Aline Oliveira dos Santos
Moraes¹

Elma Izze da Silva Magalhães²

Ana Amélia Freitas Vilela³

Gilberto Kac⁴

Juliana dos Santos Vaz^{1,4}

¹ Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Pelotas, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Luís, MA, Brasil.

³ Universidade Federal de Jataí, Faculdade de Medicina. Jataí, GO, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Observatório de Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência

Juliana dos Santos Vaz
juliana.vaz@gmail.com

Manuscrito originado do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Ansiedade na gestação e práticas de aleitamento materno no primeiro mês pós-parto: Resultados de um estudo de coorte com gestantes no Rio de Janeiro-RJ, Brasil” de Aline Oliveira dos Santos Moraes, na Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Nutrição 2017.

Sintomas de ansiedade gestacional e pós-parto e intenção de amamentar exclusivo até os seis meses: resultados de uma coorte prospectiva do Rio de Janeiro

Symptoms of gestational and postpartum anxiety and intention to breastfeed exclusively until six months: results of a prospective cohort in Rio de Janeiro

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre sintomas de ansiedade gestacional e pós-parto e intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses. **Métodos:** Coorte prospectiva com uma população de mulheres atendidas no serviço de obstetrícia de um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. Os sintomas de ansiedade foram avaliados pelo Inventário de Ansiedade Traço/Estado no primeiro trimestre da gestação (ansiedade-traço) e 30-45 dias pós-parto (ansiedade-estado). A intenção de amamentar exclusivamente até seis meses foi avaliada por questionário aplicado 30-45 dias pós-parto. Variáveis independentes foram obtidas de questionários padronizados com dados socioeconômicos, obstétricos e nutricionais. As associações brutas e ajustadas foram testadas por regressão de Poisson com variâncias robustas. **Resultados:** Foram avaliadas 195 mulheres no primeiro trimestre gestacional e 185 no pós-parto. A prevalência de sintomas de ansiedade-traço ao início da gestação foi de 53%, e ansiedade-estado no pós-parto 29%. Cinquenta e nove por cento das mulheres pretendiam amamentar exclusivamente até seis meses. Nas análises ajustadas, a presença de sintomas de ansiedade-traço associou-se com a intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses (RP=1,70; IC95%=1,07–2,72). A presença de sintomas de ansiedade-estado no pós-parto perdeu a associação com o desfecho após os ajustes (RP=1,54; IC95%=0,97–2,44). **Conclusões:** A presença de sintomas de ansiedade-traço influencia negativamente na intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses. Ressalta-se a importância de avaliar a saúde mental da mulher na gestação e pós-parto visando proteger a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Ansiedade. Gestação. Aleitamento Materno. Estudos Longitudinais.

Abstract

Objective: To evaluate association between symptoms of gestational and postpartum anxiety and intention to breastfeed exclusively until six months of age. **Methods:** This was a prospective cohort study with a population of women treated at the obstetrics service of a health center in the municipality of Rio de Janeiro. Anxiety symptoms were assessed by the State-Trait Anxiety Inventory in the first trimester of pregnancy (trait anxiety) and 30-45 days postpartum (state anxiety). Intention to breastfeed exclusively up to six months was assessed by a questionnaire administered 30-45 days postpartum. Independent variables were obtained from standardized questionnaires

with socioeconomic, obstetric and nutritional data. Crude and adjusted associations were tested by Poisson regression with robust variance. **Results:** A total of 195 women were evaluated in the first trimester of pregnancy, and 185 were evaluated in the postpartum period. Prevalence of trait anxiety symptoms at the beginning of pregnancy was 53%, while postpartum state anxiety was 29%. Fifty-nine percent of women intended to breastfeed exclusively for up to six months. In the adjusted analyses, presence of trait anxiety symptoms was associated with the intention not to breastfeed exclusively until six months (PR=1.70; 95% CI = 1.07-2.72). Presence of state anxiety symptoms in the postpartum period lost its association with the outcome after adjustments (PR=1.54; 95% CI = 0.97-2.44). **Conclusions:** Presence of trait anxiety symptoms negatively influences intention to breastfeed exclusively up to six months. Emphasis is placed on the importance of evaluating the mental health of women during pregnancy and postpartum to ensure exclusive breastfeeding is maintained.

Keywords: Anxiety. Pregnancy. Breast Feeding. Longitudinal Studies..

INTRODUÇÃO

Os benefícios da amamentação para a mãe e o bebê são bastante conhecidos na literatura. O aleitamento materno está associado ao menor risco de diarreia e infecções respiratórias,¹ menor incidência de obesidade e diabetes, bem como efeito positivo no quociente intelectual² e menor mortalidade nas crianças.³ Em relação à saúde materna, a amamentação está associada à redução no risco de câncer de mama e ovário, menor risco de fatores de risco cardiovasculares, como obesidade, diabetes, dislipidemia e hipertensão, além de atuar positivamente na saúde mental da mãe.^{4,5}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade, sendo que a partir deste período a criança deve receber alimentação complementar, mantendo o aleitamento materno até pelo menos dois anos de idade.⁶ Apesar de haver um aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo no Brasil em crianças menores de seis meses entre 2013 a 2015 - de 36,6% a 54%, respectivamente -, essa frequência ainda é baixa.^{7,8} Em relação à amamentação em crianças menores de dois anos, a prevalência em 2013 foi de 52,1%.⁷

A gestação e o puerpério são períodos marcados por alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, podendo repercutir na saúde mental da mãe,⁹ sendo que a ansiedade materna pode influenciar vários aspectos da saúde do bebê, inclusive na amamentação.^{10,11} Em contrapartida, a literatura também tem mostrado que a cessação da amamentação aumenta os níveis de ansiedade materna,¹² sugerindo uma possível bidirecionalidade nessa relação.

Apesar de já ter sido reportado na literatura que a ansiedade materna está associada à intenção de amamentar,^{13,14} essa relação ainda não está totalmente esclarecida e os estudos sobre o tema ainda são escassos.^{10,11} Desta forma, justifica-se a realização de mais estudos investigando essa questão para preencher essa lacuna da literatura.

Frente à relevância da temática, elaborou-se a seguinte questão norteadora: a ansiedade gestacional e no pós-parto estão associadas com a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses?

O presente estudo teve por objetivo avaliar a associação entre sintomas de ansiedade gestacional e pós-parto e intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses.

MÉTODOS

Delineamento, população e local do estudo

Trata-se de estudo de coorte prospectivo com gestantes que receberam atendimento pré-natal no Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão do município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Cálculo da amostra do estudo

Para o cálculo do tamanho da amostra do presente estudo, considerou-se uma prevalência de não intenção de amamentar exclusivamente de 20,4%,¹³ uma razão de prevalência de 1,4, poder de 80% e nível de confiança de 95%, resultando em um número mínimo de 171 participantes. A este valor, adicionaram-se 30% para perdas, sendo então necessária uma amostra mínima de 222 mulheres.

Seleção da amostra

Foram selecionadas a participar do estudo as gestantes que atendiam aos seguintes critérios de inclusão no período de recrutamento: i) idade gestacional entre 5 e 13 semanas; ii) entre 20 e 40 anos; iii) ausência de doenças crônicas não transmissíveis (exceto obesidade); iv) ausência de doenças infecto-parasitárias; v) gestação única; vi) residir na área adstrita ao estudo; e vii) realizar o acompanhamento pré-natal no local onde o estudo foi realizado. Como critérios de exclusão, foram considerados: gestação acima de 13 semanas, gestação gemelar, presença de doenças infecciosas e doenças crônicas, exceto obesidade.

Coleta de dados

Todas as entrevistas foram previamente agendadas (exceto a de recrutamento) e realizadas face a face. Os entrevistadores foram treinados e padronizados pelos coordenadores da pesquisa antes do início do trabalho de campo, com treinamentos teórico e prático e um estudo piloto. A etapa de treinamento teórico foi realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro e o treinamento prático e estudo piloto no Centro de Saúde onde se desenvolveu o estudo.

O recrutamento ocorreu entre novembro de 2009 e outubro de 2011 no serviço de pré-natal, e 93% das mulheres elegíveis concordaram em participar. As gestantes foram entrevistadas em três momentos na gestação, entre 5^a-13^a, 20-26^a e 30-36^a semanas gestacionais, e 30-45 dias pós o parto. Para o presente estudo, foram utilizadas as informações da primeira e última entrevista de seguimento do estudo.

Todos os questionários foram padronizados para coleta de dados demográficos, socioeconômicos, antropométricos, comportamentais e de saúde mental.

Variáveis de exposição: sintomas de ansiedade materna

As variáveis independentes (exposições) do estudo foram os sintomas de ansiedade-traço ao início da gestação e de ansiedade-estado no pós-parto. Essas variáveis foram investigadas por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE),¹⁵ que foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil.¹⁶ Este se baseia na concepção dualística proposta por Cattell & Scheier¹⁷ e caracteriza os sintomas de ansiedade em dois conceitos distintos: sintomas de ansiedade traço e estado.^{15,16} O primeiro refere-se a sintomas mais gerais e de longa data, e o segundo trata de sintomas de ansiedade temporária. Na escala de sintomas de ansiedade-traço, a pessoa descreve como ela geralmente se sente.^{18,19} Os escores dessa escala são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo.¹⁵ A escala de sintomas de ansiedade-estado, por sua vez, avalia o estado emocional de transição gerado por uma situação estressante; nela os entrevistados descrevem como se sentem no momento, se sentiram no passado recente ou como eles antecipam ser seus sentimentos em uma situação específica.²⁰

O IDATE é composto por 40 itens, sendo 20 correspondentes à ansiedade traço e 20 à ansiedade-estado. Em cada item da escala, existem quatro alternativas de resposta: quase nunca, às vezes, frequentemente e quase sempre, com valores que variam de um a quatro pontos. Assim, para cada conceito de ansiedade, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a chance de o indivíduo apresentar sintomas de ansiedade.^{16,18,21}

No presente estudo, utilizaram-se os sintomas de ansiedade-traço avaliados no primeiro trimestre gestacional, e os sintomas de ansiedade-estado na última entrevista, 30 a 45 dias pós-parto. Considerou-se

como ponto de corte para sintomas de ansiedade traço/estado uma pontuação acima de 40 pontos, conforme também empregado por Rondó et al.²²

Variável desfecho: intenção de aleitamento materno exclusivo

A variável dependente (desfecho) do estudo foi a intenção de manter o aleitamento exclusivo até os seis meses. As práticas de aleitamento materno foram avaliadas por questionário padronizado aplicado no período entre 30 e 45 dias pós-parto. As mães foram questionadas sobre: estar amamentando no período atual, estar amamentando exclusivamente (sem água, água adoçada, chás, infusões, suco de frutas e fluidos rituais). Por fim, as mães foram questionadas quanto à intenção em amamentar exclusivamente até os seis meses, conforme recomendação da OMS.⁶

Covariáveis

A cada etapa do estudo, foram aplicados questionários para coleta de informações, os quais forneceram covariáveis para ajuste nas análises estatísticas entre exposição e desfechos: idade (20-29, 30-34, 35 ou mais anos), cor da pele (branca, preta/parda/morena), escolaridade (0-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais anos), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), trabalho/licença-maternidade (não trabalha/trabalha com licença-maternidade, trabalha sem licença-maternidade), renda familiar (em tercil de reais), paridade (0, ≥ 1), desejo de engravidar (estava querendo engravidar, não queria/queria esperar mais um tempo), índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional (baixo-peso, eutrofia, sobrepeso, obesidade) e orientação sobre amamentação no pré-natal (não, sim).

O estado nutricional foi avaliado a partir do IMC pré-gestacional (kg/m^2), calculado a partir dos dados peso pré-gestacional e estatura coletados na primeira entrevista, e categorizado de acordo com os pontos de corte estabelecidos pela OMS.²³ O peso corporal pré-gestacional relatado foi obtido na aplicação do primeiro questionário. A estatura foi aferida em duplicata, utilizando-se estadiômetro portátil (Seca Ltd., Hamburg, Germany), pelos entrevistadores previamente treinados com técnicas padronizadas conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.²⁴

Análises estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o programa Stata versão 14.0 (StataCorp, CollegeStation, Texas, USA). Para a caracterização da amostra do estudo, realizou-se análise descritiva das variáveis. As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas; e as contínuas, após serem avaliadas quanto à normalidade da sua distribuição (por meio do teste de Shapiro-Wilk, histograma, *skewness* e *kurtose*), foram expressas em medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil).

A associação entre sintomas de ansiedade (traço/estado) na gestação e no pós-parto e a intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses no primeiro mês pós-parto foi verificada por meio da regressão de Poisson com variâncias robustas. Inicialmente, realizou-se a análise bivariada das possíveis associações entre as exposições (sintomas de ansiedade-traço e ansiedade-estado) e o desfecho (intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses). Em seguida, as covariáveis (idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, renda familiar total, paridade, desejo materno de engravidar, índice de massa corporal pré-gestacional, orientação sobre amamentação pré-natal e trabalho/licença-maternidade) foram incluídas na análise de regressão multivariada para obtenção das estimativas das razões de

prevalências, e respectivos intervalos de confiança, ajustadas para possíveis fatores de confusão. A probabilidade inferior a 5% ($P < 0,05$) foi considerada como rejeição de hipótese de nulidade.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido aos Comitês de Ética do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ofício nº 98ALiv2-09) e da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (Parecer nº 168A/2009), que o aprovaram.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos de estudos envolvendo seres humanos, regidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), após serem esclarecidos os objetivos e outros detalhes pertinentes ao estudo.

RESULTADOS

Das 254 gestantes elegíveis para participar do estudo, 30 sofreram aborto ou tiveram recém-nascido natimorto; deste modo, 224 mulheres ingressaram no estudo. No primeiro trimestre, 29 participantes foram excluídas devido à falta de informações nos questionários sobre aleitamento materno e saúde mental, resultando numa amostra de 195 mulheres com dados completos para as análises. Ao longo do segundo e terceiro trimestres de gestação, ocorreram 14 perdas de acompanhamento, porém outras quatro gestantes retornaram ao estudo. Assim, uma amostra de 185 mulheres (27% de perdas) foi entrevistada no período pós-parto (figura 1).

Figura 1. Fluxograma do estudo

Ao comparar as mulheres que permaneceram no estudo até a entrevista do pós-parto com as perdas de seguimento em relação às variáveis idade ($p=0,301$), cor da pele ($p=0,869$), escolaridade ($p=0,314$), situação conjugal ($p=0,089$), renda familiar total ($p=0,456$) e paridade ($p=0,642$), nenhuma perda diferencial significativa foi observada.

Dentre as gestantes acompanhadas, cerca de 70% estavam na faixa etária de 20-29 anos. A maioria (74%) das participantes era da cor de pele não branca, 50% da amostra tinha 9-11 anos de estudo e 80%

viviam com companheiro. A mediana de renda familiar total no primeiro tercil foi de R\$754,00 (intervalo interquartil: R\$580,00 a R\$1.030,00); 42,6% desejavam engravidar; e 56% iniciaram a gestação com IMC adequado. Ao final do pré-natal, mais da metade (57%) relatou não ter recebido orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e 41% trabalhavam sem direito à licença maternidade. Em relação às características obstétricas, 63% das mulheres tinham entre um ou mais filhos (tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e culturais das mulheres participantes da coorte de gestantes do Centro Municipal de saúde Heitor Beltrão, Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2012 (n=195).

Variáveis	Total		Intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses				
			Sim		Não		P*
	N	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							0,293
20 a 29	136	69,7	82	60,3	54	39,7	
30 a 34	37	19,0	16	43,2	21	56,8	
35 a 40	22	11,3	14	63,6	8	36,4	
Cor da pele							0,141
Branca	49	25,1	34	69,4	15	30,6	
Preta/parda	146	74,9	79	54,1	67	45,9	
Escolaridade (anos)							0,078
0 a 4	21	10,8	6	28,6	15	71,4	
5 a 8	68	34,9	46	67,6	22	32,4	
9 a 11	98	50,2	58	59,2	40	40,8	
12 ou mais	8	4,1	4	50,0	4	50,0	
Situação conjugal							0,392
Com companheiro	156	80,0	94	60,3	62	39,7	
Sem companheiro	39	20,0	19	48,7	20	51,3	
Renda familiar total†							0,859
1º tercil (R\$100 – R\$1.060)	59	30,4	35	59,3	24	40,7	
2º tercil (R\$1.072 – R\$1.620)	66	34,0	36	54,5	30	45,5	
3º tercil (R\$1.639 – R\$9500)	69	35,6	41	59,4	28	40,6	
Paridade							0,138
0	72	36,9	49	67,5	23	32,5	
≥1	123	63,1	66	53,3	57	46,7	
Desejo de engravidar							0,563
Sim	83	42,6	51	61,2	32	38,8	
Não	112	57,4	63	55,9	49	44,1	
Índice de massa corporal pré-gestacional							0,888
Baixo-peso (<18,5 kg/m²)	3	1,5	1	33,3	2	66,7	
Eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m²)	110	56,4	63	57,3	47	42,7	
Sobrepeso (25,0 a 29,9 kg/m²)	59	30,3	37	62,7	22	37,3	
Obesidade (> 29,9 kg/m²)	23	11,8	12	52,2	11	47,8	
Orientação sobre amamentação pré-natal							0,563
Não	112	57,4	63	56,3	49	43,7	
Sim	83	42,6	51	61,4	32	38,6	
Trabalho/licença-maternidade‡							0,132
Não trabalha/ trabalha e tem licença	100	59,5	49	49,0	51	51,0	
Trabalha sem licença	68	40,5	44	64,7	24	35,3	

* P-valor refere-se ao teste qui-quadrado;

† variável com uma perda de informação; ‡ variável com 27 perdas de informação.

A prevalência de sintomas de ansiedade-traço entre as mulheres avaliadas foi de 53%; e de ansiedade-estado no primeiro mês pós-parto, foi 29%. Em relação ao aleitamento materno no primeiro mês pós-parto,

96% das mulheres referiram estar amamentado; destas, 64% amamentavam exclusivamente e 59% relataram ter a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses.

Observou-se que as mulheres avaliadas apresentaram mais sintomas de ansiedade-traço quando tinham menor escolaridade e paridade igual ou maior de que um. Quanto à ansiedade-estado no pós-parto, mulheres brancas, que viviam sem companheiro, e que tiveram um parto ou mais apresentaram mais sintomas de ansiedade estado (tabela 2).

Tabela 2. Média (IC 95%) de sintomas de ansiedade-traço gestacional e ansiedade-estado no pós-parto segundo características das mulheres participantes da coorte de gestantes do Centro Municipal de saúde Heitor Beltrão, Rio de Janeiro, Brasil (2009-2012).

Variáveis	Período de acompanhamento					
	Ansiedade-traço			Ansiedade-estado		
	5ª a 13ª semana gestacional (n= 195)			30 a 45 dias pós-parto (n=185)		
	n	Média (IC 95%) [†]	P*	n	Média (IC 95%) [†]	P*
<i>Idade (anos)</i>			0,613			0,386
20 a 29	136	42,43 (40,93-43,94)		129	37,11 (35,87-38,35)	
30 a 34	37	42,0 (38,76-45,24)		35	39,17 (35,49-42,85)	
35 a 40	22	44,30 (39,83-48,77)		21	38,5 (33,98-43,02)	
<i>Cor da pele</i>			0,755			0,038
Branca	49	42,81 (40,31-45,31)		47	39,65 (36,98-42,33)	
Preta/parda	146	42,36 (40,84-43,88)		138	36,85 (35,56-38,14)	
<i>Escolaridade (anos)</i>			0,008			0,649
0 a 4	21	46,1 (41,11-50,99)		20	38,27 (34,56-41,99)	
5 a 8	68	44,66 (42,22-47,11)		63	38,49 (36,26-40,73)	
9 a 11	98	41,32 (39,62-43,02)		94	37,02 (35,47-38,56)	
12 ou mais	8	37,29 (33,69-40,88)		8	36,0 (27,81-44,19)	
<i>Situação conjugal</i>			0,599			0,015
Com companheiro	156	42,4 (40,95-43,85)		147	37,1 (35,95-38,25)	
Sem companheiro	39	43,26 (40,25-46,26)		38	41,52 (36,37-46,67)	
<i>Renda familiar total[‡]</i>			0,076			0,890
1º tercil (R\$100 – R\$1060)	59	44,97 (42,21-47,72)		55	37,71 (35,71-39,70)	
2º tercil (R\$1072 – R\$1620)	66	41,17 (38,91-43,43)		62	37,09 (35,15-39,70)	
3º tercil (R\$1639 – R\$9500)	69	42,19 (40,20-44,18)		67	37,71 (35,21-40,2)	
<i>Paridade</i>			0,012			0,037
0	72	40,85 (39,21-42,5)		71	36,03 (34,41-37,65)	
≥1	123	43,99 (42,33-45,65)		114	38,59 (36,98-40,21)	
<i>Desejo de engravidar</i>			0,328			0,491
Sim	83	42,01 (40,14-43,88)		80	37,14 (35,41-38,88)	
Não	112	43,23 (41,64-44,82)		105	37,98 (36,35-39,61)	
<i>Índice de massa corporal pré-gestacional</i>			0,119			0,686
Baixo-peso (<18,5 kg/m ²)	3	41,13 (34,42-47,83)		3	38,75 (25,73-51,77)	
Eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m ²)	110	41,59 (39,93-43,24)		101	37,63 (36,05-39,22)	
Sobrepeso (25,0 a 29,9 kg/m ²)	59	44,04 (41,75-46,33)		58	36,79 (34,86-38,72)	
Obesidade (> 29,9 kg/m ²)	23	45,32 (41,97-48,68)		23	39,19 (34,71-43,66)	
<i>Orientação sobre amamentação pré-natal</i>			0,899			0,759
Sim	112	42,54 (40,69-44,39)		106	37,82 (36,27-39,37)	
Não	83	42,37 (40,42-44,31)		79	37,44 (35,52-39,36)	
<i>Trabalho/licença maternidade[§]</i>			0,471			0,208
Não trabalha/ trabalha e tem licença	100	41,41 (39,53-43,28)		95	37,46 (35,76-39,16)	
Trabalha sem licença	68	42,45 (40,25-44,66)		63	39,12 (37,13-41,1)	

IC 95%, Intervalo de confiança de 95%; *P-valor refere-se ao teste qui-quadrado; [†] Inventário de Ansiedade Traço-estado de Spielberger et al. (1970); [‡] variável com uma perda de informação; [§] variável com 27 perdas de informação

Quanto à associação entre sintomas de ansiedade traço/estado e intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses, nas análises brutas a intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses foi 77% maior entre as mães que apresentaram sintomas de ansiedade estado no pós-parto (RP=1,77; IC95%: 1,17- 2,66). Nas análises ajustadas, observou-se que a intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses era 70% maior entre aquelas com maiores sintomas de ansiedade traço.

Ademais, verificou-se associação limítrofe entre os sintomas de ansiedade estado no pós-parto com a não intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses (tabela 3).

Tabela 3. Análise bruta e ajustada da associação entre sintomas de ansiedade-traço no primeiro trimestre gestacional e ansiedade-estado pós-parto e a intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses em mulheres participantes da coorte de gestantes do Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão, Rio de Janeiro, Brasil (2009-2012).

	Prevalência (%)	Intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses	
		RP bruta (IC 95%)	RP ajustada [†] (IC 95%)
<i>Sintomas de ansiedade-traço gestacional</i>			
Não	34,4	Referência	Referência
Sim	47,1	1,37 (0,89 – 2,10)	1,70 (1,07 – 2,72)
<i>Sintomas de ansiedade-estado pós-parto</i>			
Não	33,0	Referência	Referência
Sim	58,3	1,77 (1,17 – 2,66)	1,54 (0,97 – 2,44)

[†] Ajustado para idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, renda familiar total, paridade, desejo de engravidar, índice de massa corporal pré-gestacional, orientação sobre amamentação pré-natal e trabalho/licença-maternidade.
Abreviações: RP, Razão de prevalência; IC 95%, Intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se elevada prevalência de sintomas de ansiedade no período gestacional e pós-parto, e pouco mais da metade das mulheres pretendiam manter a amamentação exclusiva até os seis meses. Além disso, a presença de sintomas de ansiedade-traço gestacional associou-se com a intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses.

Quanto à prevalência de sintomas de ansiedade no primeiro trimestre gestacional, outros estudos com gestantes brasileiras têm mostrado resultados distintos. Rondó et al.²⁵ relataram prevalência semelhante (51%) à do nosso estudo, enquanto que no estudo de Cunha et al.²⁶ a prevalência foi de 36%.

Estudos investigando a prevalência de distúrbios da ansiedade nos primeiros meses pós-parto realizados no Brasil são escassos.²⁷ Tavares et al.²⁸ reportaram uma prevalência de 17% de qualquer distúrbio de ansiedade 30-90 dias pós-parto em Pelotas-RS. Já em países desenvolvidos, tanto no primeiro trimestre gestacional como nos primeiros meses pós-parto, menores prevalências de sintomas de ansiedade têm sido relatadas.^{29,30}

A prevalência de intenção de amamentar exclusivamente até seis meses em nosso estudo foi baixa quando comparada a de outros estudos realizados no Brasil e em outros países.³¹⁻³³ Este resultado é preocupante, uma vez que introduzir outros alimentos antes do sexto mês pode trazer prejuízos à saúde da criança. A introdução precoce de outros alimentos está associada a um maior número de episódios de diarreia e hospitalizações por doença respiratória, bem como maior risco de desnutrição se os alimentos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, além de menor duração do aleitamento materno.³⁴

A associação negativa entre ansiedade gestacional e intenção de amamentar corrobora os resultados de estudos prévios; ressalta-se, entretanto, a escassez de estudos relacionados ao tema, em especial nos últimos anos. Estudo realizado com gestantes americanas no primeiro trimestre demonstrou que mulheres com elevado nível de ansiedade gestacional tiveram, aproximadamente, duas vezes mais probabilidade de planejar a alimentação de seus filhos com fórmulas em substituição parcial ou total ao leite materno na

primeira semana de vida.¹³ Outro estudo com mulheres hispânicas observou que gestantes no quartil mais alto de ansiedade-traço no início da gestação apresentaram prevalência 34% menor de intenção de amamentar exclusiva ou simultaneamente com a mamadeira, em relação àquelas no quartil mais baixo.¹⁴

Muitas mulheres tomam sua decisão sobre a amamentação antes do parto e a maioria que planeja amamentar durante a gravidez inicia a amamentação;³⁵ assim, os sintomas de ansiedade pré-natal podem afetar os planos de uma mulher para amamentar e podem ser fatores de risco precoces para o insucesso na amamentação.¹⁰

Nosso estudo apresenta pontos fortes a serem considerados. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, no qual acompanhamos mulheres desde o primeiro trimestre da gestação e no período pós-parto, não havendo dúvidas quanto à temporalidade da exposição e desfechos. Além disso, o instrumento aplicado para a avaliação da ansiedade foi previamente traduzido, adaptado e validado para a população brasileira, e apresenta concepção dualística, permitindo distinguir os conceitos de ansiedade traço e estado.

Algumas limitações no presente estudo são apontadas. Dentre elas, a avaliação no pós-parto em curto espaço de tempo, uma vez que um mês após o nascimento não tenha sido tempo suficiente para se observar frequências mais acentuadas de desmame precoce e amamentação não exclusiva. Entretanto, questionar de forma precoce a intenção de manter o aleitamento é relevante para se identificar períodos frágeis e que intervenções podem ser necessárias.

Também não foi possível prever se as mães que referiram não ter a intenção de continuar amamentando exclusivamente até os seis meses introduziram fórmulas ou outros alimentos/líquidos durante esse período. Além disso, não podemos descartar a possibilidade de vieses na implementação do estudo. Viés de seleção pode ter sido introduzido, uma vez que o estudo foi realizado em uma única instituição de saúde do município, sendo que as mulheres assistidas no centro de saúde onde foi realizado o estudo podem apresentar características distintas e particulares em relação às demais mulheres do município em geral. Desta forma, os resultados observados podem não ser representativos da população de mulheres do Rio de Janeiro.

Os dados coletados também podem estar sujeitos a viés de informação. Em relação à variável peso pré-gestacional, coletada retrospectivamente, existe a possibilidade de algumas mulheres não se lembrarem com precisão de seu peso antes de engravidar (viés de memória). Contudo, como essa informação foi coletada no início da gestação, acredita-se que esse viés tenha sido minimizado. Para minimizar esses e outros vieses de participação no estudo, como o de falsa resposta, o estudo foi conduzido com rigor metodológico e aplicação de questionários padronizados e entrevistadores treinados para conduzir as questões de maneira clara e neutra.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo mostram alguns dados preocupantes em relação à elevada prevalência dos sintomas de ansiedade materna, e baixo percentual de intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses já no início do período pós-parto. A presença de ansiedade-traço ao início da gestação e ansiedade-estado no pós-parto apresentou associação significativa e limítrofe, respectivamente, com a intenção de não amamentar exclusivamente até os seis meses. Tais achados ressaltam a importância de avaliar a saúde mental da mulher durante a gestação e pós-parto, visando a prevenção e intervenção (caso necessário) nesta, de forma a evitar a ocorrência de prática de aleitamento materno não exclusivo até os seis meses e o desmame precoce.

REFERÊNCIAS

1. Horta BL, Victora CG, World Health Organization. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhea and pneumonia mortality. [livro online]. Geneva: WHO; 2013. [acesso em 10 out 2017]. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95585>.
2. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *ASIA-PAC J Public He.* 2016;28(1):7-14. DOI:10.1177/1010539515624964
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-490. DOI:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
4. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):96-113. DOI:10.1111/apa.13102
5. Ciampo LAD, Ciampo, IRLD. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(6):354-359. DOI:10.1055/s-0038-1657766
6. World Organization of Health. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation. [livro online]. Geneva: WHO; 2002. [acesso em 22 out 2017]. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/
7. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev de Saúde Pública.* 2017;51:108-117. DOI:10.11606/S1518-8787.2017051000029
8. Nascimento JC, Silva NL, Lima MFS, Lima MCBM, Oliveira GS. Prevalência do aleitamento materno exclusivo nas regiões brasileiras em 2015. *Carpe Diem: Rev Cult Cient UNIFACEX.* 2018;16(2):252-269.
9. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(2):92-102. DOI:10.1590/S0101-60832006000200009
10. Fallon V, Bennett KM, Harrold JA. Prenatal anxiety and infant feeding outcomes: a systematic review. *J Hum Lact.* 2016;32(1):53-66. DOI:10.1177/0890334415604129
11. Fallon V, Groves R, Halford JCG, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum anxiety and infant-feeding outcomes: a systematic review. *J Hum Lact.* 2016;32(4):740-758. DOI:10.1177/0890334416662241
12. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:36-42. DOI:10.1186/1471-2393-12-36
13. Fairlie TG, Gillman MW, Rich-Edwards J. High pregnancy related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *J Women's Health.* 2009;18(7):945-953. DOI:10.1089/jwh.2008.0998
14. Insaf TZ, Fortner RT, Pekow P, Dole N, Markenson G, Chasan-Taber L. Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among hispanic women. *J Women's Health.* 2011;20(8):1183-1192. DOI:10.1089/jwh.2010.2276
15. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press; 1970.
16. Biaggio AMB, Natalício L, Spielberger CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arq Bras Psicol Apl.* 1977;29(3):31-44.
17. Cattell RB, Scheier IH. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald Press; 1961.
18. Biaggio AM, Natalício L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
19. La Rosa J. Inventário de ansiedade traço-estado: características psicométricas. *Est Psicol.* 1993;10(2):81-92.
20. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologists Press; 1983.
21. Newton RW, Hunt LP. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. *Br Med J.* 1984;288(6425):1191-1194. DOI:10.1136/bmj.288.6425.1191
22. Rondó PH, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MCN, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57(2):266-272. DOI:10.1038/sj.ejcn.1601526

23. World Organization of Health. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. [livro online]. Geneva: WHO; 1999. [acesso em 21 mar 2018]. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
24. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). [livro online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 04 ago 2020]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.
25. Rondó PHC, Ferreira RF, Lemos JO, Pereira-Freire JA. Mental disorders in pregnancy and 5–8 years after delivery. *Glob Ment Health*. 2016;3:e31. DOI:10.1017/gmh.2016.26
26. Cunha ACB, Akerman LFP, Rocha AC, Rezende KBC, Junior Amim J, Bornia RG. Stress and anxiety in pregnant women from a screening program for maternal-fetal risks. *J Gynec Obstet*. 2017;1:013.
27. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;203:292-331. DOI:10.1016/j.jad.2016.05.033
28. Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Pinheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Braz J Psychiatry*. 2012;34(3):270-276. DOI:10.1016/j.rbp.2011.12.001
29. Betts KS, Williams GM, Najman JM, Alati R. Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence. *Depress Anxiety*. 2014;31(1):9-18. DOI:10.1002/da.22210
30. Suzuki S, Eto, M. Screening for depressive and anxiety symptoms during pregnancy and postpartum at a Japanese perinatal center. *J Clin Med Res*. 2017;9(6):512-515. DOI:10.14740/jocmr3035w
31. Amaral SA, Bielemann RM, Del-Ponte B, Valle NCJ, Costa CS, Oliveira, MS, et al. Maternal intention to breastfeed, duration of breastfeeding and reasons for weaning: a cohort study, Pelotas, RS, Brazil, 2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(1):e2019219. DOI:10.5123/s1679-49742020000100024
32. Thomas JS, Yu EA, Tirmizi N, Owais A, Das SK, Rahman S, et al. Maternal knowledge, attitudes and self-efficacy in relation to intention to exclusively breastfeed among pregnant women in rural Bangladesh. *Matern Child Health J*. 2015;19(1):49-57. DOI:10.1007/s10995-014-1494-z
33. Che'Muda CM, Ismail TAT, Ab Jalil RA, Hairon SM, Sulaiman Z, Johar N. Maternal factors associated with the initiation of exclusive breastfeeding among mothers at one week after delivery in two selected hospitals in Kelantan, Malaysia. *Malays J Med Sci*. 2018;25(4):112-121. DOI:10.21315/mjms2018.25.4.11
34. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. [livro online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.[acesso em 22 out 2017]. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cab-no-23-saude-da-crianca-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar/>
35. Linares AM, Rayens MK, Gomez ML, Gokun Y, Dignan MB. Intention to breastfeed as a predictor of initiation of exclusive breastfeeding in Hispanic women. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(4):1192-1198. DOI:10.1007/s10903-014-0049-0

Colaboradores

Moraes AOS, Magalhães EIS e Vilela AAF colaboraram na análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito; Kac G e Vaz JS foram responsáveis pela concepção do estudo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e assumem a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 28 de maio de 2020

Aprovado: 02 de setembro de 2020