

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VANESSA AGUSTINHO CARDILLO

Sintomas depressivos no período pós-parto e a prática do aleitamento materno entre
adolescentes.

Ribeirão Preto

2013

VANESSA AGUSTINHO CARDILLO

Sintomas depressivos no período pós-parto e a prática do aleitamento materno entre adolescentes.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

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

Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Ribeirão Preto

2013

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

Cardillo, Vanessa Agostinho

Sintomas depressivos no período pós-parto e a prática do aleitamento materno entre adolescentes. Ribeirão Preto, 2013.

82 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

1. Aleitamento Materno. 2. Depressão Pós-Parto.
3. Adolescente.

CARDILLO, Vanessa Agostinho

Sintomas depressivos no período pós-parto e a prática do aleitamento materno entre adolescentes.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão
Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

MINHA DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família...

À minha mãe, Silvana, ao meu pai, Cláudio, e ao meu irmão, Rodrigo, que sempre me incentivaram e apoiaram, me dando forças para seguir em frente com todos os meus sonhos. Obrigada por estarem sempre presentes em todos os momentos.

Ao Naíff, que sempre me fez acreditar em meu potencial. Obrigada pelo apoio incondicional e pela compreensão nos momentos de ausência.

Amo vocês!!

MEUS AGRADECIMENTOS

O Deus, pela vida, por ser a luz do meu caminho e guiar meus passos.

À querida Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz, que me iniciou na pesquisa e sempre confiou em mim. Agradeço a oportunidade de compartilhar comigo seus saberes e apoiar a concretização desse trabalho. Obrigada pela dedicação, paciência e todos os conselhos. Levarei por toda a minha vida seus ensinamentos.

À minha família, a todos os meus tios e primos, em especial, meus avós Diva e Mané, que sempre torceram por mim e estiveram ao meu lado em diversos momentos da minha vida e pelas orações que me protegem e me guiam.

À Wanete, Paulo e Paula Abrão, e ao Giovanni por me aceitarem nessa família e acreditarem em mim.

Às queridas amigas, Camila, Luana, Paula, Mari e Lis, obrigada pela amizade verdadeira de muitos anos, por entenderem minha ausência durante todo esse tempo e por estarem sempre dispostas a ajudar.

Às minhas grandes amigas da graduação que persistiram pela pós-graduação e com certeza dividirão muitos momentos comigo, Raquel Pan e Noélla Oliveira, obrigada por estarem sempre por perto, pelo incentivo e pela ajuda nos momentos em que não sabia o que fazer.

À família que criamos aqui em Ribeirão, Larissa, Raquel, Aline, Paulinha e Leticia, por dividirem momentos de alegrias e tristezas, e pelo convívio de todos os dias.

À Caroline Leal por me apresentar nas unidades de saúde, pelo apoio e incentivo.

À Mariana Fonseca-Machado, por todo o auxílio no tratamento estatístico e na discussão dos achados.

À Profa. Dra. Maria José Clapis e à enfermeira Daniela Pimentel, pelos ensinamentos, confiança e disponibilidade durante o Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE).

Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão e a Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, pelas importantes contribuições oferecidas no Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas, pelo auxílio e orientação para a realização do tratamento estatístico deste trabalho.

À Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, por permitir a realização deste estudo e a todas as mães adolescentes que aceitaram participar desse estudo, compartilhando suas experiências e cedendo um pouco de seu tempo.

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de estudos.

E a todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, fazendo que ela seja feita de amizades, carinho e alegrias, agradeço a todos de coração.

RESUMO

CARDILLO, V. A. **Sintomas depressivos no período pós-parto e a prática do aleitamento materno entre adolescentes**. 2013. 82f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

A depressão pós-parto afeta de 10 a 20% das puérperas no mundo e as adolescentes apresentam um risco aumentado para esse transtorno mental. A prática do aleitamento materno não se dá de forma efetiva nos casos em que a nutriz apresenta alterações emocionais. Menores índices de início do aleitamento materno são encontrados em adolescentes, além do maior índice de desmame precoce. **Objetivos:** Analisar sintomas depressivos em adolescentes no período pós-parto e a prática do aleitamento materno. **Método:** Estudo observacional, descritivo e transversal desenvolvido em quatro unidades de saúde do distrito sul do município de Ribeirão Preto/SP. Participaram do estudo 72 adolescentes as quais estavam, no momento da coleta de dados, entre zero e quatro meses após o parto. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas entre abril e outubro de 2012. Foram utilizados três instrumentos, um sobre prática do aleitamento materno e caracterização sociodemográfica e dois para avaliação de humor e transtornos afetivos. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi aplicada a todas as participantes e a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D), quando as adolescentes obtiveram escore maior ou igual a 12 na EPDS, indicando a presença de sintomas depressivos. Os dados foram processados e analisados no programa Statistical Package for Social Sciences, versão 21. Na análise, utilizaram-se distribuição de frequências, Teste Exato de Fisher e Qui-quadrado. **Resultados:** A amostra se caracterizou por adolescentes com média de idade igual a 17,3 anos, em união consensual, residindo com o pai da criança ou com a família de origem, com escolaridade média de 8,3 anos e sem atividade remunerada. Um terço apresentava histórico familiar de doença mental e 9,7% revelaram histórico de problemas emocionais e/ou dependência de álcool/drogas. Duas adolescentes tiveram depressão gestacional e duas foram diagnosticadas com depressão pós-parto e estavam fazendo tratamento com medicamento. Todas as adolescentes realizaram pré-natal, sendo a maioria primípara e com gestação não planejada. O contato pele a pele foi realizado pela maioria e a amamentação ocorreu pela primeira vez no alojamento conjunto, nas primeiras seis horas após o parto. No momento da alta, quase todas amamentavam exclusivamente. Os bebês tinham idade média de 71,3 dias no momento da entrevista e mais da metade das mães não oferecia somente o leite materno para seus filhos. O aleitamento materno exclusivo era praticado por 34,7%, o aleitamento materno por 55,6% e 9,7% já haviam desmamado seus filhos. A EPDS obteve escore médio de 8,5 pontos, com 15 adolescentes identificadas com sintomas depressivos e pela HAM-D, uma foi classificada como gravemente deprimida, seis moderadamente deprimidas e oito levemente deprimidas. No que tange aos sintomas depressivos e o tipo de aleitamento materno praticado pelas adolescentes, nenhuma associação significativa foi encontrada. **Conclusão:** É relevante incluir no atendimento às puérperas uma investigação do contexto social, cultural e econômico da mulher, com o objetivo de compreender a possível origem da depressão pós-parto. Além de incluir uma escala, como a EPDS, para investigação de sintomas depressivos e apoio a estas adolescentes para a manutenção do aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Depressão Pós-Parto. Adolescente.

ABSTRACT

CARDILLO, V. A. **Depressive symptoms in the postpartum period and breastfeeding among adolescents.** 2013. 82f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

The postpartum depression affects 10-20% of the postpartum women in the world and adolescents are at increased risk for this mental disorder. The practice of breastfeeding does not occur effectively in cases where the mother presents emotional changes. Lower rates of initiation of breastfeeding are found in adolescents, and the highest rate of early weaning. **Objectives:** To assess depressive symptoms in adolescents in the postpartum period and breastfeeding. **Methods:** An observational, descriptive and transversal study developed in four health units in the district south of the city of Ribeirão Preto / SP. The study included 72 adolescents which were, at the time of data collection, between zero and four months after delivery. The data were collected through interviews between April and October 2012. Three instruments were used, one for breastfeeding and sociodemographic characterization and two for evaluation of mood and affective disorders. The Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was applied to all participants and Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), when adolescents scored higher than or equal to 12 on the EPDS, indicating the presence of depressive symptoms. Data were processed and analyzed using Statistical Package for Social Sciences, version 21. In the analysis, we used frequency distribution, Fisher's exact test and Chi-square. **Results:** The sample was characterized by adolescents with a mean age of 17.3 years in consensual union, residing with the child's father or family of origin, mean schooling was 8.3 years and with non-pay employment. A third had a family history of mental illness and 9.7% reported a history of emotional problems and / or addiction to alcohol / drugs. Two teenagers had gestational depression and two were diagnosed with postpartum depression and was being treated with medication. All adolescents received prenatal care, mostly primiparous and unplanned pregnancy. The skin to skin contact was made by most of them and breastfeeding first occurred in rooming-in within the first six hours after birth. At discharge, almost all were exclusively breastfeeding. The babies had a mean age of 71.3 days at the time of interview and over half of the mothers offered only breast milk for their children. Exclusive breastfeeding was practiced by 34.7%, breastfeeding for 55.6% and 9.7% had weaned their children. The EPDS obtained a mean score of 8.5 points, with 15 identified adolescents with depressive symptoms and the HAM-D, one was classified as severely depressed, six was moderately depressed and eight mildly depressed. With respect to depressive symptoms and type of breastfeeding used by teenagers, no significant association was found. **Conclusion:** It is important to include in postpartum care an investigation of the social, cultural and economic development of women, in order to understand the possible origin of postpartum depression. Besides including a scale, as the EPDS, for investigation of depressive symptoms and support these teenagers to maintain breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding. Depression, Postpartum. Adolescent.

RESUMEN

CARDILLO, V. A. **Los síntomas depresivos em el puerperio y la lactancia materna entre las adolescents.** 2013. 82f. Dissertación (Maestria) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

La depresión posparto afecta a un 10-20% de las púerperas en el mundo y las adolescentes tienen un mayor riesgo de sufrir este trastorno mental. La práctica de la lactancia materna no se produce de manera efectiva en los casos en que la madre lactante presenta cambios emocionales. Las tasas más bajas de la iniciación de la lactancia materna se encuentran en los adolescentes, y la mayor tasa de destete precoz. **Objetivos:** evaluar los síntomas depresivos en los adolescentes en el puerperio y la lactancia. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal desarrollado en cuatro unidades de salud en el distrito sur de la ciudad de Ribeirão Preto / SP. El estudio incluyó a 72 adolescentes que eran, en el momento de la recolección de datos, entre cero y cuatro meses después del parto. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas entre abril y octubre de 2012. Se utilizaron tres instrumentos, uno sobre la lactancia materna y sociodemográficas y dos para la evaluación de los trastornos del estado de ánimo y afectivos. La Escala Edinburg para La Depresión Postnatal (EPDS) se administró a todos los participantes y la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), cuando los adolescentes tuvieron una mayor puntuación igual o superior a 12 en la EPDS, lo que indica la presencia de síntomas depresores. Los datos fueron procesados y analizados mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales, versión 21. En el análisis, se utilizó la distribución de frecuencias, la prueba exacta de Fisher y Chi-cuadrado. **Resultados:** La muestra se caracterizó por las adolescentes con una edad media de 17,3 años en unión libre, que residen con el padre o la familia de origen del niño, la escolaridad media fue de 8,3 años, y sin un empleo remunerado. Un tercio tenía antecedentes familiares de la enfermedad mental y el 9,7% tenía antecedentes de problemas emocionales y / o la adicción al alcohol / drogas. Dos adolescentes tenían depresión gestacional y dos fueron diagnosticados con depresión posparto y estaba siendo tratada con medicamentos. Todas las adolescentes recibieron atención prenatal, la mayoría primíparas y embarazo no planificado. El contacto piel a piel fue hecha por la mayoría y de la lactancia materna en el alojamiento conjunto primero se produjo en las primeras seis horas de vida. Al alta, casi todas las madres amamantaban exclusivamente. Los niños tenían una edad media de 71,3 días en el momento de la entrevista, y más de la mitad de las madres ofrecen sólo leche materna a sus hijos. La lactancia materna exclusiva fue practicada en un 34,7%, la lactancia materna para el 55,6% y el 9,7% había destetado a sus hijos. La EPDS obtuvieron una puntuación media de 8,5 puntos, con 15 adolescentes identificados con síntomas depresivos y por HAM-D, se ha clasificado como depresión severa, moderadamente deprimido seis por ocho ligeramente deprimido. Con respecto a los síntomas depresivos y el tipo de la lactancia materna utilizado por adolescentes, no se encontró una asociación significativa. **Conclusión:** Es importante incluir en la atención post-parto para que se investigue el desarrollo social, cultural y económica de la mujer, a fin de comprender el posible origen de la depresión postparto. Además de incluir una escala, como la EPDS, para la investigación de los síntomas depresivos y apoyar a estos jóvenes para mantener la lactancia materna.

Palabras-claves: Lactancia Materna. Depresión Postparto. Adolescente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das adolescentes no período pós-parto que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)	35
Tabela 2 - Caracterização dos aspectos psiquiátricos das adolescentes no período pós-parto que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)	36
Tabela 3 - Caracterização dos aspectos obstétricos das adolescentes no período pós-parto que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)	37
Tabela 4 - Caracterização dos aspectos relacionados à amamentação das adolescentes no período pós-parto que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)	39
Tabela 5 - Tipo de aleitamento materno praticado pelas adolescentes que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)	40
Tabela 6 - Distribuição em frequências e porcentagens da EPDS das adolescentes puérperas que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto-SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)	40
Tabela 7 - Distribuição em frequências e porcentagens da HAM-D das adolescentes puérperas que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto-SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)	41
Tabela 8 - Severidade dos sintomas depressivos segundo a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton nas adolescentes que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=15)	42
Tabela 9 - Associação entre sintomas depressivos e tipo de aleitamento materno em adolescentes que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto-SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=15)	43

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão
DPP	Depressão pós-parto
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
HAM-D	Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RCP	Razão de Chance de Prevalência
RP	Razão de Prevalência
RU	Reino Unido
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
5 PARTICIPANTES E MÉTODO.....	27
5.1 Tipo de estudo	27
5.2 Local do estudo.....	27
5.3 Participantes do estudo	29
5.4 Instrumentos de coleta de dados.....	30
5.5 Procedimentos para coleta de dados.....	31
5.6 Aspectos éticos	32
5.7 Variáveis do estudo	32
5.8 Tratamento e análise dos dados.....	34
6 RESULTADOS	35
7 DISCUSSÃO	44
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	69
APÊNDICE A	69
APÊNDICE B.....	73
ANEXOS	74
ANEXO A	74
ANEXO B	76
ANEXO C	80
ANEXO D	81

1 APRESENTAÇÃO

Durante minha vida escolar e principalmente durante o ensino médio muitas dúvidas surgiram a respeito do curso que escolheria, mas tinha a certeza de que seria algo na área da saúde. Depois de tanto pesquisar e me encantar pela “arte de cuidar” escolhi a Enfermagem.

Em 2006, ingressei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, e dei início a minha carreira acadêmica. Foram quatro anos intensos de aulas, seminários, estágios e a eterna busca por conhecimentos. Durante a graduação tive contato com as diversas áreas da enfermagem, mas uma em especial já me chamava atenção desde o princípio, a saúde da mulher.

No segundo semestre de 2008, quando cursei a disciplina de Cuidado Integral à Saúde da Mulher tive a certeza que era essa área que desejava seguir. A partir daí procurei a Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz para iniciar minha trajetória na pesquisa, o tema saúde mental e aleitamento materno me foi proposto, me aprofundei no assunto e conduzimos minha primeira pesquisa intitulada: Gravidez na adolescência: análise dos aspectos sociodemográficos e emocionais. No decorrer dessa pesquisa vários questionamentos surgiram e percebi que ainda existiam pontos que não poderiam deixar de serem estudados. Em um contato mais próximo com essas mães adolescentes pude perceber uma fragilidade e uma necessidade de apoio vindo delas. Foi então que decidi que iria aprofundar no assunto em uma dissertação de mestrado buscando identificar se existe relação entre sintomas depressivos e a prática do aleitamento materno entre essas adolescentes.

Esperamos que os resultados encontrados deste estudo possam preencher lacunas nesta área do conhecimento e ajudar profissionais da saúde a entender a importância de uma atenção qualificada às adolescentes no período pós-parto.

2 INTRODUÇÃO

O período grávido-puerperal é marcado por alterações emocionais, advindos de fatores sociais e psicológicos, que podem influenciar no sucesso da gestação, e também no bem-estar e saúde da díade mãe-filho (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011). O pós-parto é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher. Este fato está associado tanto às exigências culturais, sociais, familiares e pessoais quanto ao desempenho das funções maternas pela puérpera (PEREIRA; LOVISI, 2008).

A etiologia das síndromes psíquicas pós-parto envolve aspectos psicossociais e físicos da mulher. Como fatores predisponentes às alterações emocionais no pós-parto estão estresse, episódio depressivo prévio, perda significativa, gravidez indesejada, conflito marital, baixo apoio social, dificuldades econômicas (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Os transtornos psiquiátricos que afetam as mulheres no período pós-parto são tristeza puerperal, com prevalência de 50% a 80%, depressão puerperal, de 10% a 15%, e psicose puerperal, de 0,1% a 02% das mulheres com esses sintomas (SILVA; BOTTI, 2005). Dentre estas alterações, destacamos a depressão pós-parto, que afeta de 10 a 20% das puérperas em todo o mundo e em estudos realizados no Brasil, os índices variam de 12% a 37% (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008).

A depressão pós-parto é um transtorno mental de alta prevalência, que surge de maneira insidiosa, geralmente entre as duas primeiras semanas até três meses após o parto e provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Entre os sintomas que caracterizam a depressão pós-parto estão humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração no sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio (CANTILINO et al., 2010). De acordo com o DSM-IV¹ não há diferenças entre depressão pós-parto e outras condições depressivas, exceto pelo período de sua instalação – até quatro semanas após o parto (TANNOUS et al, 2008).

