



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“As emoções positivas e negativas não podem ocupar a mente ao mesmo tempo. Uma tem de dominar. Compete-lhe a si fazer com que as emoções positivas constituam a influência dominante na sua mente.”

(Napolean Hill)

Agradecimentos

Para mim este trabalho significa o alcançar de um sonho, uma meta há muito planeada e desejada. Assim, não poderia deixar de prestar uma sincera homenagem a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Emília Coutinho, pela excelente orientação e, acima de tudo, disponibilidade, paciência, companheirismo e amizade demonstrados ao longo desta longa caminhada. A partilha das suas experiências foram um importante pilar para a realização deste documento.

Também agradecer à minha família e amigos, sobretudo ao meu marido, pela presença, apoio, paciência e amor, sobretudo nos momentos em que me encontrava mais cansada e desmotivada. Sempre me lembraram que nada se consegue sem trabalho árduo e dedicação.

E por fim quero agradecer ao meu pequeno tesouro por ser um bebé calmo, permitindo à mamã terminar este trabalho com sucesso.

Do fundo do meu coração, um sincero obrigado a todos!

Resumo

Enquadramento: É expectável que o pós-parto seja um período de alegria. Todavia, nem sempre é assim, já que pode ser um período marcado por momentos de tristeza, cansaço e desânimo. Reconhecendo as vantagens da amamentação para a saúde e bem-estar do recém-nascido e da mãe, acreditamos que esta possa ser preventiva da depressão pós-parto.

Objetivos: Obter a melhor evidência científica para compreender se a amamentação tem efeito preventivo na depressão pós-parto.

Método: Foi efetuada uma revisão integrativa da literatura sobre a relação entre a amamentação e a depressão pós-parto através das bases de dados: EBSCO host, LILACS, PubMed, SciELO, Repositórios institucionais e Google Académico. Selecionaram-se quinze artigos que obedeceram aos critérios de inclusão deste estudo.

Resultados: A maioria dos estudos identifica a amamentação como sendo preventiva da depressão pós-parto, destacando a importância da amamentação para a saúde mental da puérpera e consequentemente para a diminuição das hipóteses de desenvolver depressão pós-parto. Cinco artigos identificam-na também como sendo um fator de risco e um estudo não encontrou uma associação clara entre a amamentação e a depressão pós-parto.

Conclusões: São descritos vários benefícios da amamentação, os quais terão um efeito preventivo contra a depressão pós-parto. Uma mulher informada e apoiada acerca da amamentação será capaz de se sentir confiante no seu novo papel. É essencial um investimento constante por parte da equipa de saúde, iniciado durante o processo do planeamento do casal para a gravidez, e mantendo-se ao longo da gravidez, parto e pós-parto.

Palavras-chave: “Amamentação”, “depressão pós-parto”, “prevenção”.

Abstract

Background: Post-partum is expected to be a time of joy. However, it is not always so, as it can be a time marked by moments of sadness, fatigue and discouragement. Recognizing the advantages of breastfeeding for health and well-being of both the new-born baby and the mother, we believe that it can be a deterrent of post-partum depression.

Objectives: To obtain scientific evidence in order to understand if breastfeeding has a preventive effect against post-partum depression.

Method: We made an integrative review of the literature on the relationship between breastfeeding and postpartum depression through databases: EBSCO host, LILACS, PubMed, SciELO, Institutional Repositories and Google Scholar. Fifteen articles that met the inclusion criteria of this study were selected.

Results: Most of the studies identified breastfeeding as preventive of postpartum depression, highlighting the importance of breastfeeding for the mental health of postpartum women and consequently reducing the chances of developing postpartum depression. Five articles identify it also as a risk factor and one study did not find a clear association between breastfeeding and postpartum depression.

Conclusions: Several benefits of breastfeeding were described with a preventive effect against post-partum depression. A woman informed and supported about breastfeeding will be able to feel confident in her new role. A constant investment by the health team, initiated during the process of family planning for pregnancy, and keeping throughout pregnancy, childbirth and postpartum is essential.

Keywords: "Breastfeeding", "postpartum depression", "prevention".

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas e siglas	
Introdução	21
1. Enquadramento teórico	25
1.1. Depressão pós-parto	25
1.1.1. Definição	26
1.1.2. Critérios de diagnóstico de depressão	26
1.1.3. Sintomas da DPP	27
1.1.4. Fatores de risco.....	28
1.2. Amamentação	28
1.2.1. O processo da amamentação	29
1.2.2. Dez fatos sobre a amamentação.....	30
1.2.3. Resumo das vantagens da amamentação	32
1.2.4. Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos bebês	32
2. Referencial metodológico.....	35
2.1. Prática baseada na evidência: o contributo da revisão integrativa da literatura.....	35
2.2. Etapas da revisão integrativa da literatura.....	40
2.3. Resumo dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura.....	42
3 – Apresentação dos resultados	59
3.1. A Amamentação como fator protetor da depressão pós-parto.....	59
3.2. A Amamentação como fator de risco da depressão pós-parto	62
3.3. A DPP como fator de risco para a amamentação	63

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Níveis de evidência - eficácia, segundo a JBI (2013, p.1 e 2)	37
Tabela 2 – Níveis de evidência - diagnóstico, segundo a JBI (2013, p.3)	37
Tabela 3 - Níveis de evidência - prognóstico, segundo a JBI (2013, p.4)	38
Tabela 4 - Níveis de evidência – avaliações económicas, segundo a JBI (2013, p.5)	39
Tabela 5 – Níveis de evidência - significação, segundo a JBI (2013, p.6)	39
Tabela 6 – Descrição dos resultados da relação entre a amamentação e a depressão pós-parto.....	64

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 – Fases da revisão integrativa da literatura, de acordo com Souza et al (2010)	40
Figura 1 – Processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa da literatura.....	41

Lista de abreviaturas e siglas

AME - Aleitamento Materno exclusivo

APA - American Psychological Association

ARV – Antirretrovirais

DGS – Direção Geral de Saúde

DPP – Depressão pós-parto

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

ECR - ensaios clínicos randomizados

et al – e outros

LA – Leite artificial

LM – Leite materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

Pág. - página

PBE – Prática baseada na evidência

RN - recém-nascido

JBI - The Joanna Briggs Institute

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

O nascimento de um filho é um evento marcante na vida de uma mulher/casal, inserido numa determinada cultura, espaço de tempo, e é simultaneamente um momento mágico, excitante, cheio de inúmeras expectativas, mas também stressante, independentemente do quanto a mulher tenha desejado este momento ou quanto ame o seu filho.

A preparação da mulher para o nascimento de um filho começa logo na gravidez, sendo um período de preparação, tanto física como psicológica.

Segundo Marques (2012, p.23), com o nascimento do primeiro filho, inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital da família, com as devidas reorganizações, definição de papéis parentais e funções. Ainda segundo esta autora, as semanas de gestação, podem e devem servir como um período de aprendizagem e adaptação para a parentalidade.

De acordo com Cantilino et al (2010, p.288), o pós-parto é de todas as fases da vida da mulher, o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos.

É expectável que o período do pós-parto seja inundado de alegria, quando o mesmo traduz o tão desejado nascimento de um filho. Todavia, nem sempre é assim. Este período pode ser marcado por momentos de tristeza, cansaço e desânimo. Apesar de a gravidez ser um período de preparação das futuras mães, ter nos seus braços um filho, totalmente dependente, pode ser deveras assustador. É no regresso a casa após o período de internamento, que habitualmente a mulher sente maior insegurança, perdeu o apoio dos profissionais de saúde que tinha no hospital, e todas as atenções se voltam para o bebé.

Cantilino et al (2010, p.289), refere que a disforia puerperal (maternity blues ou postpartum blues), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose pós-parto têm sido consideradas transtornos relacionados ao pós-parto.

Ainda segundo Cantilino et al, (2010, p. 289), a disforia puerperal é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50% a 85% das puérperas.

Os sintomas geralmente têm início nos primeiros dias após o nascimento do recém-nascido (RN), e atingem um pico ao quarto ou quinto dia do pós-parto, e atenuam de forma espontânea por volta das duas semanas.

Embora a disforia puerperal seja normalmente ligeira e de curta duração, se os sintomas não desaparecem após algumas semanas ou se os sintomas se intensificam, poderá estar presente uma DPP.

Para os autores Cantilino et al (2010, p. 289), geralmente, o quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto, com a presença de humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou atraso psicomotor, sensação de fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldade para se concentrar ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio.

O período entre a gravidez e a maternidade é exigente em termos de mecanismos de defesa necessários para uma melhor adaptação à mudança, envolvendo mudanças importantes na vida da mulher, as quais exigem adaptações sucessivas, algumas delas a longo prazo. (Silva, 2012, p.4).

A maternidade permite à mulher refazer as suas próprias representações do que é ser mãe, assim como reviver as suas experiências enquanto filha, colocando em evidência os seus medos, anseios, e conseqüentemente, redefinindo os seus valores, autoestima e identidade (Silva, 2012, p.4).

Sabe-se que o período imediatamente após o nascimento é importante para a vinculação entre a mãe e o RN. Assim a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a amamentação se inicie na primeira hora de vida do RN, facilitando assim a vinculação e reforçando os laços afetivos entre ambos.

Luca (2005, p.7) refere que a formação de laços afetivos entre a mulher e o seu filho não ocorre automaticamente; sendo através do contato com o bebê que se inicia a construção desse mesmo vínculo. Este autor refere ainda que o desenvolvimento das interações mãe-filho se inicia mesmo antes da gravidez, no desejo da mulher em se tornar mãe. Esta mulher já traz as representações do filho no seu inconsciente.

Silva (2012, p.23) considera importante o suporte social e o bem-estar psicológico da mãe na vinculação, já que a investigação tem evidenciado uma menor vinculação materna associada a níveis depressivos e de ansiedade.

Ainda no que toca à formação dos laços afetivos, salienta-se a importância da amamentação. É através dela que o bebé experimenta uma das principais formas de contato com a mãe, e esta sente que consegue proporcionar conforto, amor e alimentação ao seu filho.

A amamentação apresenta várias vantagens, tanto para a mulher como para o seu filho, conferindo uma segurança emocional e fortalecendo o vínculo materno-infantil.

De acordo com Figueiredo et al (2013, p.333), a amamentação tem sido associada ao bem-estar tanto da criança quanto da mãe, pois esta traz benefícios físicos e psicológicos para as crianças, incluindo a redução do risco de doenças infecciosas, obesidade, diminuição dos níveis de colesterol e aumento do desempenho cognitivo e motor. Ainda segundo estes autores, para a saúde física da mãe, os resultados positivos incluem a redução da pressão arterial, o risco de cancro da mama e do ovário, e a resposta atenuada ao estresse e a melhora no sono.

Reconhecendo assim que a amamentação para além das múltiplas e cientificamente comprovadas vantagens para a saúde e bem-estar do RN, também contribui para a saúde e bem-estar da própria mãe, acreditamos que esta possa ser preventiva da DPP.

A evidência científica deve orientar a prestação de cuidados, traduzindo-se como o pilar inerente à prática diária dos Enfermeiros. Contudo, sabe-se que existe discrepância entre a melhor evidência e a prática de cuidados de enfermagem. Deste modo, pretendemos fornecer evidências para que o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) apoie a mulher nesta etapa tão sensível e especial da sua vida, como é o período puerperal.

Pretendemos assim com este trabalho, procurar a melhor evidência científica sobre a relação da amamentação e a DPP, recorrendo a uma Revisão Integrativa da Literatura.

Definimos a seguinte questão de investigação: “A amamentação pode prevenir a depressão pós-parto?”

Traçamos como objetivo geral: obter evidências científicas no sentido de compreender se a amamentação tem efeito preventivo contra a DPP, através de uma Revisão Integrativa da Literatura.

Atendendo a este objetivo, foram delineados os seguintes objetivos específicos: identificar os estudos disponíveis que relacionem a amamentação e a DPP; compreender se a amamentação tem efeito preventivo contra a DPP, através de uma Revisão Integrativa da Literatura e discutir sobre a evidência científica encontrada relativa a amamentação e depressão pós-parto a qual possa contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem na área de Saúde Materna e Obstétrica.

1. Enquadramento teórico

1.1. Depressão pós-parto

De acordo com o Manual Diagnóstico de Transtornos mentais, (DSM-5, 2013, p.186), os episódios de humor podem ter o seu início durante a gravidez ou mesmo no pós-parto, constando nesse mesmo manual que, entre 3 e 6% das mulheres terão o início de um episódio depressivo maior durante a gravidez ou nas semanas ou meses após o parto.

Ainda de acordo com este Manual, estudos prospetivos demonstraram que os sintomas de humor e ansiedade durante a gravidez, bem como *baby blues*, aumentam o risco de um episódio depressivo maior no pós-parto.

De acordo com Cooper et al (2010, p.1), a DPP é reconhecida como uma questão importante de saúde pública, devido ao sofrimento que causa às mães e pelo impacto negativo sobre a sua família.

Segundo o Manual da Direção Geral da Saúde (DGS) de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (2005, p.9), nas quatro semanas seguintes ao parto, cerca de 40 a 60% das mulheres experimentam esta perturbação emocional que pode durar alguns dias e que consiste num estado de tristeza, disforia e choro frequente, que habitualmente desaparece espontaneamente.

As gestantes imaginam que após o nascimento do seu bebé, os dias serão de alegria, o que na realidade não acontece, pois a mulher passa pelo parto e por exacerbadas alterações fisiológicas e, imediatamente após esses eventos deve assumir o papel de mãe, com todas as responsabilidades que este novo papel acarreta. (Luca, 2005, p.10).

Ainda segundo Luca (2005, p.13), a DPP pode ter início logo após o parto ou até um ano depois, sendo uma patologia muitas vezes, de diagnóstico difícil, devido à proximidade dos sintomas com características comuns após o parto. O diagnóstico da DPP é também muitas

vezes negligenciado pois atribuem-se os sintomas ao puerpério, ao acúmulo de tarefas domésticas e cuidados com o RN (Gomes, 2010, p.118).

Segundo descrito na página (pág.)Web da OMS, em todo o mundo cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas experimentam um transtorno mental, sobretudo a depressão. Nos países em desenvolvimento, esta é ainda maior, ou seja, 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o nascimento do RN. Nos casos mais graves, o sofrimento das mães pode ser tão grave que elas podem inclusive cometer suicídio.

1.1.1. Definição

Em psiquiatria, a depressão é uma doença afetiva ou do humor, do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento, enquanto que a medicina a define como mau funcionamento cerebral, distinguindo-a da má vontade psíquica ou cegueira mental para as coisas boas que a vida pode oferecer (Gomes et al, 2010, p.118).

Segundo Luca (2005, p.9), a DPP é classificada como uma subcategoria da depressão, desencadeada por algum acontecimento traumático ou por alguma mudança na vida do indivíduo. A autora refere ainda que o nascimento de um filho acarreta inúmeras mudanças na vida de uma mulher, e possibilita o risco da ocorrência da depressão.

De acordo com Cantilino (2010, p.289), o termo DPP designa qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê, havendo estudos que consideram dois meses, três meses, seis meses, e até um ano.

1.1.2. Critérios de Diagnóstico da depressão

Um dos principais sintomas é a tristeza materna, e em algumas mulheres, o transtorno persiste, acabando por evoluir para casos mais graves de depressão pós-parto (Luca, 2005, p.9).

Contudo, os períodos de tristeza são aspetos inerentes à experiência humana e não devem ser diagnosticados como um episódio depressivo maior, a menos que sejam satisfeitos os

critérios de gravidade (cinco dos nove sintomas), duração (na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas) e sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. (Manual Diagnóstico de Transtornos mentais, DSM-5, 2013, p.168).

Como descrito no Manual Diagnóstico de Transtornos mentais, (p.160), devem estar presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o período de duas semanas, e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer.

Os sintomas são: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; perda ou ganho significativo de peso sem estar a fazer dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias; insônia ou hipersônia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias; pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer); ideação suicida recorrente sem um plano específico; uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (Manual Diagnóstico de Transtornos mentais, DSM-5, 2013, p.160 e 161)

1.1.3. Sintomas da DPP

Quanto aos sintomas da DPP, de acordo com o descrito na pág. Web da American Psychological Association (APA), os sintomas podem diferir de mulher para mulher, mas podem incluir os seguintes sintomas: perda de interesse por coisas de que anteriormente se gostava; comer mais ou menos que o habitual; ter ataques de pânico; ter pensamentos muito rápidos; sentir-se nervosa a maior parte do tempo; sentir-se culpada; ter alterações de humor e tristeza; chorar frequentemente e durante muito tempo; estar preocupada em não ser uma boa mãe; ter receio de estar sozinha com o RN; sofrer de insónias ou dormir demasiado; ter desinteresse pelo filho, família ou amigos; não conseguir concentrar-se, lembrar-se de coisas, ou tomar decisões; e pensar em fazer mal ao filho ou a si própria.

1.1.4. Fatores de risco

Segundo descrito na pág. Web da APA, qualquer mulher pode ter DPP, mas existem determinados fatores que colocam a mulher em risco acrescido.

Estes fatores são: as alterações hormonais após o parto; a depressão durante a gestação; a depressão anterior ou ansiedade; o histórico familiar de depressão ou doença mental; o stresse ao cuidar de um bebê; ter tido um bebê que chora mais que o normal e difícil de acalmar; ter um bebê que seja difícil perceber se o mesmo terá sono ou fome; ter um bebê com necessidades especiais (parto prematuro ou problemas de saúde); ser primípara, ou mãe nos extremos de vida reprodutiva; ter problemas financeiros ou laborais; estar demasiado tempo sozinha ou sem o apoio de familiares ou amigos; e estar a passar por momentos stressantes (como a morte de ente querido ou problemas familiares).

1.2. Amamentação

De acordo com Levy e Bértolo, (2012, p.7), em Portugal não existem estatísticas sobre a incidência e prevalência do aleitamento materno, sendo que os estudos sugerem que a sua evolução se processou de maneira semelhante à de outros países europeus.

Ainda segundo os mesmos autores, alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, mostrando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno., mas quase metade das mulheres desiste de amamentar durante o primeiro mês de vida do seu filho.

Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e suporte da amamentação (Levy e Bértolo, (2012, p.10).

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências. Não se deve culpabilizar uma mulher que não quer ou não pode amamentar. Deve-se informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à prática do aleitamento materno, deixando depois que esta decida o que acredita ser melhor para ela e para o seu bebê.

O suporte da amamentação é bastante importante depois da alta hospitalar, já que a puérpera deixa de ter o apoio constante por parte da equipa de saúde, sobretudo da equipa de enfermagem. Os primeiros quinze dias após o parto até que a lactação esteja bem estabelecida, são especialmente importantes para a sua manutenção.

É neste período que o suporte familiar é fundamental, assim como o apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis no centro de saúde, através de consulta telefónica ou mesmo visita domiciliária, se necessário.

1.2.1.O processo da amamentação

O processo da amamentação será descrito de acordo com Levy e Bértolo, (2012, p.18 e 19).

Quando um bebé mama, os impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro da mulher, e em resposta, a parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega a hormona prolactina. Esta hormona viaja através do sangue materno para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite. Assim, quanto mais o bebé mama, mais leite a mulher produz.

Amamentar durante a noite é considerado importante para manter a produção de leite, pois a prolactina é produzida em maior quantidade nessa altura do dia.

Uma das vantagens psicológicas da amamentação é que a prolactina faz sentir a mulher mais relaxada, o que fará com que descanse e durma melhor durante a noite.

A parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina, que faz a contração das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite coletado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo, conhecido como o reflexo da ocitocina ou reflexo de ejeção.

A ocitocina provoca a contração do útero no pós-parto, o que ajuda a reduzir as perdas sanguíneas, para além de acelerar a involução uterina.

1.2.2. Dez factos sobre a amamentação

O leite materno (LM) é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções (Levy e Bértolo, 2012, p.8), e assim a OMS aconselha o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, por ser a melhor maneira de alimentar os bebés.

Os seguintes factos sobre a amamentação encontram-se descritos na pá. Web da OMS (2016):

1 - A OMS recomenda que a amamentação deve começar na primeira hora de nascimento, em livre demanda; e que as tetinas ou chupetas devem ser evitadas. A amamentação deverá ser mantida exclusivamente até aos seis meses de vida do bebé. A partir dessa idade, deverão ser introduzidos alimentos sólidos para complementar o aleitamento materno até aos dois anos ou mais da criança.

2 - O LM é o alimento ideal para RN e lactentes, pois fornece às crianças todos os nutrientes de que necessitam para um desenvolvimento saudável. É um alimento seguro, está facilmente disponível e acessível e contém anticorpos que ajudam a proteger as crianças de doenças comuns da infância,

3 - A amamentação também beneficia as mães, já que o aleitamento materno exclusivo (AME) está associado a um método natural de controlo de natalidade (98% de proteção nos primeiros seis meses após o nascimento). Ajuda também a reduzir os riscos de cancro de mama e ovário, diabetes tipo II, e DPP.

4 – A amamentação contribui para uma boa saúde na idade adulta, já que adolescentes e adultos que foram amamentados quando bebés são menos propensos a ter excesso de peso, diabetes tipo II e têm melhor desempenho em testes de inteligência.

5 - Os leites artificiais não contêm os anticorpos encontrados no LM, e os benefícios a longo prazo da amamentação para mães e filhos não podem ser replicados com esses leites. Existe o risco decorrente da má preparação do leite artificial, assim como o da utilização de água não potável, material não esterilizado ou potencial presença de bactérias no leite em pó.

6 - A OMS recomenda que as mães infetadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) amamentem os seus bebés. Os antirretrovirais (ARV) dados à mãe ou bebé exposto ao VIH reduzem o risco de transmissão. Assim, a amamentação e os ARV têm o potencial de melhorar significativamente as hipóteses de sobreviver, mantendo os bebés não infetados.

7 - Os rótulos nos leites artificiais têm de ter informações sobre os benefícios da amamentação e os riscos à saúde dos seus substitutos.

8 - Aconselha-se o apoio ao aleitamento materno nas unidades de saúde, treinando conselheiros de aleitamento materno de modo a incentivar um aumento das taxas de amamentação. Para fornecer este apoio e melhorar o atendimento das mães e RN, existem os Hospitais amigos dos bebés em cerca de 152 países graças à Iniciativa Hospitais Amigos dos bebés.

9 - Muitas mães após o término da licença de maternidade abandonam a amamentação parcial ou totalmente, porque não têm tempo suficiente, ou um lugar próprio para amamentar, extrair e armazenar o LM. Terem condições no local de trabalho para o fazer, assim como a licença de maternidade remunerada e diminuição do tempo de trabalho pode ajudar a manter a amamentação.

10 - Para atender às crescentes necessidades dos bebés aos seis meses de idade, os alimentos em puré devem ser introduzidos como um complemento para a continuidade da amamentação, não devendo esta ser diminuída quando se iniciam os alimentos sólidos. Estes deverão ser fornecidos ao bebé com uma colher ou copo, e não em biberão.

1.2.3. Resumo das vantagens da amamentação

O LM constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés e na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez quando o aleitamento materno é praticado em regime livre, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite, nem complementado com qualquer outro tipo de comida (Levy e Bértolo, 2012, p.8).

Quanto às vantagens para a criança: esta previne as infeções Gastrointestinais, as doenças respiratórias, os problemas urinários e tem um efeito protetor contra as alergias,

nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca. Ajuda ainda a uma melhor adaptação a outros alimentos. Apresenta também vantagens a longo prazo, com a prevenção contra a Diabetes e linfomas (Levy e Bértolo, 2012, p.8).

Mas apresenta também vantagens para a mulher, pois facilita a involução uterina, facilita o vínculo com o RN e a probabilidade de ter diabetes, DPP, cancro de mama entre outros, fica diminuída (Levy e Bértolo, 2012, p.8).

A OMS (pág. Web, 2016) refere que a amamentação ajuda a reduzir os riscos de DPP.

1.2.4. Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés

De acordo com o descrito na página Web do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1992 a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do aleitamento materno intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, internacionalmente conhecido como “Baby Friendly Hospital Initiative”.

Esta Iniciativa tem por objetivo a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos dos hospitais (página Web UNICEF, 2016).

Como descrito por Levy e Bértolo, (2012, p.13), para um hospital ser considerado “Hospital Amigo dos bebés”, deve adotar as seguintes medidas:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde;
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política;
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;

6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;

7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;

8. Dar de mamar sempre que o bebê o queira;

9. Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação;

10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

2 – Referencial metodológico

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, para uma compreensão completa do fenômeno que se pretende analisar, combinando também dados da literatura teórica e empírica (Sousa et al, 2010, p.103).

A pesquisa bibliográfica é uma das melhores formas de iniciar um estudo, pois parte-se à descoberta de semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência (Sousa et al, 2010, p.103)

2.1. Prática baseada na evidência: o contributo da revisão integrativa da literatura

A prática baseada na evidência (PBE) envolve a definição de um problema, a procura e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos. (Mendes, 2008, p.759).

Nas últimas décadas os Enfermeiros, têm sido frequentemente desafiados pela busca de conhecimento científico baseado em evidências, para contribuir para a melhoria dos cuidados disponíveis aos pacientes (Ercole et al, 2014, p.9).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006, p.1), considera-se uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente, tanto quantitativa como qualitativa.

Segundo Botelho et al, (2011, p.127) citando Broome, “uma revisão integrativa é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular, traçando a análise sobre o conhecimento existente sobre um determinado tema”.

Devido à quantidade e complexidade de informações na área da saúde, torna-se necessário que o enfermeiro reúna as melhores evidências disponíveis que respondam a uma determinada questão (Ercole et al, 2014, p.9).

Os níveis The Joanna Briggs Institute (JBI) (2013) de evidência são os seguintes:

Níveis de Evidência – Eficácia	
Nível 1 - Experimental	Nível 1.a - Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR)
	Nível 1.b - Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e outros desenhos de estudo
	Nível 1.c – ECR
	Nível 1.d - Pseudo-ECR's
Nível 2 - Quasi- experimentais	Nível 2.a - revisão sistemática de estudos quasi-experimentais
	Nível 2.b - Revisão sistemática de quasi-experimental e outros desenhos de estudo mais baixos
	Nível 2.c – estudos quasi-experimentais, prospetivo controlado
	Nível 2.d - Pré-teste - pós-teste ou grupo de estudo histórico / controlo retrospectivo
Nível 3 - Observacional – desenho analítico	Nível 3.a - Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis
	Nível 3, b - Revisão sistemática de coorte comparável e outros desenhos de estudo mais baixos
	Nível 3.c - Estudo de coorte com grupo controlo
	Nível 3.d - estudo de caso controle
	Nível 3.e - Estudo observacional, sem um grupo de controlo

Nível 4 - Observacional - estudos descritivos	Nível 4.a - Revisão sistemática de estudos descritivos
	Nível 4.b - Estudo transversal
	Nível 4.c - Série de casos
	Nível 4.d - Estudo de caso
Nível 5 - opinião de especialistas e pesquisa de banco	Nível 5.a - Revisão sistemática da opinião de especialistas
	Nível 5.b - Consenso de especialistas
	Nível 5.c - Pesquisa de Banco / opinião única de especialistas

Tabela 1 – Níveis de evidência - Eficácia, segundo a JBI (2013, p.1 e 2)

Níveis de evidência – diagnóstico	
Nível 1 - Estudos sobre a precisão do teste entre os pacientes consecutivos	Nível 1.a - revisão sistemática de estudos de acurácia do teste em pacientes consecutivos
	Nível 1.b - Estudo da precisão do teste entre os pacientes consecutivos
Nível 2 - Estudos de precisão do teste entre os pacientes não consecutivos	Nível 2.a - revisão sistemática de estudos de acurácia do teste em pacientes não-consecutivos
	Nível 2.b - Estudo da precisão do teste entre os pacientes não consecutivos
Nível 3 - estudos caso-controle de diagnóstico	Nível 3.a - Revisão sistemática de estudos de controlo de casos de diagnóstico
	Nível 3, b - estudo caso-controle de diagnóstico
Nível 4 - estudos rendimento diagnóstico	Nível 4.a - revisão sistemática de estudos rendimento diagnóstico
	Nível 4.b - estudo rendimento diagnóstico Individual
Nível 5 - opinião	Nível 5.a - Revisão sistemática da opinião de especialistas

de especialistas e pesquisa	Nível 5.b - Consenso de especialistas
	Nível 5.c - Pesquisa / opinião única de especialistas

Tabela 2 – Níveis de evidência - Diagnóstico, segundo a JBI (2013, p.3)

Níveis de evidência – prognóstico	
Nível 1 - Estudos coorte inicial	Nível 1.a - revisão sistemática de estudos de coorte início
	Nível 1.b - estudo de coorte início
Nível 2 - Estudos de Tudo ou nada	Nível 2.a - Revisão sistemática da totalidade ou de estudos nenhum
	Nível 2.b - estudos de tudo ou nenhum
Nível 3 - Os estudos de coorte	Nível 3.a - Revisão sistemática de estudos de coorte (ou de controlo do braço de ECR)
	Nível 3, b - Estudo de coorte (ou braço do ECR controlo)
Nível 4 - Série de casos / estudos historicamente Controlados	Nível 4.a - Revisão sistemática de casos de série / Caso controlados / estudos historicamente Controlados
	Nível 4.b - Processo Individual série / estudo Historicamente Controlada
Nível 5 - opinião de especialistas e pesquisa	Nível 5.a - Revisão sistemática da opinião de especialistas
	Nível 5.b - Consenso de especialistas
	Nível 5.c - Pesquisa / única opinião de especialistas

Tabela 3 - Níveis de evidência - Prognóstico, segundo a JBI (2013, p.4)

Níveis de evidência - avaliações económicas	
Nível 1	Modelo de decisão com os pressupostos e variáveis informadas pela revisão sistemática e adaptados ao contexto tomada de decisão.
Nível 2	Revisão sistemática de avaliações económicas conduzidas num ambiente semelhante ao dos autores da decisão.

Nível 3	Síntese / revisão de avaliações económicas realizadas em um ambiente semelhante àquele em que a decisão tem de ser feita e que são de alta qualidade (medição abrangente e credível de custos e resultados de saúde, período de tempo suficiente e testes de sensibilidade).
Nível 4	Avaliação económica de alta qualidade (medição abrangente e credível de custos e resultados de saúde, período de tempo suficiente coberto, atualização e teste de sensibilidade) e conduzida de configuração semelhante ao contexto tomada de decisão.
Nível 5	Síntese / revisão de avaliações económicas de qualidade moderada e / ou pobre (insuficiência cobertura dos custos e efeitos para a saúde, sem desconto, sem nenhum teste de sensibilidade, o período de tempo abrangido é insuficiente).
Nível 6	Avaliação Individual económica de qualidade moderada ou pobre (ver diretamente acima do nível 5 descrição de estudos).
Nível 7	Opinião de especialistas sobre os efetivos de custos de intervenção e de comparação.

Tabela 4 - Níveis de evidência – Avaliações económicas, segundo a JBI (2013, p.5)

Níveis de Evidência – significação	
Nível 1	Qualitativos ou métodos mistos de revisão sistemática
Nível 2	Síntese qualitativa ou mistos-métodos
Nível 3	Estudo qualitativo único
Nível 4	Revisão sistemática da opinião de especialistas
Nível 5	Opinião de um especialista

Tabela 5 – Níveis de evidência - significação, segundo a JBI (2013, p.6)

2.2. Etapas da revisão integrativa da literatura

Para realizar uma Revisão Integrativa da Literatura, e seguindo os pressupostos apresentados por Souza et al (2010, p. 104 e 105) devemos seguir determinadas etapas (figura 1).

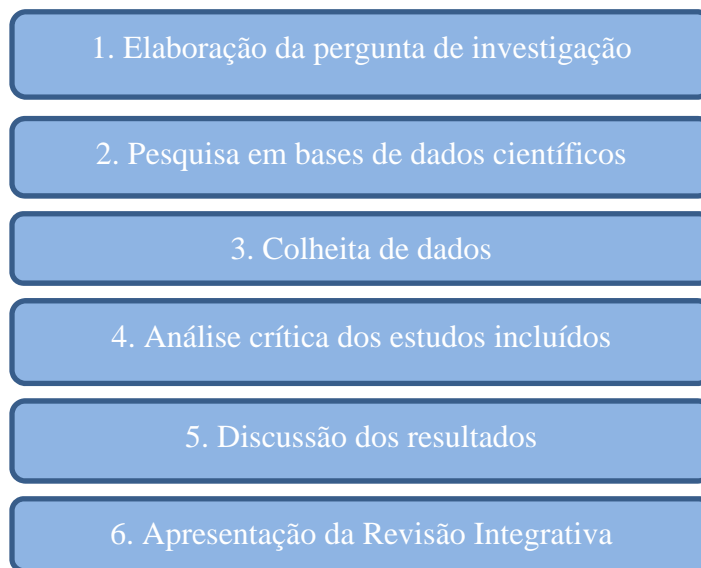


Figura 1. Fases da Revisão Integrativa da Literatura, de acordo com Souza et al (2010).

Para esta Revisão Integrativa da Literatura realizámos uma pesquisa bibliográfica através das seguintes bases de dados: EBSCO host - Research Data bases, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e no Google Académico.

A pesquisa foi realizada nos meses de Novembro e Dezembro de 2015, e teve como referência os seguintes descritores: “breastfeeding”, “postpartum depression”, “depression” e “prevention” e as suas combinações: “breastfeeding and postpartum depression”; “breastfeeding and depression”; “breastfeeding and depression and prevention” e breastfeeding and postpartum depression and prevention”.

Como critérios de inclusão foram considerados: artigos originais sobre a temática, disponíveis na íntegra e em acesso livre, nos idiomas de português, inglês e espanhol, mas

com título, abstract e palavras chave em inglês; e com data de publicação entre Novembro de 2011 e Novembro de 2015.

Como critérios de exclusão: foram eliminados todos aqueles estudos incompletos, que não estavam disponíveis online e na íntegra e textos cujo conteúdo não era referente ao tema deste estudo.

Após realizar as pesquisas nas bases de dados mencionadas, obtiveram-se 233 artigos. Procedemos à remoção dos artigos repetidos, e assim obtivemos 116 artigos. Desses 116 artigos, após a leitura do título e do resumo, foram excluídos 95 artigos, pois não estudavam ou não referiam qualquer relação entre a amamentação e a DPP.

Desta forma, numa primeira avaliação incluímos um total de 21 artigos, para se proceder à leitura na íntegra dos mesmos. Após a sua leitura, foram excluídos 5 artigos, já que apesar de mencionados nos resumos os termos amamentação e DPP, após leitura dos artigos deparamo-nos com o facto de os autores não terem estudado uma relação entre ambos.

Assim foram seleccionados para a Revisão Integrativa da literatura 15 artigos (Figura 2).

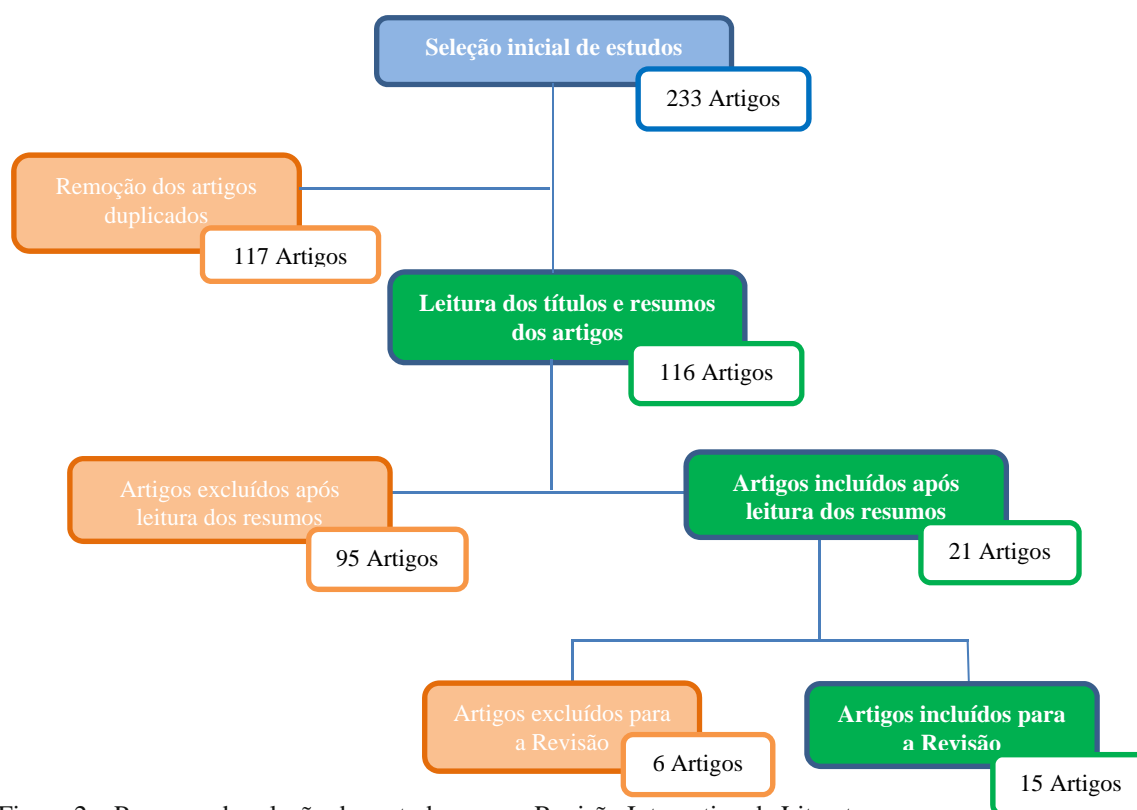


Figura 2 – Processo de seleção dos estudos para a Revisão Integrativa da Literatura.

2.3. Resumo dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura

Artigo 1 (publicado em 2012)

Título: “A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support”.

Autores: Silje M. Haga, Pål Ulleberg, Kari Slinning, Pål Kraft, Thorbjørn B. Steen, Annetine Staff.

Tipo de estudo: estudo longitudinal, quantitativo.

Nível de evidência: 4d.

Objetivo: explorar como as variáveis psicológicas tais como as estratégias cognitivas de regulação emocional, a autoeficácia na amamentação e as dimensões de apoio social predizem os sintomas de DPP.

Participantes: uma amostra de 737 mães. A recolha dos dados realizou-se através da aplicação de um questionário em três momentos do período de puerpério: 6 semanas, 3 meses e 6 meses.

Resumo do artigo: Este estudo revela a importância dos profissionais de saúde na identificação e tratamento dos sintomas de depressão nas mães numa fase precoce. Revelam a necessidade de prestar atenção a diversos fatores (estratégias de regulação da emoção, a autoeficácia na amamentação, a necessidade de apoio e suporte) para evitar a DPP. Os resultados mostraram que as mães com elevada autoeficácia na amamentação tendem a ter baixas pontuações na escala de DPP de Edinburgh em todos os três pontos. Assim, os autores sugerem que aumentar a sensação de autoeficácia na amamentação da nova mãe pode ser importante na tentativa de prevenir os sintomas depressivos no pós-parto. A culpabilização e as experiências traumáticas parecem estar associadas com níveis mais elevados de sintomas depressivos no pós-parto. Os autores realçam a importância de medir várias dimensões do apoio social, a fim de melhor compreender que aspeto do apoio social é essencial para mães com sintomas de DPP, pelo que deve ser considerado quando se tenta impedir o desenvolvimento de DPP. Uma intervenção benéfica seria incluir a família da mulher e a sua rede social.

A amamentação previne a DPP?: se a mulher tiver elevada autoeficácia na amamentação (confiança durante o ato de amamentar), a amamentação será preventiva da DPP, pois estas mulheres tendem a ter pontuações mais baixas na escala de DPP de Edinburgh. Contudo, se a mulher não tiver confiança na maneira como está a amamentar o seu filho, eleva as hipóteses de ter DPP.

Artigo 2 (publicado em 2015)

Título: “Are Unmet Breastfeeding Expectations Associated With Maternal Depressive Symptoms?”.

Autores: Emily F. Gregory; Arlene M. Butz, Sharon R. Ghazarian, Susan M. Gross; Sara B. Johnson.

Tipo de estudo: análise de dados longitudinais, quantitativo.

Nível de evidência: 4d.

Objetivo: explorar se as expectativas pré-natais para a amamentação exclusiva teria relação com os sintomas de DPP.

Participantes: Entre os participantes do FPSII (Infant Feeding Practices Study II) foram selecionadas 1501 mulheres que pretendiam amamentar exclusivamente e que completaram a Escala de DPP de Edinburgh aos dois meses após o parto. Usaram os dados de quatro momentos no tempo: dados iniciais das mulheres, dados do pré-natal, neonatal e aos 2 meses do pós-parto.

Resumo do artigo: Os dados sugerem que as expectativas não satisfeitas das mães para a amamentação podem contribuir para a falta de aleitamento materno e sintomas de DPP. Uma vez que essas expectativas foram concretizadas, isto é, amamentaram durante o tempo que haviam planeado na fase pré-natal, o comportamento de amamentação não foi associado com sintomas de DPP. As mulheres com rendimentos médios ou mais elevados que pretendiam amamentar exclusivamente, relataram menos sintomas de DPP aos 2 meses após o parto. Contudo, os autores não encontraram uma associação entre as expectativas de amamentação satisfeitas e os sintomas de DPP entre as participantes com rendimentos mais baixos, ou entre

as participantes que pretendiam aleitamento parcial (LM e Leite artificial - LA) e alimentação com LA. Os autores concluem que são necessárias intervenções de apoio à amamentação pré e pós-natal onde se deverão avaliar as expectativas maternas e os seus objetivos. Deverão ser comunicadas essas expectativas dentro da equipa de cuidados, e trabalhar de forma explícita para apoiar as mães a alcançar os seus objetivos.

A amamentação previne a DPP?: se a mulher amamentar o filho como havia planeado na fase pré-natal, a amamentação (com o benefício psicológico de ter cumprido essa expectativa planeada) ajuda a ter um efeito preventivo da DPP. Contudo, se a mulher planear ser capaz de amamentar durante um certo período de tempo, e não for capaz de o fazer, as hipóteses de ter DPP aumentam.

Artigo 3 (publicado em 2013)

Título: “Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding”.

Autores: Alison M. Stuebe, Karen Grewen, Samantha Meltzer-Brod.

Tipo de estudo: estudo de coorte longitudinal

Nível de evidência: 3e.

Objetivo: medir a associação entre o humor materno e a resposta neuro endócrina ao aleitamento materno.

Participantes: 52 mulheres no 3º trimestre de gravidez que pretendiam amamentar. Foram realizadas visitas na 2ª semana e 8ª semana pós-parto.

Resumo do artigo: neste estudo a depressão e os sintomas de ansiedade foram correlacionados com níveis mais baixos de ocitocina, sugerindo que a sua desregulação pode contribuir para os transtornos de humor perinatal. Ao contrário da hipótese prévia dos autores, não se encontraram diferenças na duração/exclusividade ou qualquer tipo de amamentação pela história de depressão/ansiedade materna, nem encontraram associação estatisticamente significativa entre a história ou sintomas depressivos e os esteroides gonadais, cortisol, CRF (hormona libertadora de corticotrofina), prolactina, ou T4 livre. Ao contrário das afirmações de que a amamentação previne a DPP, neste estudo verificou-se que o aleitamento materno

exclusivo às 2 semanas foi associado ao aumento de sintomas depressivos na avaliação das 8 semanas. Descobriu-se que as mulheres com sintomas depressivos mais elevados em tratamento antidepressivo foram associadas com menores níveis de oxitocina durante a amamentação, o que sugere que tanto a fisiopatologia subjacente e o uso de antidepressivos estão associados a alterações na liberação de oxitocina. Nesta amostra, os níveis de prolactina foram menores entre mães com maiores sintomas depressivos, embora essa diferença não tivesse sido estatisticamente significativa.

A amamentação previne a DPP?: segundo este estudo, o aleitamento exclusivo às 2 semanas pós-parto aumenta a sintomatologia depressiva às 8 semanas pós-parto. Por seu lado, a DPP interfere com a amamentação bem-sucedida.

Artigo 4 (publicado em 2015)

Título: “Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis”.

Autores: Ranadip Chowdhury, Bireswar Sinha, Mari Jeeva Sankar, Sunita Taneja¹, Nita Bhandari¹, Nigel Rollins, Rajiv Bahl, Jose Martines.

Tipo de estudo: revisão sistemática da literatura com meta-análise.

Nível de evidência: 1b.

Objetivo: Avaliar o efeito da amamentação a longo prazo (carcinoma da mama, de ovário, osteoporose e diabetes mellitus tipo 2) e a curto prazo (amenorreia lactacional, DPP, alteração de peso no pós-parto) na saúde materna.

Resumo do artigo: Esta meta-análise mostra que as mulheres que sempre amamentaram e que amamentaram por mais tempo (mais de 12 meses) têm menor risco de carcinoma da mama e do ovário e também de diabetes Mellitus tipo 2. O aleitamento materno exclusivo ou predominante durante os primeiros seis meses pós-parto prolonga a amenorreia lactacional. Não foi encontrada nenhuma evidência de uma clara associação entre a amamentação e a densidade mineral óssea, DPP ou com a mudança de peso no pós-parto.

A amamentação previne a DPP?: de acordo com este trabalho, não existe uma associação clara entre a amamentação e a prevenção da DPP.

Artigo 5 (publicado em 2013)

Título: “Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review”.

Autores: Bárbara Figueiredo, Cláudia C. Dias, Sónia Brandão, Catarina Canário, Rui Nunes-Costa.

Tipo de estudo: Revisão Sistemática da literatura.

Nível de evidência: 3b.

Objetivo: Efetuar uma revisão sistemática da literatura sobre a associação entre a amamentação e a DPP.

Resumo do artigo: Os estudos sugerem uma associação entre a amamentação e a DPP, não estando ainda clara a direção dessa associação. Estudos de diferentes contextos socioculturais mostram que a amamentação fornece uma ampla quantidade de benefícios tanto para a criança como para a mãe:

1. As hormonas lactogênicas (ocitocina e prolactina) estão associadas a efeitos antidepressivos e calmantes, tendo efeito protetor sobre a saúde psicológica materna porque atenua as respostas ao stress e melhora a autoeficácia da mãe, uma condição inversamente associada à DPP.
2. A amamentação regula os padrões do sono e vigília da mãe e do filho, reduz a probabilidade de temperamento reativo do bebé, e auxilia a mãe a sentir-se menos cansada, o que também pode evitar os sintomas de depressão.
3. A amamentação ajuda no envolvimento emocional da mãe com o bebé, e as mães que não amamentam apresentam maior dificuldade em estabelecer envolvimento emocional;
4. As mães deprimidas/não deprimidas e os seus bebés poderão ser beneficiados pela amamentação, já que ficam mais relaxadas durante a amamentação em comparação com as mães que alimentam por biberão.

Quanto aos riscos da depressão na amamentação:

1. Mães deprimidas tendem a amamentar menos ou por menor tempo que as não deprimidas.
2. Gestantes deprimidas têm menos probabilidade de iniciar ou manter a amamentação em comparação com as que não apresentam sintomas depressivos.

A amamentação previne a DPP?: A presença de depressão durante a gravidez e pós- parto está inequivocamente associada à não amamentação e à DPP. As mães que não iniciaram ou não mantiveram a amamentação estão mais sujeitas à depressão durante o período pós-parto. Assim, a amamentação é um fator de proteção contra a DPP. Contudo os sintomas de depressão e a DPP funcionam como uma barreira à prática da amamentação.

Artigo 6 (publicado em 2012)

Título: “Breastfeeding in HIV Exposed Infants Significantly Improves Child Health: A Prospective Study”.

Autores: Gurpreet Kindra, Anna Coutsoudis, Francesca Esposito, Tonya Esterhuize.

Tipo de estudo: estudo prospectivo, quantitativo, analítico.

Nível de evidência: 3c.

Objetivo: analisar o impacto do modo de alimentação em vários índices maternos. Nos lactentes examinou-se o impacto sobre o crescimento, desenvolvimento e morbidade.

Participantes: 138 mulheres, das quais 75 estavam no grupo da alimentação com LA e 63 no grupo de amamentação durante um período de 9 meses.

Resumo do artigo: Não houve diferenças significativas entre os grupos com alimentação com LA e amamentação em termos hematológicas, imunológicas e alterações da composição corporal. Mães que amamentavam tiveram menos eventos de depressão. A amamentação foi associada com um impacto positivo no desenvolvimento infantil e menor incidência de diarreia e internamento nos primeiros três meses de vida. A amamentação não é prejudicial para a mãe na presença de infecção por VIH. Os autores alertam que as mães estão ainda a escolher inadequadamente a alimentação com LA apesar de serem informadas sobre os critérios AFASS (preço acessível, viável, acessível, sustentável e seguro). Assim, os autores apoiam a amamentação, sendo importante encorajar as mulheres infetadas pelo VIH que não

satisfazem os critérios AFASS para a alimentação com LA seguro, para ter a melhor possibilidade de sobrevivência livre de VIH.

A amamentação previne a DPP?: A amamentação parece ser protetora da saúde mental da mulher.

Artigo 7 (publicado em 2013)

Título: “Breastfeeding practices in mothers of high-respiratory-risk NICU infants: impact of depressive symptoms and smoking”.

Autores: Thomas F. Northrup, Susan H. Wootton, Patricia W. Evans, Angela L. Stotts.

Tipo de estudo: estudo transversal, exploratório, quantitativo.

Nível de evidência: 4b.

Objetivo: investigar as associações da amamentação com os sintomas depressivos e o tabagismo materno em mães de crianças com alto risco respiratório internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Participantes: 104 mães de bebés de alto risco respiratório, com menos de 1500g, ou com 12 horas ou mais de suporte ventilatório numa UCIN durante a hospitalização dos filhos após o parto. As mães eram fumadoras ou viviam com pelo menos um fumador atual.

Resumo do artigo: os dados sobre o aleitamento materno, depressão e tabagismo foram recolhidos por entrevista. Apesar dos múltiplos benefícios do aleitamento materno, muitas mães optam por não amamentar, especialmente aquelas de têm latentes em UCIN. Mães que relataram níveis mais elevados de sintomas depressivos são menos propensas a amamentar. Os autores referem que menores taxas de amamentação entre mães deprimidas e fumadoras de bebés internados em UCIN destacam a necessidade de rastreio e intervenção. Assim, os sintomas depressivos podem ser vistos como uma barreira para a iniciação e manutenção do aleitamento materno. Os autores referem que o aumento das taxas de aleitamento materno pode oferecer proteção a algumas mães contra os sintomas depressivos, pois as mães que pararam de amamentar apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos. A Amamentação e o tabagismo não foram significativamente associados, enquanto que a

combinação do tabagismo e de sintomas depressivos resultou nas mais baixas taxas de amamentação. Os resultados claramente demonstraram a necessidade da triagem da depressão e do tabagismo, e de intervenção junto das mães de bebês em UCIN para abordar as necessidades de saúde mental e cessação do tabagismo, num esforço para promover e aumentar o aleitamento materno.

A amamentação previne a DPP?: se a mulher estiver deprimida, tende a não ter sucesso a iniciar a amamentação ou a mantê-la. Por outro lado, o aleitamento materno pode oferecer proteção a algumas mães contra a DPP pois as mães que pararam de amamentar apresentam níveis mais elevados de DPP.

Artigo 8 (publicado em 2012)

Título: “Can hormones in breastfeeding protect against postnatal depression?”.

Autores: Fiona Donaldson-Myles.

Tipo de estudo: Revisão sistemática da literatura.

Nível de evidência: 3b.

Objetivos: explorar o possível papel psico-protetor das hormonas especificamente relacionadas com a lactação e analisar as evidências que ajudam a explicar por que as mães que amamentam parecem ter menor risco de DPP.

Resumo do artigo: Determinadas alterações endócrinas presentes nas mulheres que amamentam podem realmente ajudar a prevenir a DPP. Vários estudos têm apontado para a possibilidade de que os níveis elevados de prolactina protegem contra a DPP. A diminuição da prolactina revelou ser um dos preditores precisos de depressão, tal como foi a não-amamentação, o aumento da progesterona e o aumento da idade materna. Os níveis mais elevados de prolactina em mulheres que amamentam parecem atenuar os efeitos de stresse. A amamentação parece reduzir sentimentos de stresse e assim os pesquisadores especularam que a vaga de oxitocina na amamentação pode ser responsável por este efeito, agindo como um "antidepressivo endógeno" e chegaram a sugerir que, de acordo com a pesquisa sobre a oxitocina melhorar o vínculo mãe-filho, o sentimento positivo alcançado na sequência da

amamentação pode tornar-se uma profecia auto realizável na melhoria das percepções positivas do bebê. A amamentação exclusiva funciona como uma intervenção positiva natural para reduzir o risco de DPP, atenuando as respostas de stresse e reduzindo a resposta inflamatória do corpo.

A amamentação previne a DPP?: Este estudo mostra que há evidência cientificamente credível para apoiar a proposição de que a amamentação ajuda a proteger contra DPP.

Artigo 9 (publicado em 2012)

Título: “Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Non-breastfeeding Mothers”.

Autores: Ashraf Tashakori, Azadeh Zamani Behbahani, Reza Davasaz Irani.

Tipo de estudo: estudo de caso-controle descritivo-analítico.

Nível de evidência: 3d.

Objetivo: comparar a prevalência de sintomas de DPP entre mães que amamentavam e mães que não amamentavam.

Participantes: 4 centros de saúde foram selecionados aleatoriamente para o estudo no ano de 2009. No início, 78 mães que não amamentavam aos 2 meses pós-parto foram recrutadas e, em seguida, 78 mães que amamentavam foram recrutadas por meio de amostra aleatória. Estas mulheres foram reavaliadas aos 6 meses pós-parto. Foram usados questionários demográficos e obstétricos e usada a escala de DPP de Edinburgh.

Resumo do artigo: Neste estudo, a prevalência de sintomas de DPP nas mães que não amamentavam foi significativamente maior do que nas mães que amamentavam às oito semanas após o parto. Assim, há uma provável associação entre não amamentar e os sintomas depressivos entre as mães. Os autores referem que a razão mais comum da não amamentação foi o sentimento subjetivo de ter fraco leite e o baixo peso do Recém-nascido (RN). Assim, preocupar-se com o bebê ou com a lactação pode estar relacionada com a depressão. O aleitamento materno aumenta a taxa da atividade parassimpática/simpática entre as mães, enquanto uma mudança inversa ocorre com a alimentação por biberão. Além disso, o

aleitamento materno aumenta a ligação materno-infantil pela secreção de oxitocina e, conseqüentemente, pode levar a um menor nível de angústia. As mães deprimidas e os seus bebês estão mais relaxados durante o aleitamento materno do que com LA. Esta descoberta apoia a necessidade do rastreio da saúde mental nas mães que não amamentam e das mães que decidem interromper o aleitamento materno exclusivo, e a encorajar a continuação do aleitamento materno para prevenir ou diminuir os sintomas depressivos.

A amamentação previne a DPP?: o aleitamento materno e a DPP podem ter uma relação de reciprocidade. As mães com DPP podem não iniciar ou continuar o aleitamento materno ou fazê-lo exclusivamente. Por outro lado, as mães que não amamentam podem experimentar níveis mais elevados de DPP, enquanto mulheres que amamentam tendem a ter menos sintomas depressivos.

Artigo 10 (publicado em 2014)

Título: “Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais”

Autores: Mariana Campos Martins Machado, Karine Franklin Assis, Fabiana de Cássia Carvalho Oliveira, Andréia Queiroz Ribeiro, Raquel Maria Amaral Araújo, Alexandre Faisal Cury, Silvia Eloisa Priore, Sylvia do Carmo Castro Franceschini.

Tipo de estudo: Estudo longitudinal baseado em coorte de nascimentos.

Nível de evidência: 4d.

Objetivo: Avaliar os determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo.(AME).

Participantes: Acompanhamento de 168 puérperas de outubro de 2011 a abril de 2012. Foram realizadas 3 entrevistas com as puérperas aos 30, 60 e 120 dias após o parto.

Resumo do artigo: Todas as puérperas do estudo foram incentivadas e orientadas a amamentar exclusivamente os seus bebês até o 6º mês. Os autores apontam a necessidade de identificar e tratar precocemente as mulheres com sintomatologia depressiva, de modo a reduzir a morbidade a ela associada e a promover uma melhor qualidade de vida para as mulheres, além de promover uma maior duração do AME.

Como determinantes do abandono do AME:

1. As únicas variáveis que permaneceram como preditoras do abandono do AME aos 2 meses pós-parto foram os sintomas de DPP e o parto traumático, indicando que a vulnerabilidade emocional é um importante fator de risco nesse período.
2. As taxas de abandono do AME entre as mães com sintomas depressivos foram visivelmente superiores àquelas sem sintomas de DPP em todos os meses avaliados. As hipóteses de mães com sintomas depressivos ou stresse manterem o aleitamento materno ou AME são reduzidas entre as quatro e as dezasseis semanas após o parto.
3. As mães com menor escolaridade e que não receberam orientações sobre a amamentação abandonaram mais frequentemente o AME 4 meses após o parto.
4. A taxa de aleitamento materno e AME declinam rapidamente quando a mulher volta a trabalhar.
5. O fato da reação imediata da mãe com a notícia da gestação ter sido diferente de “contente” também foi preditor do abandono do AME aos 4 meses.
6. As mulheres que não recebem ajuda do companheiro nos cuidados com a criança também interromperam precocemente o AME.

A amamentação previne a DPP?: Neste estudo, a DPP é um preditor do abandono do AME, não estando associada a relação inversa da amamentação na DPP.

Artigo 11 (publicado em 2014)

Título: “Dispelling Myths to Support Breastfeeding in Women With Postpartum Depression”.

Autores: Tonia Olson e Angela Bowen.

Tipo de estudo: estudo descritivo com recurso à Revisão da literatura.

Nível de evidência: 3b.

Objetivo: acabar com os mitos e fornecer à equipe de enfermagem da linha de frente, evidências atuais sobre a realidade da amamentação com a DPP.

Resumo do artigo: Este artigo usou evidências da literatura para dissipar 3 mitos sobre a amamentação e a depressão, e oferece sugestões práticas para os enfermeiros poderem apoiar o aleitamento materno nas mulheres que têm ou estão em risco de depressão.

Mito 1: A Amamentação causa DPP - Pensa-se atualmente que a amamentação não causa, mas sim protege contra a depressão materna, e que a interrupção do aleitamento materno precoce pode ser um fator de risco para o aumento da depressão e da ansiedade. As autoras referem quatro motivos pelos quais a amamentação protege o estado de espírito materno:

1. A oxitocina, a hormona responsável pelo reflexo de descida do leite na amamentação, aumenta o relaxamento materno e infantil, fascinação, reconhecimento facial e comportamentos de cuidado maternos.
2. O aleitamento materno regula as respostas inflamatórias comuns no pós-parto e protege o estado de humor materno.
3. A amamentação protege contra a DPP, mantendo os retinoides endógenos da mulher abaixo dos níveis onde os transtornos do humor, incluindo a depressão e o suicídio, têm sido ligados.
4. A decisão da mãe alimentar por biberão obriga a hormona natural e as respostas neuro endócrinas do parto (especificamente a lactação) a parar. Assim, a mãe experimenta sintomas de depressão semelhantes ao que uma mulher pode experimentar após a perda de um filho.

Mito 2: Não é seguro tomar medicamentos para a depressão durante a amamentação - os antidepressivos mais recentes passam para o LM em pequenas quantidades e não foram associados com graves efeitos adversos na criança. Os riscos associados com a não amamentação e a utilização de LA são realmente muito maiores para as crianças e devem ser considerados.

Mito 3: mulheres que amamentam sofrem de privação do sono e, portanto, estão em maior risco de depressão - a alimentação com LA não tende a levar à melhoria do sono por causa do impacto negativo que tem na produção e secreção de prolactina na mãe. A Prolactina é a hormona primária responsável pelo fornecimento de leite e também está envolvida na promoção do sono profundo em adultos. As mulheres que não amamentam exclusivamente foram mais propensas a ter sono perturbado e, finalmente, DPP.

A amamentação previne a DPP?: Segundo este artigo, a amamentação protege a mulher da DPP.

Artigo 12 (publicado em 2013)

Título: “Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?”.

Autores: Jennifer Hahn-Holbrook, Martie G. Haselton, Christine Dunkel Schetter, Laura M. Glynn.

Tipo de estudo: estudo longitudinal, prospetivo, analítico.

Nível de evidência: 3e.

Objetivo: examinar a relação entre a amamentação e a sintomatologia depressiva.

Participantes: 205 mulheres acompanhadas nas consultas pré-natais aos 3, 6, 12 e 24 meses após o nascimento dos filhos.

Resumo do artigo: Consistente com pesquisas anteriores, as mulheres com sintomatologia depressiva pré-natal desmamaram os seus filhos em média 2 a 3 meses mais cedo, do que as mulheres sem essa sintomatologia. Ainda segundo este estudo, as mulheres que amamentaram exclusivamente até aos 3 meses pós-parto apresentaram maiores quedas subsequentes na sintomatologia depressiva ao longo do tempo, em comparação com as mulheres que não amamentaram frequentemente, resultando em níveis mais baixos absolutos de sintomatologia de DPP aos 24 meses pós-parto.

A amamentação previne a DPP?: Os resultados deste estudo são consistentes com uma associação bidirecional entre a amamentação e a depressão: a depressão pré-natal prevê menos amamentação logo após o nascimento e a amamentação prevê declínio da depressão materna até aos 2 anos após o nascimento.

Artigo 13 (publicado em 2015)

Título: “New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women’s Intentions”.

Autores: Cristina Borra, Maria Iacovou e Almudena Sevilla.

Tipo de estudo: análise de dados longitudinais.

Nível de evidência: 4d.

Participantes: 14541 mulheres grávidas com dados da pesquisa britânica, “Avon Longitudinal Study of Parents and Children”. As mulheres eram recrutadas durante a consulta médica, e os dados colhidos através do preenchimento de questionários realizados a ambos os pais em quatro momentos na gravidez e no pós-parto.

Objetivo: identificar o efeito causal do aleitamento materno sobre a DPP.

Resumo do artigo: neste estudo, múltiplas variáveis e regressões logísticas foram realizadas para investigar os efeitos do aleitamento materno sobre a saúde mental das mães às 8 semanas, 8, 21 e 32 meses após o parto. A estimativa do efeito da amamentação sobre a DPP diferia consoante as mulheres que tinham planeado amamentar os seus bebés, e por terem mostrado sinais de depressão durante a gravidez. Para as mães que não estavam deprimidas durante a gravidez, o menor risco de DPP foi encontrado entre as mulheres que tinham planeado amamentar, e que tinham realmente amamentado os seus bebés. O maior risco foi encontrado entre as mulheres que tinham planeado amamentar e não amamentaram. Concluiu-se então que o efeito da amamentação na depressão materna é extremamente heterogênea, sendo mediada tanto pela intenção em amamentar como pela saúde mental das mães durante a gravidez. Os resultados sublinham a importância de fornecer apoio especializado sobre a amamentação às mulheres que querem amamentar; mas também, de prestar apoio compassivo às mulheres que tiveram intenção em amamentar, mas que se encontram incapazes de o fazer. As autoras descobriram também que os efeitos benéficos da amamentação foram mais fortes às 8 semanas após o nascimento, e que a associação foi mais fraca dos 8 meses em diante. A mais importante descoberta refere-se à maioria das mães não deprimidas durante a gravidez, e que planearam amamentar os seus bebés. Para essas mães, a amamentação planeada diminuiu os riscos de DPP, enquanto não ser capaz de amamentar conforme planeado aumentou os riscos.

A amamentação previne a DPP?: o efeito protetor da amamentação é mediado tanto pela intenção em amamentar como pela saúde mental das mães durante a gravidez. A

amamentação apenas foi protetora para as mães que pretendiam amamentar e realmente o conseguiram fazer e para as mães não deprimidas durante a gravidez.

Artigo 14 (publicado em 2014)

Título: “Does breastfeeding affect maternal postpartum mood?”.

Autores: Cheng Man-Wai.

Tipo de estudo: estudo transversal, qualitativo.

Nível de evidência: 4b

Participantes: 600 mães com dados recuperados do “Maternal and Child Health Centres”.

Objetivo: avaliar a associação entre a amamentação e os sintomas depressivos no pós-parto na população chinesa.

Resumo do artigo: Os resultados reiteram as vantagens do aleitamento materno e justificam os esforços mais intensos na sua promoção e proteção. Os dados sugerem que a situação de AME está associada com um menor risco de sintomas depressivos no pós-parto. As mães que estão em aleitamento parcial são associadas ao aumento do risco de desenvolver DPP. A partir da hipótese de que a amamentação é protetora contra a DPP, seria de esperar que a amamentação parcial (leite materno juntamente com outro suplemento), embora não exclusiva, também fosse ter algum efeito protetor contra a DPP. Este resultado deve ser devido à diluição do efeito da amamentação parcial. Realizando uma comparação entre mães com "aleitamento materno não exclusivo", e mães com "aleitamento materno exclusivo" as primeiras foram associadas a maior probabilidade de resultado positivo na avaliação da DPP de Edinburgh. O estado de amamentação exclusiva mostrou menor associação significativa consistente com sintomas depressivos maternos no pós-parto. Isto sugere a associação entre a amamentação exclusiva e a diminuição dos sintomas depressivos no pós-parto na população chinesa local. Os resultados deste estudo mostraram ainda:

1. Mães com pouca escolaridade tiveram menos probabilidade de serem rastreadas positivamente na escala de depressão, em comparação com as mães com nível de ensino superior.

2. O sexo feminino do bebê parece ter associação positiva com os resultados na escala de DPP. Isso pode estar relacionado com as tradições da sociedade chinesa que os meninos são mais apreciados pela família, aumentando a probabilidade destas mães de desenvolver sintomas depressivos.

3. Viver com outros membros da família, além do casal, parece ser protetor contra a DPP, mostrando a importância do apoio da família durante a fase do pós-parto.

4. As mães que pretendiam amamentar exclusivamente, e fossem bem-sucedidas na manutenção do AME das 6 às 8 semanas após o parto, foram associadas com sintomas depressivos mais baixos no pós-parto, em comparação com aquelas que não conseguiram manter o AME.

A amamentação previne a DPP?: Neste estudo concluiu-se que o AME foi associado com menos sintomas depressivos maternos no pós-parto, em comparação com o aumento dos sintomas depressivos no caso do abandono do AME. Apesar destes resultados de prevenção da DPP, os resultados também indicaram que os sintomas depressivos estão aumentados no caso do aleitamento materno não ser exclusivo.

Artigo 15 (publicado em 2011)

Título: “Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates”.

Autores: Aisha Hamdan e Hani Tamim.

Tipo de estudo: estudo longitudinal, prospectivo.

Nível de evidência: 4b.

Participantes: 137 mulheres grávidas. Os dados foram recolhidos durante o 2º e 3º trimestres de gravidez e depois aos 2 e 4 meses pós-parto.

Objetivo: investigar os fatores de risco e de proteção da DPP em mulheres de Sharjah, nos Emirados Árabes Unidos.

Resumo do artigo: Os dados foram recolhidos por entrevista nos seguintes momentos: 2º trimestre de gravidez (4º, 5º ou 6º mês), 3º trimestre de gravidez (7º, 8º, ou 9º mês), e depois aos 2 e 4 meses do pós-parto. As seguintes variáveis foram consideradas preditoras de DPP: a depressão durante a gravidez em ambos os 2º e 3º trimestres (a depressão durante a gravidez pode transitar para a fase pós-natal.), número de crianças, religião e o uso de LA na alimentação dos bebês. Mulheres que trabalhavam fora de casa eram mais propensas a ter valores de DPP mais elevados do que as mulheres que estavam desempregadas. As mulheres que planeavam voltar ao trabalho tiveram menores valores na escala de DPP de Edinburgh e eram menos propensas a ter DPP. Nem a ansiedade nem o número de eventos estressantes foram considerados fatores de risco neste estudo. A amamentação foi apontada como um fator protetor contra a DPP, enquanto a alimentação com LA foi considerado um fator de risco. É importante notar que a direção da influência pode ser no sentido oposto, já que a depressão afeta a decisão de uma mãe amamentar, ou seja, elas seriam mais propensas a deixar de amamentar devido à depressão.

Este estudo revela a necessidade de realizar rastreio às mulheres na fase pré-natal, bem como na fase pós-natal.

A amamentação previne a DPP?: Os resultados deste estudo apontam para a importância de aleitamento materno, sendo considerado protetor contra a DPP. Também pode ter influência inversa, com a DPP a influenciar a amamentação.

3. Apresentação dos resultados

De acordo com esta revisão integrativa da literatura, a maioria dos estudos selecionados identifica a amamentação como sendo preventiva da DPP. Dos quinze artigos, doze destacam a importância da amamentação para a saúde mental da puérpera e conseqüentemente para a diminuição das hipóteses de desenvolver DPP.

Apesar de maioritariamente em doze artigos se ter demonstrado as vantagens psicológicas da amamentação, cinco destes artigos identificam-na também como sendo um fator de risco para a DPP.

Dos artigos selecionados para esta revisão da literatura, apenas um estudo não encontrou uma associação clara entre a amamentação e a DPP.

3.1. A Amamentação como fator protetor da DPP

Seis estudos descrevem os vários benéficos da prática da amamentação, sobretudo para a saúde mental da nova mãe, sendo considerada como fator de proteção da DPP. Os autores referem que existe evidência cientificamente credível para apoiar a proposição de que a amamentação ajuda a proteger a mulher da depressão no período pós-parto.

A amamentação é assim vista como uma intervenção natural positiva para reduzir o risco de DPP, atenuando as respostas de stresse e reduzindo a resposta inflamatória do corpo (Donaldson-Myles, 2012).

Northrup et al (2013) realçam a importância em aumentar as taxas do aleitamento materno para prevenir os sintomas depressivos, pois as mulheres que haviam interrompido a amamentação, apresentavam mais eventos depressivos.

No seu estudo, Tashakori et al (2012) acreditam existir uma provável associação entre não amamentar e a existência de sintomas depressivos na mulher após o nascimento do seu filho.

Haga et al (2012) consideram a amamentação como um fator protetor quando a mulher tiver elevada autoeficácia na amamentação, isto é, se tiver confiança durante o ato de amamentar, a amamentação será protetora contra a DPP, pois estas mulheres tendem a ter pontuações mais baixas na escala de DPP de Edinburgh. Assim, os autores sugerem que aumentar a sensação de autoeficácia na amamentação da nova mãe pode ser importante na tentativa de prevenir os sintomas depressivos no pós-parto.

Gregory et al (2015) relatam que existe uma associação entre as expectativas satisfeitas da mulher na amamentação e os sintomas depressivos, já que as mulheres que amamentaram o tempo que haviam planeado não eram associadas a sintomas de DPP.

Três artigos realçam como prevenção da DPP o facto de a mulher amamentar exclusivamente o filho como havia planeado durante a gestação. Não seria apenas necessário planejar, mas também ser bem-sucedida no cumprimento desse objetivo pessoal. Assim, as expectativas concretizadas da amamentação exclusiva são um forte fator protetor para essas mulheres. Ainda segundo Man-Wai (2014), as mulheres que pretendiam amamentação exclusivamente e fossem bem-sucedidas na sua manutenção das 6 às 8 semanas pós-parto, foram associadas a sintomas depressivos mais baixos na fase puerperal.

Encontrou-se também evidências de que com a amamentação exclusiva até aos três meses, a mulher tende a apresentar maiores quedas na sintomatologia depressiva ao longo do tempo (Hahn-Holbrook et al, 2013).

Resumindo os resultados encontrados, a amamentação fornece uma ampla quantidade de benefícios para a mãe:

1. As hormonas lactogênicas (ocitocina e prolactina) estão associadas a efeitos antidepressivos e calmantes, tendo assim um efeito protetor sobre a saúde psicológica materna pois atenua as respostas ao stresse, ajuda a sentir-se menos cansada e melhora a autoeficácia da mãe, uma condição inversamente associada à DPP;

2. A amamentação regula os padrões do sono e vigília da mãe e do filho;
3. A amamentação reduz a probabilidade de temperamento reativo do bebê;
4. A amamentação ajuda no envolvimento emocional da mãe com a criança pela secreção de oxitocina e, conseqüentemente, levando a um menor nível de angústia;
5. A amamentação beneficia as mães deprimidas e as mães não deprimidas e os seus bebês, já que ambos ficam mais relaxados durante a amamentação em comparação com as mães que alimentam com leite artificial;
6. A amamentação aumenta a taxa da atividade parassimpática/simpática entre as mães, enquanto uma mudança inversa ocorre com a alimentação com leite artificial.
7. A amamentação exclusiva funciona como uma intervenção positiva natural para reduzir o risco de DPP, atenuando as respostas de stresse e reduz a resposta inflamatória do corpo, protegendo desta forma o estado de humor materno;
8. A amamentação mantém os retinoides endógenos da mulher abaixo dos níveis onde os transtornos do humor, incluindo a depressão e o suicídio, têm sido associados;
9. A amamentação é protetora nas mães que não se encontravam deprimidas durante a gravidez, que tinham como intenção amamentar os seus filhos, e que realmente haviam conseguido fazê-lo. Conclui-se então que o efeito da amamentação na depressão materna é extremamente heterogêneo, sendo mediado tanto pela intenção em amamentar (expectativas satisfeitas), como pela saúde mental das mães durante a gravidez.
10. Para as mães não deprimidas, a amamentação planejada diminuiu os riscos de DPP;
11. As mães com elevada autoeficácia na amamentação tendem a ter baixas pontuações na escala de DPP.

3.2. A Amamentação como fator de risco da DPP

A amamentação foi descrita como fator de risco em cinco artigos. No estudo realizado por Stuebe et al (2013), o aleitamento materno exclusivo às 2 semanas foi associado a um aumento de sintomas depressivos às 8 semanas.

Como mencionado por Borra et al (2015), as mulheres que não foram capazes de amamentar como haviam planejado, viram aumentados os sintomas de depressão.

Man-Wai (2014) também concluiu que os sintomas depressivos estão aumentados no caso do aleitamento materno não ser exclusivo ou quando a mulher não conseguiu amamentar exclusivamente conforme havia planejado.

Haga et al (2012) consideram a amamentação como um fator protetor quando a mulher tiver elevada autoeficácia na amamentação. Contudo, terá uma relação inversa se a mulher não tiver confiança na maneira como está a amamentar o seu filho.

Gregory et al (2015) relatam que as expectativas não satisfeitas das mães para a amamentação podem contribuir para a falta de aleitamento materno e conseqüentemente para a sintomatologia depressiva no pós-parto.

Resumindo os riscos da amamentação para a DPP:

1. A interrupção precoce da amamentação pode ser um fator de risco para o aumento da depressão e da ansiedade;
2. Maior risco de DPP entre as mulheres que tinham planejado amamentar e não conseguiram fazê-lo, tornando o não cumprimento das expectativas da amamentação um fator de risco;
3. As mães que se encontram em aleitamento materno parcial têm risco aumentado de desenvolver DPP, sendo provavelmente devido à diluição do efeito da amamentação parcial;
4. Um estudo verificou que o aleitamento materno exclusivo às 2 semanas foi associado ao aumento de sintomas depressivos na avaliação das 8 semanas.

3.3. A DPP como fator de risco para a amamentação

A relação entre a Amamentação e a DPP pode ter influência inversa, já que segundo oito estudos, a DPP foi descrita como sendo preditora do abandono da amamentação ou foi mesmo considerada uma barreira ao seu início.

A DPP interfere com a decisão da mãe amamentar, já que uma mulher deprimida tende a não iniciar ou mesmo manter a amamentação ou a fazê-lo exclusivamente.

Os autores destes trabalhos também associam que as mulheres com sintomatologia depressiva pré-natal deixam de amamentar em média 2 a 3 meses mais cedo que as mulheres que não haviam estado deprimidas na gravidez (Hahn-Holbrook et al, 2013), e que têm maior risco de desenvolver DPP após o nascimento dos filhos (Borra et al, 2015).

Resumindo os riscos da depressão na amamentação:

1. As mães deprimidas tendem a amamentar menos ou por menor tempo que as não deprimidas (um estudo relata que deixaram de amamentar os seus filhos em média 2 a 3 meses mais cedo, do que as mulheres sem essa sintomatologia);
2. As grávidas deprimidas têm menos probabilidade de virem a iniciar ou manter a amamentação em comparação com as que não apresentam sintomas depressivos;
3. As mães que não amamentam apresentam maior dificuldade em estabelecer um envolvimento emocional com a criança.

Na tabela 1 descrevemos resumidamente os resultados da relação entre a Amamentação e a DPP.

Artigo	A amamentação como fator preventivo da DPP	A amamentação como fator de risco da DPP	A DPP influencia a amamentação
1	Se a mulher tiver elevada autoeficácia na amamentação (confiança durante amamentação), a amamentação será preventiva contra a DPP, pois estas mulheres tendem a ter pontuações mais baixas na escala de DPP de Edinburgh.	Se a mulher não tiver confiança na maneira como está a amamentar o seu filho, eleva as hipóteses de ter DPP.	
2	Se a mulher amamentar o filho como havia planeado na fase pré-natal, a amamentação não foi associada com sintomas de DPP.	Se a mulher planear ser capaz de amamentar durante um certo período de tempo, e não for capaz de o fazer, as hipóteses de ter DPP aumentam.	
3		O AME às 2 semanas foi associado ao aumento de sintomas depressivos na avaliação das 8 semanas.	A DPP interfere com a amamentação bem-sucedida.
4	Não foi encontrada nenhuma evidência clara da associação entre a amamentação e a DPP.		
5	Este estudo descreve que a amamentação fornece uma ampla quantidade de benefícios tanto para a criança como para a mãe, muitos dos quais ajudam a mulher a evitar a DPP. Assim, a amamentação é um		Os sintomas de depressão e a DPP funcionam como uma barreira à prática da amamentação. - A presença de depressão durante a gravidez e o pós-parto

	fator de proteção.		está inequivocamente associada à não amamentação e à DPP.
6	Mães que amamentavam tiveram menos eventos de depressão. - A amamentação parece ser protetora para a saúde mental da mãe.		
7	O aumento das taxas de aleitamento materno pode oferecer proteção a algumas mães contra os sintomas depressivos, pois as mães que pararam de amamentar apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos.		Se a mulher estiver deprimida, tende a não ter sucesso a iniciar a amamentação ou a mantê-la. Assim, a DPP pode ser considerada como uma barreira para a amamentação.
8*	Este estudo mostra que há evidência cientificamente credível para apoiar a proposição de que a amamentação ajuda a proteger contra DPP: - A amamentação exclusiva funciona como uma intervenção positiva natural para reduzir o risco de DPP.		
9	As mulheres que amamentam tendem a ter menos sintomas depressivos.		As mães com DPP podem não iniciar ou manter o aleitamento

	<p>A prevalência de sintomas de DPP nas mães que não amamentavam foi significativamente maior do que nas mães que amamentavam às 8 semanas após o parto. Portanto, há uma provável associação entre não amamentar e os sintomas depressivos.</p> <p>- As mães deprimidas e os seus bebês estão mais relaxados durante o aleitamento materno do que com o biberão.</p>		<p>materno ou fazê-lo exclusivamente.</p>
<p>10</p>			<p>Neste estudo a DPP foi considerada preditor do abandono do AME, indicando que a vulnerabilidade emocional é um importante fator de risco no período pós-parto.</p> <p>- As hipóteses de mães com sintomas depressivos ou stresse manterem o aleitamento materno ou AME são reduzidas entre as 4 e as 16 semanas após o parto.</p>

11	<p>Pensa-se atualmente que a amamentação não causa, mas sim, protege contra a depressão materna, e que a interrupção do aleitamento materno precoce pode ser um fator de risco para o aumento da depressão e da ansiedade no pós-parto.</p>		
12	<p>As mulheres que amamentaram exclusivamente até aos 3 meses após o parto apresentaram maiores quedas subsequentes na sintomatologia depressiva ao longo do tempo, em comparação com as mulheres que não amamentaram frequentemente, resultando em níveis mais baixos absolutos de sintomatologia de DPP aos 24 meses pós-parto.</p>		<p>As mulheres com sintomatologia depressiva pré-natal deixaram de amamentar os seus filhos em média 2 a 3 meses mais cedo, do que as mulheres sem essa sintomatologia.</p>
13	<p>A amamentação apenas foi protetora para as mães que pretendiam amamentar e realmente o conseguiram fazer, e para as mães não deprimidas durante a gravidez.</p> <p>- Os efeitos benéficos da</p>	<p>- A mulher não sendo capaz de amamentar conforme tinha planeado aumenta os riscos de ter DPP.</p>	<p>Mulheres deprimidas durante a gravidez têm risco de desenvolver DPP.</p>

	amamentação foram mais fortes às 8 semanas após o nascimento.		
14	<p>O AME foi associado com menos sintomas depressivos maternos no pós-parto, em comparação com o aumento dos sintomas depressivos no caso do abandono do AME. As mães que pretendiam amamentar exclusivamente, e fossem bem-sucedidas na manutenção do AME das 6 às 8 semanas após o parto, foram associadas com sintomas depressivos mais baixos no pós-parto.</p>	<p>Os sintomas depressivos estão aumentados no caso do aleitamento materno não ser exclusivo. Mães que pretendiam amamentar exclusivamente e não o conseguiram fazer, foram associadas com sintomas depressivos mais altos.</p>	
15	<p>- Os resultados deste estudo apontam para a importância do aleitamento materno, sendo considerado protetor contra a DPP.</p>		<p>O aleitamento materno também pode ter influência inversa, já que a DPP afeta a decisão de uma mãe amamentar, ou seja, elas são mais propensas a abandonar o aleitamento materno por se encontrarem deprimidas.</p>

Tabela 6- Descrição dos resultados da relação entre a amamentação e a DPP.

4. Discussão dos resultados

A prática da amamentação tornou-se um grande desafio para a mulher na atual sociedade. A evolução e estrutura organizacional da sociedade, a entrada das mulheres para o mundo laboral e a perda da família alargada (avós, pais, tios, filhos e primos a coabitar no mesmo domicílio) fizeram da amamentação um processo exaustivo para a nova mãe.

Atualmente muito é exigido a esta mãe. Terá de ser capaz de responder às necessidades do seu bebé, manter as suas atividades domésticas, ser esposa, mulher e ainda manter uma atividade profissional, nem que para isso tenha de dispensar o seu merecido descanso e abandonar a prática de atividades que até então lhe agradavam.

Assim, o período do pós-parto é considerado um período de perigo para a puérpera, e é muito usual surgir a DPP, assim como outras alterações psicológicas.

Este trabalho pretendeu descobrir se existia uma relação benéfica no ato de amamentar sobre a saúde mental materna num período tão crítico como o período do pós-parto. Inicialmente foi colocada a hipótese de que a amamentação de facto teria um papel preventivo contra a DPP. Consideramos que no global essa hipótese foi apoiada na literatura. Contudo, a literatura também mostra que a relação entre a amamentação e a DPP não está totalmente clara.

Se de acordo com muitos estudos, a amamentação demonstrou ser de facto preventiva contra os sintomas depressivos e consequentemente contra a DPP, outros fazem a ligação inversa desta relação, com a amamentação a ser um fator de risco da DPP. Também encontramos evidências de que a DPP é uma barreira ao início e manutenção do aleitamento materno.

É importante notar que a direção da influência pode ser no sentido oposto, já que a depressão afeta a decisão de uma mãe amamentar, ou seja, elas seriam mais propensas a deixar de amamentar devido à depressão.

A premissa de que as mulheres que amamentam são menos propensas a ter DPP tem mais apoio na literatura existente do que a relação inversa. Dos quinze artigos selecionados para esta revisão, doze reconhecem a importância da amamentação como fator de prevenção, enquanto sete referem que a DPP influencia a mulher na decisão de amamentar. Também existem cinco artigos que descrevem a amamentação como fator de risco da DPP.

Assim podemos concluir que existe uma provável associação entre não amamentar e os sintomas depressivos entre as mães. O aumento das taxas de aleitamento materno pode oferecer proteção a algumas mães contra os sintomas depressivos, pois as mães que pararam de amamentar apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos.

Os resultados desta revisão integrativa da literatura sublinham a importância de fornecer apoio especializado sobre a amamentação às mulheres que têm o objetivo de amamentar; mas também, de prestar apoio compassivo às mulheres que tiveram intenção em amamentar, mas que depois não foram capazes de o fazer. Também é necessário realizar rastreio às mulheres na fase pré-natal, bem como na fase pós-natal.

A nossa pesquisa demonstra a necessidade de investigação adicional para ambos os caminhos causais que ligam a amamentação e a DPP, especialmente tendo em conta que a amamentação traz benefícios substanciais para a saúde infantil, e a depressão materna tem consequências negativas tanto para a saúde materna como para a saúde infantil.

5. Considerações finais

Como objetivo geral definimos a obtenção de evidências científicas no sentido de compreender se a amamentação teria efeito preventivo contra a DPP. São descritos vários benefícios da amamentação, os quais terão um efeito preventivo contra a DPP.

Perante os resultados obtidos, constata-se que, apesar das inúmeras vantagens da amamentação, também são descritos riscos da amamentação, assim como os sintomas depressivos no pós-parto afetam a decisão da mulher amamentar ou mesmo manter a amamentação.

Uma mulher informada e apoiada acerca da amamentação, será capaz de se sentir confiante do seu novo papel, e assim passar por uma experiência única, e sentir-se mais ligada ao seu filho, disfrutando muito mais do momento de ser mãe.

É essencial que haja um investimento constante por parte da equipa de saúde. Este investimento será iniciado durante o processo do planeamento do casal para a gravidez, e manter-se-á ao longo da gravidez, parto e pós-parto. Será fundamental saber quais as vontades e expectativas da mulher, para que assim o profissional de saúde consiga apoiar e encorajar a mulher a atingir os seus objetivos.

Apesar da importância dos Enfermeiros durante a gravidez e nascimento, a vontade da mulher prevalecerá, não sendo benéfico que seja forçada a amamentar, caso não o deseje, ou não se encontre capaz de o fazer.

Como limitação deste estudo, referimos a grande quantidade de textos encontrados que não cumpriram os critérios definidos inicialmente, já que alguns artigos não eram originais e não se encontravam disponíveis para download. Temos consciência que alguns desses trabalhos seriam muito úteis para reforçar os resultados da nossa revisão.

5.1. Recomendações para a prática

O EESMO tem um papel privilegiado. Este papel começa ainda durante o planeamento da gravidez, mantendo-se durante o acompanhamento da mesma e no pós-parto, na identificação de situações de risco e no planeamento de intervenções ou encaminhamento das mesmas.

De acordo com a nossa investigação, a amamentação é de facto preventiva contra a DPP. Sendo assim, é fundamental investir no seu início e manutenção.

Durante as consultas de vigilância os Enfermeiros deverão encorajar o início ou a continuação do aleitamento materno para prevenir ou diminuir os sintomas depressivos. Contudo, se a vontade da mulher é a de não amamentar, apesar de esclarecida acerca de todas as vantagens que a amamentação fornece, estas deverão ser apoiadas nesta decisão, e vigiadas durante o período pós-parto.

Os cursos de preparação para o parto e parentalidade serão outra intervenção promotora da saúde mental materna, já que se inclui o companheiro e se esclarecem as mais diversas dúvidas, para assim ajudar a que a transição para a maternidade seja o mais calma possível.

Torna-se também fundamental a realização de rastreios da saúde mental das mães que não amamentam e das mães que decidem interromper o aleitamento materno exclusivo e a encorajar a continuação do aleitamento materno para prevenir ou diminuir os sintomas depressivos.

As visitas domiciliárias realizadas pelo EESMO, durante o primeiro mês do puerpério, seriam uma intervenção preventiva da DPP. Esta visita teria como objetivos o reconhecimento precoce dos sintomas de depressão, apoio à amamentação e a referenciação para um acompanhamento especializado na área da saúde mental quando necessário.

Também consideramos fundamental que mesmo no domicílio as mães se sintam apoiadas pelo EESMO. Assim, consideramos que seria benéfico que as mães pudessem ter disponíveis consultas através do telefone. A criação dos “cantinhos da amamentação” nos centros de saúde com conselheiros da amamentação, deverá ser considerada.

E por último entendemos que o melhor período para se iniciar a sensibilização para a amamentação é aquando da puberdade, quando não puder ter sido realizada durante a infância, no seio da família. A formação para a saúde sexual e reprodutiva realizada nas escolas requer profissionais com formação especializada (EESMO) que sensibilizem as raparigas e os rapazes para a importância e benefícios da amamentação. Pela sua importância entendemos que estes profissionais são os que estão melhor preparados para esta capacitação.

6. Referências bibliográficas

American Psychological Association (2008) – Depresión Postparto, disponível em:

www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression-spanish.pdf;

American Psychiatric Association (2013) – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais, DSM -5.5ª Edição. editora Artmed. Download disponível em

<http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld->

[file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf](http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf);

Borra, Cristina; Iacovou, M.; Sevilla A. (2015). “New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women’s Intentions”.

Matern Child Health Journal;

Botelho, L.L.R.; Cunha, C.C.A.; Macedo M.(2011) – “O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais”. Revista eletrônica Gestão e Sociedade. Belo Horizonte.

Volume 5. Número 11, P. 121-136. Maio/Agosto 2011.ISSN 1980-5756;

Cantilino, A., Zambaldi, C.F., Everton Botelho Sougey, E. B., Jr. J. R. (2010) – “Transtornos psiquiátricos no pos-parto”. Rev Psiquiátr. 2010;37(6):278-84;

Centro de Documentação e Informação e Coordenação da Unidade de Investigação (2014).

“Guia orientador de Trabalhos escritos”, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, disponível em <http://www.essv.ipv.pt/index.php/investigacao/unicise;>

Chowdhury, R.; Sinha, B.; Sankar, M. J.; Taneja, S.; Bhandari, N.; Rollins, N.; Bah, R. Martines, J. (2015) - “Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis”. *Acta Pædiatrica*, pp.96 –113;

Cooper, P., Murray, Lynne Murray, Hhalligan, Sarah (2010) – “Tratamento da depressão pós-parto”. *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância*. Maio 2010;

Direção Geral da Saúde (2005) . “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde” – Lisboa;

Donaldson-Myles, F. (2012). “Can hormones in breastfeeding protect against postnatal depression?”. *British Journal of Midwifery* . Fevereiro. Volume 20, Número 2;

Ercole, F. F.; Melo, L. S.; Alcoforado, C. L. G. C. (2014). “Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática”*Rev Min Enferm*. janeiro/março;

Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. (2013). “Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review”. *J Pediatr (Rio J)*.89:332-8;

Gregory, E. F.; Butz , Arlene M.; Ghazarian, S. R.; Gross, S. M.; Johnson, S. B.; (2015) -

“Are Unmet Breastfeeding Expectations Associated With Maternal Depressive Symptoms”. Academic Pediatric Association. Volume 15, Número 3, Maio-Junho;

Gomes, L.A. et al (2010) – “Identificação dos fatores de risco para depressão pós parto:

importância do diagnóstico precoce”. Revista Rene, vol. 11, Número Especial, 2010.
p. 117-123;

Haga, S. M.; Ulleberg, P.; Slinning , K.; Kraft , P.; Steen, T. B.; Staff, A. (2012) – “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;

Hahn-Holbrook J.; Haselton M. G. H.; Schetter, C. D.; Glyn L. M. (2013) - “Does

breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology? A prospective study from pregnancy to 2 years after birth”. Arch Womens Ment Healt;

Hamdan, A.; Tamim, H. (2011) - “Psychosocial risk and protective factors for postpartum

depression in the United Arab Emirates”. Arch Womens Ment Health;

Kindra, G.; Coutsoudis, A.; Esposito, F.; Esterhuizen, T. (2012) . Breastfeeding in HIV

Exposed Infants Significantly Improves Child Health: A Prospective Study. Matern Child Health J, 16:632–640;

Levy, L.; Bértolo, H. (2012) -“Manual de Aleitamento Materno” - Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés;

Luca B.L. (2005) – “Os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê”. Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília;

Machado, M. C. M.; Assis, K. F.; Oliveira, F. C. C.; Ribeiro, A. Q.; Araújo, R. M. A.; Cury A. F.; Priore S. E.; Franceschini, S. C. C.; (2014) - “Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais”. Revista Saúde Pública;

Man-Wai, Cheng (2014) - “Does breastfeeding affect maternal postpartum mood?”. The HKU Scholars Hub, The University of Hong Kong;

Marques, A. C. de C. (2012) – “Influência da vinculação do adulto no estabelecimento do bonding pai-filho no nascimento”. Tese de Mestrado em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Escola Superior de saúde de Viseu, disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1482>

Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P, Galvão, C.M. (2008) – Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>;

Northrup, T. F.; Wootton, S. H.; Evans, P. W.; Stotts, A. L. (2013) – “Breastfeeding practices in mothers of high-respiratory-risk NICU infants: impact of depressive symptoms and smoking”. *The Journal Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*;

Olson, T.; Bowen, A. (2014) - “Dispelling Myths to Support Breastfeeding in Women With Postpartum Depression”. *Nursing for Women’s Health*. Volume 18;

Ordem dos Enfermeiros (2006) – “Investigação em Enfermagem Tomada de posição”, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Silva, S.M.A. (2012) – “Vinculação Materna durante e após a Gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social”. Dissertação de mestrado. Porto;

Souza, M.T; Silva, M.D.; Carvalho, R. (2010) – “Revisão integrativa: o que é e como fazer”. *Revista Einstein*. São Paulo;

Stuebe, A. M.; Grewen, K.; Meltzer-Brody, S. (2013) – “Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding”, *Journal of women’s health*, volume 22, número 4;

Tashakori, Ashraf; Behbahani, Azadeh Zamani; Irani, Reza Davasaz, (2012) – “Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Nonbreastfeeding Mothers”. Iranian J Psychiatry, p.61-65;

The Joanna Briggs Institute (2013) –The JBI Approach, disponível em
<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>

UNICEF (2016) – Iniciativa Amiga dos Bebés, disponível em
<https://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=5376>

World Health Organization (2016) - Maternal Mental Health, disponível em
[http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/;](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)

World Health Organization (2016) – 10 facts on Breastfeeding, disponível em
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>

Anexos

Anexo I – Artigo “A prática baseada na evidência: a Amamentação como fator preventivo da Depressão Pós-Parto”

A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: A AMAMENTAÇÃO COMO FATOR PREVENTIVO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Marlene da Conceição Martins Cunha¹, Emília de Carvalho Coutinho²

¹ *Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Cuidados na Comunidade de Cinfães, Rua Capitão Salgueiro Maia, 4690-048, Cinfães, Portugal, Telefone 255561275, Fax 255562168*

² *Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, Rua. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida n° 102 3500-843 Viseu, Portugal, Telefone 232419100, Fax 232428343*

Resumo

É expectável que o pós-parto seja um período de alegria. Todavia, nem sempre é assim, já que pode ser um período marcado por momentos de tristeza, cansaço e desânimo. Este estudo pretendeu obter a melhor evidência científica para compreender se a amamentação tem efeito preventivo na depressão pós-parto. Para isso, foi efetuada uma revisão integrativa da literatura sobre a relação entre a amamentação e a depressão pós-parto através das bases de dados: EBSCO host, LILACS, PubMed, SciELO, repositórios institucionais e o Google Académico. A maioria dos estudos identifica a amamentação como sendo preventiva da depressão pós-parto, destacando a sua importância para a saúde mental da puérpera e conseqüentemente para a diminuição das hipóteses de desenvolver depressão pós-parto. Uma mulher informada e apoiada acerca da amamentação será capaz de se sentir confiante no seu novo papel. É essencial um investimento constante por parte da equipa de saúde, iniciado durante o processo do planeamento do casal para a gravidez, e mantendo-se ao longo da gravidez, parto e pós-parto.

Palavras-chave: “amamentação”, “depressão pós-parto”, “prevenção”.

Introdução

A preparação da mulher para o nascimento de um filho começa logo na gravidez, sendo um período de preparação, tanto física como psicológica. Segundo Marques (2012, p.23), com o nascimento do primeiro filho, inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital da família, com as devidas reorganizações, definição de papéis parentais e funções.

Apesar desta preparação, ter nos seus braços um filho totalmente dependente, pode ser deveras assustador. Assim, Cantilino et al (2010, p.288) referem que o pós-parto é de todas as fases da vida da mulher, o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos.

A formação de laços afetivos entre a mulher e o seu filho não ocorre automaticamente, sendo através do contato com o bebé que se inicia a construção desse mesmo vínculo (Luca, 2005, p.7).

Sabe-se que o período imediatamente após o nascimento é importante para a vinculação entre a mãe e o recém-nascido. Assim a Organização Mundial de Saúde preconiza que a amamentação se inicie na primeira hora de vida do recém-nascido, facilitando assim a vinculação e reforçando os laços afetivos entre ambos.

Silva (2012, p.23) considera importante o suporte social e o bem-estar psicológico da mãe na vinculação, já que a investigação tem evidenciado uma menor vinculação materna associada a níveis depressivos e de ansiedade.

Ainda no que toca à formação dos laços afetivos, salienta-se a importância da amamentação. É através dela que o bebé experimenta uma das principais formas de contato com a mãe, e esta sente que consegue proporcionar conforto, amor e alimentação ao seu filho.

De acordo com Figueiredo et al (2013, p.333), a amamentação tem sido associada ao bem-estar tanto da criança quanto da mãe, pois esta traz benefícios físicos e psicológicos para as crianças, incluindo a redução do risco de doenças infecciosas, obesidade, diminuição dos níveis de colesterol e aumento do desempenho cognitivo e motor. Ainda segundo estes autores, para a saúde física da mãe, os resultados positivos incluem a redução da tensão arterial, o risco de cancro da mama e do ovário, a resposta atenuada ao estresse e a melhora no sono.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sendo a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, para uma compreensão completa do fenómeno que se pretende analisar, combinando também dados da literatura teórica e empírica (Sousa et al, 2010, p.103).

A pesquisa bibliográfica integrou as seguintes bases de dados: EBSCO host - Research Data bases, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US

National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e o Google Académico.

A pesquisa teve como referência os seguintes descritores: “breastfeeding”, “postpartum depression”, “depression” e “prevention” e as suas combinações.

A seleção dos textos baseou-se nos seguintes critérios de inclusão: artigos originais sobre a temática, disponíveis na íntegra, nos idiomas de português, inglês e espanhol, mas com título, abstract e palavras-chave em inglês, e com data de publicação entre Novembro de 2011 e Novembro de 2015.

Como critérios de exclusão: foram eliminados os textos e artigos incompletos e os que não estavam disponíveis on-line e na íntegra, e textos cujo conteúdo não é referente ao tema.

Dos 233 textos obtidos inicialmente foram selecionados quinze estudos.

A questão de investigação considerada neste estudo foi: “A amamentação pode prevenir a depressão pós-parto?”

Foi traçado como objetivo deste estudo: obter evidências científicas no sentido de compreender se a amamentação tem efeito preventivo na depressão pós-parto, através de uma revisão integrativa da literatura.

Resultados

De acordo com esta revisão integrativa da literatura, a maioria dos estudos selecionados identifica a amamentação como sendo preventiva da depressão pós-parto. Dos quinze artigos, doze destacam a importância da amamentação para a saúde mental da puérpera e conseqüentemente para a diminuição das hipóteses de desenvolver depressão pós-parto.

Cinco artigos identificam-na também como sendo um fator de risco e apenas um estudo não encontrou uma associação clara entre a amamentação e a depressão pós-parto.

A Amamentação como fator protetor da depressão pós-parto

Seis estudos descrevem os vários benefícios da prática da amamentação, sobretudo para a saúde mental da nova mãe, sendo considerada como fator de proteção da depressão pós-parto.

A amamentação é assim vista como uma intervenção natural positiva para reduzir o risco de DPP, atenuando as respostas de stresse e reduzindo a resposta inflamatória do corpo (Donaldson-Myles, 2012).

Northrup et al (2013) realçam a importância em aumentar as taxas do aleitamento materno para prevenir os sintomas depressivos, pois as mulheres que haviam interrompido a amamentação, apresentavam mais eventos depressivos.

No seu estudo, Tashakori et al (2012) acreditam existir uma provável associação entre não amamentar e a existência de sintomas depressivos na mulher após o nascimento do seu filho.

Haga et al (2012) consideram a amamentação como um fator protetor quando a mulher tiver elevada autoeficácia na amamentação, isto é, se tiver confiança durante o ato de amamentar, esta será protetora da depressão pós-parto, pois estas mulheres tendem a ter pontuações mais baixas na escala de depressão pós-parto de Edinburgh. Assim, os autores sugerem que aumentar a sensação de autoeficácia na amamentação da nova mãe pode ser importante na tentativa de prevenir os sintomas depressivos no pós-parto.

Gregory et al (2015) relatam que existe uma associação entre as expectativas satisfeitas da mulher na amamentação e os sintomas depressivos, já que as mulheres que amamentaram o tempo que haviam planeado não eram associadas a sintomas de depressão pós-parto.

Três artigos realçam como prevenção da depressão pós-parto o facto de a mulher amamentar exclusivamente o filho como havia planeado durante a gestação. Não seria apenas necessário planejar, mas também ser bem-sucedida no cumprimento desse objetivo pessoal. Assim, as expectativas concretizadas da amamentação exclusiva são um forte fator protetor para essas mulheres. Ainda segundo Man-Wai (2014), as mulheres que pretendiam amamentação exclusivamente e fossem bem-sucedidas na sua manutenção das 6 às 8 semanas pós-parto, foram associadas a sintomas depressivos mais baixos na fase puerperal.

Encontrou-se também evidências de que com a amamentação exclusiva até aos três meses, a mulher tende a apresentar maiores quedas na sintomatologia depressiva ao longo do tempo (Hahn-Holbrook et al, 2013).

A Amamentação como fator de risco da depressão pós-parto

A amamentação foi descrita como fator de risco em cinco artigos. No estudo realizado por Stuebe et al (2013), o aleitamento materno exclusivo às 2 semanas foi associado a um aumento de sintomas depressivos às 8 semanas.

Como mencionado por Borra et al (2015), as mulheres que não foram capazes de amamentar como haviam planeado, viram aumentados os sintomas de depressão.

Man-Wai (2014) também concluiu que os sintomas depressivos estão aumentados no caso do aleitamento materno não ser exclusivo ou quando a mulher não conseguiu amamentar exclusivamente conforme havia planejado.

Haga et al (2012) consideram a amamentação como um fator protetor quando a mulher tiver elevada autoeficácia na amamentação. Contudo, terá uma relação inversa se a mulher não tiver confiança na maneira como está a amamentar o seu filho.

Gregory et al (2015) relatam que as expectativas não satisfeitas das mães para a amamentação podem contribuir para a falta de aleitamento materno e conseqüentemente para a sintomatologia depressiva no pós-parto.

A depressão pós-parto como fator de risco para a amamentação

A relação entre a Amamentação e a depressão pós-parto pode ter influência inversa, já que segundo oito estudos, a depressão pós-parto foi descrita como sendo preditora do abandono da amamentação ou foi mesmo considerada uma barreira ao seu início.

A depressão pós-parto interfere com a decisão da mãe amamentar, já que uma mulher deprimida tende a não iniciar ou mesmo manter a amamentação ou a fazê-lo exclusivamente.

Os autores destes trabalhos também associam que as mulheres com sintomatologia depressiva pré-natal deixam de amamentar em média 2 a 3 meses mais cedo que as mulheres que não haviam estado deprimidas na gravidez (Hahn-Holbrook et al, 2013), e que têm maior risco de desenvolver depressão pós-parto após o nascimento dos filhos (Borra et al, 2015).

Discussão

A prática da amamentação tornou-se um grande desafio para a mulher na atual sociedade. A evolução e estrutura organizacional da sociedade, a entrada das mulheres para o mundo laboral e a perda da família alargada (avós, pais, tios, filhos e primos a coabitar no mesmo domicílio) fizeram da amamentação um processo exaustivo para a nova mãe.

Atualmente muito é exigido a esta mãe. Terá de ser capaz de responder às necessidades do seu bebé, manter as suas atividades domésticas, ser esposa, mulher e ainda manter uma atividade profissional, nem que para isso tenha de dispensar o seu merecido descanso e abandonar a prática de atividades que até então lhe agradavam.

Assim, o período do pós-parto é considerado um período de perigo para a puérpera, e é muito usual surgir a depressão pós-parto, assim como outras alterações psicológicas.

Este trabalho pretendeu descobrir se existia uma relação benéfica no ato de amamentar sobre a saúde mental materna num período tão crítico como o período do pós-parto.

Se de acordo com muitos estudos, a amamentação demonstrou ser de facto preventiva contra os sintomas depressivos e consequentemente contra a depressão pós-parto, outros fazem a ligação inversa desta relação, com a amamentação a ser um fator de risco da depressão pós-parto. Também encontramos evidências de que a depressão pós-parto é uma barreira ao início e manutenção do aleitamento materno.

A premissa de que as mulheres que amamentam são menos propensas a ter depressão pós-parto tem mais apoio na literatura existente do que a relação inversa. Dos quinze artigos selecionados para esta revisão, treze reconhecem a importância da amamentação como fator de prevenção, enquanto sete referem que a depressão pós-parto influencia a mulher na decisão de amamentar. Também existem cinco artigos que descrevem a amamentação como fator de risco da depressão pós-parto.

Assim podemos concluir que existe uma provável associação entre não amamentar e os sintomas depressivos entre as mães. O aumento das taxas de aleitamento materno pode oferecer proteção a algumas mães contra os sintomas depressivos, pois as mães que deixam de amamentar apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos.

Os resultados desta revisão integrativa da literatura sublinham a importância de fornecer apoio especializado sobre a amamentação às mulheres que têm o objetivo de amamentar; mas também, de prestar apoio compassivo às mulheres que tiveram intenção em amamentar, mas que depois não foram capazes de o fazer. Também é necessário realizar rastreio às mulheres na fase pré-natal, bem como na fase pós-natal.

A nossa pesquisa demonstra a necessidade de investigação adicional para ambos os caminhos causais que ligam a amamentação e a depressão pós-parto, especialmente tendo em conta que a amamentação traz benefícios substanciais para a saúde infantil, e a depressão materna tem consequências negativas tanto para a saúde materna como para a saúde infantil.

Conclusão

Perante os resultados obtidos, constata-se que, apesar das inúmeras vantagens da amamentação, também são descritos riscos da amamentação, assim como os sintomas

depressivos no pós-parto afetam a decisão da mulher amamentar ou mesmo manter a amamentação.

É essencial que haja um investimento constante por parte da equipa de saúde. Este investimento será iniciado durante o processo do planeamento do casal para a gravidez, e manter-se-á ao longo da gravidez, parto e pós-parto. Será fundamental saber quais as vontades e expectativas da mulher, para que assim o profissional de saúde consiga apoiar e encorajar a mulher a atingir os seus objetivos.

Apesar da importância dos Enfermeiros durante a gravidez e nascimento, a vontade da mulher prevalecerá, não sendo benéfico que seja forçada a amamentar, caso não o deseje, ou não se encontre capaz de o fazer.

Como limitação deste estudo, referimos a grande quantidade de textos encontrados que não cumpriram os critérios definidos inicialmente, já que alguns artigos não eram originais e não se encontravam disponíveis para download. Temos consciência que alguns desses trabalhos seriam muito úteis para reforçar os resultados da nossa revisão.

Recomendações para a prática

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia tem um papel privilegiado, que começa ainda durante o planeamento da gravidez, mantendo-se durante o acompanhamento da mesma e no pós-parto, na identificação de situações de risco e no planeamento de intervenções ou encaminhamento das mesmas.

Durante as consultas de vigilância os Enfermeiros deverão encorajar o início ou a continuação do aleitamento materno para prevenir ou diminuir os sintomas depressivos. Contudo, se a vontade da mulher é a de não amamentar, apesar de esclarecida acerca de todas as vantagens que a amamentação fornece, estas deverão ser apoiadas nesta decisão, e vigiadas durante o período pós-parto.

Os cursos de preparação para o parto e parentalidade serão outra intervenção promotora da saúde mental materna, já que se inclui o companheiro e se esclarecem as mais diversas dúvidas, para assim ajudar a que a transição para a maternidade seja o mais calma possível.

Torna-se também fundamental a realização de rastreios da saúde mental das mães que não amamentam e das mães que decidem interromper o aleitamento materno exclusivo e a encorajar a continuação do aleitamento materno para prevenir ou diminuir os sintomas depressivos.

As visitas domiciliares realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, durante o primeiro mês do puerpério, seriam uma intervenção preventiva da depressão pós-parto, com o reconhecimento precoce dos sintomas de depressão, apoio à amamentação e a referência para um acompanhamento especializado na área da saúde mental quando necessário.

Também consideramos fundamental que mesmo no domicílio as mães se sintam apoiadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Assim, consideramos que seria benéfico que as mães pudessem ter disponíveis consultas através do telefone. A criação dos “cantinhos da amamentação” nos centros de saúde com conselheiros da amamentação, deverá ser considerada.

E por último entendemos que o melhor período para se iniciar a sensibilização para a amamentação é aquando da puberdade, quando não puder ter sido realizada durante a infância, no seio da família.

Referências bibliográficas

American Psychological Association (2008) – Depresión Postparto, disponível em: www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression-spanish.pdf;

American Psychiatric Association (2013) – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM -5.5ª Edição. editora Artmed. Download disponível em <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudeducador/2015/DSM%20V.pdf>;

Borra, Cristina; Iacovou, M.; Sevilla A. (2015). “New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women’s Intentions”. *Matern Child Health Journal*;

Botelho, L.L.R.; Cunha, C.C.A.; Macedo M.(2011) – “O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais”. *Revista eletrónica Gestão e Sociedade*. Belo Horizonte. Volume 5. Número 11, P. 121-136. Maio/Agosto 2011.ISSN 1980-5756;

- Cantilino, A., Zambaldi, C.F., Everton Botelho Sougey, E. B., Jr. J. R. (2010) – “Transtornos psiquiátricos no pos-parto”. *Rev Psiquiátrica*. 2010;37(6):278-84;
- Chowdhury, R.; Sinha, B.; Sankar, M. J.; Taneja, S.; Bhandari, N.; Rollins, N.; Bah, R. Martines, J. (2015) - “Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis”. *Acta Paediatrica*, pp.96 –113;
- Cooper, P., Murray, Lynne Murray, Hhalligan, Sarah (2010) – “Tratamento da depressão pós-parto”. *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância*. Maio 2010;
- Direção Geral da Saúde (2005) . “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde” – Lisboa;
- Donaldson-Myles, F. (2012). “Can hormones in breastfeeding protect against postnatal depression?”. *British Journal of Midwifery* . Fevereiro. Volume 20, Número 2;;
- Ercole, F. F.; Melo, L. S.; Alcoforado, C. L. G. C. (2014). “Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática” *Rev Min Enferm*. janeiro/março;
- Figueiredo B, Dias C, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. (2013). “Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review”. *J Pediatr (Rio J)*.89:332-8;
- Gomes, L.A. et al (2010) – “Identificação dos fatores de risco para depressão pós parto: importância do diagnóstico precoce”. *Revista Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123;
- Gregory, E. F.; Butz , Arlene M.; Ghazarian, S. R.; Gross, S. M.; Johnson, S. B.; (2015) - “Are Unmet Breastfeeding Expectations Associated With Maternal Depressive Symptoms”. *Academic Pediatric Association*. Volume 15, Número 3, Maio-Junho;
- Haga, S. M.; Ulleberg, P.; Slinning , K.; Kraft , P.; Steen, T. B.; Staff, A. (2012) – “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*;
- Hahn-Holbrook J.; Haselton M. G. H.; Schetter, C. D.; Glyn L. M. (2013) - “Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology? A

prospective study from pregnancy to 2 years after birth”. Arch Womens Ment Health

Hamdan, A.; Tamim, H. (2011) - “Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates”. Arch Womens Ment Health;

Kindra, G.; Coutsoydis, A.; Esposito, F.; Esterhuizen, T. (2012) . Breastfeeding in HIV Exposed Infants Significantly Improves Child Health: A Prospective Study. Matern Child Health J, 16:632–640;

Levy, L.; Bértolo, H. (2012) -“Manual de Aleitamento Materno” - Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés;

Luca B.L. (2005) – “Os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê”. Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília;

Machado, M. C. M.; Assis, K. F.; Oliveira, F. C. C.; Ribeiro, A. Q.; Araújo, R. M. A.; Cury A. F.; Priore S. E.; Franceschini, S. C. C.; (2014) - “Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais”. Revista Saúde Pública;

Man-Wai, Cheng (2014) - “Does breastfeeding affect maternal postpartum mood?”. The HKU Scholars Hub, The University of Hong Kong;

Marques, A. C. de C. (2012) – “Influência da vinculação do adulto no estabelecimento do bonding pai-filho no nascimento”. Tese de Mestrado em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Escola Superior de saúde de Viseu, disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1482>

Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P, Galvão, C.M. (2008) – Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>;

Northrup, T. F.; Wootton, S. H.; Evans, P. W.; Stotts, A. L. (2013) – “Breastfeeding practices in mothers of high-respiratory-risk NICU infants: impact of depressive symptoms and smoking”. The Journal Maternal-Fetal & Neonatal Medicine;

- Olson, T.; Bowen, A. (2014) - "Dispelling Myths to Support Breastfeeding in Women With Postpartum Depression". Nursing for Women's Health. Volume 18;
- Ordem dos Enfermeiros (2006) - "Investigação em Enfermagem Tomada de posição", disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Silva, S.M.A. (2012) - "Vinculação Materna durante e após a Gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social". Dissertação de mestrado. Porto;
- Souza, M.T; Silva, M.D.; Carvalho, R. (2010) - "Revisão integrativa: o que é e como fazer". Revista Einstein. São Paulo;
- Stuebe, A. M.; Grewen, K.; Meltzer-Brody, S. (2013) - "Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding", Journal of women's health, volume 22, número 4;
- Tashakori, Ashraf; Behbahani, Azadeh Zamani; Irani, Reza Davasaz, (2012) - "Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Nonbreastfeeding Mothers". Iranian J Psychiatry, p.61-65;
- The Joanna Briggs Institute (2013) -The JBI Approach, disponível em <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>;
- UNICEF (2016) - Iniciativa Amiga dos Bebés, disponível em <https://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=5376>;
- World Health Organization (2016) - Maternal Mental Health, disponível em http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/;
- World Health Organization (2016) - 10 facts on Breastfeeding, disponível em <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>

Anexo II – Artigos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support

Silje M. Haga · Pål Ulleberg · Kari Slinning · Pål Kraft · Thorbjørn B. Steen · Annetine Staff

Received: 12 May 2011 / Accepted: 11 March 2012 / Published online: 27 March 2012
© Springer-Verlag 2012

Abstract Postpartum depression is a serious health issue affecting as many as 10–15 % of postpartum women. This longitudinal study aimed to explore how psychological variables such as cognitive emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy (BSE), and dimensions of social support predicted postpartum depressive symptoms (Edinburgh Postnatal Depression Scale). The data were collected with web-based survey questionnaires between May 2008 and December 2009, in a sample of 737 new mothers. The same questionnaire was surveyed at three points in time: 6 weeks, 3 months, and 6 months postpartum. Data were analyzed using multilevel modeling (level 1, time points; level 2, person). Results showed that BSE, certain cognitive

emotion regulation strategies, perceived available support, and need for support predicted the rate of postpartum depressive symptoms. Only breastfeeding self-efficacy predicted change in postpartum depressive symptoms. This study illustrates the importance of psychological variables with regard to postpartum depressive symptoms. Implications for preventative efforts are discussed.

Keywords Postpartum depression · Breastfeeding self-efficacy · Emotion regulation · Social support · Longitudinal

Introduction

As many as 10–15 % of new mothers experience severe emotional distress, frequently labeled *postpartum depression* (PPD) (Bloch et al. 2005; Brockington 2004; O'Hara and Swain 1996). The most common symptoms of PPD are tearfulness, feelings of hopelessness, inadequacy, guilt, inability to cope with and feel joy over the new baby, agitation and anxiety, loss of appetite, poor concentration and memory, sleep disturbances, fatigue, social isolation, and suicidal ideation (Robertson et al. 2004). It strikes in a woman's life when she is expected to be as happy as can be, which obviously makes the experience of PPD particularly arduous. The most common screening tool for PPD is the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), which assesses depressive symptoms during the last 7 days (Cox et al. 1987). Mothers with EPDS scores above a defined cut point are often referred to as having PPD. The consequences of moderate to severe PPD symptoms can be serious for the mother, her child, and family. Indeed, women who suffer from PPD are less capable of carrying out maternal duties, such as engaging in important developmental activities with the baby, like playing and talking, which may influence the child's cognitive and

S. M. Haga (✉) · P. Ulleberg · P. Kraft
Department of Psychology, University of Oslo,
Forskingsveien 3a, Blindern, PO Box 1094, 0317 Oslo, Norway
e-mail: s.m.haga@psykologi.uio.no

K. Slinning
National Network for Infant Mental Health,
Centre for Child and Adolescent Mental
Health Eastern and Southern Norway (R.BUP Oslo),
PO Box 4623, Nydalen,
0405 Oslo, Norway

K. Slinning
Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health,
PO Box 4404, Nydalen,
0403 Oslo, Norway

T. B. Steen · A. Staff
Department of Gynecology and Department of Obstetrics,
Oslo University Hospital, Ullevål,
Nydalen, PO Box 0450, Oslo, Norway

A. Staff
Faculty of Medicine, University of Oslo,
P.B. 1078, Blindern,
0316 Oslo, Norway

Are Unmet Breastfeeding Expectations Associated With Maternal Depressive Symptoms?



Emily F. Gregory, MD; Arlene M. Butz, ScD, RN, CRNP; Sharon R. Ghazarian, PhD; Susan M. Gross, PhD, MPH, RD; Sara B. Johnson, PhD, MPH

From the Department of General Pediatrics and Adolescent Medicine, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Md (Dr Gregory, Dr Butz, Dr Ghazarian, and Dr Johnson); and Department of Population, Family and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Md (Dr Gross)

The authors declare that they have no conflict of interest.

Address correspondence to Emily F. Gregory, MD, Johns Hopkins School of Medicine, David Rubenstein Child Health Building, Room 2088, 200 N Wolfe St, Baltimore, MD 21287 (e-mail: egregor6@jhmi.edu).

Received for publication June 5, 2014; accepted December 8, 2014.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Most US women intend and initiate breastfeeding, yet many do not breastfeed as long as desired. Not meeting one's own prenatal expectations is a plausible mechanism for the previously observed association between lack of breastfeeding and postpartum depression (PPD). This study explored whether meeting prenatal expectations for exclusive breastfeeding was associated with PPD symptoms.

METHODS: The 2005 Infant Feeding Practices Study II (IFPSII) followed US mothers, primarily white women with higher education and income, from midpregnancy to 1 year postpartum. Depressive symptoms were defined as Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) of 10 or higher, measured at 2 months postpartum. Logistic regression analysis evaluated the odds of maternal depressive symptoms as a function of meeting prenatal expectations for exclusive breastfeeding, accounting for breastfeeding behavior, demographics, and postnatal experiences.

RESULTS: Among IFPSII participants, 1501 intended exclusive breastfeeding and completed the EPDS. At 2 months, 589

(39.2%) had met prenatal expectations for exclusive breastfeeding. EPDS was 10 or higher for 346 participants (23.1%). Adjusted odds of depressive symptoms were lower among women meeting prenatal exclusive breastfeeding expectations versus those who were not (odds ratio 0.71, 95% confidence interval 0.52–0.96). In subgroup analysis, there was no association between met expectations and depressive symptoms among women with lower incomes (<200% federal poverty level) or those intending mixed breast and formula feeding.

CONCLUSIONS: Among middle- and higher-income women who intended exclusive breastfeeding, those meeting prenatal breastfeeding expectations reported fewer PPD symptoms at 2 months postpartum. Clinician understanding and support of maternal expectations may improve maternal mental health.

KEYWORDS: breastfeeding; family-centered care; postpartum depression

ACADEMIC PEDIATRICS 2015;15:319–325

WHAT'S NEW

Among middle- and higher-income women in the Infant Feeding Practices Study II, meeting prenatal expectations for breastfeeding was associated with fewer postpartum depressive symptoms. Patient-centered outcomes for breastfeeding, such as met expectations, may yield new strategies to support breastfeeding.

POSTPARTUM DEPRESSION (PPD) can occur any time in the first year after birth and affects more than 10% of mothers in the United States.¹ Existing literature demonstrates that PPD leads to significant morbidity for both mothers and infants including infant developmental delays with lasting impact.² Previous studies investigating the etiology of PPD have found lower rates of depression among mothers who are breastfeeding.^{3,4} Longitudinal studies seem to support a bidirectional relationship between breastfeeding and PPD,^{5–7} but the mechanisms underlying these relationships remain unclear.

One possible mechanism relates to the psychological disappointment experienced when goals or expectations are unmet. Women who intend to breastfeed are more likely to breastfeed,^{8,9} and many health benefits accrue from breastfeeding to both infants and their mothers.³ Encouraging women to breastfeed, and to breastfeed more intensively, is a national public health goal in the United States and the standard of care throughout the health care system.^{10,11} In part because of this attention, a large majority of women in the US currently intend to breastfeed prenatally, and 79% initiate breastfeeding after delivery. However, by 3 months postpartum, only 41% of women continue to breastfeed exclusively.¹⁰

Engaging patients in personal goal setting is not unique to breastfeeding. Eliciting personal goals is a component of motivational interviewing, an important tool to promote health behavior change.¹² For example, establishing patient-driven goals can promote satisfaction with outcomes¹³ and improve quality-of-life scores for those with chronic illness.¹⁴ Mental health consequences of failing to meet goals promoted in the health care setting have

Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding

Alison M. Stuebe, MD, MSc,^{1,2} Karen Grewen, PhD,³ and Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH³

Abstract

Background: Postpartum depression is associated with reduced breastfeeding duration. We previously hypothesized that shared neuroendocrine mechanisms underlie this association. We sought to measure the association between maternal mood and neuroendocrine response to breastfeeding.

Methods: We conducted a longitudinal cohort study of women recruited during pregnancy who intended to breastfeed. Baseline depression and anxiety history were assessed with a structured clinical interview. We measured mood symptoms using validated psychometric instruments, and we quantified affect and neuroendocrine responses to breastfeeding during laboratory visits at 2 and 8 weeks postpartum.

Results: We recruited 52 women who intended to breastfeed, among whom 47 completed 8-week follow-up. Duration and intensity of breastfeeding through 8 weeks were similar among mothers with lower versus higher anxiety and depression scores. In the third trimester, oxytocin was inversely correlated with Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) score ($p=0.03$). We did not find differences in neuroendocrine profile during breastfeeding at 2 weeks postpartum. Among the 39 women who breastfed at 8 weeks postpartum, oxytocin area under the curve during breastfeeding was inversely correlated with maternal EPDS and STAI-State and STAI-Trait anxiety scores (all $p\leq 0.01$). Higher anxiety and depression scores were further associated with lower oxytocin (group $p<0.05$) during feeding. During feeding at both visits, higher anxiety and depression scores were also associated with more negative affect: mothers reported feeling less happy and more depressed, overwhelmed, and stressed during feeding than women with lower scores.

Conclusion: Symptoms of depression and anxiety were associated with differences in oxytocin response and affect during breastfeeding.

Introduction

IN THE FIRST WEEKS after childbirth, mother and infant navigate a complex transition from the physiology of pregnancy to the early postpartum period. Key challenges for the mother include adjusting to loss of placental hormones, establishing lactation, and coping with the stressor of caring for a new infant. Difficulties with this transition may present clinically as postpartum depression (PPD) and failed lactation.¹

Both depression and curtailed breastfeeding confer substantial morbidity for mother and child. Postpartum depression is associated with impaired parenting behavior, diminished maternal-infant attachment, and, in extreme

cases, maternal suicide and infanticide.²⁻⁴ Prominent anxiety symptoms are a distinguishing feature of postpartum depression, and many women seeking treatment have primary complaints of ruminating and obsessive thoughts.^{5,6} Never breastfeeding or early weaning is associated with increased infant risk of infectious morbidity and chronic disease, as well as increased maternal risk of breast and ovarian cancer, type 2 diabetes, hypertension, and myocardial infarction.⁷⁻¹⁰

Observational studies have reported associations between postpartum depression and both early weaning and negative breastfeeding experiences.¹¹⁻¹⁵ However, the mechanisms underlying these associations remain to be determined. Several neuroendocrine mechanisms, including gonadal steroids, oxytocin, prolactin, the hypothalamic

Preliminary results were presented at the 58th Annual Meeting of the Society for Gynecologic Investigation, Miami, Florida, March 2011, and at the 66th Meeting of the Society Biological Psychiatry, San Francisco, California, May 2011.

¹Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology and ²Department of Psychiatry, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina.

³Department of Maternal and Child Health, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina.

REVIEW ARTICLE

Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis

Ranadip Chowdhury (ranadip.chowdhury@sas.org.in)¹, Bireshwar Sinha¹, Mari Jeeva Sankar², Surita Taneja¹, Nita Bhandari¹, Nigel Rollins³, Rajiv Bahl³, Jose Martinez⁴

1. Centre for Health Research and Development, Society for Applied Studies, New Delhi, India

2. Newborn Health Knowledge Centre, ICMR Centre for Advanced Research in Newborn Health, Department of Paediatrics, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India

3. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland

4. Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health, Centre for International Health, University of Bergen, Bergen, Norway

Keywords

Breastfeeding, Long and Short Term, Maternal health, Meta-analysis

Correspondence

Dr Ranadip Chowdhury, Scientist, Centre for Health Research and Development, Society for Applied Studies, 45, Kaku Saraj, New Delhi-110016, India.
Tel: +91 011 46043751-55 |
Fax: +91 011 46043756 |
Email: ranadip.chowdhury@sas.org.in

Received

18 May 2015; revised 16 June 2015;
accepted 18 June 2015.

DOI:10.1111/apa.13102

ABSTRACT

Aim: To evaluate the effect of breastfeeding on long-term (breast carcinoma, ovarian carcinoma, osteoporosis and type 2 diabetes mellitus) and short-term (lactational amenorrhoea, postpartum depression, postpartum weight change) maternal health outcomes.

Methods: A systematic literature search was conducted in PubMed, Cochrane Library and CABI databases. Outcome estimates of odds ratios or relative risks or standardised mean differences were pooled. In cases of heterogeneity, subgroup analysis and meta-regression were explored.

Results: Breastfeeding >12 months was associated with reduced risk of breast and ovarian carcinoma by 26% and 37%, respectively. No conclusive evidence of an association between breastfeeding and bone mineral density was found. Breastfeeding was associated with 32% lower risk of type 2 diabetes. Exclusive breastfeeding and predominant breastfeeding were associated with longer duration of amenorrhoea. Shorter duration of breastfeeding was associated with higher risk of postpartum depression. Evidence suggesting an association of breastfeeding with postpartum weight change was lacking.

Conclusion: This review supports the hypothesis that breastfeeding is protective against breast and ovarian carcinoma, and exclusive breastfeeding and predominant breastfeeding increase the duration of lactational amenorrhoea. There is evidence that breastfeeding reduces the risk of type 2 diabetes. However, an association between breastfeeding and bone mineral density or maternal depression or postpartum weight change was not evident.

INTRODUCTION

Breast milk is the natural first food for newborns. It provides all the energy and nutrients that an infant needs for the first six months of life, up to half or more during the second half of infancy and up to one-third during the second year of life (1,2). For mothers, breastfeeding has been reported to confer lower risk of breast and ovarian carcinoma (3,4), greater postpartum weight loss (5) and decreased blood pressure (6) compared with no breastfeeding. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding in the first six months and continuation of breastfeeding for 2 years and beyond (1).

The association between breastfeeding and breast carcinoma in mothers has received increased scrutiny in recent years. A number of studies have suggested that breastfeeding, particularly for an extended period of time, may be associated with a decreased risk of breast carcinoma, even after adjustment for potential confounders (7). It is difficult, however, to estimate the magnitude of association between breastfeeding duration and breast carcinoma if any, because of the different methodologies used in breastfeeding his-

Abbreviations

CI, Confidence interval; HIC, High-income country; LMIC, Low- and middle-income country; MeSH, Medical Subject Heading; OR, Odds ratio; PPD, Postpartum depression; RCTs, Randomised controlled trials; RR, Relative risk; SMD, Standardised mean difference; UNICEF, United Nations Children's Fund; WHO, World Health Organization.

Key Notes

- Longer duration of breastfeeding protects against breast and ovarian carcinoma.
- Exclusive breastfeeding and predominant breastfeeding increase the duration of lactational amenorrhoea.
- Evidence on the association between breastfeeding and maternal bone mineral density, maternal depression or postpartum weight change was lacking.



ARTIGO DE REVISÃO

Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review[☆]

Bárbara Figueiredo^{a,*}, Cláudia C. Dias^b, Sónia Brandão^c, Catarina Canário^d,
Rui Nunes-Costa^d

^aProfessora Associada com Agregação da Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal

^bPesquisadora da Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal

^cDoutoranda do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

^dDoutorandos da Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Recebido em 9 de outubro de 2012; aceito em 13 de dezembro de 2012

KEYWORDS

Breastfeeding;
Pregnancy depression;
Postpartum depression;
Hormones

Abstract

Objective: To review the literature on the association between breastfeeding and postpartum depression.

Sources: A review of literature found on MEDLINE/ PubMed database.

Summary of findings: The literature consistently shows that breastfeeding provides a wide range of benefits for both the child and the mother. The psychological benefits for the mother are still in need of further research. Some studies point out that pregnancy depression is one of the factors that may contribute to breastfeeding failure. Others studies also suggest an association between breastfeeding and postpartum depression; the direction of this association is still unclear. Breastfeeding can promote hormonal processes that protect mothers against postpartum depression by attenuating cortisol response to stress. It can also reduce the risk of postpartum depression, by helping the regulation of sleep and wake patterns for mother and child, improving mother's self-efficacy and her emotional involvement with the child, reducing the child's temperamental difficulties, and promoting a better interaction between mother and child.

Conclusions: Studies demonstrate that breastfeeding can protect mothers from postpartum depression, and are starting to clarify which biological and psychological processes may explain this protection. However, there are still equivocal results in the literature that may be explained by the methodological limitations presented by some studies.

© 2013 Sociedade Brasileira de Pediatria. Published by Elsevier Editora Ltda.

All rights reserved.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.12.002>

[☆]Como citar este artigo: Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. J Pediatr (Rio J). 2013;89:332-8.

* Autor para correspondência.

E-mail: bbfi@psi.uminho.pt (B. Figueiredo).

Breastfeeding in HIV Exposed Infants Significantly Improves Child Health: A Prospective Study

Gurpreet Kindra · Anna Coutsooudis ·
Francesca Esposito · Tonya Esterhuizen

Published online: 20 April 2011
© Springer Science+Business Media, LLC 2011

Abstract Breastfeeding has been shown to benefit both maternal and child immune status. The impact of exclusive breastfeeding in the presence of HIV infection on maternal and child health is still unclear. Socio-economic factors make breast-feeding an important source of nutrition for an infant 6 months and under in the developing world. A prospective study was conducted to examine the impact of feeding mode on various maternal indices including anthropometry; body composition indicators (using FTIR); haematology and biochemical markers; as well as incidence rates of opportunistic infections and clinical disease progression. In infants we examined the impact on growth, development and morbidity. AFASS criteria (affordable, feasible, accessible, sustainable and safe) were fulfilled by 38.7% of the formula feeding mothers. No significant differences between the formula feeding and breastfeeding groups in terms of haematological, immunological and body composition changes were seen. Breastfeeding mothers had significantly lower events with high

depression scores ($P = 0.043$). Breastfeeding infants had a significantly lower risk of diarrhoea and hospitalisation at 3 months ($P = 0.006$ and 0.014 respectively). Breastfeeding was significantly associated with better development scores and growth parameters. Breastfeeding is not harmful to the mother in the presence of HIV infection. Mothers are still choosing formula feeding inappropriately despite counselling about the AFASS criteria. Breastfeeding is beneficial to the infants especially in the first 3 months of life.

Keywords HIV infection · HIV positive mothers · HIV exposed infants · Breast feeding · Body composition · Anthropometry

Introduction

Breastfeeding is critical for child survival [1, 2]. The intense debate surrounding breastfeeding in the presence of HIV infection has brought breastfeeding to the forefront [3].

Vertical transmission of HIV infection in the infants can be caused by intra-uterine, intra-partum or late post-natal infection through breastfeeding [4]. The risk of HIV transmission in the absence of any intervention in a non-breastfeeding population is around 25% and that in a breastfeeding population about 35% [5].

Using a package of interventions including caesarian sections, antiretroviral prophylaxis and avoidance of breastfeeding, developed countries have managed to reduce vertical transmission to less than 1% [6–8]. This however has not been feasible in resource poor countries, which have been struck by a double burden of malnutrition and HIV besides the endemic risk of infectious diseases and the

Parts of this article were submitted towards a PhD thesis to the University of KwaZulu-Natal entitled "Effect of nutritional supplements on lean body mass, general health and disease progression of HIV positive lactating mothers and the ensuing effects on their infants including the impact of feeding mode on disease progression in the infected infants".

G. Kindra (✉) · A. Coutsooudis · F. Esposito
Department of Paediatrics and Child Health, Nelson R Mandela
School of Medicine, University of KwaZulu-Natal, Room 257,
DDMRI Building, Congella, Durban 4013, South Africa
e-mail: kindrag@ukzn.ac.za

T. Esterhuizen
Programme of Biostatistics, Research Ethics and Medical Law,
School of Family and Public Health, University of
KwaZulu-Natal, Durban, South Africa

Breastfeeding practices in mothers of high-respiratory-risk NICU infants: impact of depressive symptoms and smoking

Thomas F. Northrup¹, Susan H. Wootton², Patricia W. Evans², and Angela L. Stotts^{1,3}

¹Department of Family and Community Medicine, ²Department of Pediatrics, and ³Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Texas Medical School, Houston, TX, USA

Abstract

Aim: Mothers of infants in the neonatal intensive care unit (NICU) have very low breastfeeding rates and these high-respiratory-risk (HRR) NICU infants may benefit from breastfeeding through decreased risk for respiratory illnesses. This population's increased risk for maternal depression and high rates (22%) of maternal smoking may negatively affect breastfeeding.

Objective: This exploratory study investigated associations of breastfeeding with depressive symptoms and maternal smoking in mothers of HRR NICU infants (i.e. presence of one household smoker and birth weight <1500 g or mechanical ventilation \geq 12 h).

Methods: Breastfeeding, depression and smoking data were collected from 104 mothers in the NICU following delivery.

Results: Fifty-five (52.9%) mothers reported breastfeeding, 39 (37.5%) had a Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) score (\geq 16) suggestive of depression, and 36 (34.6%) reported smoking. Mothers with CES-D scores \geq 16 were less likely to breastfeed compared to those with scores <16 (38.5% versus 61.5%; $p=0.02$). Breastfeeding and smoking were not significantly associated ($p<0.10$). Mothers of HRR infants with significant depressive symptoms who smoke have significantly lower breastfeeding rates (21%) than mothers who are not depressed and do not smoke (65%).

Conclusions: Interventions to improve breastfeeding initiation and continuation that target depression and smoking are necessary.

Keywords

Breastfeeding, depression, depressive symptoms, high-respiratory-risk infant, smoking, very-low-birth-weight

History

Received 22 January 2013

Accepted 10 May 2013

Published online 20 June 2013

Introduction

Mothers of infants in a neonatal intensive care unit (NICU), particularly mothers of very-low-birth-weight (VLBW, <1500 g) infants, initiate and maintain breastfeeding practices at low rates [1–3]. Breastfeeding's benefits for the mother and child are well documented and efforts to understand such low breastfeeding rates are important due to numerous health problems faced by NICU infants. Specifically, breastfeeding protects infants against respiratory ailments [4,5] and other deleterious health outcomes, which is particularly important for VLBW and extremely low-birth-weight (ELBW; <1000 g) infants. Over 50% of VLBW infants require mechanical ventilation and 22% will develop bronchopulmonary dysplasia (BPD). Infants with BPD are at an increased risk for pneumonia, asthma, repeated hospitalizations, neurodevelopmental deficits and death [6].

Indeed, the most common reason that low-birth-weight infants (<2500 g) are re-hospitalized is acute respiratory illness [7–9].

Amongst this group of high-respiratory-risk (HRR; i.e. birth weight <1500 g or ventilated \geq 12 h) infants, VLBW infants who are discharged to a smoking household are at even greater risk for respiratory distress. These infants are often born in impoverished and minority populations; our own data indicates that the most disadvantaged families are least likely to have secondhand smoke exposure protective practices in place [10]. Smoking is more common among these groups and is known to decrease birth weight and increase neonatal-respiratory-problem risk, frequently requiring treatment with oxygen and mechanical ventilation [11]. This life-saving treatment causes injury to the lungs and has been associated with decreased lung volumes, lower-airway obstruction, hyperinflation, and residual abnormalities of varying severity that may persist until adulthood [12]. Studies of household smoking in the VLBW-infant population suggest substantially increased odds of asthma and wheezing. Household smoking has been related to longer duration of hospitalization for respiratory symptoms [13] and reduced airflow and air-trapping in VLBW children [14]. Thus, all avenues for decreasing respiratory illness need to be

Address for correspondence: Thomas F. Northrup, Department of Family and Community Medicine, University of Texas Medical School at Houston, 6431 Fannin, J1L 324, Houston, TX 77030, USA. Tel: (713)500-6869. Fax: (713)500-7598. E-mail: Thomas.F.Northrup@uth.tmc.edu

Can hormones in breastfeeding protect against postnatal depression?

Abstract

The benefits of breastfeeding are widely accepted; however, one of the likely advantages of breastfeeding is often overlooked: breastfeeding may help protect against postnatal depression. An earlier article (Donaldson-Myles, 2011) reviewed the evidence of the beneficial effects of breastfeeding against postnatal depression. This article now examines the hormonal changes engendered by human suckling and lactation which appear to reduce the incidence of depression. It explores the role of stress and inflammation in depression together with the attenuating effects of the hormones of lactation. Prolactin and oxytocin are shown to have an inhibitory influence on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis which is activated at times of stress. In addition, evidence that oxytocin has a central calming effect on the brain is discussed. An understanding of the moderating effects of the lactational hormones on postnatal depression could assist midwives in encouraging vulnerable women to breastfeed and help combat this devastating condition. Using this evidence-based information, midwives can utilize their valuable and limited time to encourage and support breastfeeding in women who are prone to depression to help improve their mental wellbeing.

Postnatal depression (PND) is a devastating condition affecting the mental health of an increasing number of women following birth (Royal College of Midwives (RCM), 2007). Prevalence rates vary between studies but an average prevalence of 13% can be suggested (Dennis, 2005; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2006; Horowitz et al, 2009). Symptoms include tearfulness, persistent low mood and fatigue, lack of drive and insomnia with most cases starting in the first 3 months postpartum (Dennis, 2005).

The evidence for the benefits of breastfeeding in helping to reduce PND has previously been considered (Donaldson-Myles, 2011), and found the evidence to be inconclusive, with study results confounded by unclear definitions of breastfeeding. However, it is generally accepted that formula feeding mothers experience more depressive symptoms than their breastfeeding counterparts (Dennis and McQueen, 2009). The question is whether this is because depressed mothers are less likely to succeed in their attempts to breastfeed, thereby compounding depressive mood, or whether breastfeeding in itself confers some protection against depression? This article

explores the possible psycho-protective role of the hormones specifically related to lactation and reviews the evidence which helps explain why breastfeeding mothers appear to be at a lower risk of PND.

Do hormonal changes cause PND?

During pregnancy and the puerperium major hormonal changes take place in the body as a result of alterations to the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. These include the placenta producing the hormones progesterone and oestrogen which maintain and nurture the pregnant state. Levels of these hormones fall sharply at birth, reaching pre-pregnancy levels at around the fifth postpartum day (Dalton, 1989; Hendrick et al, 1998).

The possibility of a biological link between the hormonal environment of the puerperium and depression has been suggested since the time of Hippocrates (Hanley, 2009); however, many authors explored this relationship by looking at how hormonal changes may cause PND. It is known, for example, that a steep fall in progesterone after delivery has an association with the 'baby blues' (Harris et al, 1994; Glangeaud-Freudenthal et al, 1999). Recent research, however, suggests that certain endocrine changes present in breastfeeding women may actually help prevent PND (Abou-Saleh et al, 1998; Klier et al, 2007).

What is the role of prolactin?

It is known that the secretion of the lactogenic hormone prolactin increases during pregnancy, rising steadily until delivery. Production is then further stimulated by the baby suckling at the breast. It is produced by the adenohypophysis (the anterior lobe of the pituitary gland), situated at the base of the skull (Box 1). It is the main stimulant for milk production. Its secretion is influenced by biochemical circadian rhythms being produced in larger quantities when the woman is asleep. Following birth, prolactin levels remain high if the woman is breastfeeding on demand and this stimulates milk production further. The raised prolactin inhibits the production of oestrogen, progesterone and follicle-stimulating hormone

Fiona Donaldson-Myles
Supervisor of Midwives,
The Soldiers, Sailors,
Airmen and Families
Association - Forces
Help (SSAFA),
The Princess Mary's
Hospital, RAF Akrotiri,
BFPO 57

Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Non-breastfeeding Mothers

Ashraf Tashakori MD¹
Azadeh Zamani Behbahani, MD¹
Reza Davasaz Irani, MPH²

¹ Department of Psychiatry,
Golestan hospital, Ahvaz
Jundishapur University of Medical
Sciences, Ahvaz, Iran

² Health center, Ahvaz
Jundishapur University of Medical
Sciences

Corresponding author:

Ashraf Tashakori
Address: 418, Gelayol Alley,
Ostadan Street, Jundishapur
University of Medical Sciences,
Golestan Avenue, Ahvaz – Iran.
Postal Code: 6135733118
E-mail:
tashakori_doctor@yahoo.com
Tel.:00989163135002
Fax:00986113743038

Objectives: There is a relationship between infant feeding method and maternal postpartum depression (PPD). This study was carried out in an Iranian population to compare the prevalence of PPD symptoms between breast feeding and non-breast feeding mothers for first time.

Methods: Four health centers in Ahvaz were selected by random sampling in 2009. At first 78 non-breast feeding mothers at two months postpartum were recruited in the study and then 78 breast feeding mothers were recruited through random sampling. They were re-assessed in six months postpartum period. Demographic and obstetric data questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) were used.

Results: There was a significant difference in prevalence of Edinburgh Postnatal Depression Scale positive between breast feeding (2.5%) and non-breast feeding mothers (19.4%) ($p=0.004$).

Conclusion: Infant feeding method may be related to maternal mood disorder and breast feeding mothers are less depressed. Breastfeeding may decrease PPD.

Key words: *Breast feeding, Postpartum depression, Women*

Iran J Psychiatry 2012; 7:61-65

Breast feeding (BF) has significant benefits for mothers and infants (1-5). To achieve optimal health and well being of newborns, World Health Organization (WHO) has recommended exclusive BF for the first six months of infants' life (6). BF increases oxytocin secretion (1) and consequently induces maternal-fetal attachment and bonding (1,7). BF can also regulate diurnal basal cortisol secretion in postpartum mothers (4) and autonomic response to stress (3). There is a relationship between infant feeding method and maternal postpartum depression (PPD) (8-10). PPD can begin any time during the first year after delivery. The Text Revision of fourth Diagnostic and Statistical Manual for psychiatric disorders (DSM- IV-TR) allows the specification of a postpartum mood disturbance if the onset of symptoms is within 4 weeks after delivery. PPD symptoms may include feelings of loneliness, sleep disturbances, decreased appetite, and emotional lability (11). The reported prevalence of PPD is 10-18% in different societies (12-15), and is reported to be 14-21.4% in Iran (16-21). The annual incidence of a major depressive episode is 1.89% for women (11), and there is a threefold higher rate of onset of depression during the first five weeks after childbirth (22). Depression

symptoms in children of depressed mothers are more frequent than that of general population (23). Recent studies have emphasized reciprocal relationship between depression of mothers and depression of their children (24). Therefore, depression in post partum period is an important mental health problem for infant-mother dyad. Thome M et al. assessed Icelandic mothers at 2-3 months after delivery and concluded that depressive symptoms are associated with lower rates of exclusive BF (8). Abou-Saleh MT et al. examined 70 women at postpartum period and found that BF mothers have significantly lower EPDS scores, and that postpartum mothers with current depression ($EPDS \geq 11$) have significantly lower plasma prolactin level than non-depressed mothers (9). Dennis CL et al. carried out a qualitative systematic review to assess the relationship between postpartum depressive symptoms and infant-feeding outcomes. Seventy five articles from 1966 to 2008 were reviewed. Of the 49 included studies, seven found a positive association between bottle-feeding and higher level of depressive symptoms, another seven studies found a positive relationship between BF and lower level of depressive symptoms, and six reported no relationship between postpartum depression and infant-feeding outcomes. They also found 12 studies that suggested mothers with depressive symptoms are more likely to discontinue breastfeeding earlier than non-depressed mothers.

Mariana Campos Martins
Machado^I

Karine Franklin Assis^I

Fabiana de Cássia Carvalho
Oliveira^I

Andréia Queiroz Ribeiro^{II}

Raquel Maria Amaral Araújo^{III}

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.

DESCRITORES: 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

Dispelling Myths to Support Breastfeeding in Women With Postpartum Depression

Tonia Olson Angela Bowen

Although we know that human lactation is a normal response to pregnancy and birth, and that breast milk is considered optimal (Duijts, Jaddoe, Hofman, & Moll, 2010; McNeil, Labbok, & Abrahams, 2010; Renfrew et al., 2012), North American breastfeeding rates have increased only slightly in recent years. For example, while approximately 75 percent of mothers in the United States begin breastfeeding, only about 13 percent of babies are exclusively breastfed to 6 months of age (U.S. Department of Health and Human Services, 2011). In Canada, the breastfeeding initiation rate is reported to be as high as 89 percent, with only 26 percent of babies exclusively breastfed to 6 months (Gionet, 2013). Because of the potential negative health outcomes related to lack of breastfeeding and/or short breastfeeding duration (see Box 1), promoting, protecting and supporting breastfeeding remains an important primary health care strategy (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN], 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 2011; World Health Organization [WHO], 2014).

Maternal mental health issues add to the complexity surrounding infant feeding. Research has begun to deal

with maternal depression throughout the perinatal period (Bowen, Bowen, Butt, Rahman, & Muhajarine, 2012). Estimates for how common postpartum depression is vary widely, from 8.1 percent (Bowen et al., 2012) to a reported 19.2 percent of U.S. mothers experiencing a depressive episode within the first postpartum year (Gavin et al., 2005). While there is growing attention being paid to the connection between infant feeding practices and postpartum depression, the relationship between them remains controversial (Bogen, Hanusa, Moses-Kolko, & Wisner, 2010).

Nurses caring for women with a history of depression might wonder what they can do to support the breastfeeding relationship, and question whether breastfeeding increases a woman's risk for depression or if a breastfeeding woman can safely take antidepressant medications. The purpose of this article is to dispel myths and provide frontline nursing staff with current evidence about the realities of breastfeeding with postpartum depression. We begin with a narrative example to show the different opinions that can exist between women and nurses regarding breastfeeding support postpartum, and how easily a nurse, even with good intentions, can undermine a woman's desire to breastfeed her baby.

Abstract: Increasing attention is being paid to the possible connection between infant feeding practices and postpartum depression. Nurses caring for women and their families in the postpartum period might wonder how to best support the breastfeeding relationship if a woman has a history of depression. Using evidence from the scientific literature, this article dispels some myths regarding breastfeeding and depression, and provides suggested dialogue nurses can use when counseling women about depression and breastfeeding. DOI: 10.1111/1751-486X.12136

Keywords: breastfeeding | depression | infant feeding | postpartum depression

Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?

A prospective study from pregnancy to 2 years after birth

Jennifer Hahn-Holbrook · Martie G. Haselton ·
Christine Dunkel Schetter · Laura M. Glynn

Received: 10 August 2012 / Accepted: 27 March 2013 / Published online: 8 June 2013
© Springer-Verlag Wien 2013

Abstract Mothers who breastfeed typically exhibit lower levels of depressive symptomatology than mothers who do not. However, very few studies have investigated the directionality of this relationship. Of the prospective studies published, all but one focus exclusively on whether maternal depression reduces rates of subsequent breastfeeding. This study again examines this relationship, but also the reverse—that breastfeeding might predict lower levels of later depression. Using multilevel modeling, we investigated the relationship between breastfeeding and self-reported depressive symptomatology in 205 women followed prenatally and at 3, 6, 12, and 24 months after birth. Consistent with previous research, women with prenatal depressive symptomatology weaned their infants 2.3 months earlier, on average, than women without such symptomatology. We also found, however, that women who breastfed more frequently at 3 months postpartum showed greater subsequent declines in depressive symptomatology over time compared to women who breastfed

less frequently, resulting in lower absolute levels of depressive symptoms by 24 months postpartum, controlling for important confounds. In sum, these findings are consistent with a bidirectional association between breastfeeding and depression, with prenatal depression predicting less breastfeeding soon after birth and breastfeeding predicting declines in maternal depression up to 2 years after birth. We discuss mechanisms that could potentially explain these associations and avenues for future research.

Keywords Depression · Affective disorders · Breastfeeding · Pregnancy · Motherhood

Depression is the leading cause of disability in women (Nobel 2005) and is the most prevalent of all childbearing-related illnesses, affecting approximately 13 % of women worldwide within the first 12 weeks after giving birth (O'Hara and Swain 1996) and roughly one in five women within the first postpartum year (Gaynes et al. 2005). Depression has a number of negative consequences for mothers and infants. For example, depression in mothers can disrupt parenting behaviors (Field 2010; Paulson et al. 2006), leading to long-term negative consequences for cognitive, emotional, and behavioral development of children (see Grace et al. 2003, for a review). Further, maternal distress resulting from depression adversely impacts broader family relationships and can lead to marital discord (Zelkowitz and Milet 1996). Therefore, identifying factors that are protective against maternal depression, especially if they are modifiable, is a high research priority.

One underexplored factor related to maternal depression is breastfeeding. Although many cross-sectional studies have found lower rates of depressive symptomatology among women

J. Hahn-Holbrook (✉) · C. Dunkel Schetter
Department of Psychology and the Institute for Society
and Genetics, University of California, Los Angeles,
Los Angeles, CA, USA
e-mail: jhahn@psych.ucla.edu

M. G. Haselton
Department of Psychology and Communications Studies
and the Institute for Society and Genetics, University of California,
Los Angeles,
Los Angeles, CA, USA

C. Dunkel Schetter
Department of Psychology, University of California, Los Angeles,
Los Angeles, CA, USA

L. M. Glynn
University of California, Irvine, Irvine, CA, USA

New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions

Cristina Borra · Maria Iacovou · Almudena Sevilla

Published online: 21 August 2014
© The Author(s) 2014. This article is published with open access at Springerlink.com

Abstract This study aimed to identify the causal effect of breastfeeding on postpartum depression (PPD), using data on mothers from a British survey, the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Multivariate linear and logistic regressions were performed to investigate the effects of breastfeeding on mothers' mental health measured at 8 weeks, 8, 21 and 32 months postpartum. The estimated effect of breastfeeding on PPD differed according to whether women had planned to breastfeed their babies, and by whether they had shown signs of depression during pregnancy. For mothers who were not depressed during pregnancy, the lowest risk of PPD was found among women who had planned to breastfeed, and who had actually breastfed their babies, while the highest risk was found among women who had planned to breastfeed and had not gone on to breastfeed. We conclude that the effect of breastfeeding on maternal depression is extremely heterogeneous, being mediated both by breastfeeding intentions during pregnancy and by mothers' mental health during pregnancy. Our results

underline the importance of providing expert breastfeeding support to women who want to breastfeed; but also, of providing compassionate support for women who had intended to breastfeed, but who find themselves unable to.

Keywords Breastfeeding · Mental health · Edinburgh postnatal depression scale · Child development · ALSPAC

Introduction

Approximately 13 % of women experience postpartum depression (PPD) within the 14 weeks after giving birth [1]. If the antenatal period is also considered, as many as 19 % of women experience a depressive episode during pregnancy or the first 3 months postpartum [2]. Post-natal depression has an immediate impact on mothers and carries long-term risks for mothers' future mental health [3, 4]; it also has significant negative effects on the cognitive, social and physical development of their children [5, 6]. In addition, post-natal depression involves substantial economic costs, in terms of costs to healthcare systems [7] and losses in productivity via maternal absenteeism from work, premature retirement, and long-term unemployment [8].

The effect of breastfeeding on the risk of PPD is not well understood. Several studies have demonstrated an association between longer breastfeeding durations and a lower prevalence of PPD [9–14]. However, other studies have suggested the opposite, namely that breastfeeding mothers are at increased risk of PPD [15, 16]; or found no association [17, 18]. Of those studies which suggest beneficial effects from breastfeeding, several have relied on small samples, and few have controlled for potential confounders such as socioeconomic factors (maternal education, family income, marital status), the quality of relationships (marital

C. Borra (✉)
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, University of Seville, Ramón y Cajal 1, 41018 Seville, Spain
e-mail: cborra@us.es

M. Iacovou
Department of Sociology, University of Cambridge, Free School Lane, Cambridge CB2 3RQ, UK
e-mail: mi305@cam.ac.uk

M. Iacovou
ISER, University of Essex, Colchester CO4 3SQ, UK

A. Sevilla
Queen Mary University of London, Mile End Road, London E1 4NS, UK
e-mail: a.sevilla@qmul.ac.uk

Abstract of dissertation entitled

“Does breastfeeding affect maternal postpartum mood?”

Submitted by

Dr CHENG Man Wai

for the degree of Master of Public Health

at The University of Hong Kong

in August 2014

Breastfeeding is well known to be beneficial to both the mother and the baby.

To the baby, it is associated with decreased short-term health problems such

as diarrhea and respiratory infections, as well as decreased long-term health

consequences such as type 2 diabetes, obesity, and raised blood cholesterol

levels. To the mother, it is suggested to reduce type 2 diabetes, breast cancer,



Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates

Aisha Hamdan · Hani Tamim

Received: 26 January 2010 / Accepted: 11 October 2010 / Published online: 10 November 2010
© Springer-Verlag 2010

Abstract Limited research has been conducted in the United Arab Emirates in relation to postpartum depression. The purpose of this study was to investigate the risk and protective factors of postpartum depression in women in Sharjah, United Arab Emirates. We carried out a prospective study in which we followed women from the second trimester of pregnancy until 4 months postpartum. Data were collected during the second and third trimesters and then at 2- and 4- months postpartum. The risk/protective factors that were investigated included: depression and anxiety during pregnancy, stressful life events, breastfeeding, employment status following delivery, religiosity, and socio-demographic variables. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (screening) and the Mini International Neuropsychiatric Inventory (diagnostic) were used as outcome variables. Using the Mini International Neuropsychiatric Inventory (diagnostic), 10% of the 137 participants in the study were diagnosed with postpartum depression. The following variables were found to be predictive of postpartum depression: depression during pregnancy in both the second and third trimesters: number of children, religion, and use of formula for feeding. Several factors were of borderline significance including educational level of mother, lack of breastfeeding, personal stressful life events, and employment status following delivery. These risk

factors are important as they indicate potential areas for early identification. Screening of pregnant women during pregnancy and in the postpartum phase would be important. This study forms the foundation for further research and development related to prevention and intervention for postpartum depression in this Arab context.

Keywords Postpartum depression · Arab culture · Risk factors · Protective factors

Introduction

Postpartum depression is the most common complication of childbirth. The average prevalence rate based upon a large number of studies is between 10–15% of recently delivered mothers (O'Hara and Swain 1996; Robertson et al. 2004). This condition has negative health implications for the mother, child, and family (Robertson et al. 2004). A recent review of the literature found that the following risks factors are the strongest predictors of postpartum depression (in decreasing order of effect): depression during pregnancy, anxiety during pregnancy, experience of stressful life events during pregnancy, low levels of social support, and previous history of depression (Robertson et al. 2004). An earlier meta-analysis of the research had also found the following variables to be predictors of postpartum depression: self-esteem, childcare stress, marital relationship, infant temperament, marital status, socioeconomic status, and unplanned/unwanted pregnancy (Beck 2001). These results are similar to those obtained in the first meta-analysis of the subject by O'Hara and Swain (1996). Both formula feeding in place of breastfeeding and cigarette smoking have also been found to be risk factors (Breese McCoy et al. 2006).

A. Hamdan (✉)
College of Medicine,
King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences,
P. O. Box 22490, Riyadh 11426, Kingdom of Saudi Arabia
e-mail: hamdanl@ksau-hs.edu.sa

H. Tamim
King Abdullah International Medical Research Center,
College of Medicine,
King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences,
P. O. Box 22490, Riyadh 11426, Kingdom of Saudi Arabia
e-mail: hani-t@hotmail.com

