

Mariana Campos Martins
Machado¹

Karine Franklin Assis¹

Fabiana de Cássia Carvalho
Oliveira¹

Andréia Queiroz Ribeiro^{II}

Raquel Maria Amaral Araújo^{II}

Alexandre Faisal Cury^{III}

Silvia Eloiza Priore^{II}

Sylvia do Carmo Castro
Franceschini^{II}

Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais

Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar os determinantes ao abandono do aleitamento materno exclusivo.

MÉTODOS: Estudo longitudinal baseado em coorte de nascimentos realizado em Viçosa, Minas Gerais. Acompanharam-se 168 puérperas provenientes da rede pública de saúde em 2011/2012. Foram realizadas três entrevistas com as puérperas: aos 30, 60 e 120 dias após o parto. O abandono do aleitamento materno exclusivo foi analisado no segundo e quarto meses após o parto. Aplicou-se escala *Edinburgh Post-Natal Depression Escala* para identificar os sintomas depressivos no primeiro e segundo encontros, adotando-se o ponto de corte ≥ 12 . Foram investigadas variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, condições emocionais e rede social da puérpera durante a gestação e puerpério.

RESULTADOS: As prevalências de abandono do aleitamento materno exclusivo aos 30, 60 e 120 dias após o parto foram 53,6% (n = 90), 47,6% (n = 80) e 69,6% (n = 117), respectivamente, e sua incidência no quarto mês em relação ao primeiro foi 48,7%. Sintomas de depressão pós-parto e parto traumático associaram-se com abandono do aleitamento materno exclusivo no segundo mês após o parto. No quarto mês, mostraram significância as variáveis: menor escolaridade materna, não possuir imóvel próprio, ter voltado a trabalhar, não ter recebido orientações sobre amamentação no puerpério, reação negativa da mulher com a notícia da gestação e não receber ajuda do companheiro com a criança.

CONCLUSÕES: Fatores psicossociais e sociodemográficos se mostraram fortes preditores do abandono precoce do aleitamento materno exclusivo. Dessa forma, é necessário identificar e tratar precocemente as nutrizes com sintomatologia depressiva, reduzindo a morbidade a ela associada e promovendo maior duração do aleitamento materno exclusivo. Os profissionais de saúde, bem como o apoio recebido no lar e no trabalho, podem beneficiar esse processo.

DESCRIPTORIOS: Aleitamento Materno. Desmame. Alimentação Artificial. Depressão Pós-Parto. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição. Departamento de Nutrição e Saúde. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil

^{II} Departamento de Nutrição e Saúde. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil

^{III} Hospital das Clínicas. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Mariana Campos Martins Machado
Departamento de Nutrição e Saúde
Campus Universitário
36570-000 Viçosa, MG, Brasil
E-mail: maricamposm@yahoo.com.br

Recebido: 23/1/2014
Aprovado: 1/7/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the determinants of exclusive breastfeeding abandonment.

METHODS: Longitudinal study based on a birth cohort in Viçosa, MG, Southeastern Brazil. In 2011/2012, 168 new mothers accessing the public health network were followed. Three interviews, at 30, 60, and 120 days postpartum, with the new mothers were conducted. Exclusive breastfeeding abandonment was analyzed in the first, second, and fourth months after childbirth. The Edinburgh Postnatal Depression Scale was applied to identify depressive symptoms in the first and second meetings, with a score of ≥ 12 considered as the cutoff point. Socioeconomic, demographic, and obstetric variables were investigated, along with emotional conditions and the new mothers' social network during pregnancy and the postpartum period.

RESULTS: The prevalence of exclusive breastfeeding abandonment at 30, 60, and 120 days postpartum was 53.6% (n = 90), 47.6% (n = 80), and 69.6% (n = 117), respectively, and its incidence in the fourth month compared with the first was 48.7%. Depressive symptoms and traumatic delivery were associated with exclusive breastfeeding abandonment in the second month after childbirth. In the fourth month, the following variables were significant: lower maternal education levels, lack of homeownership, returning to work, not receiving guidance on breastfeeding in the postpartum period, mother's negative reaction to the news of pregnancy, and not receiving assistance from their partners for infant care.

CONCLUSIONS: Psychosocial and sociodemographic factors were strong predictors of early exclusive breastfeeding abandonment. Therefore, it is necessary to identify and provide early treatment to nursing mothers with depressive symptoms, decreasing the associated morbidity and promoting greater duration of exclusive breastfeeding. Support from health professionals, as well as that received at home and at work, can assist in this process.