Mães adolescentes apresentam um risco aumentado para depressão no pós-parto (HAY et al., 2008;). Quanto mais precoce a gestação, maior o risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Estudos mostram que uma em cada duas gestações na adolescência

¹ DSM-IV: *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*.

resulta em depressão pós-parto (FIGUEIREDO; PACHECO; COSTA, 2007). Em uma pesquisa realizada no período de quatro anos após o parto com mães adolescentes, 57% delas apresentaram sintomas depressivos, de moderados a severos, durante esse tempo (SCHMIDT et al., 2006). Nível socioeconômico, faixa etária, estado civil e escolaridade são situações que podem aumentar o nível de ansiedade e depressão entre mães adolescentes (GUEDES et al., 2012).

A maternidade durante a adolescência provoca a necessidade de adequação às mudanças sociais relacionadas ao abandono dos estudos e ao afastamento das atividades próprias da idade, ocasionando perda de liberdade devido aos cuidados demandados pelo filho, bem como ganho de responsabilidade com as novas atribuições de mãe e cuidadora do lar. Entretanto, essas adolescentes compreendem a maternidade e as mudanças que essa acarreta como crescimento pessoal (TRAJANO; QUIRINO; GONÇALVES, 2012).

Verificou-se, em puérperas adultas com sintomas depressivos, uma redução no interesse de cuidar do bebê, no início e na duração do aleitamento materno, bem como na disposição para o autocuidado. Uma prática essencial para a saúde da criança é o aleitamento materno, que resulta em benefícios imunológicos e nutricionais para o bebê, emocionais e socioeconômicos para todos os envolvidos neste processo e favorece uma boa relação afetiva mãe-filho e melhora o desenvolvimento da criança do ponto de vista cognitivo e psicomotor (MAIA et al., 2006). Para a mulher, o aleitamento materno traz vantagens por acelerar a recuperação pós-parto, contribuindo para a involução uterina e a diminuição do sangramento (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

É recomendado pelo Ministério da Saúde o aleitamento materno exclusivo² até os seis meses de vida e complementar³ até os dois anos de vida ou mais (BRASIL, 2009a). Entretanto, puérperas adolescentes apresentam baixa taxa de início do aleitamento materno ou o interrompem nas primeiras semanas pós-parto (MOSSMAN et al., 2008). Segundo Kingston et al. (2012), as mães adolescentes apresentam menores índices de início do aleitamento materno que as adultas, além do maior índice de desmame precoce (antes dos três meses de vida do bebê) e entre as adolescentes que continuam amamentando a chance de praticarem aleitamento materno exclusivo é menor.

2 Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos

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

A menor idade materna foi associada a menor duração do aleitamento materno, o que pode ser ocasionado pelo nível educacional mais baixo, menor poder aquisitivo e o fato de serem, na maioria das vezes, solteiras (TAKEMOTO et al., 2011). O sentimento de medo no cuidado com o filho presente nas puérperas adolescentes é consequência da falta de conhecimento e insegurança em relação às demandas de uma criança, sendo assim, enfrentam dificuldades em assumir sozinhas os cuidados com seus bebês (MELO et al.; 2011).

A prática do aleitamento materno não se dá de forma efetiva nos casos em que a nutriz apresenta alterações emocionais como depressão pós-parto. Estudo realizado por Shakespeare, Blake e Garcia (2004) com 39 puérperas adultas em Oxford - RU mostrou que 20,5% das puérperas apresentavam diagnóstico de depressão pós-parto e tiveram dificuldades na amamentação; dessas, 50% desmamaram em uma semana, 37,5% amamentaram por mais seis semanas e 12,5% não souberam informar o tempo de amamentação. Em um estudo realizado por Medeiros e Furtado (2004) utilizando a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo foi encontrada uma diferença significativa na comparação da pontuação entre as nutrizes que amamentavam exclusivamente ao seio e aquelas cujos bebês recebiam alimentação mista, observando-se maior intensidade de sintomas depressivos nas que já não amamentavam exclusivamente. No entanto não foram encontrados estudos que tratam exclusivamente sobre a relação entre depressão pós-parto e aleitamento materno em adolescentes.

Questionamos, por meio desta investigação, quais as vicissitudes da amamentação entre adolescentes com sintomas depressivos no período pós-parto. Entendemos que este estudo é necessário em nosso meio, exequível e que irá contribuir para a construção do conhecimento em enfermagem, trazendo benefícios para a mulher no ciclo grávido-puerperal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar sintomas depressivos em adolescentes no período pós parto e a prática do aleitamento materno.

3.2 Objetivos específicos

- i. Caracterizar as adolescentes no período pós-parto quanto às variáveis sociodemográficas, psiquiátricas e obstétricas.
- ii. Caracterizar a prática da amamentação realizada pelas adolescentes, com base nos indicadores aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno e desmame.
- iii. Verificar e quantificar a presença de sintomas depressivos nas adolescentes.
- iv. Investigar a associação entre sintomas depressivos e o tipo de aleitamento materno praticado pelas adolescentes.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A depressão pós-parto

Durante a gestação ocorre um aumento nos níveis dos hormônios estrógeno e progesterona, e no período pós-parto ocorre uma queda acentuada desses hormônios. Esta mudança é considerada um dos fatores responsáveis pela exacerbação e precipitação dos transtornos de humor nas mulheres. (BLOCH; DALY; RUBINOW, 2003; HENDRICK; ALTSHULER; SURI, 1998). Disforia do pós-parto (*puerperal blues*), depressão pós-parto e psicose puerperal são os transtornos psiquiátricos frequentemente relacionados ao pós-parto (CHAUDRON; PIES, 2003; SILVA; BOTTI, 2005). Atualmente os sistemas classificatórios divergem em relação à categorização dos transtornos mentais no puerpério. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta edição (DSM-IV), apenas recomenda que se utilize como especificador “com início no pós-parto” quando os sintomas iniciam nas primeiras quatro semanas após o parto (CANTILINO et al., 2010). A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no capítulo “Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos”, contempla a classificação de distúrbios mentais e comportamentais no puerpério, codificada como F53, mas somente se tiver início até a sexta semana pós-parto e não puder ser classificada em outros itens (COX, 2004). Existem propostas para modificação do DSM-V e CID-10, no que se refere às classificações dos transtornos psiquiátricos no puerpério (BROCKINGTON, 2004; COX, 2004).

Estudos sobre a prevalência da depressão pós-parto foram desenvolvidos em diversas partes do mundo com resultados variados, isso porque essas taxas dependem de fatores culturais, do período e do método utilizado para a realização do diagnóstico. McLearn et al. (2006) realizaram um estudo nos Estados Unidos com 4874 puérperas e encontraram 17,8% dessas com sintomas depressivos. Também foram realizados estudos na Islândia e na Turquia com 14% e 13,6% de mulheres com sintomas depressivos respectivamente (AKMAN et al., 2008; THOME; ALDER; RAMEL, 2006). Em um estudo desenvolvido no Canadá foram encontradas prevalências de sintomatologia depressiva na primeira, quarta e oitava semanas pós-parto com 14,6%, 9,2% e 7,6% respectivamente (DENNIS; McQUEEN, 2007). No México a taxa de mulheres em risco para episódio depressivo foi de 24,5% (FLORES-QUIJANO et al., 2008). Já no Brasil, a prevalência de depressão pós-parto encontrada nos estudos varia de 7,2% a 52%. De acordo com Falceto, Giugliani e Fernandes (2004) no

momento da entrevista, quatro meses após o parto, 52% das mães apresentavam distúrbios depressivos, Vitolo et al. (2007) observaram 35,7% das mães com sintomas de depressão e a menor prevalência foi encontrada por Cantilino, em 2009, na cidade de Recife-PE com 7,2% das mulheres com depressão pós-parto.

Os fatores de risco relacionados à depressão pós-parto mais relatados são história pessoal de depressão, episódio de depressão durante a gestação (AUSTIN; TULLY; PARKER, 2007; HAY et al., 2008; McCOY et al., 2006), eventos de vida estressantes, conflitos conjugais e falta de suporte social e financeiro. (BLOCH et al., 2005; HAGA et al.; 2012). Outros fatores apontados incluem: idade inferior a 16 anos, ser solteira ou divorciada, desemprego da mulher ou do parceiro, história familiar de transtornos psiquiátricos, baixa escolaridade, abuso de substâncias/tabaco, mulheres com personalidade vulnerável (aquelas que não são organizadas e pouco responsáveis) (BOYCE; HICKEY, 2005) e baixa autoestima (EVANS et al., 2005). As complicações obstétricas também são fatores de risco, entre elas parto prematuro, gravidez não planejada, não desejada ou não aceita (MORAES et al., 2006), multiparidade e abortamento espontâneo e de repetição (BOTEGA et al., 2006). Schmiege e Russo (2005) levantaram a hipótese de que a existência de transtorno psiquiátrico anterior pode ser o mais importante fator de risco associado a novos episódios no período pós-parto.

O termo depressão pós-parto tem sido utilizado para indicar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses subsequentes ao parto (BECK; DRISCOLL, 2006). De modo geral, o quadro se inicia de maneira insidiosa entre duas semanas até três meses após o parto (SILVA; BOTTI, 2005). Ocorrem sintomas como humor deprimido, choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, perda de prazer e interesse nas atividades habituais, sentimento de culpa ou inutilidade, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões, também são relatados sintomas neurovegetativos como insônia e perda do apetite. Nesse período ocorrem alguns sintomas somáticos, fadiga, diminuição da libido e queixas de dor e desconforto em vários sistemas, que podem ser confundidos com sintomas depressivos e levar a um diagnóstico equivocado (EPPERSON, 1999; GOLD, 2002). Muitas mulheres se sentem culpadas por estarem com sentimentos depressivos e acabam não revelando seus sintomas por receio de uma possível estigmatização (EPPERSON, 1999).

Segundo Camacho et al. (2006), em sua revisão da literatura as pesquisas têm utilizado, como opções de tratamento para a depressão pós-parto, as técnicas psicofarmacológica, psicossocial, psicoterápica e tratamentos hormonais, e ainda a eletroconvulsoterapia que é prescrita em casos refratários a outras formas de tratamento ou nos casos mais graves. A decisão do tratamento deve ser feita em conjunto com a paciente,

família, obstetra e psiquiatra. Como o risco relativo associado a cada tipo de exposição ainda não está claro, devem-se pesar os prós e os contras da farmacoterapia durante a gestação e a lactação (ALTSHULER et al., 2001). A exposição das crianças a baixas doses de antidepressivos através do leite materno deve ser justaposta com o não tratamento materno, que pode gerar consequências negativas na relação mãe-bebê e também risco elevado de psicopatologia nas crianças (LOGSDON; WISNER; PINTO-FOLTZ, 2006; PILOWSKY et al., 2006). A primeira linha de tratamento tem sido o uso de psicofármacos, entre eles os antidepressivos, estabilizadores do humor e anticonvulsivantes, antipsicóticos e benzodiazepínicos (CAMACHO et al., 2006). As mães deprimidas que amamentam tendem a evitar o tratamento farmacológico, preocupadas com os efeitos adversos sobre os lactentes (PEARLSTEIN et al., 2006). Mulheres com depressão pós-parto e que amamentam, recebem menos prescrição de psicotrópicos e tendem a escolher tratamento não farmacológico quando comparadas com as que não amamentam (PEARLSTEIN et al., 2006).

A depressão pós-parto e o aleitamento materno.

Estudos prévios relatam que transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados podem levar a sérias consequências para o binômio mãe-filho (JABLENSKY et al., 2005), com repercussões negativas na qualidade de vida, na dinâmica da família e na interação mãe-filho, influenciando negativamente o comportamento do toque, o conteúdo afetivo e informativo do discurso materno (HERRERA; REISSLAND; SHEPHERD, 2004). Dentro do relacionamento mãe-filho encontra-se a amamentação, que é um momento de forte interação e intimidade entre a mãe e o bebê. Estudos descrevem que as mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente (DENNIS; McQUEEN, 2007), ou ainda podem apresentar maiores taxas de não início do aleitamento materno quando comparadas a mães não deprimidas (DUNN et al., 2006; SEIMYR et al., 2004). Além disso, as mães com sintomas depressivos apresentam mais dificuldades na amamentação e nível de sentimento de autoeficácia na amamentação reduzido, percebendo seu leite como insuficiente, considerando necessária a complementação com fórmula (DENNIS; McQUEEN, 2009). Autores mostram que mães que amamentam e apresentam sintomas depressivos apresentam redução de mais de um quarto de chance de continuar amamentando do 2º ao 4º mês comparadas com as mães com ausência de sintomas depressivos (McLEARN et al., 2006).

Foi encontrado que mães que amamentam exclusivamente seus filhos apresentam menores escores na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), comparadas às mães que não amamentam exclusivamente (THOME; ALDER; RAMEL, 2006). Outro

aspecto evidenciado foi a presença de maior intensidade de sintomas depressivos nas mães que já não amamentavam exclusivamente seus filhos, quando comparadas as que amamentavam exclusivamente (MEDEIROS; FURTADO, 2004), mostrando que índices elevados de sintomas depressivos associam-se negativamente com a prática do aleitamento materno exclusivo (FLORES-QUIJANO et al., 2008; HAMDAN; TAMIM, 2011; HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008). A depressão pós-parto está associada ao aumento de 40% no risco de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008). A intenção de amamentar exclusivamente relatada durante a gestação é o melhor preditor do *status* do aleitamento materno na segunda e na 12ª semana pós-parto e conseqüentemente a não intenção de amamentar é um disparador para a depressão (BOGEN et al., 2010; SWORD et al., 2011; WATKINS et al., 2011).

Estudos apontam que as mães com depressão pós-parto podem perder a confiança no seu papel materno e não perceberem os benefícios da amamentação (COOKE; SCHMIED; SHEEHAN, 2007; HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008; HENDERSON et al., 2003), levando-as a decisão de parar de amamentar (FLORES-QUIJANO et al., 2008; LAU; CHAN, 2007; TAVERAS et al., 2003). As experiências negativas na amamentação, como a dor intensa ao amamentar, também são fatores que influenciam nos sintomas depressivos (SHAKESPEARE; BLAKE; GARCIA, 2004; WATKINS et al., 2011). Mães insatisfeitas com modo de alimentação de seus filhos na primeira semana pós-parto apresentam maiores chances de desenvolverem sintomas depressivos na primeira, quarta e oitava semanas (DENNIS; McQUEEN, 2007). Obter sucesso na amamentação e apoio emocional e prático do parceiro e da família são fatores importantes em relação ao bem-estar e à diminuição dos sintomas depressivos durante os meses seguintes ao parto (HAGA et al., 2012).

A mudança no tipo de alimentação oferecida para a criança, de leite materno para fórmula, aumenta a probabilidade das mulheres apresentarem sintomas depressivos quando comparadas com as que continuaram amamentando (HAMDAN; TAMIM, 2011; NISHIOKA et al., 2011). Alimentar as crianças com fórmula leva as mães a utilizarem a mamadeira, que está associada a um nível maior de sintomatologia depressiva (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008; MANCINI; CARLSON; ALBERS, 2007). O aleitamento materno foi tido como fator protetor contra a depressão pós-parto enquanto a fórmula foi apresentado como fator de risco (HAMDAN; TAMIM, 2011).

Vários estudos demonstraram que a amamentação está associada com baixa ocorrência de depressão pós-parto (DAVEY et al., 2011; DUNN et al., 2006; WATKINS et al., 2011). Mães depressivas apresentam maior probabilidade de parar de amamentar antes das mães não

depressivas (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008; McCOY et al., 2006; WATKINS et al., 2011). Na sexta semana, terceiro, sexto e nono mês a porcentagem de mães depressivas que amamentavam era, respectivamente, 62,5%, 48,3%, 30,8% e 21,7% comparado com 82%, 71,3%, 51,6% e 42,6% das mães sem sintomas depressivos continuam amamentando (ADEWUYA et al., 2008).

A maioria dos estudos encontrados sobre a associação entre depressão pós-parto e aleitamento materno apresenta desenho transversal, dificultando o entendimento de qual dos dois fatores acontece primeiro. No entanto, a maior parte dos estudos demonstrou que o início da DPP ocorre no momento, ou pouco antes, das mães pararem de amamentar seus filhos (HENDERSON et al., 2003; McCOY et al., 2006); ou seja, a DPP leva à interrupção do aleitamento materno (TAJ; SIKANDER, 2003).

E ainda foram encontrados estudos que relatam que o status da amamentação não está associado com a depressão pós-parto (BOGEN et al., 2010; BOYD; ZAYAS; McKEE, 2006; KARA et al., 2008). Para Bogen et al. (2010), nem o transtorno depressivo maior, nem sintomas depressivos foram associados com as práticas da alimentação infantil. Outro estudo revelou que a DPP não produz efeito negativo sobre a amamentação (KARA et al., 2008).

O suporte social é dito como um fator de proteção para a amamentação, as mães que confiam em seus parentes e conversam com eles sobre todos os assuntos apresentam menores índices de interrupção precoce do AME (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008). O suporte social está inversamente relacionado com a prevalência do desmame (KEHLER; CHAPUT; TOUGH, 2009). O apoio à amamentação vindo do parceiro está associado ao aleitamento materno (LAU; CHAN, 2007), logo, a falta de suporte do pai da criança está relacionada com o desmame (TAVERAS et al., 2003). E os familiares aparecem como forte influência no início do aleitamento materno (AKMAN et al., 2008). A depressão pós-parto é associada ao baixo apoio social (SWORD et al., 2011) e do parceiro (SEIMYR et al., 2004).

O estado conjugal é relevante para a determinação do desmame, morar com o parceiro protege contra desmame precoce (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008; PIPPINS et al., 2006; TAVERAS et al., 2003) e aumenta o tempo de aleitamento materno exclusivo (McCARTER-SPAULDING; HOROWITZ, 2007; THOME; ALDER; RAMEL, 2006); além disso, mães que sentem que o parceiro apoia o aleitamento materno amamentam por um tempo maior (FALCETO; GIUGLIANI; FERNANDES, 2004). Ressaltando que o estado civil é um fator de risco para a depressão pós-parto (McLEARN et al., 2006; MEZZACAPPA; ENDICOTT, 2007).

Mulheres com depressão pós-parto tendem a ser de baixa renda (HAMDAN; TAMIM, 2011; KARA et al., 2008). Por outro lado, estudos mostram que a renda familiar não tem influência sobre os sintomas depressivos (ALI; ALI; AZAM, 2009; DAVEY et al., 2011) ou sobre o aleitamento materno (TAJ; SIKANDER, 2003). Outros estudos revelam que a duração do aleitamento materno está diretamente relacionada com o *status* socioeconômico - mulheres com maior renda tendem a amamentar por um período de tempo maior (HATTON et al., 2005; McCARTER-SPAULDING; HOROWITZ, 2007), sendo o inverso verdadeiro, revelando que o desmame é mais frequente em mulheres de baixa renda (NISHIOKA et al., 2011; PIPPINS et al., 2006).

Referente à escolaridade autores demonstram um consenso de que a depressão pós-parto está associada à baixa escolaridade, principalmente entre mães que não completaram o ensino médio (MEZZACAPPA; ENDICOTT, 2007; WATKINS et al., 2011). Comparando escolaridade com aleitamento materno, verificou-se que o desmame ou o não início da amamentação está associado a menor escolaridade (BOGEN et al., 2010; KEHLER; CHAPUT; TOUGH, 2009). Além disso, o aleitamento materno exclusivo e a duração da amamentação estão associados à elevada escolaridade (HATTON et al., 2005; THOME; ALDER; RAMEL, 2006). Segundo McCarter-Spaulding e Horowitz (2007) as taxas de aleitamento materno aumentam a cada ano de escolaridade materna. Em contrapartida, existe uma forte associação entre suplementação por fórmula e desmame entre as mulheres com ensino médio completo (DUNN et al., 2006). Alguns estudos são contrários a esses fatos, revelando que a escolaridade não guarda relação com aleitamento materno (TAJ; SIKANDER, 2003), nem com depressão pós-parto (DAVEY et al., 2011; SEIMYR et al., 2004).

Hamdan e Tamin (2011) mostraram que existe relação entre depressão pós-parto e mães que possuem vínculo empregatício, e outro estudo apontou que um dos preditores mais fortes para o desmame é o retorno ao trabalho ou escola (BOGEN et al., 2010; KEHLER; CHAPUT; TOUGH, 2009). A duração do aleitamento materno está relacionada com o rápido retorno ao trabalho remunerado (HENDERSON et al., 2003). A proporção de mães que citam o retorno ao trabalho como a principal razão para parar de amamentar aumenta de 14% na 2ª ou 3ª semana para 58% na 10ª a 12ª semana (TAVERAS et al., 2003). A maioria dos problemas relatados pelas mulheres que voltaram ao trabalho são intervalos e horários restritos, além da privacidade insuficiente para amamentar seus filhos (TAVERAS et al., 2003).

Paridade e tipo de parto são os aspectos obstétricos mais associados à depressão pós-parto e ao aleitamento materno. Primíparas têm maior probabilidade que as múltiparas de descontinuar o aleitamento materno tanto na segunda quanto na 12ª semana pós-parto (TAVERAS et al., 2003), e entre os fatores maternos relacionados ao não início do aleitamento materno está a paridade (PIPPINS et al., 2006). Foi encontrado que o aleitamento em múltiparas está associado com menores taxas de sintomas depressivos quando comparado com as que utilizam mamadeira, e que o aleitamento em primíparas não está relacionado com a diminuição nas taxas de depressão pós-parto (MEZZACAPPA; ENDICOTT, 2007). Diversos autores não encontraram sintomas depressivos associados à paridade (HAMDAN; TAMIN, 2011; SWORD et al., 2011). A gravidez não desejada também foi um fator significativo para aumento dos escores de depressão no puerpério (EASTWOOD; PHUNG; BARNETT, 2011) e também para menor duração do aleitamento (CHENG et al., 2009).

McCoy et al. (2006) revelaram que o parto cesárea é um fator de risco para depressão pós-parto, porém não encontrou um nível significativo estatisticamente, onde 36% das mulheres estudadas que tiveram parto normal têm escores EPDS que indicam possível depressão pós-parto na 4ª semana e 50% das que tiveram parto cesárea apresentaram esses escores de possível depressão. Outros afirmam que o não início do aleitamento materno está associado ao parto cesárea (PIPPINS et al., 2006) e também uso de fórmulas, água e chá juntamente com leite materno (WOJCICKI et al., 2011). Mas o que foi mais encontrado é que o tipo do parto não está associado ao desenvolvimento de sintomas depressivos (DAVEY et al., 2011; SWORD et al., 2011), às dificuldades no aleitamento materno (SHAKESPEARE; BLAKE; GARCIA, 2004) e ao aleitamento materno exclusivo (THOME; ALDER; RAMEL, 2006).

A depressão pós-parto e o aleitamento materno em adolescentes.

A passagem da infância para a vida adulta, período conhecido como adolescência, é uma fase marcada por diversas mudanças, incluindo as psicológicas e as físicas (OMS, 1995). Juntamente com a maturação sexual ocorrem reações emocionais variadas, com frequentes mudanças de humor, alternando-se do entusiasmo ao desânimo. Nesse período, iniciam-se os relacionamentos sexuais e as relações afetivas se tornam mais profundas e duradouras (AGUIAR, 1994). As relações sexuais exercem papéis distintos como um meio de obter aceitação perante o parceiro ou grupo, um meio de suprir carências afetivas, uma maneira de conseguir autoafirmação ou até de alcançar um maior grau de independência. No entanto, alguns aspectos merecem atenção especial, como a saúde mental entre as gestantes

adolescentes, possivelmente explicadas pela ansiedade e/ou depressão em decorrência de uma gestação não prevista, aliada a natural imaturidade emocional para lidar com a gravidez na adolescência (CAPUTO; BORDIN, 2007).

Estudos relatam que as mães adolescentes apresentam risco elevado para depressão na gestação e no pós-parto (FIGUEIREDO; PACHECO; COSTA, 2007; KINGSTON et al., 2012; RICH-EDWARDS et al., 2006; SCHMIDT et al., 2006;). De acordo com Lara e colaboradores (2012), a prevalência de DPP em adolescentes no ocidente varia de 25% a 49%. Segundo Schmidt et al. (2006), 57% das adolescentes apresentaram sintomas depressivos de moderados a severos entre os quatro primeiros anos após o parto e no terceiro mês a prevalência encontrada foi de 36,7%. A maior prevalência de sintomas depressivos no pós-parto em adolescentes pode estar relacionada ao isolamento social, alto nível de estresse dos pais, conflito familiar, entre outros (KINGSTON et al., 2012).

Normalmente as mães adolescentes apresentam habilidades de relacionamento menos saudáveis com seus filhos quando comparamos com mães em idade adulta, levando a uma forma menos sensível de se relacionar com a criança, menor estimulação verbal, respondem menos frequentemente às necessidades do bebê, são mais impacientes e tendem a usar mais punições físicas contra seus filhos (ANDREOZZI et al., 2002). A qualidade da relação mãe-filho depende da habilidade da criança transmitir sinais claros de comunicação e responder aos sinais da mãe e também na sensibilidade da mãe em relação ao filho, para aliviar a aflição do bebê e promover crescimento cognitivo, social e emocional da criança (KELLY; BUEHLMAN; CALDWELL, 2000; REYNA; PICKLER, 2009).

A inexperiência das gestantes adolescentes somada a pouca idade trazem insegurança e medo de prestarem os cuidados às crianças sozinhas (MELO et al., 2011). O primeiro desafio rumo à adaptação ao ritmo da criança é amamentação, onde surgem sentimentos variados de maternidade, é o momento onde é preciso ter sensibilidade e paciência para atingir a maturidade psicológica (SILVA et al., 2009). Essas adolescentes costumam relatar dificuldades na amamentação, e se essas dificuldades forem relatadas nos primeiros dias podem se mostrar fortemente associada ao desmame (FROTA; MARCOPITO, 2004).

Estudos apresentaram divergências quanto à depressão pós-parto, aleitamento materno e a idade materna. Autores apontam que mães mais jovens apresentam maior chance de desenvolverem sintomas depressivos (GROER; MORGAN, 2007; KIERNAN; PICKETT, 2006; MEZZACAPPA; ENDICOTT, 2007), uns relatando idade inferior a 20 anos (MANCINI; CARLSON; ALBERS, 2007) e outros nas mulheres com menos de 25 anos (SWORD et al., 2011). Outros discordam quando citam que a depressão pós-parto não tem

relação com a idade materna (DAVEY et al., 2011; McCOY et al., 2006; SEIMYR et al., 2004). A idade materna e a depressão pós-parto são variáveis associadas à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos dois meses de vida da criança (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008). Quando se compara amamentação com a idade da mãe, encontramos praticamente um consenso, existem estudos que revelam que o desmame precoce está associado a mulheres mais jovens (KEHLER; CHAPUT; TOUGH, 2009; KIERNAN; PICKETT, 2006; KINGSTON et al., 2012; PIPPINS et al., 2006; TAVERAS et al., 2003), bem como estudos que referem que a maior duração do aleitamento materno está relacionada à maior idade das mães (HATTON et al., 2005; HENDERSON et al., 2003; McCARTER-SPAULDING; HOROWITZ, 2007; McKEE; ZAYAS; JANKOWSKI, 2004). Somente quatro estudos apresentaram dados contrários, um traz que a idade materna é semelhante entre as mulheres com ou sem depressão pós-parto (WATKINS et al., 2011), outro que a depressão pós-parto está associada a mulheres com 25 anos ou mais (DUNN et al., 2006), outro que a idade materna não está associada com o aleitamento materno (TAJ; SIKANDER, 2003), nem com a complementação com água ou chá (WOJCICKI et al., 2011).

5 PARTICIPANTES E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Este é um estudo observacional, descritivo e transversal.

Estudos observacionais são realizados pelo pesquisador onde este somente observa, sem interferir em nenhum momento, na ocorrência dos eventos sobre os sujeitos da pesquisa. Neste tipo de estudo, as características gerais da distribuição de uma doença são descritas, mais especificamente, em relação a uma pessoa, local ou tempo (PEREIRA, 2006).

Os estudos descritivos têm como objetivo informar sobre a distribuição de determinado evento, em uma população, em termos quantitativos. O pesquisador deve apenas observar como o evento ocorre e expressar as frequências de modo apropriado (PEREIRA, 2006).

Os estudos transversais objetivam estudar os sujeitos em um determinado ponto no tempo, com a inclusão de casos e/ou não-casos (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 2003). Ambos, exposição e resultados do agravo são determinados simultaneamente para cada um dos participantes (GORDIS, 2004).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, situado nordeste do Estado de São Paulo, distante 313 quilômetros da capital estadual e 706 quilômetros da capital federal. Seu território de 652 quilômetros quadrados abriga uma população estimada de 605 mil habitantes, sendo aproximadamente 52% mulheres e 48% homens. A população adolescente (de 10 a 19 anos) é de 90796 pessoas, que corresponde a 15% do total do município, entre esses adolescentes, 44484 são mulheres (IBGE, 2010; RIBEIRÃO PRETO, 2009, 2011).

Os percentuais de atendimento para a rede de saneamento básico no município são 99,09% dos domicílios atendidos pela rede de abastecimento de água e pouco mais de 95% dos domicílios atendidos pela rede de esgoto (RIBEIRÃO PRETO, 2009, 2011).

Ribeirão Preto conta com uma rede de serviços de atenção à saúde de natureza pública, privada e filantrópica, abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. O município possui uma rede hospitalar composta por 15 unidades, sendo 10 conveniadas e cinco não conveniadas ao SUS. No total são 46 unidades básicas de saúde (UBS) e 21 equipes de saúde da família, cinco UBDS (unidade básica e distrital de saúde) e 30 locais de atendimento sendo, 16 ambulatórios especializados, dois serviços de radiologia, três de terapia renal substitutiva, três de odontologia e seis laboratórios (RIBEIRÃO PRETO, 2009, 2011).

A rede municipal de atenção à saúde está estruturada em cinco distritos de saúde, cada qual com sua área de abrangência definida e contendo uma Unidade Distrital de Saúde (UBDS) onde são ofertadas especialidades médicas e o serviço de pronto atendimento, além de diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS) conforme o dimensionamento do território e população, onde são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia/obstetrícia, bem como serviços de enfermagem, odontologia, vacina, farmácia e outros (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

As Unidades de Saúde do Distrito Sul foram eleitas para ser o campo da coleta dos dados por apresentar os maiores índices de nascidos vivos de Ribeirão Preto. Além disso, o Distrito de Saúde Sul, concentra o maior número de gestantes adolescentes que utilizam a rede municipal de saúde do município de acordo com dados do Programa Floresce uma Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto de 2010.

O Distrito de Saúde Sul possui uma população estimada, para o ano de 2010, de 85060 habitantes e as unidades pertencentes a esse distrito e eleitas para a coleta de dados foram UBDS "Dr Marco Antônio Sahn" – Vila Virgínia, UBS "Dr. Luiz Philipe Tinoco Cabral" - Adão do Carmo Leonel, UBS "Dr. José Carlos Say" - Jardim Maria das Graças e UBS "Waldemar Barnsley Pessoa" - Parque Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2009, 2011).

A UBDS Vila Virgínia funciona 24 horas e oferece os serviços de: atendimento de emergência a crianças e adultos, odontológico (de segunda a sexta-feira das 14:00 às 22:00 horas) e soro antirrábico; além do atendimento básico (de segunda a sexta-feira das 07:00 às 19:00 horas) que consta de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, Programa de Integração Comunitária, assistência domiciliar, teste do pezinho e vacinação; e também o atendimento de especialidades (de segunda a sexta-feira das 07:00 às 19:00 horas) que consta de serviço social, cardiologia, saúde ocupacional, dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, psicologia, neurologia e ultrassonografia (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

As unidades UBS Jardim Maria das Graças e UBS Adão do Carmo Leonel funcionam de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas e oferecem os serviços de: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, Programa de Integração Comunitária, assistência domiciliar, Programa de Agentes Comunitários, teste do pezinho e vacinação (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A UBS Parque Ribeirão Preto funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 22:00 horas e oferece os seguintes serviços: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência domiciliar, teste do pezinho e vacinação (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

5.3 Participantes do estudo

Fizeram parte do estudo adolescentes no período pós-parto que comparecerem nas Unidades de Saúde do Distrito Sul para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril de 2012 a outubro de 2012, que atenderam aos critérios de inclusão. A amostra foi obtida por conveniência no período estipulado.

As participantes foram identificadas a partir de um levantamento de todas as adolescentes grávidas que iniciaram o acompanhamento pré-natal nas Unidades de Saúde eleitas e posteriormente realizaram o teste do pezinho na mesma unidade, no período em que o estudo foi realizado. Por meio do sistema Hygia - que é um sistema utilizado pela Secretaria Municipal da Saúde do município de Ribeirão Preto que interliga todas as Unidades de Saúde e permite o acesso às consultas agendadas – foram identificadas as datas das consultas de puericultura das crianças e as entrevistas foram realizadas no momento de espera da consulta, quando os bebês tinham idade entre uma semana e quatro meses.

Os critérios de inclusão definidos para esta pesquisa foram: (i) mulheres com idade entre 10 e 20 anos incompletos, definição de adolescentes segundo a OMS (1995), (ii) com filhos entre zero e quatro meses de vida, (iii) que tiveram gestação única com mais de 37 semanas e (iv) cujo filho não apresentou anormalidades que requisessem cuidados especiais na amamentação, como prematuridade, pequenos para a idade gestacional, mal formados, com fissura labial ou fenda palatina, com síndromes ou lesões neurológicas. E como critério de exclusão foi definido (i) adolescentes com deficiência auditiva ou cognitiva e (ii) desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos, sendo um sobre a prática do aleitamento materno e dois para avaliação de humor e transtornos afetivos: I) foi elaborado um instrumento com base em experiências prévias dos pesquisadores e cotejado com a literatura nacional e internacional, para obtenção de informações sobre a prática do aleitamento materno e caracterização sociodemográfica (APÊNDICE A), II) Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (ANEXO A) e III) Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) (ANEXO B).

O questionário sobre a prática do aleitamento materno é estruturado e composto por seis itens, o primeiro aborda dados sociodemográficos e de identificação da mulher adolescente, o segundo são os dados referentes à terapêutica, o terceiro são os dados obstétricos, o quarto busca dados referentes ao parto e nascimento, o quinto são os dados referentes à amamentação e por último, no sexto item, são os dados referentes aos cuidados com o bebê. O questionário foi submetido a três juízes para validação aparente e de conteúdo.

Para o rastreamento de sintomas depressivos foi utilizada a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. Esta escala foi desenvolvida na Grã-Bretanha, validada no Brasil e em diversos outros países. No Brasil, foi validado por Santos, Martins e Pascali (1999). É um instrumento de autorregistro composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença ou intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias, segundo Pereira e Lovisi (2008), tanto na gestação quanto no puerpério. O fato de ser um instrumento de simples resposta e pontuação, projetado para ser utilizado por profissionais não especializados em saúde mental, capacita-o a ser útil em países em desenvolvimento, nos quais as condições sociais comportam fatores que contribuem para o aumento da morbidade psiquiátrica e para a precariedade dos serviços de saúde.

A Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton foi desenvolvida há mais de 40 anos por Hamilton (HAMILTON, 1960) e atualmente é a escala mais usada mundialmente, padrão-ouro para avaliação da gravidade da depressão. Nos anos 90 foi elaborado o Manual Estruturado para Entrevista da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) a fim de padronizar as indagações do entrevistador (WILLIAMS, 1988), então, para a avaliação e quantificação dos sintomas depressivos esse manual foi utilizado nesta pesquisa. Esta escala reflete, de forma consistente, as modificações apresentadas pela pessoa portadora de depressão. A HAM-D enfatiza sintomas somáticos, o que a torna particularmente sensível a

mudanças vivenciadas por uma pessoa deprimida. É composta por 17 itens que são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dos sintomas dentro de um período determinado de dias, a gravidade dos itens são pontuadas de zero a quatro, com alguns itens pontuando de zero a dois, somando um escore total máximo de 50 pontos. O autor da escala não propôs um ponto de corte padrão, mas na prática tem-se utilizado acima de 25 pontos paciente gravemente deprimido, entre 18 e 24 pontos paciente moderadamente deprimido, entre sete e 17 pontos paciente levemente deprimido e abaixo de sete indicam remissão do quadro ou ausência de depressão (ENDICOTT et al., 1981; MORENO; MORENO, 1998).

Os dois instrumentos selecionados já foram utilizados em pesquisas com o objetivo de identificar depressão pós-parto e também em adolescentes (BENNETTI et al., 1997; HAMDAN; TAMIM, 2011; VITOLO et al., 2007).

5.5 Procedimentos para coleta de dados

As adolescentes que contemplaram os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. Foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e sua natureza. As que se demonstraram interessadas, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) juntamente com o seu responsável legal e com o pesquisador. Nos casos em que a adolescente não estava acompanhada de seu responsável legal, o convite para a pesquisa foi mantido e solicitado que o responsável a acompanhasse na próxima consulta para a assinatura do TCLE.

A coleta de dados aconteceu durante um período fixado de seis meses, de abril de 2012 a setembro de 2012.

Primeiramente foi aplicado o questionário sobre a prática do aleitamento materno e em seguida a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, nos casos em que a puérpera apresentava escore maior ou igual a 12 nesta escala, indicando que apresenta sintomas depressivos, mais um instrumento foi utilizado: a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D). Entre as adolescentes que obtiveram escore menor que 12, a entrevista se encerrou após o preenchimento dos dois primeiros instrumentos. O tempo máximo utilizado para a entrevista foi 30 minutos.

5.6 Aspectos éticos

De acordo com a resolução 196/96 do Código Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Of.4401/09 e Of.2976/11 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo protocolo nº1014/2009. A pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos, respeitando a dignidade humana. Assim, constaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os procedimentos da pesquisa e os parâmetros de segurança para as participantes do estudo. O TCLE foi assinado pela participante e pelo responsável pela adolescente, com idade maior que 18 anos, ficando uma via assinada com a pesquisadora e a outra via com a entrevistada.

5.7 Variáveis do estudo

→ Variáveis de caracterização sociodemográfica:

- idade; tipo de domicílio em que vive; condição do domicílio; domicílio em que vive possui água encanada e rede de esgoto; com quem mora; número de pessoas que vivem no domicílio; escolaridade; possui trabalho com remuneração; possui carteira de trabalho assinada; estado civil; possui amigos confidentes; já esteve hospitalizada por problemas emocionais e/ou dependência de álcool/drogas; apresenta histórico de problemas emocionais e/ou dependência de álcool/drogas; qual problema emocional e/ou dependência de álcool/drogas; seus pais ou irmãos já tiveram doença mental/problemas emocionais ou precisaram ser internados em um hospital psiquiátrico; foi-lhe dito no serviço que você estava deprimida durante a gestação.

→ Variáveis referentes à terapêutica:

- faz uso de medicamento para tratamento da depressão; qual medicamento; participa de grupos terapêuticos; faz acompanhamento com psiquiatra; faz acompanhamento com psicólogo.

→ Variáveis obstétricas:

- fez pré-natal em sua última gestação; número de consultas de pré-natal foi igual ou maior que seis; número de gestações; número de filhos nascidos vivos; a gestação atual foi planejada; a gestação atual foi desejada.

→ Variáveis referentes ao parto e nascimento:

- idade da criança; sexo da criança; tipo de parto; nome da instituição onde ocorreu o parto; é Hospital Amigo da Criança.

→ Variáveis referentes à amamentação:

- recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal; a criança foi colocada em contato pele a pele na sala de parto; local onde a amamentação ocorreu pela primeira vez; quanto tempo após o parto a criança foi amamentada pela primeira vez; no momento da alta hospitalar, como o recém-nascido estava sendo alimentado; o leite materno é o único alimento oferecido no momento da entrevista; como a amamentação é conduzida; qual o intervalo entre as mamadas; qual a duração de uma mamada em média; como ocorre o término da mamada, na maioria das vezes; ao término da mamada você considera que seu bebê está satisfeito; a cada mamada é ofertado; até que idade a criança mamou exclusivamente leite materno; a criança está recebendo água ou chá; a criança está recebendo outro tipo de leite; qual tipo de leite.

→ Variáveis referentes ao tipo de aleitamento materno:

Utilizaremos duas das categorias propostas pela WHO (2007), acrescentando a categoria desmame:

- Aleitamento materno exclusivo (AME): quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;

- Aleitamento materno (AM): quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos;

- Desmame: quando a criança não recebe mais o leite materno e sim outros tipos de leite, além de outros alimentos líquidos e sólidos.

→ Variáveis referentes aos cuidados com o bebê:

- você sente vontade de cuidar do seu filho; você tem medo ou receio de cuidar do bebê; você sente desânimo ou cansaço quando está cuidando do bebê; você recebe apoio para cuidar do bebê; você se sente solitária; você teve alguma dificuldade relacionada à amamentação; qual dificuldade com a amamentação; qual o motivo de parar de amamentar.

5.8 Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica no software Excel, digitados em dupla digitação e validados após o término da coleta de dados.

Para a análise estatística utilizamos o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Com base nas características deste estudo, a análise foi fundamentada na estatística descritiva, e na realização de testes estatísticos para análise comparativa entre variáveis.

Os dados da análise descritiva foram apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas e relativas (percentuais) e, para as variáveis quantitativas, foram utilizados valores de médias, medianas, desvios-padrão, valores mínimos e máximos, para indicar a variabilidade das variáveis.

Para a análise de relação entre as variáveis dependente e independentes serão utilizados a comparação entre médias das variáveis quantitativas, o Teste Exato de Fisher e a Regressão Logística, para avaliar a relação entre a variável resposta e as variáveis independentes. Para todos os testes realizados adotou-se o p -valor (estatística do teste) com nível de significância de α menor ou igual a 0,05.

6 RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 72 adolescentes entre 13 e 19 anos, com média de 17,3 anos, desvio-padrão de 1,45 anos e mediana de 18 anos. A amostra caracterizou-se por adolescentes em união consensual (39; 54,2%), com escolaridade variando de quatro a 12 anos, com média de 8,3 anos estudados, desvio-padrão de 1,87 anos e mediana de 8,5 anos. A maioria das adolescentes (62; 86,1%) não tinha trabalho remunerado, residia em casa de alvenaria (70; 97,2%), sendo que 33 (46%) eram alugadas e 27 (37,5%) adolescentes viviam em casas referidas como próprias. Seis mulheres (8,3%) revelaram que o domicílio não possuía água encanada e esgoto.

A maioria das adolescentes residia com o pai da criança ou com sua família de origem (pais, irmãos, avós), com porcentagem semelhante entre essas duas categorias, 34,7% (25) e 36,1% (26) respectivamente. O número de pessoas que moravam no domicílio variou de 2 a 12 pessoas, com média de 4,8 pessoas, desvio-padrão de 2,0 e mediana de quatro pessoas.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das adolescentes no período pós-parto que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)

Variável		n	%
Tipo do domicílio em que vive	Casa	70	97,2
	Apartamento	2	2,8
	Próprio	27	37,5
Condição do domicílio	Alugado	33	45,8
	Cedido	12	16,7
	Casada	7	9,7
Estado civil	União consensual	39	54,2
	Solteira	26	36,1
Reside com o pai da criança*	Sim	45	62,5
	Não	27	37,5
Escolaridade (anos completos de estudo)	4 a 8	36	50,1
	9 a 11	35	48,5
	12 ou mais	1	1,4
Trabalho com remuneração	Sim	10	13,9
	Não	62	86,1
Trabalho com carteira assinada	Sim	9	12,5
	Não	1	1,4
	Não se aplica	62	86,1
Total		72	100,0

*independente de viver com a família de origem da adolescente ou do pai da criança.

Aproximadamente 60% (43) das adolescentes referiam não possuir amigos confidentes, com os quais poderiam conversar sobre qualquer assunto. Sete participantes (9,7%) revelaram histórico de problemas emocionais e/ou dependência de álcool/drogas; entre essas, três apresentaram depressão pós-parto, duas tiveram depressão em outros momentos da vida, uma teve problemas com uso de álcool e uma problema com uso de substâncias psicoativas. Dessas adolescentes, uma esteve hospitalizada em decorrência de problemas emocionais e/ou dependência de álcool/drogas. O histórico familiar de doença mental/problema emocional ou a internação em hospital psiquiátrico foi relatado por 21 adolescentes (29,2%).

Duas participantes (2,8%) relataram terem sido informadas sobre a ocorrência de depressão durante a gestação pelo médico que realizava o pré-natal. No período puerperal, duas (2,8%) foram diagnosticadas com depressão pós-parto e, no momento na entrevista, faziam uso de medicamento para o tratamento dos sintomas depressivos, uma estava em uso de sertralina e a outra de fluoxetina. Nenhuma adolescente participava de grupos terapêuticos, uma fazia acompanhamento com psiquiatra e duas com psicólogo.

Tabela 2 - Caracterização dos aspectos psiquiátricos das adolescentes no período pós-parto que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)

Variável		n	%
Amigos confidentes	Sim	43	59,7
	Não	29	40,3
Histórico de problemas emocionais e ou uso de álcool/drogas/substâncias	Sim	7	9,7
	Não	65	90,3
	Depressão	2	2,8
	Abuso de álcool	1	1,4
	Abuso de outras substâncias psicoativas	1	1,4
Alteração emocional ou dependência de álcool/drogas/substâncias	Depressão pós-parto	3	4,2
	Ausência de problema emocional	62	90,3
Histórico familiar de doença mental/problemas emocionais	Sim	21	29,2
	Não	51	70,8
Total		72	100,0

Quanto à caracterização obstétrica das participantes, todas as adolescentes referiram que realizaram o pré-natal em sua última gestação, sendo a maioria, 59 (81,9%) com o número de consultas igual ou maior que seis. Em relação à paridade, 61 (84,7%) adolescentes eram primíparas e 11 (15,3%) eram múltíparas e entre essas, duas já haviam perdido um filho

após o nascimento. Para 47 (65,3%) participantes a gestação não foi planejada e foi revelada como gestação indesejada por oito (11,1%) adolescentes.

A maioria das adolescentes teve parto normal (54; 75%), 18 (25%) realizaram cesárea. Quanto ao local do parto, 43 (59,7%) adolescentes deram à luz na instituição Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, 22 (30,6%) na MATER – Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, quatro (5,6%) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, duas (2,8%) na Maternidade Sinhá Junqueira, em Ribeirão Preto, e uma (1,4%) criança nasceu em outro município. Dentre essas instituições de saúde, três eram credenciadas à Iniciativa Hospital Amigo da Criança no período em que as adolescentes deram à luz, totalizando 68 (95,8%) bebês nascidos em hospitais participantes da IHAC. No momento atual, a Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto não está credenciada como um hospital Amigo da Criança.

As adolescentes foram entrevistadas quando seus bebês tinham de 16 a 137 dias de vida, com média de 71,3 dias, desvio-padrão de 32,8 dias e mediana de 69,5 dias. Quanto à caracterização dos bebês, 38 (52,8%) eram do sexo masculino e 34 (47,2%) do sexo feminino.

Tabela 3 - Caracterização dos aspectos obstétricos das adolescentes no período pós-parto que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)

Variável		n	%
Número de consultas igual ou maior que seis	Sim	59	81,9
	Não	13	18,1
Número de gestações	1	61	84,7
	2	11	15,3
Número de filhos vivos	1	63	87,5
	2	9	12,5
Gestação informada como planejada	Sim	25	34,7
	Não	47	65,3
Gestação informada como desejada	Sim	64	88,9
	Não	8	11,1
	0 30	8	11,2
Faixa etária do bebê (dias)	30 60	22	30,5
	60 90	20	27,8
	90 140	22	30,5
Tipo de parto	Vaginal	54	75,0
	Cesárea	18	25,0
Hospital Amigo da Criança	Sim	69	95,8
	Não	3	4,2
Total		72	100,0

Quanto à prática do aleitamento materno onde a participante deu à luz, 54 (75%) referiram que tiveram contato pele a pele com o recém-nascido na sala de parto. No entanto, a amamentação ocorreu pela primeira vez, em 50 (69,4%) situações, na enfermaria de alojamento conjunto, seguida de 20 (27,8%) ocorrências de amamentação na sala de parto. Cinquenta e seis (77,8%) adolescentes amamentaram seus bebês nas primeiras seis horas após o parto. No momento da alta hospitalar 68 (94,4%) puérperas estavam amamentando exclusivamente ao peito e três (4,2%) estavam em aleitamento materno predominante e uma 1,4% estava alimentando o recém-nascido com fórmula láctea.

No momento da entrevista, a média de dias pós-parto era de 71,3 dias e o leite materno não era o único alimento oferecido para 47 (65,3%) dos bebês.

Dentre as 25 (34,7%) adolescentes que estavam amamentando exclusivamente ao peito no momento da entrevista, a maioria revelou que a amamentação era conduzida sob livre demanda e uma revelou que amamentava em horários controlados. A média do intervalo entre as mamadas foi de 105 minutos, com desvio-padrão de 54,8 minutos e mediana de 120 minutos. A duração média de cada mamada foi de 29 minutos, com desvio-padrão de 14,6 e mediana de 30 minutos. Grande parte das adolescentes relataram que a cada mamada as duas mamas eram ofertadas. Dois terços das mães referiram que o término da mamada ocorria porque a criança soltava o peito e que consideravam que o bebê estava satisfeito ao término da mamada.

Vinte e uma adolescentes (29,2%) estavam em aleitamento materno complementar sendo 18 (25,0%) com fórmula infantil para bebês, duas (2,8%) com leite em pó integral e uma (1,4%) com outro tipo de leite.

As adolescentes que estavam em aleitamento materno no momento da entrevista, apresentavam intervalo médio entre as mamadas de 117,8 minutos, desvio-padrão de 59,3 e mediana de 120 minutos. A mamada tinha duração média de 27,5 minutos, desvio padrão de 11,1 e mediana de 30 minutos, a amamentação era conduzida sob livre demanda pela maioria das mães (39; 97,5%), e grande parte ofertava as duas mamas a cada mamada (26; 65%). Quase todas as mães referiram que o término da mamada ocorria porque a criança largava o peito (35; 87,5%) e três quartos consideravam que os bebês estavam satisfeitos após o término da mamada (29; 72,5%). Entre essas adolescentes, o aleitamento materno exclusivo teve média de 38,3 dias, variando de 0 a 90 dias, com desvio-padrão de 24,7 dias e mediana de 30 dias.

Do total de participantes sete (9,7%) haviam desmamado seus bebês no momento da entrevista. O motivo alegado para o desmame por três delas (4,2%) foi que o “leite secou”, duas (2,8%) relataram que o “bebê não queria pegar”, uma (1,4%) alegou que “não tinha vontade de amamentar” e uma (1,4%) que tinha “pouco leite”. Vinte e nove (40,3%) adolescentes referiram que tiveram dificuldade para amamentar, entre elas 15 (20,8%) referiram que o “bico rachou”, 12 (16,7%) que o “leite empedrou”, duas (2,8%) que o “leite secou” e uma (1,4%) que o “o bebê não queria pegar”.

Tabela 4 - Caracterização dos aspectos relacionados à amamentação das adolescentes no período pós-parto que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72).

Variável	n	%	
Contato pele a pele na sala de parto	Sim	54	75,0
	Não	18	25,0
	Sala de parto	20	27,8
	Enfermaria de alojamento conjunto	50	69,4
Local da primeira mamada	Berçário	1	1,4
	Não foi amamentada durante internação hospitalar	1	1,4
	Nas primeiras 6 horas	56	77,8
Tempo entre o nascimento e a primeira mamada	Nas primeiras 12 horas	10	13,9
	Depois de 12 horas	4	5,6
	Não lembra	2	2,8
	Aleitamento Materno Exclusivo	68	94,4
Tipo de aleitamento na alta hospitalar	Aleitamento Materno Predominante	3	4,2
	Fórmula	1	1,4
	Aleitamento Materno Exclusivo	25	34,7
Tipo de aleitamento no momento da entrevista	Aleitamento Materno	40	55,6
	Desmame	7	9,8
	Fórmula infantil para bebês	18	25,0
Tipo de leite que o bebê recebe	Leite em pó integral	2	2,8
	Outro tipo de leite	1	1,4
	Não recebe outro tipo de leite	51	70,8
	Sim	29	40,3
Relato de dificuldade na amamentação	Não	43	59,7
	Ingurgitamento mamário	12	16,7
	Dificuldade para estabelecer a pega	1	1,4
	Trauma mamilar - fissura	15	20,8
Tipo de dificuldade na amamentação	Outros	1	1,4
	Não teve dificuldade	42	59,7
	"leite secou"	3	4,2
	"não tinha vontade de amamentar"	1	1,4
	"bebê não queria pegar"	2	2,8
Motivo do desmame	Outros	1	1,4
	Ainda amamenta	65	90,3
	Total	72	100,0

Tabela 5 - Tipo de aleitamento materno praticado pelas adolescentes que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72).

Variável		n	%
Aleitamento materno exclusivo	Sim	25	34,7
	Não	47	65,3
Aleitamento materno	Sim	40	55,6
	Não	32	44,4
Desmame	Sim	7	9,7
	Não	65	90,3
Total		72	100,0

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo foi aplicada a todas as participantes, resultando em um escore médio de 8,5 pontos, variando de 0 a 25, desvio-padrão de 5,2 e mediana de 7 pontos.

Tabela 6 - Distribuição em frequências e porcentagens da EPDS das adolescentes puérperas que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72)

Questões	Escore								Média	DP	Mediana
	0		1		2		3				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
1-rir e achar graça	54	75,0	11	15,3	2	2,8	5	6,9	0,42	0,85	0
2-prazer no dia-a-dia	38	52,8	19	26,4	11	15,3	4	5,6	0,74	0,91	0
3-culpa	18	25,0	11	15,3	33	45,8	10	13,9	1,49	1,02	2
4-ansiedade	10	13,9	25	34,7	28	38,9	9	12,5	1,50	0,88	2
5-assustada	37	51,4	12	16,7	14	19,4	9	12,5	0,93	1,10	0
6-esmagada pelas tarefas	27	37,5	21	29,2	17	23,6	7	9,7	1,00	1,00	1
7-dificuldade de dormir	48	66,7	6	8,3	10	13,9	8	11,1	0,69	1,08	0
8-tristeza	38	52,8	24	33,3	2	2,8	8	11,1	0,72	0,96	0
9-choro	32	44,4	34	47,2	3	4,2	3	4,2	0,68	0,74	1
10-autoagressão	57	79,2	6	8,3	7	9,7	2	2,8	0,36	0,77	0

Sentimentos de culpa e ansiedade foram os que apresentaram maior intensidade, considerando a soma das pontuações 2 e 3, ambos ultrapassam os 50%. A ideia de fazer mal a

si mesma passou pela cabeça de duas (2,8%) adolescentes muitas vezes nos últimos dias antes da entrevista e algumas vezes em sete (9,7%) adolescentes.

Assim, foram identificadas 15 (20,8%) adolescentes com sintomas depressivos. A estas, foi aplicado a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton, com escore médio de 17,3 pontos, com desvio-padrão de 4,6; mediana de 16 pontos, variando de 11 a 27 pontos. Segundo a classificação utilizada, uma (6,6%) participante foi classificada como gravemente deprimida, seis participantes (40%) como moderadamente deprimidas e oito (53,4%) como levemente deprimidas.

Tabela 7 - Distribuição em frequências e porcentagens da HAM-D das adolescentes puérperas que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=72).

Questões	Escore										Média	DP	Mediana
	0		1		2		3		4				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
1-humor depressivo	*	*	6	40,0	7	46,7	1	6,7	1	6,7	1,80	0,86	2
2-culpa	2	13,3	9	60,0	4	26,7	*	*	*	*	1,13	0,64	1
3-suicídio	9	60,0	6	40,0	*	*	*	*	*	*	0,40	0,50	0
4-insônia inicial	*	*	3	20,0	12	80,0	*	*	*	*	1,80	0,41	2
5-insônia intermediária	*	*	*	*	15	100,0	*	*	*	*	2,00	0,00	2
6-insônia tardia	*	*	7	46,7	8	53,3	*	*	*	*	1,53	0,51	2
7-trabalho e atividades	*	*	1	6,7	9	60,0	5	33,3	*	*	2,27	0,59	2
8-retardo	14	93,3	1	6,7	*	*	*	*	*	*	0,07	0,25	0
9-agitação	8	53,3	4	26,7	3	20,0	*	*	*	*	0,67	0,81	0
10-ansiedade psíquica	*	*	2	13,3	11	73,0	2	13,3	*	*	2,00	0,53	2
11-ansiedade somática	*	*	12	80,0	2	13,3	1	6,7	*	*	1,27	0,59	1
12- sintomas gastrointestinais	12	80,0	1	6,7	2	13,3	*	*	*	*	0,33	0,72	0
13- sintomas somáticos gerais	10	66,7	4	26,7	1	6,7	*	*	*	*	0,40	0,63	0
14- sintomas genitais	12	80,0	3	20,0	*	*	*	*	*	*	0,20	0,41	0
15-hipocondria	8	53,3	*	*	6	40,0	1	6,7	*	*	1,00	1,13	0
16-perda de peso	14	93,3	*	*	1	6,7	*	*	*	*	0,13	0,51	0
17-crítica	11	73,3	3	20,0	1	6,7	*	*	*	*	0,13	0,51	0

Os sentimentos de culpa novamente merecem destaque, nove adolescentes (60%) acham que decepcionaram outras pessoas e quatro (26,7%) apresentaram ideias de culpa ou rumações de erros ou más ações no passado. Seis (40%) participantes achavam que não valia a pena viver. A maioria (12; 80%) queixou-se de dificuldade para iniciar o sono todas as noites e o restante (3; 20%) queixou-se de dificuldade ocasional para iniciar o sono. Quanto à insônia intermediária, todas as participantes acordaram durante a noite e quanto à insônia tardia, aproximadamente metade (7; 46,7%) relatou que acordou durante a madrugada mas voltou a dormir e a outra metade (8; 53,3%) não conseguia voltar a dormir se levantava da cama durante a noite. Todas as adolescentes referiram dificuldade de executar atividades que costumava realizar anteriormente. A maioria das participantes (11; 73,3%) não reconheceram que estavam deprimidas.

Tabela 8 - Severidade dos sintomas depressivos segundo a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton nas adolescentes que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=15).

Escores Hamilton		
Severidade dos sintomas	N	%
0 6 ausência de sintomas depressivos	*	*
7 17 pacientes levemente deprimidos	8	53,3
18 24 pacientes moderadamente deprimidos	6	40,0
Acima de 25 pacientes gravemente deprimidos	1	6,7
Total	15	100,0

Verificou-se que entre as participantes com sintomas depressivos, cinco praticavam aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista (p=0,899). Três mulheres já haviam desmamado seus filhos (p=0,153) e sete estavam amamentando (p= 0,436).

Tabela 9 - Associação entre sintomas depressivos e tipo de aleitamento materno em adolescentes que compareceram nas Unidades de Saúde do Distrito Sul de Ribeirão Preto- SP, para o acompanhamento de puericultura de seus filhos, no período de abril a outubro de 2012 (n=15).

Variável	Apresenta sintomas depressivos				p	RCP (IC 95%)	RP (IC 95%)
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
AME	Sim	5	33,3	20	35,1	0,899	0,925 (0,278 - 3,082)
	Não	10	66,7	37	64,9		
AM	Sim	7	46,7	33	57,9	0,436	0,636 (0,203 - 1,995)
	Não	8	53,3	24	42,1		
Desmame	Sim	3	20,0	4	7,0	0,153	3,313 (0,654 - 16,785)
	Não	12	80,0	53	93,0		
Total		15	100,0	57	100,0		

7 DISCUSSÃO

O grupo em estudo caracterizou-se por adolescentes entre 13 e 19 anos, com média de 17,3 anos. A PNDS (BRASIL, 2009b) destaca que entre as mulheres jovens, de 15 a 18 anos, 23,1% já estiveram grávidas pelo menos uma vez na vida. De acordo com os dados do Floresce uma Vida do município de Ribeirão Preto - SP, entre os 4478 partos de usuárias do SUS realizados em 2010, 825(18,4%) foram de adolescentes. O Distrito de Saúde Sul, no qual esse estudo foi realizado, concentraram 81 partos de adolescentes, 14% do total de 577 nascimentos no Distrito Sul em 2010. Estes dados estão diferentes dos resultados encontrados por Lara et al. (2012) provenientes de uma amostra de adolescentes mexicanas entre 13 e 19 anos, que identificou a prevalência, severidade e fatores de risco para sintomas depressivos, no qual a idade média encontrada foi 15,9 anos e corrobora os dados brasileiros encontrados por Vieira, Silva e Barros Filho (2003), no estudo realizado com 122 filhos de adolescentes e 123 filhos de adultas usuárias da rede pública de saúde em Campinas-SP com idade média, entre as adolescentes, de 17,0 anos.

A maioria das participantes (54,2%) vivia em união consensual. A presença do companheiro na mesma casa parece influenciar positivamente no processo de amamentação, e é geralmente manifestada sob a forma de apoio e de provisão de segurança familiar (BRITO; OLIVEIRA, 2006). O estudo realizado em Portugal de Figueiredo, Pacheco e Costa (2007), sobre fatores de risco para depressão durante a gestação e no pós-parto em uma amostra de mães adolescentes e adultas, encontrou 48,1% das adolescentes casadas ou morando junto com parceiro e 51,9% solteiras.

Quanto à escolaridade, a média de anos estudados foi de 8,3. Segundo Machado, Saito e Szarfarc (2007), em estudo realizado em São Paulo, mais da metade das adolescentes não completaram o ensino fundamental, lembrando que a baixa escolaridade é considerada fator de risco para gestação nesta faixa etária. As mães adolescentes apresentam menos chance de estudar e de conseguir boas oportunidades de trabalho do que as mulheres que adiaram a maternidade para a idade adulta. A ocorrência da maternidade na adolescência pode estar relacionada a um desempenho escolar insatisfatório e a dificuldades econômicas futuras. Mães adolescentes apresentam menor probabilidade de concluir o ensino médio (PINZON; JONES, 2012).

No que tange o trabalho, 23,9% das participantes possuíam trabalho remunerado, o que concorda com os resultados de uma pesquisa realizada em Portugal, na qual 17,3% das

mães adolescentes trabalhavam e 82,7% delas não possuíam trabalho remunerado (FIGUEIREDO; PACHECO; COSTA, 2007). Estudo realizado em uma maternidade em Ribeirão Preto – SP, que buscou caracterizar a situação trabalhista de um grupo de mulheres no ciclo grávido-puerperal, concluiu que o exercício dos direitos civis nem sempre é cumprido, proporcionando desemprego e desistência do trabalho (GODOY et al., 2011).

A maioria das adolescentes residia em casa (97,2%), sendo 46% em propriedades alugadas e 37,5% em casa própria. Estudo realizado em uma maternidade de baixo risco de Ribeirão Preto-SP com o objetivo de caracterizar o aleitamento materno entre 80 mães adolescentes encontrou resultados similares aos nossos em relação ao tipo de moradia, com 91,3% das adolescentes vivendo em casa e 57,5% informaram que o imóvel próprio (CAMAROTTI et al., 2011).

As adolescentes residiam com o pai da criança ou com sua família de origem, o que confirma os achados de Machado, Saito e Szarfarc (2007) que observaram a presença do companheiro junto à adolescente na maior parte dos casos. Segundo Camarotti et al. (2011), as jovens, buscam uma pseudoindependência, substituindo os laços com os pais pela dependência afetiva do casal, incluem-se as jovens que casam para “sair de casa”.

Quanto à coabitação, as participantes deste estudo viviam em casas compartilhadas com, em média 4,8 pessoas. Estudo realizado em Ribeirão Preto - SP, mostrou que maioria das adolescentes convivia com três a sete pessoas, dentro da média encontrada no presente estudo (CAMAROTTI et al., 2011).

Não obstante, a maternidade na adolescência pode ser uma fonte de reconhecimento social para as jovens desprovidas de projetos profissionais e educacionais (BARBOSA et al., 2008b). A gravidez na adolescência pode ser resultante de um desejo consciente de ser mãe, por meio do qual, a adolescente busca obter autonomia e responsabilidade (GONTIJO; MEDEIROS, 2008). As mudanças na vida das mães adolescentes possibilitam crescimento pessoal, aquisição de responsabilidade, principalmente quando tomam consciência da relação de dependência do filho com ela. A adolescente, de menina passa a ser mãe e mulher e isso é visto por elas como uma ascensão social (SILVA et al., 2009).

Pouco mais da metade (59,7%) das adolescentes referiram não possuir amigos confidentes, com os quais poderia conversar sobre qualquer assunto. A rede de apoio social merece atenção, uma vez que as mulheres que possuíam parentes que podiam confiar e conversar sobre quase tudo apresentaram menores índices de prevalência de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008).

Quanto a história pregressa de problemas emocionais e/ou dependência de álcool/drogas, 2,8% das participantes de nosso estudo tiveram confirmação de diagnóstico de depressão durante a gestação. De acordo com Camacho et al. (2006), histórico de transtorno psiquiátrico prévio é um fator de risco para a depressão pós-parto e é tido como o mais importante fator de risco associado a novos episódios depressivos no puerpério. O histórico familiar de transtorno psiquiátrico também é considerado um fator de risco para a DPP (CANTILINO et al., 2010).

No que diz respeito aos aspectos obstétricos, em nosso estudo, todas as participantes realizaram acompanhamento pré-natal, sendo que 81,9% realizaram mais de seis consultas. A realização de um adequado acompanhamento pré-natal pode propiciar condições para que a gestação, o parto e o puerpério sejam realizados de forma humanizada e segura para a mulher e seu filho (MONTEIRO, 2008). O Ministério da Saúde preconiza que este acompanhamento se inicie precocemente e que sejam realizados no mínimo, seis consultas de pré-natal, o que foi contemplado pelas mulheres deste estudo (BRASIL, 2000).

A maioria das adolescentes era primípara (84,7%), resultado similar foi encontrado em uma pesquisa realizada em São Paulo-SP com o objetivo de identificar características do modo de vida das mães adolescentes que frequentavam a Unidade de Adolescentes do Hospital das Clínicas USP/SP, com 83,9% com apenas um filho (MACHADO; SAITO; SZARFARC, 2007). Para Chalem et al. (2007), em seu estudo que identificou o perfil sócio-demográfico e comportamental de gestantes adolescentes, 80,1% das adolescentes eram primigestas. Mulheres com menos de 20 anos e primíparas apresentam 1,2 vezes mais chance de abandonar o AME antes de a criança completar quatro meses (VENÂNCIO et al., 2002).

A gestação não foi planejada por 65,3% das participantes e indesejada por 11,1% mulheres, índices menores que os encontrados por Kingston et al. (2012), onde 82% das mulheres de 15 a 19 anos tiveram uma gestação não planejada.

Dentre as adolescentes, 75% tiveram parto normal, resultado similar ao encontrado por Uzun et al. (2013) de 80% de parto vaginal entre as adolescentes e comparou com 66% de parto vaginal em mulheres adultas da Turquia. Kingston et al. (2012), realizaram uma pesquisa no Canadá comparando mães adolescentes, jovens adultas (entre 20 e 24 anos) e adultas (maiores de 25 anos), as taxas de parto vaginal foram, respectivamente, 79,6%, 80,3% e 72,4%.

No presente estudo, 95,8% das crianças nasceram em um hospital certificado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Nascer em hospitais com essa iniciativa é um fator protetor para o aleitamento materno exclusivo, pois crianças que nascem em municípios sem

esse hospital têm 2,2 vezes mais chance de receber outro alimento precocemente (VENÂNCIO et al., 2002). Rea (2003) reforça que instituições de saúde com credenciamento junto à IHAC contribuem de forma importante no incentivo à amamentação, já que estes hospitais se estruturam para realizar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Estudo realizado em Ribeirão Preto-SP mostrou que os bebês que nasceram em hospitais credenciados à IHAC receberam aleitamento materno exclusivo por mais tempo, quando comparadas à bebês que nasceram em instituições sem o selo da IHAC (KISHI; CACCIA-BAVA; MARTINEZ, 2009).

Quanto à prática da amamentação adotada pelo grupo de adolescentes estudado, identificamos que apesar de 95,8% terem dado à luz em Hospital Amigo da Criança, apenas 27,8% amamentaram na sala de parto.

Considerando que os Hospitais Amigos da Criança adotam os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno e que o quarto passo é “ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento, esta porcentagem é baixa. Em nosso estudo, 69,4% das adolescentes referiram que a primeira mamada aconteceu na enfermaria de alojamento conjunto.

Ainda sobre o quarto passo da IHAC, este, além de ajudar as mães a iniciarem o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento, também recomenda o contato pele a pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato, que deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar (OMS, 2001). Esse passo auxilia no estabelecimento da sucção precoce e estimula a produção láctea, além de favorecer o estabelecimento de laços afetivos entre mãe e filho (OMS, 2001). Com base nisso, o contato pele a pele com o recém-nascido na sala de parto deveria ter sido realizado por todas as mulheres que tiveram seus filhos em hospitais IHAC.

No momento da alta hospitalar, 94,4% adolescentes estavam amamentando seus bebês exclusivamente, dado que atende a uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde de 92% de AME no momento da alta hospitalar após o parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1993). Dados menores que os encontrados por Monteiro (2008), com 98,7% das crianças recebendo AME no momento da alta. Esses resultados estão em consonância com o estudo de Vieira, Silva e Barros Filho (2003), com 94,3% dos filhos de adolescentes saindo da maternidade em AME. Segundo Frota e Marcopito (2004), o aleitamento exclusivo ao peito na alta hospitalar protege contra o desmame até o sexto mês de vida da criança.

No momento da entrevista para a coleta dos dados, a média de idade dos bebês era de 71,3 dias. Sendo assim, de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, todas as participantes deveriam estar amamentando exclusivamente ao seio, até que os bebês completassem seis meses de vida e após esse período mantivessem o aleitamento materno complementando com outros alimentos até dois anos ou mais (BRASIL, 2009a). Porém isso não ocorreu em nossa amostra na qual a porcentagem de AME no momento da alta caiu de 92%, para 34,7% no momento da entrevista. No município de Ribeirão Preto – SP, em 2003, a porcentagem de AME até quatro meses estava em 45,4% (RIBEIRÃO PRETO, 2003). Estudo que buscou identificar a situação do aleitamento materno na adolescência verificou que, entre 144 mães com crianças de até 180 dias, 84,1% estavam amamentando, sendo que 18,8% praticavam AME (MONTEIRO et al., 2011).

As adolescentes em AME relataram aspectos da condução da mamada, sendo que a maioria amamentava sob livre demanda. A duração média de cada mamada foi de 29 minutos, tempo superior ao encontrado por Nejar et al. (2004), em seu estudo com 118 mães, sendo 11,1% adolescentes, com a média aproximada de 20 minutos. O intervalo médio entre as mamadas foi de 105 minutos, ou 1 hora e 45 minutos, tempo inferior ao encontrado por Rodrigues (2006) que encontrou 77% das mulheres estudadas com intervalo de mamadas entre 2 e 3 horas, em seu estudo com 165 mulheres com idade média de 32 anos e 2% de adolescentes. De acordo com Monteiro et al. (2011) o tempo de duração média da mamada foi de 27,3 minutos e o intervalo entre as mamadas foi de 1,9 horas em média.

Em relação ao término da mamada mais da metade das mulheres referiram que ocorria quando a criança soltava o peito, resultado similar ao encontrado por Monteiro et al. (2011), com 87% das mulheres tinham a mamada terminada pela criança e 13% interrompiam a mamada. A saciedade da criança após a mamada foi referida por 76% das mães, resultado superior ao encontrado na pesquisa de Ribeirão Preto, que encontrou 69,3% (MONTEIRO et al., 2011).

Quanto à alternância das mamas durante a mamada, 76% ofereciam as duas mamas, 12% ofereciam apenas uma mama e 12% alternavam as mamas mais de uma vez. Dados que discordam com os de Monteiro et al. (2011) onde 52,4% ofereciam apenas uma mama, 44,6% ofereciam as duas mamas e 3% alternavam as mamas mais de uma vez. Em relação à prática da alternância das mamas, ainda existem contradições que podem influenciar na orientação dessa prática. Alguns autores orientam que, uma vez que a criança tenha esvaziado a primeira mama, pode sugar a outra mama e alternar quantas vezes forem necessárias, certificando que a criança receba o leite posterior, que contém maior teor de gordura, e as mamas recebam

estímulo para a produção láctea, evitando o acúmulo anormal do leite (KING, 2001). Já para Muniz (2001), a alternância das mamas é desaconselhada, pois a criança pode deixar de receber o leite posterior e a outra mama deve ser ofertada somente na próxima mamada.

No momento da entrevista, 9,7% das adolescentes já haviam desmamado seus filhos. Em um estudo realizado na Turquia por Uzun et al. (2012), com 100 adolescentes e número semelhante de adultas entre 22 e 32 anos, determinou fatores de risco para gestação na adolescência e verificou os efeitos dessa condição no resultados maternos e infantis e encontraram que após dois meses do nascimento da criança, 5% das adolescentes não amamentavam seus bebês. Frota e Marcopito (2004) realizaram um estudo para estimar a prevalência de amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes e identificaram fatores associados ao desmame, e encontraram em seus resultados que aos seis meses de vida da criança, 28,7% das mães adolescentes já haviam desmamado seus filhos. Amador et al. (1992), em sua revisão bibliográfica que compara amamentação entre adolescentes e não adolescentes, mostrou que a frequência de desmame ao final do terceiro mês de vida do bebê é maior entre mães adolescentes.

Em nosso estudo, os motivos mais alegados para o desmame foram o fato de o leite ter secado, rejeição do bebê, desestímulo para amamentar e ter pouco leite. O desprazer em amamentar é um sentimento contrário ao que é socialmente esperado de uma nutriz, uma vez que a amamentação é uma prática valorizada em nossa sociedade (MOREIRA; NAKANO, 2002). A promoção do aleitamento materno exclusivo é uma intervenção em saúde pública com potencial para a diminuição da mortalidade infantil (TOMA; REA, 2008). Se amamentação ocorresse no primeiro dia de vida de todas as crianças, a mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3%, e em 22,3% se a primeira mamada ocorresse na primeira hora (EDMOND et al., 2006).

Em relação às dificuldades com a amamentação, 40,2% das participantes revelaram que apresentaram alguma, entre elas: “bico rachou”, “leite empedrou”, “leite secou” e “bebê não queria pegar”. Resultados semelhantes foram encontrados por Frota e Marcopito (2004), as dificuldades mais relatadas foram: “problemas com os mamilos”, “dor”; “fissuras”, “ausência de leite”, “mastite”, entre outros. A maioria das dificuldades relatadas está diretamente relacionada à fase de adaptação à nova condição de mãe e às demandas e rotina que a maternidade acarreta. A pouca idade somada a inexperiência provocam nessas mães a insegurança e o medo de assumirem sozinhas os cuidados com o bebê (SILVA et al., 2009). Nesse sentido, Hasselmann, Werneck e Silva (2008) enfatizam que as dificuldade na amamentação estão associadas à interrupção precoce do AME e sintomas depressivos.

Em nossa pesquisa, investigamos os sintomas depressivos em todas as 72 adolescentes por meio da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. Como resultado, encontramos um escore médio de 8,5 pontos e 15 (20,8%) adolescentes com sintomas depressivos. Esse escore é considerado alto, uma vez que o ponto de corte para a EPDS é maior ou igual a 12. No período pós-parto de adolescentes portuguesas, a pontuação média encontrada na EPDS foi de 8,54, a mesma que encontramos em nosso estudo e porcentagem superior de adolescentes com sintomas depressivos, sendo 25,9% do total de 54 participantes (FIGUEIREDO; PACHECO; COSTA, 2007). Resultado inferior foi encontrado em um pesquisa realizada nos Estados Unidos com 59 mães adolescentes, entre quatro e seis semanas pós-parto, com média de 5,57 pontos na EPDS e 12,5% das adolescentes com sintomas depressivos (LOGSDON; MYERS, 2010).

As porcentagens encontradas em nossa revisão da literatura foram inferiores aos 20,8% de adolescentes com sintomas depressivos encontrados em nosso estudo. Lara et al. (2012) trouxeram em sua revisão da literatura que a prevalência de depressão no ocidente varia de 25% a 49%, entre os poucos estudos conduzidos na América Latina, a prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes variou de 21% a 39%. Revisão integrativa da literatura analisou 12 artigos realizados em diversos países para entender melhor a depressão entre mães adolescentes no primeiro ano após o parto e encontrou que sintomas depressivos nos três primeiros meses de vida do bebê variaram de 53% a 56% (REID; MEADOWS-OLIVER, 2007). Pesquisa realizada por Schmidt et al., (2006), com objetivo de examinar as diferenças raciais nos sintomas depressivos entre as mães adolescentes nos quatro primeiros anos após o parto, encontrou que a prevalência de sintomas depressivos foi maior no terceiro mês pós-parto e declinou ao longo do tempo da pesquisa, nos quatro anos de estudo 57% da amostra relatou sintomas depressivos em algum momento.

Nossos resultados mostraram que pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, os sentimentos de culpa e ansiedade foram os que apresentaram maior intensidade. Setenta e cinco por cento das participantes se sentiam culpadas, considerando pontuações de 1 a 3, resultado superior ao encontrado em João Pessoa – PB, com mulheres entre 18 e 38 anos, com 29,2% das mães depressivas e 10,7% das não deprimidas (COUTINHO; SARAIVA, 2008). Segundo Kogima (2010), somando as pontuações 2 e 3, os resultados de culpa e ansiedade foram encontrados em mais de 50% das adolescentes atendidas na Estratégia Saúde da Família de Embu Guaçu – SP.

A ideia de fazer mal a si mesma foi considerada por 2,8% das adolescentes muitas vezes nos últimos dias antes da entrevista e algumas vezes em 9,7% delas, incluindo a pontuação um, a porcentagem chega a quase 21%, resultado inferior ao do registro de 37,5%

de mães com sintomatologia depressiva relatando ideias de morte e suicídio e nenhuma das sem sintomas depressivos (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Às 15 participantes que apresentaram sintomas depressivos, nós aplicamos a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton, cujo resultado foi um escore médio de 17,3 pontos, com desvio padrão de 4,6. A pontuação da HAM-D possui escore máximo de 50 pontos e utiliza-se como ponto de corte o valor sete ou menos, indicando remissão do quadro ou ausência de depressão, entre sete e 17 pontos paciente levemente deprimido, de 18 a 24 pontos paciente moderadamente deprimido e acima de 25 pontos paciente gravemente deprimido. Nosso escore médio indica que as pacientes estavam levemente deprimidas. Em um estudo realizado por Bogen et al. (2010), com mulheres entre 16 e 45 anos, encontrou a média de 13,28 pontos na HAM-D entre as mulheres com sintomas depressivos. Estudo realizado em Pelotas – RS, com puérperas de 30 a 45 dias após o parto e 33,8% das participantes entre 13 e 18 anos, encontrou a prevalência de 19,1% de depressão pós-parto e média de pontos na escala HAM-D de 10,60 com desvio-padrão de 8,4 (MORAES et al., 2006).

Um resultado mais próximo foi encontrado por Weissman (2007), em sua revisão de quatro ensaios clínicos, somente entre adolescentes, com média de 18,6 pontos. Segundo a classificação utilizada, 6,6% das participantes foram classificadas como gravemente deprimida, 40% como moderadamente deprimidas e 53,4% como levemente deprimidas. De acordo com Muneer et al. (2009), em seu estudo realizado com 51 mulheres paquistanesas de 18 a 35 anos, 9,8% foram classificadas como levemente depressivas, 47,1% como moderadamente depressivas e 43,1% como gravemente depressivas.

O sentimento de culpa estava presente em mais da metade (60%) das adolescentes, de acordo com revisão da literatura realizada por Camacho et al. (2006), muitas mulheres não revelam seus sintomas depressivos e sentem que as expectativas sociais são de que elas estejam satisfeitas e nesse momento que deveria ser de alegria sentem-se culpadas por apresentarem sintomas de depressão. A ansiedade e culpa vivenciados pelas mulheres que sentem pressões culturais a respeito da maternidade as predispõem à depressão puerperal (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

A alteração no padrão do sono esteve presente em todas as participantes, resultado similar ao encontrado em um estudo que caracterizou o sofrimento psicológico de mulheres australianas, que revelou que a grave privação do sono é quase universalmente relatada por mulheres em tratamento para DPP (FISHER; FEEKERY; ROWE-MURRAY, 2002). Estudos destacam evidências de associação entre a perda do sono e humor negativo entre mulheres no período pós-parto (ROSS; MURRAY; STEINER, 2005).

Em nossa amostra, apenas 2,8% das adolescentes foram diagnosticadas pelos médicos e estavam em tratamento e, de acordo com a EPDS, 20,8% ainda apresentavam sintomas depressivos. O quadro clínico da DPP pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas, o que torna o diagnóstico difícil e, muitas vezes, duvidoso (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005). A maioria dos casos não é detectada durante a gravidez ou no período pós-parto imediata, permanece sem tratamento, constatando que a depressão é um problema de saúde grave e necessita ser identificado precocemente (HALBREICH; KARKUN, 2006; VITOLO et al., 2007).

Verificou-se que entre as participantes com sintomas depressivos, cinco praticavam aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista ($p=0,899$). Três mulheres já haviam desmamado seus filhos ($p=0,153$) e sete estavam amamentando ($p=0,436$). Em nossos achados nenhuma associação foi estatisticamente significativa. Diferente do único estudo que revela essa associação entre as adolescentes encontrado na literatura, Barbosa et al. (2008a) encontraram que as puérperas adolescentes com DPP alimentam menos o recém-nascido com aleitamento exclusivo. Estudo realizado no Rio de Janeiro - RJ com 429 crianças, com aproximadamente 12% de filhos de adolescentes, encontrou que as mulheres com sintomas de DPP apresentam maior risco de interrupção precoce do AME nos dois meses de seguimento, já entre as mães que praticavam AME no primeiro mês de vida, a DPP não foi associada à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008).

Avaliando 263 mães, com 55 adolescentes, encontraram que 35,7% apresentaram sintomas depressivos e as frequências de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e aleitamento materno aos 12 meses foram maiores entre as mães sem sintomas depressivos (VITOLO et al., 2007).

Estudos realizados com puérperas adultas revelam que a DPP está significativamente associada com a duração da amamentação (BOGEN et al., 2010; HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008; HENDERSON et al., 2003; VITOLO et al., 2007).

Os resultados de estudos apontam para a importância de desenvolver ações em relação à DPP e incentivo ao aleitamento materno exclusivo (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008). É necessário o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção para saúde mental de jovens mães (LARA et al., 2012). Uma maior atenção à saúde mental das mulheres é necessária, levando em consideração a alta prevalência de sintomas depressivos e a forte associação com o menor tempo de aleitamento materno (VITOLO et al., 2007).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que os objetivos propostos neste estudo foram atendidos, uma vez que realizamos a investigação da presença de sintomas depressivos em adolescentes no período pós-parto e a prática do aleitamento materno, como proposto inicialmente. As adolescentes foram caracterizadas quanto às variáveis sociodemográficas, psiquiátricas, obstétricas e quanto à prática de amamentação.

Nossos achados confirmam a relevância de incluir, no atendimento às puérperas, em especial às adolescentes, a investigação do contexto social, cultural e econômico da mulher, com o intuito de contribuir com a compreensão da possível origem da depressão no pós-parto.

Entre as 15 adolescentes identificadas com sintomas depressivos somente duas tiveram diagnóstico médico de depressão. Esses resultados apontam para a necessidade dos serviços de saúde adotarem a investigação de sintomas depressivos mediante, por exemplo, a utilização da EPDS. Essa escala é de simples aplicação e rápida, o que não atrapalharia no decorrer da consulta, independente de ser médica ou de enfermagem.

Em relação ao aleitamento materno, pudemos perceber que as adolescentes amamentaram por um período de tempo inferior ao recomendado. Destacamos, assim, a importância de oferecer apoio a estas adolescentes para a manutenção do aleitamento materno.

No que tange aos sintomas depressivos e o tipo de aleitamento materno praticado pelas adolescentes, nenhuma associação significativa foi encontrada.

A maternidade na adolescência deve ter uma atenção especial e o diagnóstico dos sintomas depressivos deve ser feito o mais precocemente possível, para que o tratamento ocorra em tempo oportuno, minimizando danos à saúde materna e da criança.

Quanto às nossas conclusões sobre o estudo, temos que a média de idade das adolescentes foi de 17,3 anos, a maioria delas vivia em união consensual, tinha de quatro a oito anos de estudo e no momento da entrevista não estavam exercendo nenhuma atividade remunerada. Quase a totalidade das jovens residia em casa de alvenaria e aproximadamente metade residia em casa de aluguel.

A maioria residia com o pai da criança ou com sua família de origem, com média de 4,8 pessoas por domicílio.

Mais da metade das adolescentes referiram que não possuíam amigos confidentes. Aproximadamente 10% revelaram histórico de problemas emocionais e/ou dependência de

álcool/drogas, uma esteve hospitalizada devido a problemas emocionais e um terço do total apresentava histórico familiar de doença mental/problema emocional. Duas adolescentes tiveram depressão gestacional e duas foram diagnosticadas com depressão pós-parto e estavam fazendo tratamento com medicamento e acompanhamento psicológico.

Todas as adolescentes realizaram pré-natal e a maioria compareceu a seis consultas ou mais. A maioria era primípara e revelou que a gestação não foi planejada. Grande parte das adolescentes teve parto normal, e quase todas em hospitais participantes da IHAC.

A maioria referiu que tiveram contato pele a pele com o recém-nascido na sala de parto e a amamentação ocorreu pela primeira vez na enfermaria de alojamento conjunto, nas primeiras seis horas após o parto. Quase todas amamentavam exclusivamente ao peito no momento da alta.

A idade média dos bebês no momento da entrevista foi de 71,3 dias e mais da metade das mães não oferecia somente o leite materno para os seus filhos.

Dentre as adolescentes que praticavam o aleitamento materno exclusivo, a maioria o conduzia sob livre demanda, a criança mamava em horários controlados com intervalo médio entre as mamadas de 105 minutos e duração média de 29 minutos. A mamada terminava quando a criança soltava o peito e a mãe considerava que a criança estava satisfeita.

As adolescentes que estavam em aleitamento materno referiram intervalo médio entre as mamadas de 117,8 minutos e duração média de 27,5 minutos. A maioria conduzia a amamentação sob livre demanda e ofertava as duas mamas a cada mamada. A criança largava o peito ao término da mamada e as mães consideravam que os bebês estavam satisfeitos após o término da mamada. Entre as adolescentes que completavam o leite materno com outro tipo de leite, a maioria utilizava fórmula infantil para bebês.

Aproximadamente 10% das participantes haviam desmamado seus bebês no momento da entrevista e os motivos alegados foram: que o “leite secou”, o “bebê não queria pegar”, “não tinha vontade de amamentar” e tinha “pouco leite”.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo foi aplicada a todas as adolescentes obtendo escore médio de 8,5. A ponto de corte utilizado foi de 12 ou mais pontos, resultando em 15 participantes identificadas com sintomas depressivos. A estas, foi aplicada a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton, com escore médio de 17,3 pontos. De acordo com a classificação utilizada, uma participante foi classificada como gravemente deprimida, seis participantes como moderadamente deprimidas e oito como levemente deprimidas.

Os sentimentos de culpa apresentaram maior intensidade em ambas as escalas utilizadas. A insônia e a dificuldade de executar atividades que realizava anteriormente foram identificadas em todas as adolescentes através da HAM-D.

A escassez de tempo durante a elaboração de uma dissertação de mestrado, os prazos a serem cumpridos e a necessidade de responder ao problema da pesquisa, mesmo que demande mudanças na proposta inicial da investigação, são fatores geradores de possíveis falhas e limitações.

No decorrer da pesquisa, encontramos algumas dificuldades que foram compreendidas por nós como limitações do estudo. Podemos citar algumas como o número elevado de faltas nas consultas de puericultura, levando à perda de possíveis participantes para o estudo. Pude perceber que não existe busca ativa a essas mulheres que não levam seus filhos às consultas, o que deveria ser feito, uma vez que as adolescentes muitas vezes necessitam de apoio durante esse período.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram adequados para responder aos objetivos propostos, portanto, ao longo da coleta e análise dos dados, pode-se perceber que ainda existiam pontos importantes que não foram contemplados no questionário.

A Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton inclui sintomas que são consideradas reações fisiológicas normais do puerpério, como fadiga e distúrbios do sono, e exclui outros importantes para o diagnóstico da DPP, como sentimentos ambivalentes em relação à criança e de pressão pela responsabilidade de cuidar, dificuldade em revelar seus sintomas por receio de serem estigmatizadas, entre outros. Segundo DeRosa e Logsdon (2006), um instrumento perfeito para detectar DPP em adolescentes não está disponível.

REFERÊNCIAS

ADEWUYA, A. O. et al. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 108, n. 1-2, p. 191-193, 2008.

AGUIAR, R. A. L. P. Gravidez na adolescência. In: CORRÊA, M. D. **Noções Práticas de Obstetrícia**. Belo Horizonte: Coopmed Editora; 1994. p. 489-493.

AKMAN, I. et al. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. **Journal of paediatrics and child health**, Melbourne, v. 44, n. 6, p. 369-373, 2008.

ALI, N. S.; ALI, B. S.; AZAM, I. S. Post partum anxiety and depression in Peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quase-experimental study. **BMC Public Health**, London, v. 9, p. 384, 2009.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 119-125, 2004.

ALTSHULER, L. L. et al. Treatment of depression in women: A summary of the expert consensus guidelines. **Journal of psychiatric practice**, Philadelphia, v. 7, p. 185–208, 2001.

AMADOR, M. et al. Adolescent mothers: do they breast-feed less? **Acta paediatrica academiae scientiarum hungaricae**, Budapest, v. 32, p. 163-178, 1992.

ANDREOZZI, L. et al. Attachment classifications among 18-month-old children of adolescent mothers. **Archives of pediatrics and adolescent medicine**, Chicago, v. 156, p. 20-26, 2002.

AUSTIN, M. P.; TULLY, L.; PARKER, G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 101, n. 1-3, p. 169-174, 2007.

BARBOSA, E. M. S. et al. Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 86-90, 2008a.

BARBOSA, E. M. S. et al. Comportamento sexual e reprodutivo de adolescentes brasileiros: análise das variáveis adotadas em pesquisas científicas. **Neurobiologia**, Recife, v. 71, n. 3, p. 9-19, 2008b.

BECK, C. T.; DRISCOLL, J. W. **Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide**. 1. ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2006.

BENNETTI, D. S. et al. Relationships of Beck Depression Inventory factors to depression among adolescents, **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 45, p. 127-134, 1997.

BLOCH, M.; DALY, R.C.; RUBINOW, D.R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Comprehensive psychiatry**, New York, v. 44, n. 3, p. 234-246, 2003.

BLOCH, M. et al. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 88, n. 1, p. 9-18, 2005.

BOGEN, D. L. et al. Are maternal depression or symptom severity associated with breastfeeding intention or outcomes? **Journal of clinical psychiatry**, Memphis, v. 71, n. 8, p. 1069-1078, 2010.

BOTEGA, N. J. et al. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOYCE, P.; HICKEY, A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, Berlim, v. 40, n. 8, p. 605-612, 2005.

BOYD, R. C.; ZAYAS, L. H.; McKEE, M. D. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. **Maternal and child health journal**, New York, v. 10, n. 2, p. 139-148, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília (DF): MS; 2009a. 112 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b, 300p.

BRITO, R. S.; OLIVEIRA, E. M. F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 193-202, 2006.

BROCKINGTON, I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. **World Psychiatry**, Milan, v. 3, n. 2, p. 89-95, 2004.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CAMAROTTI, C. M. et al. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 55-60, 2011.

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

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 278-284, 2010.

CAPUTO, V.; BORDIN, I. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 573-581, 2007.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

CHAUDRON, L. H; PIES, R. W. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. **Journal of clinical psychiatry**, Memphis, v. 64, n. 11, p. 1284-1292, 2003.

CHENG, D. et al. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. **Contraception**, Los Altos, v. 79, p. 194-198, 2009.

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

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 244-259, 2008.

COX, J. Postnatal mental disorder: towards ICD-11. **World psychiatry**, Milan, v. 3, n.2, p. 96-97, 2004.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

DAVEY, H. L. et al. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. **Maternal and child health journal**, New York, v. 5, p. 866-875, 2011.

DENNIS, C. L.; McQUEEN, K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 96, n. 4, p. 590-594, 2007.

DENNIS, C. L.; McQUEEN, K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. **Pediatrics**, Evanston, v. 123, n. 4, p. 736-749, 2009.

DeROSA, N.; LOGSDON, M. C. A comparison of screening instruments for depression in postpartum adolescents. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, Philadelphia, v. 19, n. 1, p. 13-20, 2006.

DUNN, S. et al. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. **Journal of obstetric, gynecology and neonatal nursing**, Philadelphia, v. 96, n. 4, p. 590-594, 2006.

EASTWOOD, J. G.; PHUNG, H.; BARNETT, B. Postnatal depression and socio-demographic risk: Factors associated with Edinburgh Depression Scale Scores in Metropolitan Area of New South Wales, Australia. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Sidney, v. 45, p. 1040-1046, 2011.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, Evanston, v. 117, n. 3, p. 380-386, 2006.

ENDICOTT, J. et al. Hamilton depression rating scale. **Archives of General Psychiatry**, London, v. 38, p. 98-103, 1981.

EPPERSON, C. N. Postpartum major depression: detection and treatment. **American family physician**, Kansas City, v. 59, n. 8, p. 2247-2254, 2259-2260, 1999.

EVANS J. et al. Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. **British journal of psychiatry**, London, v. 186, p. 302-307, 2005.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R.; FERNANDES, C. L. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. **Journal of the American Board of Family Practice**, Waltham, v. 17, p. 173-183, 2004.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; COSTA, R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. **Archives of Women's Mental Health**, New York, v. 10, p. 103-109, 2007.

FISHER, J. R.; FEEKERY, C. J.; ROWE-MURRAY, H. J. Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. **Journal of paediatrics and child health**, Melbourne, v. 38, n. 2, p. 140-145, 2002.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 281p.

FLORES-QUIJANO, M. E. et al. Risk for postpartum depression, breastfeeding practices, and mammary gland permeability. **Journal of human lactation**, Charlottesville, v. 24, n. 1, p. 50-57, 2008.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010.

FROTA, D. A. L.; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 85-92, 2004.

GODOY, M. B. et al. Situação trabalhista da mulher no ciclo grávido-puerperal. **Investigación y educación em enfermería**, Medellín, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2011.

GOLD, L. H. Postpartum disorders in primary care: diagnosis and treatment. **Primary care: Clinics in office practice**, Philadelphia, v. 29, n. 1, p. 27-41, 2002.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 469-472, 2008.

GORDIS, L. **Epidemiology**. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004.

GROER, M. W.; MORGAN, K. Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v. 32, p. 133-139, 2007.

GUEDES, P. C. W. et al. Representação social, ansiedade e depressão em adolescentes puérperas. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 194-211, 2012.

HAGA, S. M. et al. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 26, p. 458-466, 2012.

HALBREICH, U.; KARKUN, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 91, n. 2-3, p. 97-111, 2006.

HAMDAN, A.; TAMIM, H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. **Archives of women's mental health**, New York, v. 14, p. 125-133, 2011.

HAMILTON, M. Rating Scale for Depression. **Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry**, London, v. 23, p. 56, 1960.

HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 341-352, 2008.

HATTON, D. C. et al. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. **Journal of human lactation**, Charlottesville, v. 21, n. 4, p. 444-454, 2005.

HAY, D. F. et al. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Indianapolis, v. 49, n. 10, p. 1079-1088, 2008.

HENDERSON, J. J. et al. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. **Birth**, Boston, v. 30, n. 3, p. 175-180, 2003.

HENDRICK, V.; ALTSHULET, L. L.; SURI, R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. **Psychosomatics**, Invington, v. 39, n. 2, p. 93-101, 1998.

HERRERA, E.; REISSLAND, N.; SHEPHERD, J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 81, n. 1, p. 29-39, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 out. 2012

JABLENSKY, A. V. et al. Pregnancy, Delivery, and Neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. **American journal of psychiatry**, Arlington, v. 162, p. 79-91, 2005.

KARA, B. et al. Is there a role for the family and close community to help reduce the risk of postpartum depression in new mothers? A cross-sectional study of Turkish women. **Maternal and child health journal**, New York, v. 12, p. 155-161, 2008.

KEHLER, H. L.; CHAPUT, K. H.; TOUGH, S. C. Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. **Canadian journal of public health**, Ottawa, v. 100, n. 4, p. 376-380, 2009.

KELLY, J. F.; BUEHLMAN, K.; CALDWELL, K. Training personnel to promote quality parent-child interaction in families who are homeless. **Topics in Early Childhood Special Education**, Reno, v. 20, n. 3, p.174-185, 2000.

KIERNAN, K.; PICKETT, K. E. Marital status disparities in maternal smoking during pregnancy, breastfeeding and maternal depression. **Social science and medicine**, Oxford, v. 63, p. 335-346, 2006.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 189p.

KINGSTON, D. et al. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. **Pediatrics**, Evanston, v. 129, n. 5, p. 1228-1237, 2012.

KISHI, R. G. B.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; MARTINEZ, E. Z. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores associados entre as crianças menores de 6 meses cadastradas em unidades de saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 54-61, 2009.

KOGIMA, E. O. **Depressão puerperal em adolescentes cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Embu Guaçu – SP**. 2010. 174f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LARA, M. A. et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 31, n. 2, p. 102-108, 2012.

LAU, Y.; CHAN, K. S. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. **Journal of midwifery & women's health**, New York, v. 52, n. 2, p. 15–20, 2007.

LOGSDON, M. C.; MYERS, J. A. Comparative performance of two depression screening instruments in adolescent mothers. **Journal of women's health**, Larchmont, v. 19, n. 6, p. 1123-1128, 2010.

LOGSDON, M. C.; WISNER, K. L.; PINTO-FOLTZ, M. D. The impact of postpartum depression on mothering. **Journal of obstetric, gynecology and a neonatal nursing**, Philadelphia, v. 35, p. 652–658, 2006.

MACHADO, N. O.; SAITO, M. I.; SZARFARC, S. C. Características sócio-demográficas e reprodutivas de adolescentes atendidas no pós-parto no Instituto da Criança da Universidade de São Paulo. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 01-07, 2007.

MAIA, M. G. M. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade, da cidade de Rio Branco (Acre). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 129-140, 2006.

MANCINI, F.; CARLSON, C.; ALBERS, L. Use of the Postpartum Depression Screening Scale in a collaborative obstetric practice. **Journal of midwifery & women's health**, New York, v. 52, p. 429-434, 2007.

McCARTER-SPAULDING, D.; HOROWITZ, J. A. How does postpartum depression affect breastfeeding. **MCN: The american journal of maternal/child nursing**, New York, v. 32, n. 1, p. 10–17, 2007.

McCOY, S. J. B. et al. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. **Journal of the American Osteopathic Association**, Chicago, v. 106, n. 4, p. 193-198, 2006.

McKEE, M. D.; ZAYAS, L. H.; JANKOWSKI, K. R. B. Breastfeeding intention and practice in an urban minority population: Relationship to maternal depressive symptoms and mother-infant closeness. **Journal of reproductive and infant psychology**, London, v. 22, n. 3, p. 167-181, 2004.

McLEARN, K. T. et al. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. **Archives of pediatrics and adolescent medicine**, Chicago, v. 160, n. 3, p. 279–284, 2006.

MEDEIROS, P. P. V.; FURTADO, E. F. Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 227-234, 2004.

MELO, M. M. et al. O conhecimento de puérperas adolescentes sobre o cuidado com recém-nascidos. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 266-273, 2011.

MEZZACAPPA, E. S.; ENDICOTT, J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. **Archives of women's mental health**, Oxford, v. 10, p. 259-266, 2007.

MONTEIRO, J. C. S. **Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo**. 2008. 121f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MONTEIRO, J. C. S. et al. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 359-367, 2011.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MOREIRA, K. F. A.; NAKANO, A. M. S. Aleitamento materno: instintivo? Natural? O paradigma biológico X os direitos reprodutivos em discussão. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 685-690, 2002.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 1-17, 1998.

MOSSMAN, M. et al. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. **Journal of human lactation**, Charlottesville, v. 24, n. 3, p. 268-277, 2008.

MUNEER, A. et al. Frequency and associated factors for postnatal depression. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, Karachi, v. 19, n. 4, p. 236-239, 2009.

MUNIZ, H. F. Intervenção nutricional no recém-nascido de baixo peso em unidade básica de saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Temas de Nutrição em Pediatria**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001. 99 p

NEJAR, F. F. et al. Breastfeeding patters and energy adequacy. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 64-71, 2004.

NISHIOKA, E. et al. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appering at 1-5 months after delivery. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 133, p. 553-559, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança** – curso de 18 horas para equipes de maternidades. Manual Técnico. Genebra: OMS/UNICEF, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Salud de los jóvenes - un reto y una esperanza**. Genebra (SZ): OMS; 1995.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 595 p.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 144-153, 2008.

PEARLSTEIN, T. B. et al. Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. **Archives of women's mental health**, New York, v. 9, p. 303–308, 2006.

PILOWSKY, D. J. et al. Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study. **Journal of clinical psychiatry**, Memphis, v. 67, p. 126–136, 2006.

PINZON, J. L.; JONES, V. F. Care of adolescent parents and their children. **Pediatrics**, Evanston, v. 130, n. 6, p. 1743-1756, 2012.

PIPPINS, J. R. et al. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. **Journal of women's health (Larchmont)**, Larchmont, v. 15, n. 6, p. 754–762, 2006.

REA, M. F. A review of breastffeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 437-s45, 2003.

REID, V.; MEADOWS-OLIVER, M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative of the literature. **Journal of pediatric health care**, St Louis, v. 21, n. 5, p. 289-298, 2007.

REYNA, B. A.; PICKLER, R. H. Mother-infant synchrony. **JOGN nursing**, Philadelphia, v. 38, n. 4, p. 470-477, 2009.

RIBEIRÃO PRETO. **Revisão das áreas de abrangência das Unidades de Saúde e Estimativa Populacional de acordo com o Censo IBGE 2010 por Unidade**. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/docubs_populacao.pdf>. Acesso em: 29 out. 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. Programa de aleitamento materno (PALMA). **Projeto amamentação e municípios: práticas alimentares no 1º ano de vida em dias nacionais de vacinação**, 2003. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/aleita/palma.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 2010 – 2013**. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2012.

RICH-EDWARDS, J. W. et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 60, n. 3, p. 221–227, 2006.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 252-257, 2011.

RODRIGUES, P. A. **Estabelecimento da lactação: fatores associados à lactogênese II e as condutas nas intercorrências lactacionais em mulheres com acesso a orientação e serviço de saúde**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

ROSS, L. E.; MURRAY, B. J.; STEINER, M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. **Journal of psychiatry and neuroscience**, Ottawa, v. 30, n. 4, p. 247-256, 2005.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escala de Auto-Registro de Depressão Pós-parto: Estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 1 e 2, p. 97-105, 1999.

SCHMIDT, R. M. et al. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. **Journal of adolescent health**, New York, v. 38, n. 6, p. 712–718, 2006.

SCHMIEGE, S.; RUSSO, N. F. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, v. 331, n. 7528, p. 1303, 2005.

SEIMYR, L. et al. In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. **Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology**, New Jersey, v. 25, n. 1, p. 23-34, 2004.

SHAKESPEARE, J.; BLAKE, F.; GARCIA, J. Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. **Midwifery**, Edinburgh, v. 20, p. 251-260, 2004.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005.

SILVA, L. A. et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: Autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.

SWORD, W. et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. **BJOG**, Oxford, v. 118, p. 966-977, 2011.

TAJ, R.; SIKANDER, K. S. Effects of maternal depression on breast-feeding. **Journal Pakistan Medical Association**, Karachi, v. 53, n. 1, p. 8-11, 2003.

TAKEMOTO, A. Y. et al. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 444-451, 2011.

TANNOUS, L. et al. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. **BMC Psychiatry**, London, v. 8, n. 1, January, 2008.

TAVERAS, E. M. et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. **Pediatrics**, Evanston, v. 112, n. 1, p. 108–115, 2003.

THOME, M.; ALDER, E. M.; RAMEL, A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 43, n. 1, p. 11–20, 2006.

- TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 235-246, 2008.
- TRAJANO, M. F. C.; QUIRINO, G. S.; GONÇALVES, G. A. A. Consequências da maternidade na adolescência. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 430-436, 2012.
- UZUN, A. K. et al. A comparison between adolescent mothers and adult mothers in terms of maternal and infant outcomes at follow-ups. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, London, v. 26, n. 5, p. 454-458, 2013.
- VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.
- VIEIRA, M. L. F.; SILVA, J. L. C. P.; BARROS FILHO, A. A. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 317-324, 2003.
- VITOLO, M. R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, p. 28-34, 2007.
- WATKINS, S. et al. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. **Obstetrics and gynecology**, Hagerstown, v. 118, p. 214-221, 2011.
- WEISSMAN, M. M. Recent non-medication trials of interpersonal psychotherapy for depression. **International journal of neuropsychopharmacology**, Cambridge, v. 10, p. 117-122, 2007.
- WILLIAMS, J. B. A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 45, p. 742-743, 1988.
- WOJCICKI, J. M. et al. Infant formula, tea, and water supplementation of latino infants at 4-6 weeks postpartum. **Journal of human lactation**, Charlottesville, v. 27, n. 2, p. 122-130, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário (ID) N° _____

Dados sociodemográficos e de identificação da mulher

- 1.1. Idade: _____ (anos completos)
- 1.2. Tipo do domicílio em que vive () 1 casa, 2 apartamento, 3 barraco
- 1.3. O domicílio em que vive é () 1 próprio, 2 alugado, 3 cedido, 4 ocupado
- 1.4. O domicílio em que vive possui água encanada? () 1 sim, 2 não
- 1.5. O domicílio em que vive possui rede de esgoto? () 1 sim, 2 não
- 1.6. Com quem você mora? () 1 pai da criança, 2 família (mãe, pai, avó), 3 família do parceiro, 4 família/parceiro, 5 família do parceiro/parceiro, 6 sozinha
- 1.7. Número de pessoas que vivem no domicílio? () colocar o número de pessoas
- 1.8. Escolaridade () colocar o número de anos de estudos completos
- 1.9. Possui trabalho com remuneração? () 1 sim, 2 não
- 1.10. Possui carteira de trabalho assinada? () 999 não se aplica, 1 sim, 2 não
- 1.11. Estado civil () 1 casada, 2 união consensual, 3 solteira, 4 separada, 5 viúva
- 1.12. Possui amigos confidentes? () 1 sim, 2 não
- 1.13. Já esteve hospitalizada por problemas emocionais e/ou dependência de álcool/drogas? () 1 sim, 2 não
- 1.14. Apresenta histórico de problemas emocionais e/ou dependência de álcool/drogas? () 1 sim, 2 não
- 1.15. Se sim, qual? () 999 não se aplica, 1 depressão, 2 esquizofrenia, 3 problema com álcool, 4 problema com outras substâncias psicoativas
- 1.16. Seus pais ou irmãos já tiveram doença mental/problemas emocionais ou precisaram ser internados em um hospital psiquiátrico? () 1 sim, 2 não
- 1.17. Foi-lhe dito no serviço que você estava deprimida durante a gestação? () 1 sim, 2 não

Dados referentes à terapêutica (se a depressão foi diagnosticada na gestação ou antes)

- 2.1. Faz uso de medicamento para tratamento da depressão? () 1 sim, 2 não
- 2.2. Se sim, qual? () 999 não se aplica, 01 diazepam, 02 lexotam, 03 bromazepam, 04 sertralina, 05 fluoxetina, 06 haloperidol, 07 lorax, 8 lorazepam, 9 clonazepam, 10 rivotril, 11 haldol
- 2.3. Participa de grupos terapêuticos? () 1 sim, 2 não
- 2.4. Faz acompanhamento com psiquiatra? () 1 sim, 2 não
- 2.5. Faz acompanhamento com psicólogo? () 1 sim, 2 não

Dados obstétricos

- 3.1. Fez pré-natal em sua última gestação? () 1 sim, 2 não
- 3.2. Se sim, o número de consultas foi igual ou maior que seis? () 999 não se aplica, 1 sim, 2 não
- 3.3. Número de gestações _____
- 3.4. Número de filhos nascidos vivos _____
- 3.5. A gestação atual foi planejada? () 1 sim, 2 não
- 3.6. A gestação atual foi desejada? () 1 sim, 2 não

Dados referentes ao parto e nascimento

- 4.1. Data de nascimento da criança ____/____/____
- 4.1a. Data da entrevista ____/____/____
- 4.2. Sexo () 1 masculino, 2 feminino
- 4.3. Tipo de parto () 1 vaginal, 2 cesárea
- 4.4. Nome da instituição () 1 MATER, 2 Sinhá Junqueira, 3 HC, 4 Santa Casa, 5 Hospital São Paulo, 6 Hospital São Lucas, 7 hospital de outro município.
- 4.5. Hospital Amigo da Criança () 1 sim, 2 não (para o pesquisador preencher – IHAC (MATER, HC, Sta Casa)

Dados referentes à amamentação**- Período gestacional**

- 5.1. Se fez acompanhamento pré-natal, recebeu orientação sobre amamentação? () 0 não realizou pré-natal, 1 sim, 2 não
- Quais orientações foram feitas? Assinalar sim ou não
- 5.1a. Usar cremes, loções, óleos ou pomadas nas mamas () 1 sim, 2 não
- 5.1b. Tomar banho de sol nas mamas () 1 sim, 2 não
- 5.1c. Fazer exercício de exteriorização dos mamilos () 1 sim, 2 não
- 5.1d. Usar sutiã () 1 sim, 2 não
- 5.1e. Lavar as mamas com água e sabão diariamente () 1 sim, 2 não
- 5.1f. Deixar de amamentar quando a mama estiver ferida () 1 sim, 2 não
- 5.1g. Fazer compressas nas mamas com água fria () 1 sim, 2 não
- 5.1h. Fazer compressas nas mamas com água quente () 1 sim, 2 não
- 5.1i. Limpar os mamilos (bicos) antes de cada mamada () 1 sim, 2 não
- 5.1j. Testar a flexibilidade areolar antes da mamada (ver se o bico/mamilo está molinho para amamentar) () 1 sim, 2 não
- 5.1k. Passar o próprio leite/colostró nos mamilos (bicos) () 1 sim, 2 não

- 5.1l. Verificar a presença de acúmulo de leite e ordenhar o leite parado () 1 sim, 2 não
- 5.1m. Amamentar sempre que a criança quiser e pelo tempo que desejar (livre demanda) () 1 sim, 2 não
- 5.1n. Não determinar horário para amamentar, mas seguir a necessidade da criança (quando ela pedir) () 1 sim, 2 não
- 5.1o. Importância de amamentar a criança logo após o nascimento, ainda em sala de parto? () 1 sim, 2 não

- Período pós-parto na instituição hospitalar

- 5.2. A criança foi colocada em contato pele a pele na sala de parto? () 1 sim, 2 não
- 5.3. Local onde a amamentação ocorreu pela primeira vez () 1 sala de parto, 2 alojamento conjunto/enfermaria, 3 berçário, 4 não foi amamentada durante internação hospitalar
- 5.4. Quanto tempo após o parto? () 999 não lembra ou não foi amamentada, 1 nas primeiras 6 horas, 2 nas primeiras 12 horas, 3 depois de 12 horas
- 5.5. No momento da alta hospitalar, como o recém-nascido estava sendo alimentado? () 1 AME, 2 AMP, 3 AM, 4 fórmula

- Momento atual

- 5.6a. O leite materno é o único alimento oferecido? () 1 sim, 2 não (Se não, ir para 5.6h. e seguir adiante)
- 5.6b. Como a amamentação é conduzida? () 999 não se aplica, 1 livre demanda, 2 horários controlados
- 5.6c. Qual o intervalo entre as mamadas? _____ horas. (999 não se aplica)
- 5.6d. Qual a duração de uma mamada em média? _____ minutos. (999 não se aplica)
- 5.6e. Como ocorre o término da mamada, na maioria das vezes? () 999 não se aplica, 1 a criança solta o peito, 2 a nutriz interrompe
- 5.6f. Ao término da mamada você considera que seu bebê está satisfeito? () 999 não se aplica, 1 sim, 2 não
- 5.6g. A cada mamada é ofertado () 999 não se aplica, 1 apenas uma mama, 2 as duas mamas, 3 alterna as mamas mais de uma vez
- 5.6h. Até que idade a criança mamou EXCLUSIVAMENTE leite materno? _____ dias
- 5.6i. A criança está recebendo água ou chá? () 1 sim, 2 não
- 5.6j. A criança está recebendo outro tipo de leite? () 1 sim, 2 não
- 5.6k. Se sim, qual tipo de leite? () 999 não se aplica, 1 fórmula infantil para bebês, 2 leite em pó integral, 3 leite de vaca, 4 outro tipo de leite.
- 5.6l. Quando você amamentava só no peito, oferecia: () 999 não se aplica, 1 livre demanda, 2 horários controlados
- 5.6m. Qual era o intervalo entre as mamadas? _____ horas. (999 não se aplica)
- 5.6n. Quantas mamadas/dia? _____ (999 não sabe)
- 5.6o. Qual a duração das mamadas em média? _____ minutos. (999 não se aplica)

5.6p. O término da mamada, na maioria das vezes, ocorria: () 999 não se aplica, 1 porque a criança larga o peito, 2 você interrompe.

5.6q. Ao término da mamada você considera que seu bebê está satisfeito? () 999 não se aplica, 1 sim, 2 não

5.6r. A cada mamada você oferecia: () 999 não se aplica, 1 apenas uma mama, 2 as duas mamas, 3 alterna as mamas mais de uma vez

Dados referentes aos cuidados com o bebê

6.1. Você sente vontade de cuidar do seu filho? () 1 sim, 2 não

6.2. Você tem medo ou receio de cuidar do bebê? () 1 sim, 2 não

6.3. Você sente desânimo ou cansaço quando está cuidando do bebê? () 1 sim, 2 não

6.4. Você recebe apoio para cuidar do bebê? () 1 sim, 2 não

6.5. Você se sente solitária? () 1 sim, 2 não

6.6. Você teve alguma dificuldade relacionada à amamentação? () 1 sim, 2 não

6.7. Se sim, qual? () 999 - não se aplica, 1 - mastite, 2 - "leite empedrou", 3 - "bebê não queria pegar", 4 - "bico rachou", 5 - "leite secou", 6 - outros

6.8. Qual o motivo de parar de amamentar? () 999 - ainda amamenta, 1 - volta ao trabalho, 2 - "leite secou", 3 - "não tinha vontade de amamentar", 4 - "bebê não queria pegar", 5 - "pouco leite", 6 - outros

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: Sintomas depressivos no período pós-parto e a prática do aleitamento materno entre adolescentes.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Vanessa Agostinho Cardillo. Enfermeira COREN SP - 249336 e Flávia Azevedo Gomes. Enfermeira COREN SP – 62099.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Eu, Vanessa, enfermeira, estou lhe convidando para participar de uma pesquisa que estou realizando. A intenção desta pesquisa é saber se você tem apresentado sintomas de depressão depois que você ganhou seu bebê e como foi ou está sendo o aleitamento materno.

A sua participação será responder a três questionários com perguntas sobre os sintomas de depressão, por exemplo, mudanças no ritmo do sono, perda de vontade de fazer coisas durante o dia, medo, tristeza. O preenchimento dos questionários terá duração aproximada de 30 minutos e poderá ser feito no momento de espera ou logo após a consulta aqui na Unidade.

Caso aceite, assumo o compromisso em manter o anonimato de suas respostas e seu nome, garantindo que esta pesquisa não lhe trará gastos nem mudança na forma como é atendida aqui na Unidade de Saúde, além disso, terá liberdade para não responder alguma pergunta dos questionários.

Você poderá desistir de participar quando quiser, mesmo que já tenha respondido ao questionário, sem que isto traga qualquer prejuízo no seu atendimento nesta Unidade de Saúde ou em qualquer outra.

Terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento, não somente durante a entrevista. Os pesquisadores estão disponíveis para ouvir e esclarecer dúvidas e dificuldades.

Eu, _____, RG número _____, depois de receber as informações sobre este trabalho, e sabendo dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa que acabo de ser convidada.

Eu, _____, RG número _____, responsável pela adolescente acima descrita, depois de receber as informações sobre este trabalho, e sabendo dos meus direitos, concordo com a participação da mesma na pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Informante

Responsável

Pesquisadora

Telefone para contato: 3602-3419 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes. Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: (16) 3602-4403.

ANEXOS

ANEXO A

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Questionário Nº: _____

Nome (iniciais): _____

Nos últimos sete dias

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

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

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

- Como sempre senti.
- Talvez menos do que antes.
- Com certeza menos.
- De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

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

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- Não, de maneira alguma.
- Pouquíssimas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Sim, muitas vezes.

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

- Sim, muitas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- 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 de dormir.

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

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

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

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- Sim, quase todo o tempo.
- Sim, muitas vezes.
- De vez em quando.
- Não, nenhuma vez.

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.

ANEXO B

Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D)

Questionário Nº: _____ Nome (iniciais): _____

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)? Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Especifique por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana? Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança? Na última semana, com que frequência você se sentiu (utilize a palavra referida pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado?

Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade):

0 - ausente

1 - sentimentos relatados somente se perguntados

2 - sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3 - comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4 - o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal

*Se pontuou de 1 a 4, pergunte: **Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?***

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas? SE SIM: quais foram esses pensamentos? Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez? Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão? Você sente que está sendo punido ficando doente?

Sentimentos de culpa:

0 - ausente

1 - auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas

2 - ideias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas (más) no passado

3 - paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa

4 - ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Nessa última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? Ou pensamentos de se machucar ou até de se matar? SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

Suicídio:

0 - ausente

1 - acha que não vale a pena viver

2 - deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si

3 - ideias ou atitudes suicidas

4 - tentativas de suicídio

4. Como tem sido seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir? Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

Insônia inicial:

0 - sem dificuldades para iniciar o sono

- 1 - queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora
- 2 - queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites

5. Durante essa última semana, você tem acordado no meio da noite?

SE SIM: você sai da cama? O que você faz? (somente vai ao banheiro?) Quando volta para a cama, você volta a dormir logo? Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

Insônia intermediária:

0 - sem dificuldade

1 - queixa de agitação e perturbação durante a noite

2 - acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana? Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acordava (ou seja, antes de ficar deprimido)?

Insônia tardia:

0 - sem dificuldade

1 - acorda durante a madrugada, mas volta a dormir

2 - não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)? Você se sente interessado em fazer (essas atividades) ou você tem de se forçar? Você parou de fazer atividades que costumava fazer? SE SIM: Por quê? Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente? (no seguimento): Seu interesse voltou ao normal?

Trabalho e atividades:

0 - sem dificuldades

1 - pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos.

2 - perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades).

3 - diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria.

4 - parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria, ou se não consegue realizá-las sem ajuda.

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Retardo (lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

0 - pensamentos e fala normais

1 - lentificação discreta à entrevista

2 - lentificação óbvia durante à entrevista

3 - entrevista difícil

4 - estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Agitação:

0 - nenhuma

- 1 - inquietação
- 2 - mexe as mãos, cabelos etc.
- 3 - movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista
- 4 - retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana?

Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: Como com o quê, por exemplo?

Ansiedade psíquica:

- 0 - sem dificuldade
- 1 - tensão e irritabilidade subjetivas
- 2 - preocupa-se com trivialidades
- 3 - atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- 4 - paciente expressa medo sem ser perguntado

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos?

(*Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta.*) O quanto esses sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos foram? Quanto tempo ou com que frequência os teve? *Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)*

Ansiedade - somática:

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, como:

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações

CV: palpitação, cefaleias

Respiratórios: hiperventilação, suspiros

Ter de urinar frequentemente

Sudorese

0 - ausente

1 - duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2 - leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3 - moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4 - grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?) Você tem tido que se força a comer? As outras pessoas têm insistir para você comer?

Sintomas gastrointestinais – somáticos:

0 - nenhum

1 - perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2 - dificuldade para comer se não insistirem

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana? Você se sente cansado o tempo todo? Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular? Nesta última semana, você tem sentido um peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

Sintomas somáticos gerais:

0 - nenhum

1 - peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de

energia e fadigabilidade

2 - qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14. Como tem estado seu interesse por sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre seu desempenho, mas sobre seu interesse por sexo- o quanto você tem pensado nisso? Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)? Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não: isso é pouco habitual para você?

Sintomas Genitais – (como perda de libido, distúrbios menstruais):

0 - ausentes

1 - leves ou infrequentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado

2 - óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual)? Você se queixa muito de sintomas físicos? Você tem-se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho? SE SIM: Como o quê, por exemplo? Com que frequência isso tem ocorrido?

Hipocondria:

0 - ausente

1 - auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2 - preocupação com a saúde

3 - queixas frequentes, pedidos de ajuda etc.

4 - delírios hipocondríacos

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? SE SIM: Quanto? SE INCERTO: Você acha que suas roupas estão mais folgadas?

No Seguimento: Você voltou a ganhar peso?

Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação):

0 - sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual

1 - perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo

2 - perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação

Crítica (Consequência da doença):

0 - reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento

1 - reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc.

2 - nega estar doente

ANEXO C

Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 081/2009

Ribeirão Preto, 06 de maio de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de maio de 2009.

Protocolo: nº 1014/2009

Projeto: DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM ADOLESCENTES E AS REPERCUSSÕES NO ALEITAMENTO MATERNO.

Pesquisadores: Flávia Azevedo Gomes
Vanessa Agustinho Cardillo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Flávia Azevedo Gomes

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO D

Autorização da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto.



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 4401/09 - GS
RAS/ras

Ribeirão Preto, 29 de setembro de 2009.

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação de autorização para a inclusão do Distrito Sul na realização do Projeto de Pesquisa intitulado “**Depressão pós-parto em adolescentes e as repercussões na amamentação**”, informamos que somos favoráveis à referida inclusão.

Solicitamos que os resultados da pesquisa sejam repassados ao Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas desta Secretaria.

Cordialmente,


DRA. CARLA PALHARES QUEIROZ
Secretária Municipal da Saúde

Drª Darlene Caprari Pires Mestriner
Assistente da Secretária Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª FLÁVIA AZEVEDO GOMES
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE
PÚBLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 2976/11 – GS
RAS/ras

Ribeirão Preto, 04 de julho de 2011.

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação de autorização para a alteração no título e nos objetivos do Projeto de Pesquisa intitulado “**Depressão pós-parto em adolescentes e as repercussões no aleitamento materno**”, informamos que somos favoráveis às referidas alterações no referido Projeto.

Solicitamos que as orientações anteriores da Coordenadora do Programa de Aleitamento Materno sejam seguidas e que após os resultados da pesquisa sejam repassados ao referido Programa.

Cordialmente,

STÊNIO CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROF^a DRA. FLÁVIA AZEVEDO GOMES
ORIENTADORA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE
PÚBLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA