quando sentiam que seus parceiros apoiavam ativamente a amamentação (FIGUEIREDO et al., 2013).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Relacionar depressão pós-parto e autoeficácia na amamentação entre mulheres que frequentam o Banco de Leite Humano (BLH) no município de Anápolis, Goiás, nos anos de 2019 e 2020.

3.2 Objetivos específicos

- Aplicar e analisar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo nas mulheres que frequentam o BLH em Anápolis - GO;
- Aplicar e analisar a Escala de Autoeficácia na Amamentação nas mulheres que frequentam o BLH em Anápolis - GO;
- Correlacionar a Escala de Autoeficácia na Amamentação e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo;
- Analisar as variáveis obtidas nos questionários, avaliando os fatores que contribuem para uma possível relação entre autoeficácia e depressão pós-parto;
- Propor ações que visem diminuir a incidência de DPP e incentivar o aleitamento materno.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipologia de estudo

Esta pesquisa foi delineada como um estudo transversal, quantitativo, realizado no Banco de Leite Humano (BLH) Elaine Miriam de Oliveira, no município de Anápolis, no estado de Goiás. O BLH foi escolhido uma vez que esse é uma Unidade Básica de Saúde a serviço da amamentação, na qual frequentam mulheres doadoras de leite ou que necessitam de auxílio para amamentação.

4.2 População

A amostra é composta por 65 mulheres que frequentaram o BLH Elaine Miriam de Oliveira – Anápolis no período de outubro de 2019 a março de 2020.

4.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão são: mães que frequentam o BLH Elaine Miriam de Oliveira – Anápolis – GO até a 24ª semana pós-parto; concordância em participar do estudo; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão são: não concordância em participar deste estudo e/ou recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser menor de idade; possuir alguma dificuldade de comunicação ou apresentar depressão prévia.

4.3 Aspectos éticos, riscos e benefícios

Para a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética da UniEVANGÉLICA e aprovado pelo parecer de número 3.609.161 (Anexo C). Foi emitido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual fora aplicado aos indivíduos da amostra calculada que aceitaram participar da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informa sobre os objetivos, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa (Apêndice A).

Os possíveis riscos para os participantes se configuraram em: possibilidade de constrangimento ao responder às escalas. Caso tal risco ocorresse, a participante teria apoio psicológico da psicóloga Juliane Macedo (CRP 09/1585) – Apêndice B. No momento da aplicação das escalas, duas pesquisadoras, sendo uma psicóloga e a outra médica, estavam

alcançáveis e poderiam ser acionadas em caso de alguma mãe apresentar desconforto significativo ou reações emocionais importantes. Caso fosse identificado que a voluntária da pesquisa necessitasse de acompanhamento especializado, poderiam ser agendadas consultas no ambulatório de psicologia e/ou com a médica pesquisadora, para acompanhamento por tempo necessário. Tais acompanhamentos são rotineiramente oferecidos às mães que procuram o Banco de Leite Humano Elaine Miriam de Oliveira (ambulatório médico e psicológico).

Em relação aos benefícios alcançados por meio do estudo, houve distribuição de cartilhas informativas sobre o tema para as participantes da pesquisa (Apêndice C).

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados, no mês de outubro de 2019 até março de 2020, por meio da aplicação de dois questionários fechados e diretos: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Anexo A) e a Escala de Autoeficácia na Amamentação - versão reduzida (Anexo B), que forneceram escores e dados para possível relação entre depressão pós-parto e insucesso na amamentação. Além disso, foi aplicado um questionário contendo idade da mãe, estado civil, paridade, realização de pré-natal, além de interrogar se já teve ou tem depressão diagnosticada por médico (Apêndice E). As participantes foram convidadas a participar da pesquisa no momento em que estavam na sala de espera aguardando para atendimento (doação, consulta ou orientação).

4.4.1 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo:

A EPDS é composta por dez itens capazes de mensurar a presença e intensidade de sintomas depressivos no mínimo nos últimos sete dias após o parto. Para cada pergunta há 4 opções de resposta, que são cotadas de 0, 1, 2 ou 3 pontos, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, entretanto, as questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Sendo assim, cada item é somado aos restantes para se obter a pontuação total. Nesse estudo, a pontuação para a identificação do risco para depressão pós-parto baseou-se nas recomendações de Guedes et al. (2011), objetivando adaptação transcultural e atualização do escore, com o ponto de corte maior ou igual a 10 pontos a fim de identificar risco para a DPP.

4.4.2 Escala de Autoeficácia na Amamentação - versão reduzida:

É composta por dimensões (magnitude, generalização e força) e está fundamentada em quatro fontes de informação (experiência pessoal, experiência vicária ou observacional,

persuasão verbal e estado emocional e fisiológico). Em cada item avaliado, a mulher atribui uma pontuação variável de 1 a 5 pontos (1- Discordo totalmente, 2- Discordo, 3- Às vezes concordo, 4-Concordo e 5- Concordo totalmente). O escore da escala de autoeficácia na amamentação varia de 14 a 70 pontos. Quando a respondente obtém de 14 a 32 pontos considera-se que tenha baixa eficácia; de 33 a 51, média e de 52 a 70, alta eficácia (DODT et al., 2012).

4.5 Análise dos dados

O programa Microsoft® Excel 2013 foi usado para tabulação de dados e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS® for Windows, versão 21.0. Para a comparação de frequência entre as variáveis categóricas foi adotado o teste qui-quadrado (X^2) (tabela de contingência) e razão de chances (odds ratio) com intervalo de confiança de 95%. Quando necessário (contagem menor que 5), foi utilizada a correção de likelihood ratio. A correlação entre a idade com as pontuações obtidas nas Escalas de Autoeficácia na Amamentação e de Depressão Pós-Parto de Edimburgo foi verificada pelo coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância utilizado foi de 5% ($p \leq 0,05$) para todas as análises.

5. RESULTADOS FINAIS

A amostra estabeleceu-se com 65 mães que frequentam o Banco de Leite Humano de Anápolis, para doação, consulta ou orientação. A tabela 1 refere-se à distribuição da amostra de acordo com faixa etária, estado civil, paridade e realização de pré-natal. A maior parte das participantes estão entre a faixa etária de 28 – 32 anos – 32,3% (21/65), seguidas daquelas com idade entre 22 – 27 anos – 30,8% (20/65). Em menor número, estão as mães entre 33 – 40 anos – 27,7% (18/65) e por fim, entre 18 – 21 anos, compondo 9,2% da amostra (6/65). A grande maioria das participantes são casadas (75,4% - 49/65), seguidas daquelas com relacionamento estável (moram com o pai da criança) – 13,8% (9/65). Mães solteiras e divorciadas estão em menor número, compondo 7,7% (5/65) e 3,1% (2/65), respectivamente. Em relação à paridade, fora observado que 58,5% (38/65) das participantes eram primíparas, seguidas daquelas com dois filhos, compondo 23,1% (15/65); 15,4% (10/65) com 3 filhos; 1,5% (1/65) com 4 filhos e 1,5% (1/65) com 5 filhos. No que diz respeito a realização do pré-natal, 100% (65/65) das pacientes fizeram acompanhamento.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo faixa etária, estado civil, paridade e realização de pré-natal.

	n	%
FAIXA ETÁRIA		
18-21 anos	6	9,2
22-27 anos	20	30,8
28-32 anos	21	32,3
33-40 anos	18	27,7
ESTADO CIVIL		
Solteiras	5	7,7
Casadas	49	75,4
Estável	9	13,8
Divorciadas	2	3,1
PARIDADE		
1 filho	38	58,5
2 filhos	15	23,1
3 filhos	10	15,4
4 filhos	1	1,5
5 filhos	1	1,5
PRÉ-NATAL		
Sim	65	100
Não	0	0,0

Na tabela 2, a amostra foi distribuída segundo as médias de idade e escores nas escalas aplicadas. Em relação à faixa etária, as puérperas tinham, em média, 29 anos, com aproximadamente 5 anos para mais ou para menos. Além disso, a pontuação média obtida pelas participantes na Escala de Autoeficácia na Amamentação versão reduzida - *BSES-SF* foi de 57,01 pontos (maioria com elevada autoeficácia na amamentação). Já na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EPDS, o escore médio foi de 8,20 pontos (baixo risco de desenvolver depressão pós-parto).

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo as médias da idade e escores nas Escalas de Autoeficácia (Escore A) e Depressão Pós-Parto (Escore D).

	Média	Margem de erro
Idade	28,82	5,41
Escore A	57,01	10,92
Escore D	8,20	5,49

A tabela 3 apresenta os valores de p e r para a correlação entre idade e as pontuações obtidas em cada questionário. Nesse contexto, foi encontrada uma relação direta entre a idade e a autoeficácia na amamentação ($p=0,01$). No entanto, não houve tal relação entre idade e o risco de desenvolver sintomatologia para depressão pós-parto ($p=0,26$). O coeficiente de correlação de Spearman (r) mede o grau da correlação entre duas variáveis quantitativas.

Tabela 3: Correlação entre as pontuações obtidas na Escala de Autoeficácia na Amamentação (Escore A) e na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Escore D).

	IDADE	
	r	p
Escore A	0,31	0,01
Escore D	-0,14	0,26

r = correlação entre os dados analisados;

Na tabela 4, foram comparadas as pacientes distribuídas de acordo com o estado civil e a pontuação obtida na Escala de Autoeficácia na Amamentação. Observou-se que não há como analisar estatisticamente a relação entre o estado conjugal e o escore em questão, uma vez que a amostra não tem representatividade estatística pelo quantitativo de distribuição ($p=0,261$).

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o estado civil e o escore na Escala de Autoeficácia na Amamentação.

AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO			
	Alta	Média/baixa	Total
ESTADO CIVIL	n (%)	n (%)	n (%)
Solteira/Divorciada	4 (6,2)	3 (4,6)	7 (10,8)
Casada/estável	45 (69,2)	13 (20,0)	58 (89,2)
Total	49 (75,4)	16 (24,6)	65 (100)

p=0,261

Na tabela 5, as pacientes foram distribuídas de acordo com o estado civil e a pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Observou-se que não há como analisar estatisticamente a relação entre o estado conjugal e o escore em questão, uma vez que a amostra não tem representatividade estatística pelo quantitativo de distribuição (*p*=0,250).

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o estado civil e o risco para desenvolvimento de depressão pós-parto.

RISCO DE DPP			
ESTADO CIVIL	Sem	Com	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Solteira/divorciada	3 (4,6)	4 (6,2)	7 (10,8)
Casada/estável	38 (58,5)	20 (30,7)	58 (89,2)
Total	41 (63,1)	24 (36,9)	65 (100%)

p = 0,250

Na tabela 6, as participantes da pesquisa foram distribuídas conforme a paridade (número de filhos) e sua relação com a pontuação obtida na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Não foi possível determinar diferença estatística entre os grupos quando comparados ao risco de desenvolver depressão pós-parto (*p*=0,926).

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto (DPP) e número de filhos.

PARIDADE			
	1 filho	2 ou mais	Total
DPP	n (%)	n (%)	n (%)
Sem risco	22 (33,9)	19 (29,2)	41 (63,1)
Com risco	16 (24,6)	8 (12,3)	24 (36,9)
Total	38 (58,5)	27 (41,5)	65 (100)

p = 0,304

A tabela 7 refere-se à distribuição das participantes de acordo com o escore obtido na Escala de Autoeficácia na Amamentação e paridade. Foi constatado que a maioria das mães possui apenas um filho (58,5%). Esse é um dado relevante, haja vista que observou-se que as participantes que possuem mais de um filho (dois ou mais) apresentaram maior pontuação na BSES-SF ($p=0,001$), sendo que 96,3% (26/27) destas apresentaram elevada autoeficácia na amamentação. Entre as mães com filho único, 60,5% (23/38) possuem elevada autoeficácia.

Tabela 7: Distribuição da amostra segundo paridade e autoeficácia na amamentação.

AUTOEFICÁCIA	PARIDADE		Total n (%)	
	1 filho n (%)	2 ou mais n (%)		
Alta	23 (35,4)	26 (40,0)	49 (75,4)	$p = 0,001$
Média/baixa	15 (23,1)	1 (1,5)	16 (24,6)	
Total	38 (58,5)	27 (41,3)	65 (100)	

Por fim, encontrou-se uma relação entre elevada autoeficácia no aleitamento materno e menor risco de desenvolver depressão pós-parto ($p<0,001$), com razão de chances de 0,20. Nesse contexto, a tabela 8 refere-se à prevalência de sintomas de depressão pós-parto, entre as pesquisadas, sendo esta de 36,9% (24/65), pontuando 10 ou mais pontos na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

Tabela 8: Distribuição da amostra segundo Autoeficácia na Amamentação e Risco para Depressão Pós-Parto (DPP).

RISCO PARA DPP	AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO			
	Alta n (%)	Média/Baixa n (%)	Total n (%)	
Sem risco	37 (56,9)	4 (6,2)	41 (63,1)	$p<0,001$
Com risco	12 (18,5)	12 (18,4)	24 (36,9)	
Total	49 (75,4)	16 (24,6)	65 (100)	

Razão de chances (odds ratio): 0,20 (IC95% = 0,07 a 0,54).

Baseado nos dados acima, pode-se concluir que, entre as mulheres com elevada autoeficácia em amamentação, 75,5% delas (37/49) não possuem risco para desenvolver depressão pós-parto. Em contrapartida, 75,0% (12/16) das mães com média ou baixa autoeficácia possuem risco para DPP.

No que diz respeito a realização do pré-natal, 100% (65/65) das pacientes fizeram acompanhamento, não sendo possível concluir sobre sua possível relação com autoeficácia na amamentação ou no risco de desenvolver depressão pós-parto.

6. DISCUSSÃO

A amostra é caracterizada por mulheres, em sua maioria, jovens, casadas, primíparas e todas realizaram pré-natal. Entre os dados analisados, foi encontrada uma relação direta entre a idade e a autoeficácia na amamentação. Nesse sentido, o estudo realizado por Ngo et al. (2019) mostra que a idade das mães foi significativamente correlacionada com a autoeficácia na amamentação ($p < 0,05$), o que significa que quanto maior a idade da mãe, maior a autoeficácia na amamentação.

Ao comparar-se a Escala de Autoeficácia com o estado civil da mãe, observou-se que não há como analisar estatisticamente a relação entre o estado conjugal e a pontuação obtida nas escalas analisadas, uma vez que a amostra não tem representatividade estatística pelo quantitativo de distribuição. Por outro lado, o estudo de De Abreu et al. (2018) revela que mães que têm parceiro apresentam maior autoeficácia na amamentação.

Em relação ao número de filhos, fora constatado que mães que possuíam mais de um filho (dois ou mais) apresentaram uma maior pontuação na escala de autoeficácia da amamentação. Na pesquisa de Peripolli et al. (2015), houve associação estatisticamente significativa da autoeficácia na amamentação com ter dois filhos ou mais, observando que mulheres com um mais de um filho apresentam maior confiança ao amamentar.

Corroborando com os achados deste estudo, de acordo com Ferreira et al. (2018), a experiência da gestação anterior é descrita como fator protetor frente a adesão ao aleitamento materno. Quanto maior o número de gestações, maior a experiência das mães e, por conseguinte, maior seria a duração da amamentação para os próximos filhos.

No que se refere à depressão pós-parto, nesta pesquisa, não foi possível afirmar que a idade influencie diretamente no risco de desenvolver sintomatologia para depressão pós-parto. Segundo Coutinho e Saraiva (2008), a faixa etária não tem apresentado associação consistente com a depressão pós-parto. No entanto, Arrais e Araújo (2017) concluíram que há maior incidência de depressão pós-parto em mulheres jovens, embora a amostra não tenha incluído mães adolescentes.

Durante o estudo, obteve-se uma relação entre elevada autoeficácia na amamentação e menor risco de desenvolver depressão pós-parto. Dessa forma, esses resultados foram compatíveis com estudos que relacionam autoeficácia na amamentação e depressão pós-parto. Segundo Vieira et al. (2018), ao investigar mulheres do início da gestação até 32 semanas pós-parto, evidenciou-se que mulheres não deprimidas e com expectativa de amamentar na gestação apresentam risco menor de desenvolver depressão pós-parto quando obtêm sucesso no

aleitamento materno.

De acordo com Figueiredo et al. (2013), a amamentação proporciona algumas condições e processos psicológicos que atuam como protetores frente ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Dessa forma, a autoeficácia mostrou-se como uma condição inversamente proporcional à depressão pós-parto, uma vez que, mulheres com elevada autoeficácia possuem menor risco de desenvolver depressão pós-parto. Assim, a autoeficácia na amamentação desempenha importante papel na prevenção de tal condição, já que as mães que possuem maiores níveis de autoeficácia da amamentação apresentam menores níveis de sintomas de depressão pós-parto.

Nesse contexto, os dados relevantes do trabalho referem-se à relação inversamente proporcional entre o escore obtido na Escala de Autoeficácia na Amamentação e o escore obtido na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Sendo assim, quanto maior a confiança da mãe ao amamentar seu bebê, menores são suas chances desenvolver sintomatologia para depressão pós-parto. Ademais, concluiu-se que idade interfere somente na autoeficácia na amamentação, não sendo possível afirmar essa correlação com o risco de desenvolver depressão pós-parto. A relação entre estado civil com a autoeficácia não apresentou relevância significativa, bem como a relação do estado civil com o risco de desenvolver DPP. Levando em consideração o quesito número de filhos (paridade), mães com 2 ou mais filhos apresentaram índice maior de autoeficácia, não sendo possível estabelecer uma relação com o risco de DPP.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abordou duas condições de impacto na qualidade de vida da mulher no puerpério, que afetam diretamente a relação mãe-bebê e a amamentação, demonstrando correlação entre elevada autoeficácia na amamentação e menor risco de desenvolver depressão pós-parto.

Considera-se que os objetivos foram alcançados, uma vez que a demonstração da correlação entre autoeficácia em amamentação e DPP, assim como dos fatores que interferem em ambas as condições, trazem subsídios que sustentam ações de promoção da autoeficácia e de prevenção da DPP, desde o pré-natal até o período puerperal. Dentre os fatores evidenciados que merecem maior atenção são idade e paridade, sendo que são mães mais jovens e primíparas apresentam predisposição a menor autoeficácia.

Os limites do estudo foram o quantitativo da amostra, aquém do desejado, principalmente, pela dramática diminuição da procura do serviço do Banco de Leite estudado na fase final da coleta, devido à pandemia do COVID-19. Neste sentido, as autoras pretendem dar continuidade à pesquisa, o que possibilitará maiores evidências estatísticas dos fatores que interferem na autoeficácia e na DPP, trazendo maior contribuição e visibilidade de tais fatores aos profissionais que cuidam do binômio mãe-filho.

8. REFERÊNCIAS

- ABUCHAIM, E.C.V., et al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 6, p. 664-70, 2016.
- ALIANE, P.P; MAMEDE, M.V; FURTADO, E.F. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 5, n. 2, p. 146-55, 2011.
- ALVES, V.H., et al. Reflexões sobre o valor da amamentação como prática de Saúde: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p. 203-10, 2014.
- AMORIM, A.R.T. **Impactos da aplicação da escala de Edimburgo em puérperas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de São Luís do Quitunde-AL**. 2014. 29 f. Monografia (Curso de Especialização e Linhas de Cuidado em Enfermagem-Saúde Materno, Neonato e Lactente do Departamento de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Maceió, 2014.
- ARRAIS, A.R; ARAUJO, T.C.C.F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicol saúde doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017.
- BARBOSA, G.E.F., et al. Initial breastfeeding difficulties and association with breast disorders among postpartum women. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 3, p. 265-272, 2017.
- BATISTA, E.C.F.L. **Utilização da escala de depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal: importância do diagnóstico precoce**. 2017. 50 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- CHEZEM, J.C.; FRIESEN, C.; BOETTCHER, J.. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 1, p. 40-47, 2003.
- COUTINHO, M.P.L.; SARAIVA, E.R.A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 8, n. 3, p. 759-773, 2008.
- COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British journal of psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987.
- DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 442-452, 2008.
- DE ABREU, L.M. et al. Evaluation of breastfeeding self-efficacy of puerperal women in shared rooming units. **Heliyon**, v. 4, n. 10, p. 1-26, 2018.
- DENNIS, C.L; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in nursing & health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.
- DENNIS, C.L. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 6, p. 734-744, 2003.

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

DSM-V: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. American Psychiatric Association (APA), 2013.

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.

FERREIRA, H.L.O.C., et al. Factors Associated with Adherence to the Exclusive Breastfeeding. **Cien &Saúde Colet.**, v. 23, n. 3, p. 683-690, 2018.

FIGUEIRA, P., et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 79-84, 2009.

FIGUEIREDO, B., et al. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 4, p. 332-338, 2013.

GABRIEL, M.R., et al. Depressão pós-parto materna e o envolvimento paterno no primeiro ano do bebê. **Aletheia**, v. 1, n. 46, p. 50-65, 2015.

GREINERT, B.R.M; MILANI, R.G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Revista Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015.

GUEDES, A.C.E., et al. Postpartum depression: incidence and risk factors associate. **Rev Med. São Paulo**, v. 90, n. 3, p. 149-54, 2011.

KOMARSSON, K.A.C., et al. Mother's knowledge about breastfeeding: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 2, p. 1-11, 2008.

LOBATO, G., et al. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

MARGOTTI, E.; EPIFANIO, M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 15, n. 5, p. 771-9, 2014.

MEREDITH, P. NOLLER, P. Attachment and infant difficultness in postnatal depression. **Journal of Family Issues**, v. 24, n. 5, p. 668-686, 2003.

NGO, L. T. H., et al. Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women. **Midwifery**, v. 70, p. 84-91, 2019.

PERIPOLLI, R. A., et al. Influence of sociodemographic and behavioral conditions on self-efficacy in breastfeeding: A cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing.**, v. 14, n. 3, p. 313-320, 2015.

O'HARA, M. W. Postpartum depression: What we know. **Journal of Clinical Psychology**, v. 65, n. 12, p. 1258-1269, 2009.

O'HARA, M. W., MCCABE, J. E. Postpartum depression: Current status and future directions. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 9, n. 1, p. 379-407, 2013.

ORIÁ, M.O.B; XIMENES, L.B. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.

RIECHER-RÖSSLER, A.; HOFHECKER-FALLAHPOUR, M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 108, p. 51-56, 2003.

SANTOS, I.S., et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.11, p. 2577-2588, 2007.

SANTOS, M.F; MARTINS; F.C; PASQUAL, L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 90-95, 1999.

SANTOS, G.E.O. **Cálculo amostral: calculadora on-line**. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: out. 2018.

SILVA, C. S., et al. Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 4, p. 356-364, 2017.

TAVARES, M.C., et al. Aplicação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form a puérperas em alojamento conjunto: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2010.

TOLENTINO, E.C.; MAXIMINO, D.A.F.M; SOUTO, C.G.V. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 59-66, 2016.

VIEIRA, E.S., et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 26, p. 1-8, 2018.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

Adaptada de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).
Traduzida por Santos, Martins e Pasqual (1999).

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais aproxima dos seus sentimentos **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS**, não apenas como você está se sentindo hoje.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

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

2. Eu sinto prazer quando penso no que está a acontecer no meu dia-a-dia.

- Como sempre me 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.
- Não, nenhuma vez.

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 tenho tido dificuldade para dormir.

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

8. Tenho me sentido triste ou muito infeliz.

- Sim, quase sempre.
- Sim, muitas vezes.
- Raramente.
- Não, nunca.

9. Tenho me sentido tão infeliz que choro.

- Sim, quase sempre.
- Sim, muitas vezes.
- De vez em quando.
- Não, nunca.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- Sim, muitas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Pouquíssimas vezes ultimamente
- Nenhuma vez

9.2 ANEXO B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

(*Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form* (Dennis, 2003). Traduzida por Dodt et al., (2012).

Para cada uma das seguintes afirmações, selecione a resposta que melhor descreve o seu grau de confiança relativamente à amamentação do seu novo bebé. Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sente. Não existem respostas certas ou erradas.

1 = nada confiante 2 = pouco confiante 3 = às vezes confiante 4 = confiante 5 = muito confiante

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 via). | 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 as 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

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CORRELAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO E DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Pesquisador: Marluce Martins Machado da Silveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13650919.2.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCATIVA EVANGELICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.609.161

Apresentação do Projeto:

O projeto "Correlação entre autoeficácia em amamentação e depressão pós-parto" dedica-se a uma importante temática do campo da saúde. Segundo os autores a gestação é um período de intensas mudanças na vida da mulher e de sua família. Entre os transtornos psíquicos da puerperalidade, destaca-se a depressão pós-parto (DPP), a qual é caracterizada pela ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto. Esse transtorno pode interferir na amamentação, uma vez que, mães deprimidas têm menor probabilidade de iniciar ou manter a amamentação, além de correlacionar-se com a autoeficácia, ou seja, a confiança da mãe para amamentar. O objetivo deste estudo é correlacionar depressão pós-parto e autoeficácia na amamentação entre mulheres que frequentam o Banco de Leite do município de Anápolis, Goiás, por meio da aplicação de duas escalas: a Escala de Autoeficácia na Amamentação – versão reduzida e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa do tipo transversal. A coleta de dados será feita mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e será assistida por, no mínimo, um colaborador, o qual será capacitado para aplicação das escalas. Os resultados obtidos serão arquivados em um banco de dados e as análises quantitativas serão realizadas com a estatística descritiva pelo software Statistical Package for Social Science, por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Espera-se que o fornecimento dos resultados para a instituição de pesquisa auxilie em medidas que visem reduzir o índice de depressão pós-parto e, ao mesmo tempo, ampliação da promoção da

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.609.161

amamentação.

Objetivo da Pesquisa:

5.1 Objetivo geral

Relacionar depressão pós parto e autoeficácia na amamentação entre mulheres que frequentam o Banco de Leite Humano (BLH) no município de Anápolis, Goiás, no ano de 2019.

5.2 Objetivos específicos

Aplicar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo nas mulheres que frequentam o BLH em Anápolis - GO;

Aplicar a Escala de Autoeficácia na Amamentação nas mulheres que frequentam o BLH em Anápolis - GO;

Correlacionar a Escala de Autoeficácia na Amamentação e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo;

Analisar os pontos obtidos em cada questionário, avaliando quais fatores contribuíram para uma possível relação entre menor eficácia e depressão pós-parto;

Propor ações que visem diminuir a incidência de DPP e incentivar o aleitamento materno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

6.3 Aspectos éticos, riscos e benefícios

Para a coleta de dados, o projeto de pesquisa será encaminhado ao comitê de ética da UniEVANGÉLICA. A partir de sua aprovação, será emitido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual será aplicado aos indivíduos da amostra calculada que aceitarem participar da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informará sobre os objetivos, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa (Apêndice A).

Os possíveis riscos para os participantes se configuram em: possibilidade de constrangimento ao responder às escalas. Em caso de tal risco ocorrer, haverá apoio psicológico da psicóloga Juliane Macedo (CRP 09/1585) – Apêndice B para as participantes da pesquisa. No momento da aplicação das escalas, duas pesquisadoras, sendo uma psicóloga e a outra médica, estarão alcançáveis e serão acionadas em caso de alguma mãe apresentar desconforto significativo ou reações emocionais importantes. Caso seja identificado que a voluntária da pesquisa necessite de acompanhamento especializado, serão agendadas consultas no ambulatório de psicologia e/ou com a médica pesquisadora, para acompanhamento por tempo necessário. Tais acompanhamentos são rotineiramente oferecidos às mães que procuram o Banco de Leite Humano Elaine Miriam de Oliveira (ambulatório médico e psicológico).

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.609.161

Em relação aos benefícios alcançados por meio do estudo, haverá distribuição de cartilhas informativas sobre o tema para as participantes da pesquisa.

Os riscos e benefícios apresentados pelos autores do projeto atende a Resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância social e científica. Ela tem potencial para gerar um excelente produto científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados conforme a 466/2012

Recomendações:

N/C

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, não apresentando nenhum óbice ético para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UniEVANGÉLICA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se por aprovar o presente projeto.

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1349943.pdf	24/06/2019 21:38:42		Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.docx	24/06/2019 21:36:40	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_atualizado.docx	24/06/2019 21:30:00	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/06/2019 21:20:41	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Outros	Escala_de_autoeficacia_2.docx	24/06/2019 21:18:31	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 3.609.161

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	14/05/2019 08:55:15	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Outros	Questionario.docx	13/05/2019 11:29:24	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Outros	Escala_de_Depressao.docx	13/05/2019 11:28:29	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	13/05/2019 11:27:09	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	13/05/2019 11:25:17	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.docx	06/05/2019 16:33:05	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Outros	Orientador.docx	06/05/2019 09:25:36	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Outros	Cartilha.docx	05/05/2019 19:13:57	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito
Outros	Carta.docx	05/05/2019 19:12:52	Marluce Martins Machado da Silveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 30 de Setembro de 2019

Assinado por:
Brunno Santos de Freitas Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

BRAZILIAN JOURNALS

INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNALS



DECLARAÇÃO

A Revista Brazilian Journal of Health Review , ISSN 2595-6825, declara para os devidos fins, que o artigo “**Correlação entre autoeficácia em amamentação e depressão pós-parto**” de autoria de *Júlia Moura Nader, Nathália de Carvalho Moreira, Letícia Ohana de Oliveira Carvalho, Amanda Rassi, Amanda Fernandes Pereira Brito, Marluce Martins Machado da Silveira*, foi publicado no v.3, n.2, p. 3875-3888.

A revista é on-line, e os artigos podem ser encontrados ao acessar o link:

<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/issue/view/85>

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São José dos Pinhais, 30 de abril de 2020.

Prof. Dr. Edilson Antonio Catapan
Editor Chefe

Correlação entre autoeficácia em amamentação e depressão pós-parto**Correlation between self-efficiency in breastfeeding and post-delivery depression**

DOI:10.34119/bjhrv3n2-210

Recebimento dos originais:22/03/2020

Aceitação para publicação:29/04/2020

Júlia Moura Nader

Discente do curso de medicina
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Av. Universitária Km 3,5 - Cidade Universitária, Anápolis – GO, Brasil
E-mail: juliamnader@gmail.com

Nathália de Carvalho Moreira

Discente do curso de medicina
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Av. Universitária Km 3,5 - Cidade Universitária, Anápolis – GO, Brasil
E-mail: nathaliamoreira0011@gmail.com

Letícia Ohana de Oliveira Carvalho

Discente do curso de medicina
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Av. Universitária Km 3,5 - Cidade Universitária, Anápolis – GO, Brasil
E-mail: letiohana20@gmail.com

Amanda Rassi

Discente do curso de medicina
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Av. Universitária Km 3,5 - Cidade Universitária, Anápolis – GO, Brasil
E-mail: amanda.rassiii@gmail.com

Amanda Fernandes Pereira Brito

Discente do curso de medicina
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Av. Universitária Km 3,5 - Cidade Universitária, Anápolis – GO, Brasil
E-mail: amandafpbrito@gmail.com

Marluce Martins Machado da Silveira

Docente do curso de medicina
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Av. Universitária Km 3,5 - Cidade Universitária, Anápolis – GO, Brasil
E-mail: marlucemachado@gmail.com

RESUMO

A gestação é um período de intensas mudanças na vida da mulher e de sua família. Entre os transtornos psíquicos da puerperalidade, destaca-se a depressão pós-parto (DPP), a qual é caracterizada pela ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto. Esse

transtorno pode interferir na amamentação, uma vez que, mães deprimidas têm menor probabilidade de iniciar ou manter a amamentação. O objetivo deste estudo foi correlacionar depressão pós-parto e autoeficácia na amamentação entre mulheres que frequentam o Banco de Leite do município de Anápolis, Goiás, por meio da aplicação das Escalas de Autoeficácia na Amamentação (BSES) e de DPP de Edimburgo. O estudo foi de natureza quantitativa do tipo transversal. Sintomas de DPP estiveram presentes em 36,9% da amostra e as participantes apresentaram níveis de autoeficácia para amamentar médio/baixo de 24,6% e alto de 75,4%. Obteve-se uma correlação entre elevada autoeficácia na amamentação e menor risco de desenvolver depressão pós-parto. Evidenciou-se uma relação direta entre idade e autoeficácia em amamentação. Não foi possível afirmar que o estado civil influencie na autoeficácia ou no risco de desenvolver sintomatologia para DPP. Em relação à paridade, as participantes que possuem mais de um filho apresentaram maior pontuação na BSES, sendo que esse aspecto não apresentou relevância quando comparado à DPP. Neste sentido, ações que visam melhorar os índices de autoeficácia na amamentação mostram-se bastante relevantes, visto que contribuem para o fortalecimento da relação da mãe com o bebê. Da mesma forma, promover a saúde mental é essencial para diminuição dos índices de DPP, repercutindo em escores mais altos na autoeficácia na amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Autoeficácia, Depressão pós-parto

ABSTRACT

Pregnancy is a period of intense changes in the lives of women and their families. Among postpartum psychiatric disorders, postpartum depression (PPD) stands out, which is characterized by the occurrence of a major depressive episode in the postpartum period. This disorder can interfere with breastfeeding, since depressed mothers are less likely to start or maintain breastfeeding, and correlate with self-efficacy, ie, the mother's confidence to breastfeed. The aim of this study was to correlate postpartum depression and breastfeeding self-efficacy among women attending the Milk Bank in the municipality of Anápolis, Goiás, by applying the Breastfeeding Self-Efficacy Scales (BSES) and the Edinburgh PPD. The study was of a quantitative cross-sectional nature. PPD symptoms were present in 36,9% of the sample and participants had medium / low self-efficacy levels of breastfeeding of 24,6% and high of 75.4%. There was a correlation between high self-efficacy in breastfeeding and a lower risk of developing postpartum depression. There is a direct relationship between age and breastfeeding self-efficacy. It is not possible to state marital status influences self-efficacy or risk of developing symptomatology for PPD. Regarding parity, participants with more than one child had a higher BSES score, and this aspect was not relevant when compared to PPD. Actions aimed at improving breastfeeding self-efficacy rates are very relevant, as they contribute to the strengthening of the mother's relationship with the baby. In addition, promoting mental health is essential for decreasing PPD rates, resulting in higher breastfeeding self-efficacy scores.

Keywords: Breastfeeding, Self-efficacy, Postpartum depression.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de intensas mudanças na vida da mulher e de sua família, que incluem transformações fisiológicas, sociais e psicológicas. Associado a essas alterações, a mulher

pode apresentar dúvidas, angústias e receios relacionados ao nascimento de um filho e à sua capacidade de cuidá-lo (GREINERT; MILANI, 2015).

Nesse contexto, a insegurança inerente ao momento, pode eventualmente, sobrepujar o equilíbrio, trazendo à tona transtornos psíquicos da puerperalidade, dentre os quais, a Depressão Pós-Parto (DPP), caracterizada pela ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto (GABRIEL et al., 2015). Tal condição clínica é prevalente – afeta cerca de 10 a 20% das mulheres – e tem consequências graves não só para a mãe, mas para todo o sistema familiar. A menoridade da mãe, ser solteira ou divorciada, condições socioeconômicas, eventos estressantes nos últimos 12 meses, história de transtorno psiquiátrico prévio e gravidez indesejada são os principais fatores que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência da DPP (O'HARA, 2009; TOLENTINO; MIXIMINO; SOUTO, 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais – DSM-V (2013), a DPP ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto, tendo, frequentemente, início durante a gestação. Ainda segundo o manual, seus sintomas são alteração do humor, cansaço ou falta de energia para realizar atividades, dificuldade de concentração e mudança na sensação de prazer relacionadas às situações que eram consideradas agradáveis. Além disso, em alguns casos há alteração no sono, cansaço acentuado, diminuição da autoestima e sentimento de culpa.

A fim de avaliar a sintomatologia da DPP, pode-se utilizar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, a qual é um instrumento de fácil aplicação e interpretação, sendo aplicada por profissionais das áreas básicas de saúde, sem a necessidade de especialização na área de saúde mental (SANTOS et al., 2007).

A DPP é apontada como um dos fatores que contribuem para o insucesso da amamentação, ocasionando menores índices de aleitamento materno em filhos de mães com depressão, interferindo tanto no início como na manutenção da amamentação (FIGUEIREDO et al., 2013). Desta forma, pode afetar negativamente a alimentação adequada dos recém-nascidos e lactentes, comprovadamente essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção de diversas doenças do sistema respiratório, alergias, gastroenterites e desnutrição (ALVES et al., 2014).

Outros fatores que podem interferir para o insucesso da amamentação são falta de conhecimento das mães sobre a amamentação, sua personalidade e atitude, juntamente com sua auto eficácia, isto é, a confiança, crença ou expectativa da mulher de que possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com sucesso (KOMARSSON et al., 2008; DODT et al., 2012).

A Escala de Auto eficácia na Amamentação (do inglês, *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*), foi desenvolvida a fim de auxiliar os profissionais a intervirem de forma mais efetiva na promoção do aleitamento materno (CHEZEM; FRIESEN; BOETTCHER, 2003; TAVARES et al., 2010).

Além disso, de acordo Abuchaim et al. (2016), apesar de revelar que a DPP tende a prejudicar a confiança da mulher acerca de sua capacidade de exercer a função materna, observa-se escassez de estudos que investiguem a relação entre a auto eficácia materna para amamentar e os sintomas de depressão pós-parto.

O estudo de Vieira et al. (2018) corrobora que a DPP interfere negativamente nos índices de amamentação. Por outro lado, a amamentação é relacionada como um fator protetor contra a depressão pós-parto (FIGUEIREDO et al., 2013). Portanto, diante de dois processos intimamente relacionados e impactantes na vida da mulher e de seu filho, nasce a motivação para a realização desta pesquisa, partindo-se do princípio da função preventiva da aplicação de ambas as escalas, uma vez que permitem identificar vulnerabilidades, que podem nortear futuras ações.

Como a produção científica tem como objetivo apropriar-se da realidade para melhor analisá-la e, posteriormente, produzir transformações, a discussão sobre depressão pós-parto e auto eficácia na amamentação pode auxiliar em medidas que visem melhorar a qualidade de vida das mulheres que passam pelo período de gestação e puerpério ao mostrar a incidência da patologia nesse grupo de indivíduos.

Pretende-se com este estudo diminuir a lacuna existente na literatura, a fim de contribuir com o conhecimento que ampare a adoção de condutas que visem diminuir a ocorrência da depressão pós-parto e o aumento da auto eficácia materna para a amamentação em todas as mulheres, principalmente, naquelas onde existe a detecção da presença ou do risco de desenvolver a DPP.

Diante do exposto e discutido, este trabalho tem como objetivo relacionar depressão pós-parto e auto eficácia na amamentação entre mulheres que frequentaram o Banco de Leite Humano (BLH) no município de Anápolis, Goiás, nos anos de 2019 e 2020.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa foi delineada como um estudo transversal, quantitativo, realizado no Banco de Leite Humano (BLH) Elaine Miriam de Oliveira, no município de Anápolis, no estado de Goiás.

Os critérios de inclusão foram: mães que frequentam o BLH Elaine Miriam de Oliveira – Anápolis – GO até a 24^a semana pós-parto; concordância em participar do estudo; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: não concordância

em participar deste estudo e/ou recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser menor de idade; possuir alguma dificuldade de comunicação ou apresentar depressão prévia.

Para a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da UniEVANGÉLICA e aprovado pelo parecer de número 3.609.161.

Os dados foram coletados, no mês de outubro de 2019 a março de 2020, por meio da aplicação de dois questionários fechados e diretos: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e a Escala de Auto eficácia na Amamentação - versão reduzida que forneceram escores e dados para possível relação entre depressão pós-parto e insucesso na amamentação.

Nesse estudo, a pontuação para a identificação do risco para depressão pós-parto baseou-se nas recomendações de Guedes et al. (2011), objetivando adaptação transcultural e atualização do escore, com o ponto de corte maior ou igual a 10 pontos a fim de identificar risco para a DPP. Na Escala de Auto eficácia na Amamentação, foram utilizados os seguintes pontos: de 14 a 32 - baixa eficácia; de 33 a 51 - média e de 52 a 70 - alta eficácia (DODT et al., 2012).

Além disso, foi aplicado um questionário contendo idade da mãe, estado civil, paridade, realização de pré-natal, além de interrogar se já teve ou tem depressão diagnosticada por médico.

O programa Microsoft® Excel 2013 foi usado para tabulação de dados e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS® for Windows, versão 21.0. Para a comparação de frequência entre as variáveis categóricas foi adotado o teste qui-quadrado (X^2) (tabela de contingência) e razão de chances (odds ratio) com intervalo de confiança de 95%. Quando necessário (contagem menor que 5), foi utilizada a correção de likelihood ratio. A correlação entre a idade com as pontuações obtidas nas Escalas de Auto eficácia na Amamentação e de Depressão Pós-Parto de Edimburgo foi verificada pelo coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância utilizado foi de 5% ($p \leq 0,05$) para todas as análises.

3 RESULTADOS

A amostra estabeleceu-se com 65 mães que frequentaram o Banco de Leite Humano de Anápolis, para doação, consulta ou orientação. A tabela 1 refere-se à distribuição da amostra de acordo com faixa etária, estado civil, paridade e realização de pré-natal. A maior parte das participantes estão entre a faixa etária de 28 – 32 anos – 32,3% (21/65), seguidas daquelas com idade entre 22 – 27 anos – 30,8% (20/65). Em menor número, estão as mães entre 33 – 40 anos – 27,7% (18/65) e por fim, entre 18 – 21 anos, compondo 9,2% da amostra (6/65). A grande maioria das participantes são casadas (75,4% - 49/65), seguidas daquelas com relacionamento estável (moram com o pai da criança) – 13,8% (9/65). Mães solteiras e divorciadas estão em menor

número, compondo 7,7% (5/65) e 3,1% (2/65), respectivamente. Em relação à paridade, fora observado que 58,5% (38/65) das participantes eram primíparas, seguidas daquelas com dois filhos, compondo 23,1% (15/65); 15,4% (10/65) com 3 filhos; 1,5% (1/65) com 4 filhos e 1,5% (1/65) com 5 filhos. No que diz respeito a realização do pré-natal, 100% (65/65) das pacientes fizeram acompanhamento.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo faixa etária, estado civil, paridade e realização de pré-natal.

	n	%
FAIXA ETÁRIA		
18-21 anos	6	9,2
22-27 anos	20	30,8
28-32 anos	21	32,3
33-40 anos	18	27,7
ESTADO CIVIL		
Solteiras	5	7,7
Casadas	49	75,4
Estável	9	13,8
Divorciadas	2	3,1
PARIDADE		
1 filho	38	58,5
2 filhos	15	23,1
3 filhos	10	15,4
4 filhos	1	1,5
5 filhos	1	1,5
PRÉ-NATAL		
Sim	65	100
Não	0	0,0

Na tabela 2, a amostra foi distribuída segundo as médias de idade e escores nas escalas aplicadas. Em relação à faixa etária, as puérperas tinham, em média, 29 anos, com aproximadamente 5 anos para mais ou para menos. Além disso, a pontuação média obtida pelas participantes na Escala de Auto eficácia na Amamentação versão reduzida - *BSES-SF* foi de 57,01 pontos (maioria com elevada auto eficácia na amamentação). Já na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EPDS, o escore médio foi de 8,20 pontos (baixo risco de desenvolver depressão pós-parto).

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo as médias da idade e escores nas Escalas de Autoeficácia (Escore A) e Depressão Pós-Parto (Escore D).

	Média	Margem de erro
Idade	28,82	5,41
Escore A	57,01	10,92
Escore D	8,20	5,49

A tabela 3 apresenta os valores de p e r para a correlação entre idade e as pontuações obtidas em cada questionário. Nesse contexto, foi encontrada uma relação direta entre a idade e a auto eficácia na amamentação ($p=0,01$). No entanto, não houve tal relação entre idade e o risco de desenvolver sintomatologia para depressão pós-parto ($p=0,26$). O coeficiente de correlação de Spearman (r) mede o grau da correlação entre duas variáveis quantitativas.

Tabela 3: Correlação entre as pontuações obtidas na Escala de Autoeficácia na Amamentação (Escore A) e na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Escore D).

	IDADE	
	r	p
Escore A	0,31	0,01
Escore D	-0,14	0,26

r = correlação entre os dados analisados;

Na tabela 4, foram comparadas as pacientes distribuídas de acordo com o estado civil e a pontuação obtida na Escala de Autoeficácia na Amamentação. Observou-se que não há como analisar estatisticamente a relação entre o estado conjugal e o escore em questão, uma vez que a amostra não tem representatividade estatística pelo quantitativo de distribuição ($p=0,261$).

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o estado civil e o escore na Escala de Autoeficácia na Amamentação.

ESTADO CIVIL	AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO			$p=0,261$
	Alta	Média/baixa	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Solteira/Divorciada	4 (6,2)	3 (4,6)	7 (10,8)	
Casada/estável	45 (69,2)	13 (20,0)	58 (89,2)	
Total	49 (75,4)	16 (24,6)	65 (100)	

Na tabela 5, as pacientes foram distribuídas de acordo com o estado civil e a pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Observou-se que não há como analisar

estatisticamente a relação entre o estado conjugal e o escore em questão, uma vez que a amostra não tem representatividade estatística pelo quantitativo de distribuição ($p=0,250$).

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o estado civil e o risco para desenvolvimento de depressão pós-parto.

ESTADO CIVIL	RISCO DE DPP			
	Sem n (%)	Com n (%)	Total n (%)	
Solteira/divorciada	3 (4,6)	4 (6,2)	7 (10,8)	$p = 0,250$
Casada/estável	38 (58,5)	20 (30,7)	58 (89,2)	
Total	41 (63,1)	24 (36,9)	65 (100%)	

Na tabela 6, as participantes da pesquisa foram distribuídas conforme a paridade (número de filhos) e sua relação com a pontuação obtida na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Não foi possível determinar diferença estatística entre os grupos quando comparados ao risco de desenvolver depressão pós-parto ($p=0,926$).

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto (DPP) e número de filhos.

DPP	PARIDADE			
	1 filho n (%)	2 ou mais n (%)	Total n (%)	
Sem risco	22 (33,9)	19 (29,2)	41 (63,1)	$p = 0,304$
Com risco	16 (24,6)	8 (12,3)	24 (36,9)	
Total	38 (58,5)	27 (41,5)	65 (100)	

A tabela 7 refere-se à distribuição das participantes de acordo com o escore obtido na Escala de auto eficácia na Amamentação e paridade. Foi constatado que a maioria das mães possui apenas um filho (58,5%). Esse é um dado relevante, haja vista que se observou que as participantes que possuem mais de um filho (dois ou mais) apresentaram maior pontuação na BSES-SF ($p=0,001$), sendo que 96,3% (26/27) destas apresentaram elevada auto eficácia na amamentação. Entre as mães com filho único, 60,5% (23/38) possuem elevada auto eficácia.

Tabela 7: Distribuição da amostra segundo paridade e auto eficácia na amamentação.

AUTOEFICÁCIA	PARIDADE		
	1 filho n (%)	2 ou mais n (%)	Total n (%)

Alta	23 (35,4)	26 (40,0)	49 (75,4)	$p = 0,001$
Média/baixa	15 (23,1)	1 (1,5)	16 (24,6)	
Total	38 (58,5)	27 (41,3)	65 (100)	

Por fim, encontrou-se uma relação entre elevada autoeficácia no aleitamento materno e menor risco de desenvolver depressão pós-parto ($p < 0,001$), com razão de chances de 0,20. Nesse contexto, a tabela 8 refere-se à prevalência de sintomas de depressão pós-parto, entre as pesquisadas, sendo esta de 36,9% (24/65), pontuando 10 ou mais pontos na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

Tabela 8: Distribuição da amostra segundo Autoeficácia na Amamentação e Risco para Depressão Pós-Parto (DPP).

RISCO PARA DPP	AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO			$p < 0,001$
	Alta	Média/Baixa	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sem risco	37 (56,9)	4 (6,2)	41 (63,1)	
Com risco	12 (18,5)	12 (18,4)	24 (36,9)	
Total	49 (75,4)	16 (24,6)	65 (100)	

Razão de chances (odds ratio): 0,20 (IC95% = 0,07 a 0,54).

Baseado nos dados acima, pode-se concluir que, entre as mulheres com elevada autoeficácia em amamentação, 75,5% delas (37/49) não possuem risco para desenvolver depressão pós-parto. Em contrapartida, 75,0% (12/16) das mães com média ou baixa autoeficácia possuem risco para DPP.

No que diz respeito a realização do pré-natal, 100% (65/65) das pacientes fizeram acompanhamento, não sendo possível concluir sobre sua possível relação com autoeficácia na amamentação ou no risco de desenvolver depressão pós-parto.

4 DISCUSSÃO

A amostra é caracterizada por mulheres, em sua maioria, jovens, casadas, primíparas e todas realizaram pré-natal. Entre os dados analisados, foi encontrada uma relação direta entre a idade e a autoeficácia na amamentação. Nesse sentido, o estudo realizado por Ngo et al. (2019) mostra que a idade das mães foi significativamente correlacionada com a autoeficácia na amamentação ($p < 0,05$), o que significa que quanto maior a idade da mãe, maior a autoeficácia na amamentação.

Ao comparar-se a Escala de autoeficácia com o estado civil da mãe, observou-se que não

há como analisar estatisticamente a relação entre o estado conjugal e a pontuação obtida nas escalas analisadas, uma vez que a amostra não tem representatividade estatística pelo quantitativo de distribuição. Por outro lado, o estudo de De Abreu et al. (2018) revela que mães que têm parceiro apresentam maior auto eficácia na amamentação.

Em relação ao número de filhos, fora constatado que mães que possuíam mais de um filho (dois ou mais) apresentaram uma maior pontuação na escala de auto eficácia da amamentação. Na pesquisa de Peripolli et al. (2015), houve associação estatisticamente significativa da auto eficácia na amamentação com ter dois filhos ou mais, observando que mulheres com um mais de um filho apresentam maior confiança ao amamentar. Corroborando com os achados deste estudo, de acordo com Ferreira et al. (2018), a experiência da gestação anterior é descrita como fator protetor frente a adesão ao aleitamento materno. Quanto maior o número de gestações, maior a experiência das mães e, por conseguinte, maior seria a duração da amamentação para os próximos filhos.

No que se refere à depressão pós-parto, nesta pesquisa, não foi possível afirmar que a idade influencie diretamente no risco de desenvolver sintomatologia para depressão pós-parto. Segundo Coutinho e Saraiva (2008), a faixa etária não tem apresentado associação consistente com a depressão pós-parto. No entanto, Arrais e Araújo (2017) concluíram que há maior incidência de depressão pós-parto em mulheres jovens, embora a amostra não tenha incluído mães adolescentes.

Durante o estudo, obteve-se uma relação entre elevada auto eficácia na amamentação e menor risco de desenvolver depressão pós-parto. Dessa forma, esses resultados foram compatíveis com estudos que relacionam auto eficácia na amamentação e depressão pós-parto. Segundo Vieira et al. (2018), ao investigar mulheres do início da gestação até 32 semanas pós-parto, evidenciou-se que mulheres não deprimidas e com expectativa de amamentar na gestação apresentam risco menor de desenvolver depressão pós-parto quando obtêm sucesso no aleitamento materno.

De acordo com Figueiredo et al. (2013), a amamentação proporciona algumas condições e processos psicológicos que atuam como protetores frente ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Dessa forma, a auto eficácia mostrou-se como uma condição inversamente proporcional à depressão pós-parto, uma vez que, mulheres com elevada auto eficácia possuem menor risco de desenvolver depressão pós-parto. Assim, a auto eficácia na amamentação desempenha importante papel na prevenção de tal condição, já que as mães que possuem maiores níveis de auto eficácia da amamentação apresentam menores níveis de sintomas de depressão pós-parto.

Nesse contexto, os dados relevantes do trabalho referem-se à relação inversamente proporcional entre o escore obtido na Escala de Auto eficácia na Amamentação e o escore obtido na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Sendo assim, quanto maior a confiança da mãe

ao amamentar seu bebê, menores são suas chances desenvolver sintomatologia para depressão pós-parto. Ademais, concluiu-se que idade interfere somente na auto eficácia na amamentação, não sendo possível afirmar essa correlação com o risco de desenvolver depressão pós-parto. A relação entre estado civil com a auto eficácia não apresentou relevância significativa, bem como a relação do estado civil com o risco de desenvolver DPP. Levando em consideração o quesito número de filhos (paridade), mães com 2 ou mais filhos apresentaram índice maior de auto eficácia, não sendo possível estabelecer uma relação com o risco de DPP.

5 CONCLUSÃO

O estudo abordou duas condições de impacto na qualidade de vida da mulher no puerpério, que afetam diretamente a relação mãe-bebê e a amamentação, demonstrando correlação entre elevada auto eficácia na amamentação e menor risco de desenvolver depressão pós-parto.

Considera-se que os objetivos foram alcançados, uma vez que a demonstração da correlação entre auto eficácia em amamentação e DPP, assim como dos fatores que interferem em ambas as condições, trazem subsídios que sustentam ações de promoção da auto eficácia e de prevenção da DPP, desde o pré-natal até o período puerperal. Dentre os fatores evidenciados que merecem maior atenção são idade e paridade, sendo que são mães mais jovens e primíparas apresentam predisposição a menor auto eficácia.

Os limites do estudo foram o quantitativo da amostra, aquém do desejado, principalmente, pela dramática diminuição da procura do serviço do Banco de Leite estudado na fase final da coleta, devido à pandemia do COVID-19. Neste sentido, as autoras pretendem dar continuidade à pesquisa, o que possibilitará maiores evidências estatísticas dos fatores que interferem na auto eficácia e na DPP, trazendo maior contribuição e visibilidade de tais fatores aos profissionais que cuidam do binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

- ABUCHAIM, E.C.V., et al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 6, p. 664-70, 2016.
- ALVES, V.H., et al. Reflexões sobre o valor da amamentação como prática de Saúde: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p. 203-10, 2014.
- ARRAIS, A.R; ARAUJO, T.C.C.F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicol saúde doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017.
- CHEZEM, J.C.; FRIESEN, C.; BOETTCHER, J.. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 1, p. 40-47, 2003.
- COUTINHO, M.P.L.; SARAIVA, E.R.A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 8, n. 3, p. 759-773, 2008.
- DE ABREU, L.M. et al. Evaluation of breastfeeding self-efficacy of puerperal women in shared rooming units. **Heliyon**, v. 4, n. 10, p. 1-26, 2018.
- DODT, R. C. M., et al. Psychometric assessment of the short form version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale in a Brazilian sample. **J Nurs Educ Practice**, v. 2, n. 3, p. 66-73, 2012.
- DSM-V: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. American Psychiatric Association (APA), 2013.
- FERREIRA, H.L.O.C., et al. Factors Associated with Adherence to the Exclusive Breastfeeding. **Cien &Saúde Colet.**, v. 23, n. 3, p. 683-690, 2018.
- FIGUEIREDO, B., et al. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 4, p. 332-338, 2013.

GABRIEL, M.R., et al. Depressão pós-parto materna e o envolvimento paterno no primeiro ano do bebê. **Aletheia**, v. 1, n. 46, p. 50-65, 2015.

GREINERT, B.R.M; MILANI, R.G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Revista Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015.

GUEDES, A.C.E., et al. Postpartum depression: incidence and risk factors associate. **Rev Med. São Paulo**, v. 90, n. 3, p. 149-54, 2011.

KOMARSSON, K.A.C., et al. Mother's knowledge about breastfeeding: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 2, p. 1-11, 2008.

NGO, L. T. H., et al. Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women. **Midwifery**, v. 70, p. 84-91, 2019.

O'HARA, M. W. Postpartum depression: What we know. **Journal of Clinical Psychology**, v. 65, n. 12, p. 1258-1269, 2009.

PERIPOLLI, R. A., et al. Influence of sociodemographic and behavioral conditions on self-efficacy in breastfeeding: A cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 3, p. 313-320, 2015.

SANTOS, I.S., et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.11, p. 2577-2588, 2007.

TAVARES, M.C., et al. Aplicação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form a puérperas em alojamento conjunto: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2010.

TOLENTINO, E.C.; MAXIMINO, D.A.F.M; SOUTO, C.G.V. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 59-66, 2016.

VIEIRA, E.S., et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 26, p. 1-8, 2018.

10. APÊNDICES

10.1 APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CORRELAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO E DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Prezada participante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “**Correlação entre autoeficácia em amamentação e depressão pós-parto**”.

Desenvolvida por **Amanda Fernandes Pereira Brito, Amanda Rassi, Júlia Moura Nader, Letícia Ohana de Oliveira Carvalho e Nathália de Carvalho Moreira**, discentes de Graduação em Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação da **Professora Marluce Martins Machado da Silveira**.

O objetivo central do estudo é: Relacionar depressão pós-parto e autoeficácia em amamentação entre mulheres que frequentam o Banco de Leite Humano Elaine Miriam de Oliveira no município de Anápolis, Goiás.

O convite a sua participação se deve a ser mãe que frequenta o BLH Elaine Miriam de Oliveira – Anápolis – GO até a 24ª semana pós parto; concordância em participar do estudo; ter idade superior a 18 anos; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, uma vez que a análise do projeto de pesquisa será executada mediante a Resolução 466/2012 do CSN (Conselho Nacional de Saúde), na qual está presente as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas que envolvam seres humanos. Essa resolução resguarda os referenciais básicos da bioética: beneficência, autonomia, justiça e não maleficência.

O risco mais provável, no presente estudo, seria o de constrangimento em responder o questionário. Caso haja algum desconforto significativo ou reações emocionais impactantes, duas pesquisadoras estarão alcançáveis (uma médica e uma psicóloga). Havendo necessidade de acompanhamento especializado, serão agendadas consultas no ambulatório de psicologia e/ou com a médica pesquisadora. Além disso, para minimizar o risco de identificação e exposição dos dados pessoais da participante, os questionários são isentos de identificação por nome, RG ou CPF. Este Termo será entregue em momento anterior à aplicação das Escalas, para que não haja qualquer possibilidade de identificação da participante. Seu nome ou material que indique sua participação não serão liberados sem sua permissão. Os dados que forem obtidos através dos questionários utilizados para avaliação dos resultados serão mantidos sob confidencialidade, sob acesso apenas dos pesquisadores e da professora orientadora.

Em relação aos benefícios da pesquisa, haverá distribuição de cartilhas informativas sobre o tema para as participantes. Os resultados serão divulgados em congressos, simpósios, jornadas e em literatura científicas e/ou revistas da área.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de duas escalas e um questionário objetivos e diretos e o tempo de duração de resposta aos questionários é de aproximadamente 10 minutos.

Os questionários serão transcritos e armazenados, mas somente terão acesso aos mesmos as pesquisadoras e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA. Ao fim desse período, serão incinerados. Vale ressaltar que as participantes serão identificadas por códigos para que não conste na pesquisa e sejam identificados, exceto o TCLE, que ficará em sigilo.

Espera-se que os dados obtidos sejam publicados e disponibilizados para a comunidade científica com o intuito de contribuir e fomentar avanços na área de pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável – UniEVANGÉLICA

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: juliamnader@gmail.com ou (62) 991284154

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ___ de _____ de 20___, _____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-Mail: cep@unievangelica.edu.br

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

10.2 APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Juliane Macedo, declaro, para os devidos fins, que estou ciente da minha participação para prestar apoio psicológico para as participantes da pesquisa, caso haja necessidade. A pesquisa é intitulada “CORRELAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO E DEPRESSÃO PÓS-PARTO” e realizada por Amanda Fernandes Pereira Brito, Amanda Rassi, Júlia Moura Nader, Letícia Ohana de Oliveira Carvalho e Nathália de Carvalho **Moreira**, email de contato juliananader@gmail.com e telefone de contato (62) 99128.4154, matriculadas no Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da professora **Marluce Martins Machado da Silveira**, a fim de desenvolver o trabalho de curso, para obtenção do título de bacharel, sendo esta uma das exigências do curso.

10/04/19
Data da Assinatura

Juliane Macedo
Assinatura CRP 09/1585

10.3 APÊNDICE C – CARTILHA INFORMATIVA

ALEITAMENTO MATERNO



COMO ME PREPARAR PARA A AMAMENTAÇÃO?

- Desde a gestação prepare-se para amamentar
- Já durante o pré-natal, conheça as vantagens do Aleitamento Materno para você e o bebê
- Converse com os profissionais da equipe de saúde e tire suas dúvidas
- Troque idéias com mães que amamentaram
- Visite a Maternidade onde seu bebê vai nascer

POR QUE AMAMENTAR?

- Vantagens da amamentação para você, seu bebê e toda a família:
- Amamentar é uma troca de amor e carinho
- Amamentar proporciona momentos agradáveis para você e seu bebê. Ele cresce mais tranquilo e seguro
- É prático, econômico, livre de contaminação e está sempre pronto, na temperatura ideal
- É mais saúde para você, reduz o tempo de sangramento pós-parto e ajuda o útero a voltar ao normal; você perde peso com maior rapidez
- Protege o bebê contra infecções e alergias

QUAL A POSIÇÃO MAIS INDICADA PARA ALIMENTAR O BEBÊ?

- Coloque o bebê na posição correta para mamar
- Antes de amamentar, lave bem as mãos e os braços
- Para o leite sair em quantidade suficiente e o bebê engolir tranquilo, sua barriga e a do bebê devem estar bem encostadas (barriga com barriga). Para isso, desenrole o bebê das cobertas

A PEGA CORRETA

- A boca do bebê deve estar bem aberta, de frente para a sua mama e abocanhar não só o bico (mamilo), mas grande parte da aréola (parte escura do peito)
- A boa pega também evita dor e rachadura no bico do peito

COMO SEI QUE O MEU BEBÊ MAMOU O SUFICIENTE?

- Você pode ficar tranquila se o bebê ficar satisfeito depois das mamadas, urinar várias vezes ao dia, ganhar peso e crescer bem. Nem todo choro do bebê é fome. O seu filho pode chorar porque está com frio ou calor, cólicas, sentindo algum desconforto, fraldas sujas ou precisando de aconchego, de "colinho".

COMO CUIDAR DAS MAMAS?

- Cuide bem de suas mamas
- Não use pomadas e cremes nas mamas, pois dificulta a boa pega e às vezes causa rachadura
- Para se proteger contra rachaduras e infecções basta passar o próprio leite antes e depois do bebê mamar
- Lave e seque bem os seios no banho diário e use sempre sutiã que dê boa sustentação e firmeza. Na hora de amamentar, desabotoe o sutiã
- Para prevenir rachaduras no mamilo observe se a pega e a posição estão adequadas, perceba se o seu bebê abocanha grande parte da aréola
- Se o peito estiver muito cheio, pode dificultar a boa pega, portanto para ajudar, você deve fazer massagem e ordenha de alívio, retirando um pouco do leite. Isto deverá facilitar a pega do bebê
- Se ocorrer rachaduras, tome banho de sol durante 15 minutos e passe seu próprio leite para ajudar na cicatrização. Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa para orientação

ESTOU COM DOR NAS MAMAS, POSSO UTILIZAR ALGUM MEDICAMENTO?

- Medicamentos: somente com orientação médica
- A maioria dos medicamentos não impede a amamentação
- Se precisar, procure a Unidade de Saúde que poderá indicar aqueles que não interferem na amamentação e não prejudicam o bebê

10.4 APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaração da Instituição coparticipante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada **“Correlação entre autoeficácia em amamentação e depressão pós-parto”** realizada por **Amanda Fernandes Pereira Brito, Amanda Rassi, Júlia Moura Nader, Letícia Ohana de Oliveira Carvalho e Nathália de Carvalho Moreira**, email de contato juliamnader@gmail.com e telefone de contato (62) 99128.4154, matriculadas no Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da professora **Marluce Martins Machado da Silveira**, a fim de desenvolver o trabalho de curso, para obtenção do título de bacharel, sendo esta uma das exigências do curso. Os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: **Relacionar depressão pós-parto e autoeficácia na amamentação entre mulheres que frequentam o Banco de Leite Elaine Mirian de Oliveira no município de Anápolis, Goiás**, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados, serão aplicadas a Escala de Autoeficácia na Amamentação e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

Os possíveis riscos para os participantes configuram-se em possibilidade de constrangimento ao responder às escalas. Caso tal risco ocorra, haverá apoio da psicóloga Juliane Macedo (CRP09/1585). Os questionários são isentos de identificação por nome, RG ou CPF.

Em relação aos possíveis benefícios alcançados por meio do estudo, os instrumentos utilizados podem servir como autoavaliação do momento em que a mãe está vivendo, além de servir como um canal de comunicação para se manifestar em relação a algo que a incomoda e possibilitar medidas que visem reduzir os fatores de risco e incentivar o aleitamento materno. Haverá distribuição de cartilhas informativas sobre o tema para as participantes.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS n°. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, 29 de abril de 19 .


Bruno Rodrigues Ferreira
Comissão de Ética Multidisciplinar
SIEMUSA

Assinatura e carimbo do responsável institucional



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 RUA PROFESSOR ROBERTO MANGE, Nº 152, PISO 4 – VILA SANTANA
 CEP: 75113-630 ANÁPOLIS - GO
 TELEFONE: (62) 3902-2645
 E-MAIL: brunoferreira@anapolis.go.gov.br

TERMO DE ANUÊNCIA – 005/2019

A Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis está de acordo com a execução do projeto **Correlação entre autoeficácia em amamentação e depressão pós-parto**, coordenado pelo(a) pesquisador(a) Professor Marluce Martins Machado da Silveira, desenvolvido em conjunto com os alunos AMANDA FERNANDES PEREIRA BRITO, AMANDA RASSI, JULIA MOURA NADER, LETICIA OHANA DE OLIVEIRA CARVALHO e NATHALIA DE CARVALHO MOREIRA, matriculadas na Instituição Centro Universitário de Anápolis - UNIEVANGÉLICA.

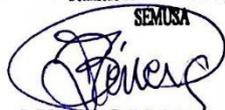
Qualquer alteração no projeto apresentado a esta Secretaria, implicará na necessidade de apresentação do novo projeto para novo processo de anuência. Qualquer atividade realizada, que estiver não prevista no projeto, implicará no cancelamento automático deste documento.

Esta anuência fica condicionada à autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, que deve ser anexado a este, e ter cópia entregue ao Núcleo de Educação.

A autorização se estende para a realização das atividades na unidade **Banco de Leite de Anápolis**, com ciência do Secretário de Saúde. Ressalta-se que os resultados obtidos só poderão ser tornados públicos com autorização por escrito da Secretaria. Uma via desta declaração deverá ser apresentada à unidade citada.

Anápolis, 29 de abril de 2019.

Bruno Rodrigues Ferreira
 Comissão de Ética Multidisciplinar

SEMUSA


BRUNO RODRIGUES FERREIRA

Chefe da Escola de Saúde Pública de Anápolis
 Presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar da SEMUSA

10.5 APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO

Idade: _____

Estado civil:

Solteira Casada Relacionamento estável (mora junto com o pai da criança) Divorciada

Paridade (número de filhos): _____

Realizou pré-natal? SIM NÃO

Já teve ou tem depressão diagnosticada por médico? SIM NÃO