DESCRIPTORS: Breastfeeding. Weaning. Bottle Feeding. Depression, Postpartum. Risk Factors. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno apresenta benefícios para a saúde do lactente sob o aspecto nutricional, gastrointestinal, imunológico, psicológico, do desenvolvimento e da interação mãe-bebê.²² Com o objetivo de combater a desnutrição precoce e reduzir a morbimortalidade infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e a sua complementação até os dois anos de idade ou mais.²³

No entanto, pelo menos 85,0% das mães em todo o mundo não seguem essas recomendações e apenas 35,0% das crianças menores de quatro meses são exclusivamente amamentadas.²² No Brasil, essa taxa é de apenas 23,3%.⁸

Os principais fatores determinantes do abandono do aleitamento materno são a menor renda,¹⁷ a baixa escolaridade¹³ e o trabalho materno,²⁰ bem como fatores psicossociais, particularmente o apoio do companheiro¹³ e a sintomatologia depressiva.⁸

A possível associação entre depressão pós-parto e piores indicadores de aleitamento materno tem sido amplamente discutida na literatura atual sobre os determinantes das práticas de alimentação no primeiro ano de vida (incluindo a amamentação e sua duração). Estudos mostram que os sintomas de depressão materna afetam de forma negativa o tipo e a duração da amamentação.^{6,8,10,11}

⁸ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009 [citado 2014 ago 13]. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

Depressão e ansiedade em mães dificultam a manutenção do aleitamento materno devido ao uso de antidepressivos, à privação do sono, à apatia e ao humor depressivo.²⁴ Alguns comportamentos de mães deprimidas – como afastamento e descomprometimento com os cuidados com a criança – impactam negativamente os filhos. Essa menor interação mãe-bebê expõe os bebês a problemas de desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional, à má nutrição e a problemas de saúde física.⁸

Identificar os principais fatores que levam ao abandono precoce do aleitamento materno pode direcionar as ações de intervenção, visando melhores taxas de AME aos seis meses de idade.

O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo.

MÉTODOS

Estudo longitudinal baseado nos dados da coorte “Condições de saúde e nutrição de crianças no primeiro ano de vida do município de Viçosa: um estudo de coorte”.^b

Foram incluídas todas as mães de crianças nascidas no município de Viçosa, MG, no período de outubro de 2011 a abril de 2012. Os critérios de exclusão foram internação do bebê em UTI neonatal, presença de síndromes ou malformações que pudessem comprometer a amamentação, gestação gemelar e recusa em participar do estudo.

O convite para ingressar no estudo foi realizado em torno do 30º dia após o parto, na ocasião do cumprimento do calendário vacinal do lactente. As outras avaliações foram realizadas aos 60 e 120 dias após o parto, também por ocasião do cumprimento do calendário vacinal.

Foram acompanhadas 168 puérperas, o que corresponde a 38,3% da população dos nascidos vivos do período de coleta, e a 19,1% dos nascidos vivos no município no ano de 2011 (n = 888).^c

A variável de desfecho foi o abandono precoce do AME, avaliado aos dois e quatro meses após o parto. Consideraram-se em AME as crianças que recebiam somente leite humano de sua mãe, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.²³

A sintomatologia de depressão pós-parto, principal variável de exposição, foi avaliada aos 30 e 60 dias após o parto pela *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*, desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky⁵ (1987) e validada para a população brasileira.¹⁸

Essa escala é a metodologia mais frequentemente utilizada para identificar sintomas ou risco de depressão pós-parto e possui alta correlação com outras medidas de depressão bem estabelecidas.¹⁰ É composta por 10 questões com pontuação de zero a três que correspondem à presença ou à intensidade do sintoma. A somatória dos pontos perfaz escore de 30.¹⁸ Foi considerado o ponto de corte ≥ 12 ,^{5,16} com 72,0% de sensibilidade, 88,0% de especificidade, 78,0% de valor preditivo positivo e 83,0% de acurácia.¹⁸

A escala foi autopreenchida por quase todas as participantes, e aplicada oralmente pelo entrevistador às puérperas com baixa escolaridade⁵ ou que solicitassem.

As variáveis socioeconômicas e demográficas investigadas foram: idade e escolaridade materna, número de pessoas no domicílio, posse do imóvel de residência, renda, estudo ou trabalho materno fora do lar aos quatro meses após o parto, tabagismo e etilismo. A renda foi considerada como o ganho mensal de todos os moradores no domicílio, incluindo o recebimento de benefícios e o trabalho informal.

Quanto às variáveis obstétricas, foram analisadas: paridade, presença de orientações acerca da amamentação durante a gestação e o pós-natal, tipo de parto, parto como evento traumático para a mãe e peso do bebê ao nascer.

Também foram verificadas as condições emocionais e rede social da puérpera durante a gestação e após o nascimento da criança. Foram investigados: se a gestação foi planejada, a reação do companheiro e da mulher quando souberam da gravidez e o apoio emocional do companheiro nesse período. Após o nascimento da criança, foi questionado à puérpera se recebia ajuda do companheiro nos cuidados com o recém-nascido no primeiro mês de vida e se recebia apoio emocional de algum familiar ou amigo nos dois primeiros meses após o parto.

A estatística descritiva foi representada por distribuições, médias (desvio-padrão), medianas (mínimo-máximo) e índices de prevalência e incidência. As análises bivariadas foram realizadas com o teste de Qui-quadrado de Pearson ou de tendência linear, quando necessário.

A análise múltipla foi realizada pela regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, obtendo-se razão de prevalência e respectivo intervalo de confiança de 95%. Optou-se por esse tipo de regressão porque a variável dependente apresentou prevalência superior a 10,0% e, nesse caso, a *odds ratio* superestima a taxa de prevalência.² Foi utilizado o modelo *stepwise backward selection procedure*, em que todas as variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram inseridas no modelo múltiplo.

^b Coorte de nascimentos realizada em Viçosa (MG). Objetivou-se conhecer as condições de saúde das crianças nascidas no município entre outubro de 2011 e outubro de 2012, sendo avaliado o seu crescimento e desenvolvimento durante todo o primeiro ano de vida.

^c Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde – TABNET. Estatísticas Vitais. Nascidos vivos. Minas Gerais. Ano de 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>

Os critérios para permanência no modelo foram nível de significância de 5%, importância para o ajuste ou variáveis de controle. Utilizou-se o teste de Wald de heterogeneidade ou tendência para avaliar a significância estatística de cada variável no modelo.

A análise de sobrevida foi aplicada para avaliar o tempo decorrido entre o parto e o abandono do AME. Esse método apresenta as probabilidades de sobrevivência acumuladas *versus* o tempo de sobrevivência,⁴ ou seja, proporção de mães que praticavam AME *versus* tempo de sua permanência. Assim, o tempo de sobrevida neste estudo foi o tempo em meses até o abandono do AME.

A análise foi realizada por meio da curva de sobrevida, representação gráfica da função de sobrevida no eixo vertical *versus* os tempos de sobrevida no eixo horizontal. Utilizou-se a técnica de Kaplan-Meier para construção da curva, que usa tempos de sobrevida agrupados em intervalos, no caso, de meses.⁴

A curva de sobrevida foi construída em análise bivariada, de acordo com a presença de sintomas depressivos no primeiro ou segundo mês após o parto. Os dados foram digitados e analisados no software Stata 9.1.

Foram avaliadas 168 puérperas, aos 30, 60 e 120 dias após o parto. A mediana de idade foi 25 anos (mínimo 13 anos; máximo 44 anos). Eram adolescentes, ou seja, menores de 20 anos de idade,^d 20,2% (n = 34) e 38,7% (n = 65) tinham menos de oito anos de estudo.

A média de peso ao nascer dos lactentes foi 3.234,6 g (DP = 466,6 g) e cerca de 29,0% apresentaram baixo peso ao nascer (≤ 2.500 g).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Ofício 011202-CEP/UFV, 16/12/2011). Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A incidência de abandono do AME no primeiro, segundo e quarto mês após o parto foi 53,6% (n = 90), 47,6% (n = 80) e 69,6% (n = 117), respectivamente. A incidência no quarto mês em relação ao primeiro foi 48,7%: entre as 78 crianças em AME no primeiro mês após o parto, 38 recebiam outros alimentos no quarto mês.

Na análise bivariada, mães que residiam em domicílios com cinco ou mais moradores, tiveram parto traumático, não planejaram a gestação e apresentaram sintomas de depressão pós-parto tiveram maior chance de abandono do AME aos dois meses. Aos quatro meses, o abandono do AME foi mais frequente entre aquelas que possuíam menor escolaridade,

havia voltado a trabalhar, não haviam recebido orientações sobre amamentação no pós-natal, não planejaram a gestação, não ficaram contentes ou foram indiferentes à notícia da gestação e não receberam ajuda do companheiro com a criança no primeiro mês (Tabelas 1, 2 e 3).

A análise de regressão múltipla para o segundo mês após o parto mostrou que somente as variáveis sintomas de depressão pós-parto e parto traumático mantiveram significância no modelo. No quarto mês após o parto, associaram-se à interrupção precoce do AME a menor escolaridade materna, não ter propriedade do imóvel de residência, ter voltado a trabalhar, não ter recebido orientações sobre amamentação no puerpério, a mulher não ter ficado contente com a notícia da gestação e não receber ajuda do companheiro com a criança (Tabela 4).

A Figura apresenta a curva de sobrevida, que mostra abandono do AME ao longo do período de acompanhamento, de acordo com a presença de sintomas depressivos.

DISCUSSÃO

Foi encontrada alta incidência de abandono do AME, com somente cerca de 30,0% das puérperas amamentando exclusivamente ao seio após quatro meses do parto. Apesar de baixo, esse valor foi superior ao encontrado na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (23,3%).^a

Apesar do aumento nas taxas de aleitamento materno e AME no Brasil desde a implementação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno no início da década de 1980,^a ainda há forte tendência ao abandono precoce do AME e a proporção de crianças amamentadas exclusivamente está aquém das recomendações da OMS, o que é grave em termos de saúde infantil.

No presente estudo, a incidência de abandono do AME no segundo mês (47,6%) foi inferior à do primeiro (53,6%), pois, por princípios éticos, todas as puérperas atendidas foram incentivadas e orientadas a amamentar exclusivamente seus bebês até o sexto mês.

As únicas variáveis que permaneceram no modelo múltiplo para abandono do AME aos dois meses pós-parto foram sintomas de depressão pós-parto e parto traumático, indicando que a vulnerabilidade emocional é importante fator de risco nesse período.

Ademais, as incidências de abandono do AME entre as mães com sintomas depressivos foram visivelmente superiores àquelas sem sintomas de depressão pós-parto, em todos os meses avaliados (Figura). No segundo mês após o parto, 57,0% das puérperas sem sintomas depressivos estavam amamentando exclusivamente seus filhos, contra apenas 25,0% daquelas com sintomas depressivos.

^d Organização Mundial da Saúde. Los adolescentes. In: El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Ginebra: OMS, 1995. p. 308-366. (Série de Informes Técnicos, 854).

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência de interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos dois e quatro meses após o parto, segundo características socioeconômicas e demográficas. Viçosa, MG, 2011-2012.

Variável	n	%	2 meses				4 meses			
			Prevalência (%)	RP	IC95%	p ^a	Prevalência (%)	RP	IC95%	p ^a
Idade (anos)										
≥ 20	34	79,8	47,3	1		0,478	67,16	1		0,165
13 - 20	134	20,2	52,9	1,14	0,79;1,65		79,41	1,18	0,95;1,45	
Renda			Variável contínua	0,99	0,99;1	0,837	Variável contínua	0,99	0,99;1	0,146
Escolaridade (anos)										
≥ 12	28	16,7	32,1	1		0,199	39,3	1		0,000
9 a 11	75	44,6	50,7	1,57	0,87;2,82		72,0	1,83	1,13;2,97	
0 a 8	52	31,0	50,8	1,57	0,87;2,85		80,0	2,03	1,26;3,28	
Imóvel próprio										
Sim	100	59,5	47,0	1		0,846	65,0	1		0,112
Não	68	40,5	48,5	1,03	0,74;1,42		76,5	1,17	0,96;1,43	
Número de pessoas no domicílio										
2 a 4	116	69,1	42,2	1		0,037	65,52	1		0,082
≥ 5	52	30,9	59,6	1,41	1,03;1,92		78,85	1,20	0,99;1,46	
Voltou a estudar ou trabalhar após 4 meses										
Não	-	-	-	-	-	-	64,3	1		0,013
Sim	-	-	-	-	-	-	85,5	1,32	1,09;1,59	
Tabagismo										
Não	159	94,6	46,5	1		0,240	68,55	1		0,197
Sim	9	5,4	66,7	1,43	0,87;2,34		88,89	1,29	1;1,67	
Bebida alcoólica										
Não	154	91,7	45,7	1		0,456	68,83	1		0,448
Sim	14	8,3	57,1	1,22	0,75;1,98		78,57	1,14	0,85;1,53	

^a teste Qui-quadrado de Pearson.

Esse resultado é explicado pelo fato de a depressão pós-parto possuir sintomas típicos que podem prejudicar a manutenção da amamentação, como a anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), insônia, fadiga, irritabilidade, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa e perda de concentração.⁶ As chances de mães com sintomas depressivos ou estresse manterem o aleitamento materno ou AME são reduzidas entre quatro e 16 semanas após o parto.^{6,10,17}

Os sintomas de depressão pós-parto associaram-se ao abandono do AME somente no segundo mês após o parto. No quarto mês, apesar da maior taxa de abandono do AME entre as mães com sintomas depressivos (33,0%, contra 15,0% daquelas sem sintomas de depressão pós-parto) (Figura), essa variável não se manteve no modelo múltiplo. Esse dado pode resultar da diminuição da prevalência de sintomas de depressão pós-parto do primeiro para o segundo mês (14,3% e 9,5%, respectivamente), sendo possível que a prevalência de sintomas depressivos tenha caído ainda mais no quarto mês, como no estudo de Haga et al.¹⁰

Além disso, por princípios éticos, mulheres diagnosticadas com sintomas de depressão pós-parto no presente estudo foram encaminhadas ao tratamento adequado. Portanto, espera-se que com quatro meses após o parto já estivessem em tratamento, e que a frequência de sintomas depressivos tenha sido menor.

Ter experiência de parto traumática também se associou com o abandono do AME aos dois meses após o parto. Apesar de não terem sido encontrados estudos na literatura com resultados semelhantes, essa relação pode ser explicada pela insatisfação com o parto ser de extrema importância para a mulher e aumentar a vulnerabilidade psicológica aos distúrbios do humor no pós-parto.⁴

As mães com menor escolaridade e que não receberam orientações sobre a amamentação abandonaram mais frequentemente o AME quatro meses após o parto. Com efeito, o maior acesso à informação sobre as vantagens do AME é um fator decisivo para a escolha da nutriz de amamentar exclusivamente.¹³

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência de interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos dois e quatro meses após o parto, segundo condições obstétricas e de saúde infantil. Viçosa, MG, 2011-2012.

Variável	n	%	2 meses				4 meses			
			Prevalência (%)	RP	IC95%	p ^a	Prevalência (%)	RP	IC95%	p ^a
Prematuridade										
Não	169	95,2	47,5	1		0,890	69,4	1		0,736
Sim	8	4,8	50,0	1,05	0,51;2,14		75,0	1,08	0,71;1,63	
Peso ao nascer (g)										
≥ 3.000	119	70,8	47,0	1		0,821	67,2	1		0,289
< 3.000	49	29,2	48,9	1,04	0,73;1,46		75,5	1,12	0,91;1,37	
Tipo parto										
Normal	57	34,1	49,1	1			78,9	1		0,055
Cesariana	110	65,9	46,4	0,94	0,67;1,31	0,735	64,5	0,81	0,67;0,99	
Parto traumático										
Não	115	76,7	43,5	1		0,021	66,1	1		0,058
Sim	35	23,3	65,7	1,51	1,09;2,07		82,9	1,25	1,02;1,53	
Paridade										
Múltipara	65	38,7	43,0	1		0,349	76,9	1		0,103
Primípara	103	61,3	50,5	1,17	0,83;1,64		65,0	0,84	0,69;1,02	
Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal										
Sim	78	46,7	51,3	1		0,413	73,1	1		0,342
Não	89	53,3	44,9	0,87	0,63;1,20		66,3	0,90	0,74;1,10	
Recebeu orientações sobre amamentação no puerpério										
Sim	120	71,4	43,3	1		0,079	65,0	1		0,039
Não	48	28,6	58,3	1,34	0,98;1,34		81,2	1,25	1,03;1,51	

^a teste Qui-quadrado de Pearson.

No Brasil, uma das principais causas para o desmame precoce é a ausência de conhecimento, por parte das nutrizes, sobre a prática da amamentação, a qualidade do seu leite e a importância deste para o desenvolvimento sadio do bebê.¹ O apoio formal, fornecido por profissionais de saúde no pós-parto, pode influenciar positivamente a duração da amamentação¹⁶ e promover o AME.^{14,15}

É imprescindível que os serviços e profissionais de saúde promovam o aleitamento materno, destacando as vantagens da amamentação para o bebê, mãe e família, e conduzindo orientações sobre o manejo do aleitamento.²² Estudo mostra que mães que não foram bem informadas sobre amamentação planejam amamentar por menos tempo.¹² Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil caracteriza-se em espaço privilegiado para a adoção de orientações sobre a amamentação entre gestantes e nutrizes.⁶

Menor renda familiar associa-se à interrupção do aleitamento materno.¹⁶ Entretanto, ao contrário do esperado, essa relação não foi encontrada no presente estudo. As

variáveis socioeconômicas que se associaram ao abandono precoce do AME aos quatro meses após o parto foram menor escolaridade materna, não ter a propriedade do imóvel de residência e já ter voltado ao trabalho antes dos quatro meses.

No que diz respeito à associação entre maior abandono do AME aos quatro meses após o parto entre mães cuja família não era proprietária do imóvel de residência, é possível que a forma de ocupação do domicílio implique diretamente no comprometimento da renda familiar, principalmente para a população de menor poder aquisitivo, que pode destinar parte substancial de seus rendimentos para o pagamento de aluguel.^c Assim, a posse do imóvel de residência parece representar melhor a situação de vulnerabilidade socioeconômica do que a própria renda nesta amostra.

Quanto ao trabalho materno, estudos recentes mostram que a taxa de aleitamento materno¹⁹ e AME⁹ declinam rapidamente quando a mulher volta a trabalhar. Assim, a licença-maternidade representa um importante fator de proteção ao aleitamento materno. Vianna et al²¹

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro; 2011.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência de interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos dois e quatro meses após o parto, segundo condições emocionais e rede social. Viçosa, MG, 2011-2012.

Variável	n	%	2 meses				4 meses			
			Prevalência (%)	RP	IC95%	p ^a	Prevalência (%)	RP	IC95%	p ^a
Gestação planejada										
Sim	76	45,2	38,1	1		0,026	61,8	1		0,046
Não	92	54,8	55,4	1,45	1,03;2,04		76,1	1,23	0,99;1,51	
Reação do companheiro com a notícia da gestação										
Contente	143	85,1	46,1	1		0,363	76,1	1		0,091
Outros	25	14,9	50,0	1	0,82;1,22		84,0	1,25	1,01;1,53	
Reação da mãe com a notícia da gestação										
Contente	135	80,4	45,1	1		0,201	65,9	1		0,034
Outros	33	19,6	57,6	1,09	0,94;1,27		84,8	1,28	1,06;1,55	
Apoio do companheiro na gestação										
Muito/Mais ou menos	157	93,5	43,5	1		0,271 ^b	68,1	1		0,113 ^b
Pouco/Nenhum	11	6,5	63,6	1,36	0,84;2,20		90,9	1,33	1,07;1,65	
Ajuda do companheiro com a criança										
Sim	48	28,6	45,7	1		0,800	58,3	1		0,044
Não	120	71,4	48,1	1,05	0,70;1,57		74,2	1,27	0,97;1,65	
Apoio emocional de algum familiar ou amigo										
Sim	161	96,4	47,8	1		0,917 ^b	70,2	1		0,856 ^b
Não	6	3,6	50,0	1,04	0,46;2,37		66,7	0,94	0,53;1,69	
Sintomas de DPP										
Não	141	83,9	42,5	1		0,003	66,7	1		0,055
Sim	27	16,1	74,1	1,74	1,29;2,33		85,2	1,27	1,04;1,55	

DPP: Depressão pós-parto

^a Teste Qui-quadrado de Pearson.^b Teste Exato de Fisher.

encontraram que as mães que trabalhavam fora e recebiam licença-maternidade apresentavam maior prevalência de AME do que aquelas que trabalhavam fora mas não recebiam esse benefício.

No Brasil, a licença-maternidade concede 120 dias de afastamento da mãe sem prejuízo ao emprego e ao salário.^f Em 2010, o Congresso Nacional aprovou, por meio do Programa Empresa Cidadã, a prorrogação da licença-maternidade de 120 para 180 dias, mediante a concessão de incentivos fiscais.^g No entanto, dados da Receita Federal mostraram que, até fevereiro de 2012, a taxa de adesão das organizações que têm a possibilidade de participar do programa foi apenas 10,0%.^h Segundo Viana et al,²¹ grande parte das mulheres que possuem trabalho remunerado não recebem a licença-maternidade, por

descumprimento da lei por parte dos empregadores ou por estarem em contratos informais de trabalho.

O desconhecimento sobre retirada e armazenamento do leite materno para ser oferecido à criança durante ausência da mãe agrava a situação de curto período de licença-maternidade e trabalho informal.²¹

O fato de a reação imediata da mãe com a notícia da gestação ter sido diferente de “contente” também foi preditor de abandono do AME aos quatro meses, o que pode ser explicado em função de que as mulheres que desejam e planejam a gestação estão mais dedicadas à maternidade e ao bebê.

As nutrizes que não recebiam ajuda do companheiro nos cuidados com a criança também interromperam o

^f Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 1988 [citado 2014 ago 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm

^g Brasil. Decreto nº 7.052 de 23 de dezembro de 2009. Regulamenta a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, que cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade, no tocante a empregadas de pessoas jurídicas. *Diário Oficial Uniao*. 24 dez 2009; Seção 1, p. 15.

^h Ministério da Fazenda, Secretaria da Receita Federal do Brasil [homepage]. Brasília (DF); s.d. [citado 2014 ago 13]. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br>

Tabela 4. Resultados das análises multivariadas do modelo para abandono do aleitamento materno exclusivo aos dois e quatro meses após o parto. Viçosa, MG, 2011-2012.

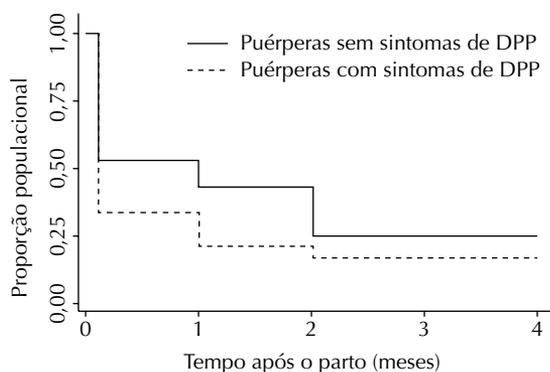
Variável Tempo em meses após o parto	RP _{ajustada}	IC95%	p ^a
2 meses			
Sintomas de DPP			
Não	1		0,002
Sim	1,61	1,19;2,19	
Parto traumático			
Não	1		0,035
Sim	1,40	1,02;2,91	
4 meses			
Escolaridade (anos)			
≥ 12	1		
9 a 11	2,01	1,28;3,17	0,002
0 a 8	2,15	1,36;3,38	0,001
Imóvel próprio			
Sim	1		
Não	1,23	1,02;1,48	0,025
Voltou a trabalhar ou estudar aos quatro meses			
Não	1		
Sim	1,33	1,09;1,63	0,004
Recebeu orientações sobre amamentação no puerpério			
Sim	1		
Não	1,21	1,01;1,45	0,038
Reação da mãe com a notícia da gestação			
Contente	1		
Outros	1,29	1,09;1,52	0,002
Ajuda do companheiro com a criança			
Sim	1		
Não	1,33	1,04;1,70	0,023

DPP: Depressão pós-parto

^a teste de Wald.

AME mais precocemente. A associação entre o apoio do companheiro e melhores indicadores do aleitamento materno foi descrita em estudo de Inoue et al,¹³ em que a atitude favorável e o apoio do pai da criança favoreceram maior duração da amamentação. Outro estudo mostra que mães que conversam com o parceiro sobre a saúde do bebê são mais propensas a continuar o AME por seis meses.¹⁴

Aponta-se a necessidade de identificação e tratamento precoce das nutrizes com sintomatologia depressiva,



DPP: Depressão pós-parto

Figura. Crianças em aleitamento materno exclusivo, segundo sintomas de depressão pós-parto. Viçosa, MG, 2011-2012.

de maneira a reduzir as morbidades a ela associada e promover melhor qualidade de vida para as mulheres, além de promover maior duração do aleitamento materno exclusivo. Os profissionais da saúde são de grande importância nesse contexto, pois podem ajudar as mulheres com sintomas depressivos a receber o tratamento necessário para continuar a amamentar, além do incentivo e apoio ao aleitamento materno exclusivo.

Ademais, destaca-se a necessidade de uma rede de apoio que o proteja e promova o aleitamento materno no lar, representado especialmente pela figura do companheiro; no ambiente de trabalho, com a oferta de espaços adequados para a amamentação, retirada e armazenamento do leite, além da extensão da licença-maternidade para seis meses; nos serviços de saúde, com ações de educação permanente em saúde, com foco para o aleitamento materno e cuidados de puericultura.

As principais limitações deste estudo foram as perdas de seguimento, típicas de estudos longitudinais, e possíveis vieses de seleção. Acompanhou-se 18,9% do total de crianças nascidas no município no ano de 2011 (n = 888^c). Aos 30 dias após o parto, 259 puérperas aceitaram participar do estudo. Destas, 200 retornaram para o segundo encontro, aos 60 dias após o parto, e 168 compuseram a amostra final, participando do terceiro encontro aos 120 dias após o parto. Portanto, houve perda de 91 mulheres, 35,1% da amostra inicial. Entretanto, não houve diferença entre os grupos de perda e de seguimento, para as médias de idade (p = 0,4797), escolaridade (p = 0,47541), renda (p = 0,9281; teste t de Student) e para a variável viver com o companheiro (p = 0,222; Qui-quadrado de Pearson).

REFERÊNCIAS

1. Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Rev RENE*. 2010;11(2):53-62.
2. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
3. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec/UNICEF; 1991
4. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):109-26. DOI:10.1053/beog.2000.0152
5. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782-6. DOI:10.1192/bjp.150.6.782
6. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8. DOI:10.1590/S0100-72032005000400004
7. Cruz SH, Germano JA, Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):259-67. DOI:10.1590/S1415-790X2010000200008
8. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009;123(4):e736-51. DOI:10.1542/peds.2008-1629
9. Franco SC, Nascimento MBR, Reis MAM, Issler H, Grisi SJFE. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2008;8(3):291-7. DOI:10.1590/S1519-38292008000300008
10. Haga SM, Ulleberg P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(3):175-84. DOI:10.1007/s00737-012-0274-2
11. Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Suppl 2):S341-52. DOI:10.1590/S0102-311X2008001400019
12. Idris NS, Sastroasmoro S, Hidayati F, Sapriani I, Suradi R, Grobbee DE, et al. Exclusive breastfeeding plan of pregnant Southeast Asian women: what encourages them? *Breastfeed Med*. 2012;8(3):317-20. DOI:10.1089/bfm.2012.0003
13. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. *Int Breastfeed J*. 2012;7(1):15. DOI:10.1186/1746-4358-7-15
14. Kaneko A, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Suzuki K, et al. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: for activities to support child-rearing with breast-feeding. *J Epidemiol*. 2006;16(2):57-63. DOI:10.2188/jea.16.57
15. Khresheh R, Suhaimat A, Jalamdeh F, Barclay L. The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(9):1058-65. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2011.02.001
16. Labaree J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005;115(2):e139-46. DOI:10.1542/peds.2004-1362
17. Nishioka E, Haruna M, Ota E, Matsuzaki M, Murayama R, Yoshimura K, et al. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *J Affect Disord*. 2011;133(3):553-9. DOI:10.1016/j.jad.2011.04.027
18. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. 1999;26(2):90-5.
19. Skafida V. Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on growing up in Scotland data. *Matern Child Health J*. 2012;16(2):519-27. DOI:10.1007/s10995-011-0743-7
20. Valdés V, Puggin E, Schooley J, Catalán S, Aravena R. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *J Trop Pediatr*. 2000;46(3):149-54. DOI:10.1093/tropej/46.3.149
21. Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2403-9. DOI:10.1590/S0102-311X2007001000015
22. World Health Organization; UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2003.
23. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Part 1: Definitions. Geneva; 2008.
24. Zauderer C. Postpartum depression and breastfeeding: what should a new mother do? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011;40(Suppl 1):S131. DOI:10.1111/j.1552-6909.2011.01244_15.x

Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG - Protocolo APQ 00846-11, de 2011 – Demanda Universal).

Concessão de bolsa de mestrado para Machado MCM e Assis KF e de doutorado a Oliveira FCC concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Baseado na dissertação de mestrado de Machado MCM, intitulada: “Fatores associados ao estado emocional materno no período pós-parto e sua relação com a prática da amamentação”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa, em 2013.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

DESTAQUES

O estudo investiga fatores determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo (AME) até quatro meses após o parto. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam o AME até os seis meses de vida da criança, complementado dos seis aos 24 meses, devido aos benefícios dessa prática para o desenvolvimento infantil.

Sintomas de depressão pós-parto e parto considerado traumático pela mulher esteve associado ao abandono do AME no segundo mês após o parto; no quarto mês, o abandono do AME associou-se a: menor escolaridade materna, não ter propriedade do imóvel de residência, ter voltado a trabalhar, não ter recebido orientações sobre amamentação no puerpério, o companheiro não ter ficado contente com a notícia da gestação e não ajudar com a criança.

Os profissionais de saúde devem ser capacitados a identificar precocemente os sinais de depressão pós-parto, a incentivar e apoiar o AME, visto que mães com menor escolaridade e que não receberam orientações amamentaram seus filhos por menos tempo. O Programa Humanização do Parto é um passo no sentido de dar maior apoio às mulheres, já que 23,3% delas relataram parto traumático, fator que se associou ao abandono precoce do AME.

A licença-maternidade representa fator de proteção ao aleitamento materno. Além da extensão do período de licença-maternidade para 180 dias, mediante incentivos federais aos empregadores, os autores apontam a necessidade de ofertar espaços adequados para a mulher amamentar em horário de trabalho e para que ela possa fazer a retirada, associada ao armazenamento do leite.

Essas medidas mencionadas podem contribuir para maior proporção de crianças em aleitamento exclusivo até os seis meses de idade e de complementação até os 24 meses.

Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica