



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ALEXANDRA RODRIGUES LEÓN

***Depressão e ansiedade na gravidez e influência na intenção e
duração pretendida da amamentação***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO
DOUTORA INÊS JORGE DE FIGUEIREDO

ABRIL/2018

*Depressão e ansiedade na gravidez e a influência na intenção e
duração pretendida da amamentação*

Autores:

Alexandra Rodrigues León¹

Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho E Silva Caetano^{1,2}

Doutora Inês Jorge De Figueiredo^{1,3}

Afiliação:

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² USF Coimbra Centro

³ USF Lusitana

e-mail: alexandrar.leon@gmail.com

Índice

Abreviaturas e acrónimos.....	3
Resumo.....	4
Abstract	6
Introdução.....	8
Materiais e Métodos	11
Resultados	14
Discussão.....	22
Conclusão.....	28
Agradecimentos.....	29
Referências Bibliográficas	30
Anexos.....	34
• Anexo 1 - Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.	35
• Anexo 2 - Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.	36
• Anexo 3 - Consentimento Informado, livre e esclarecido.	40
• Anexo 4 - Questionário “Intenção de amamentar”.....	41
• Anexo 5 - Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-24)	43
• Anexo 6 - Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP).....	45

Abreviaturas e acrónimos

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

AE - Amamentação exclusiva

ANE - Amamentação não exclusiva

DP - Desvio padrão

DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition*

ERAP - Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal

ERDP - Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto

ERDP-24 - Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (versão reduzida com 24 itens)

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - valor de significância

RAM - Relatório do Aleitamento Materno

SPSS® - *Statistical Package for the Social Sciences*

STAI-S - *State-Anxiety Inventory*

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

X^2 - teste Qui-Quadrado

Resumo

Introdução: O aleitamento materno é vital para o desenvolvimento do recém-nascido e apresenta diversos benefícios, a curto e longo prazo, para a criança e para a mãe. A depressão e ansiedade durante a gravidez parecem interferir com a amamentação, no entanto, poucos estudos avaliaram esta relação, que permanece pouco clara.

Objetivos: Pretende-se avaliar a associação do risco de depressão, de ansiedade patológica e gravidade dos sintomas de ansiedade, durante a gravidez, com a intenção de amamentar e a duração pretendida da amamentação.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo piloto transversal observacional em 123 grávidas entre o segundo e terceiro trimestres de gestação, residentes na região Centro de Portugal e seguidas nos cuidados de saúde primários. Na consulta de seguimento, a nível das Unidades de Saúde locais, aplicou-se um questionário para avaliar a intenção e duração pretendida da amamentação (exclusiva e não exclusiva) e obter dados demográficos e obstétricos; aplicou-se a Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-24) adaptada para o período da gravidez e a Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP). Fez-se estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Das 123 participantes, 99,2% pretendia amamentar o seu bebé, 34,1% encontrava-se em risco de depressão e 40,7% em risco de ansiedade patológica. O risco de depressão e o de ansiedade patológica não se relacionaram significativamente com a duração da amamentação (exclusiva e não exclusiva) pretendida. Verificou-se uma associação significativa entre a gravidade dos sintomas de ansiedade e a duração da amamentação não exclusiva pretendida ($p=0,039$).

Discussão e Conclusão: Os resultados obtidos sugerem uma tendência para mães com sintomas de ansiedade de maior gravidade pretenderem amamentar de forma não exclusiva durante um menor período de tempo, comparativamente às mães com sintomas de ansiedade de menor gravidade. Tais resultados mostraram ser consistentes com estudos prévios. Apesar do reduzido tamanho da amostra, esta apresentou características sociodemográficas semelhantes às descritas pelo Instituto Nacional de Estatística para esta população. Para o esclarecimento da direção de causalidade dos resultados, considera-se importante a realização de um estudo longitudinal prospetivo observacional, que já se encontra em curso.

Palavras-Chave: “Depressão na gravidez”; “Ansiedade na gravidez”; “Intenção de amamentar”; “Duração pretendida da amamentação”.

Abstract

Introduction: Breastfeeding is vital for the development of the newborn and has several short and long-term benefits for both child and mother. Depression and anxiety during pregnancy seem to interfere with breastfeeding; however, few studies have assessed this relationship, which remains unclear.

Objectives: To evaluate the association between the risk of depression, pathological anxiety and severity of anxiety symptoms, during pregnancy, with the intention to breastfeed and the intended duration of breastfeeding.

Materials and Methods: A cross-sectional study was performed on 123 pregnant women between the second and third trimesters of gestation, living in the central region of Portugal and followed up in primary health care. In the follow-up medical appointment, at the local Health Medical Units, a questionnaire was applied to assess the intention to breastfeed and the intended duration of breastfeeding (exclusive and non-exclusive) and to obtain demographic and obstetric data. The Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-24), adapted for the period of pregnancy, and the Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP) were also applied. Descriptive and inferential statistics were made.

Results: Of the 123 participants, 99.2% intended to breastfeed their baby, 34.1% were at risk of depression and 40.7% were at risk of pathological anxiety. The risk of depression and pathological anxiety were not significantly related to the intended duration of breastfeeding (exclusive and non-exclusive). There was a significant association between severity of anxiety symptoms and intended duration of non-exclusive breastfeeding ($p=0.039$).

Discussion and Conclusion: The results suggest a tendency for mothers with more severe anxiety symptoms to intend to breastfeed non-exclusively for a shorter period of time,

compared to mothers with less severe anxiety symptoms. These results were shown to be consistent with previous studies. Despite the small sample size, it had sociodemographic characteristics similar to those described by the Instituto Nacional de Estadística for this population. In order to clarify the causality direction of the results, it is considered important to perform a longitudinal prospective observational study, which is already under development.

Keywords: "Pregnancy Depression"; "Pregnancy Anxiety"; "Intention to breastfeed"; "Intended duration of breastfeeding".

Introdução

O aleitamento materno é vital para o desenvolvimento saudável do recém-nascido e apresenta diversos benefícios, a curto e longo prazo, tanto para a criança, como para a mãe. As vantagens da amamentação para a criança têm sido consistentemente descritas na literatura e compreendem, entre outras, o fornecimento dos nutrientes ideais para o crescimento e desenvolvimento infantil, a diminuição do risco e gravidade de doenças infecciosas (gastroenterites, otites e infeções respiratórias) e alérgicas (eczema atópico e asma), e a redução do risco de obesidade, diabetes *mellitus* tipo 1 e morte súbita do lactente.¹⁻⁶ Para a mãe, a amamentação tem benefícios sobretudo no pós-parto imediato, facilitando na recuperação do mesmo, e parece diminuir fatores de risco cardiovasculares, o risco de cancro do ovário e da mama.¹⁻⁵ A amamentação promove o vínculo afetivo entre a mãe e a criança e parece contribuir para o bem-estar psicológico da mãe, atenuando a resposta ao *stress*, regulando o padrão de sono e vigília da mãe e do bebé.^{4,6}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de idade e de forma complementar pelo menos até aos 2 anos de idade.⁵ Em Portugal, 98,57% das mulheres inicia aleitamento materno antes da alta, sendo que 76,67% destas amamenta exclusivamente.⁷ Todavia, segundo o Relatório de Aleitamento Materno (RAM) nacional mais recente, observa-se um acentuado decréscimo nos meses seguintes, com uma taxa de amamentação exclusiva aos 5 meses de 22,1% e uma manutenção do aleitamento materno até aos 18 meses de 12,5%,⁷ comprovando que, em Portugal, estas taxas permanecem muito aquém das expectativas.

Diversos fatores têm sido descritos como determinantes da amamentação.^{1,8,9} Entre eles, a depressão e ansiedade na gravidez parecem interferir na decisão da mãe acerca da amamentação, contribuindo para as baixas taxas de amamentação efetiva.^{1-4,6,10-12} A OMS

reconhece a ansiedade e depressão na gravidez como importantes problemas de saúde pública devido à sua elevada prevalência e ao impacto que estas perturbações de saúde mental têm na saúde materna e infantil.¹³ Quando não tratadas, a depressão e ansiedade, durante a gravidez, parecem ter um impacto negativo não só a nível da amamentação, mas também na criança e na mãe, incluindo parto pré-termo, baixo peso ao nascimento, restrição de crescimento fetal e, a longo prazo, complicações no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental da criança; na mãe, parece haver uma maior associação com hipertensão, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia e também a interação entre mãe e filho parece ser afetada.^{1,8,14-18}

A literatura acerca dos efeitos da depressão e ansiedade durante a gravidez na intenção de amamentar é escassa e os resultados permanecem inconsistentes. Fairlie *et al.*, numa população de grávidas americanas com elevado incentivo à amamentação, demonstraram uma intenção de amamentar significativamente menor em grávidas com sintomas depressivos e com elevados níveis de ansiedade relacionados com a gravidez.¹² Insaf *et al.* relataram uma relação inversa entre a intenção de amamentar das mulheres hispânicas, residentes em Massachusetts, e os níveis de ansiedade e sintomas depressivos durante a gravidez.² Por outro lado, Bogen *et al.*, num estudo realizado em mulheres americanas, concluíram que, na gravidez, nem a depressão major nem a severidade dos sintomas depressivos estão relacionados com a intenção de amamentar.³ Para além disso, de acordo com a nossa pesquisa, até à data, a relação entre a depressão, ansiedade patológica e gravidade dos sintomas de ansiedade, e a expectativa materna sobre a duração esperada da amamentação, ainda não foi investigada.

Assim, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a relação entre o risco de depressão, de ansiedade patológica e gravidade dos sintomas de ansiedade das mulheres durante a gravidez, e a intenção de amamentar e duração pretendida da amamentação. Este estudo transversal encontra-se inserido na primeira fase de um estudo

longitudinal, que pretende investigar a relação entre a depressão e ansiedade, na gravidez e pós-parto, e a intenção de amamentar, duração e experiência de amamentação (dificuldades, expectativas, vantagens e desvantagens percebidas).

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo piloto observacional, correspondente à primeira parte de um estudo longitudinal prospetivo observacional, aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo 1) e Comissão Nacional de Proteção de Dados (Anexo 2). A recolha de dados decorreu entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018, em onze Unidades de Saúde Familiar (USF) e sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Região Centro do País, selecionadas por conveniência, tendo sido incluídas as que aceitaram o convite.

A amostra necessária para o estudo foi calculada com recurso à ferramenta online <http://www.raosoft.com/samplesize.html>, com base em dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE). Segundo as estatísticas demográficas mais recentes, no ano 2016, o número de nados-vivos de mães residentes em Portugal, na região Centro, foi 16252.¹⁹ Assim, obteve-se uma amostra recomendada de 376 grávidas, com 5% de margem de erro e 95% de nível de confiança. Os médicos de família de todas as unidades colaboradoras, no final de cada consulta de seguimento pré-natal no período em questão, convidaram a participar no estudo todas as grávidas maiores de 18 anos, no segundo ou terceiro trimestres de gestação. O estudo e os seus objetivos foram explicados e, as grávidas que aceitaram participar, assinaram o consentimento informado (Anexo 3) e preencheram os questionários (Anexos 4, 5 e 6).

A informação sobre variáveis demográficas e obstétricas foi obtida através de um questionário elaborado para o efeito. A intenção de amamentar foi avaliada através de 4 perguntas objetivas, de resposta fechada, acerca da existência de experiência prévia de amamentação (sim ou não), intenção de amamentar (sim ou não) e duração da amamentação

exclusiva e não exclusiva pretendida (0, 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 11-12 ou mais de 12 meses) (Anexo 4).

Para avaliar o risco de perturbação depressiva na gravidez, utilizou-se a versão portuguesa reduzida da Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-24), adaptada para o período da gravidez e validada para a população portuguesa (Anexo 5).²⁰ Este instrumento de autorresposta contém 24 itens que a grávida avalia numa escala de *Likert* de 1 (*discordo muito*) a 5 (*concordo muito*). A pontuação total da escala pode variar de 24 a 120 e pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de depressão. Utilizando um ponto de corte igual a 44, a escala permite rastrear depressão major (segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition - DSM-IV*), classificando as grávidas em risco de depressão e sem risco de depressão.²⁰ Esta escala mostrou ser um instrumento válido e fidedigno para o rastreio da depressão na gravidez e evidenciou uma consistência interna adequada (α de Cronbach = 0,91) para a escala total.²⁰ No presente estudo, o α de Cronbach para a escala total foi de 0,91.

A ansiedade na gravidez foi avaliada através da Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP), traduzida e ainda em processo de validação para a população portuguesa (Anexo 6). Este instrumento de autorresposta contém 31 itens que a grávida avalia numa escala de *Likert* de 0 (*nunca*) a 3 (*quase sempre*). A pontuação total da escala pode variar de 0 a 93 e pontuações mais elevadas são indicativas de ansiedade mais severa.²¹ A ERAP identifica grávidas em risco de ansiedade patológica quando se utiliza um ponto de corte igual a 26 e permite classificar a gravidade dos sintomas de ansiedade em sintomas de ansiedade ligeira (pontuação total de 0 a 20), de ansiedade moderada (de 21 a 41) e de ansiedade severa (de 42 a 93).^{16,21} Uma vez que a escala está em processo de validação para a população portuguesa, utilizaram-se os pontos de corte internacionais da versão original, que evidenciou

uma consistência interna adequada (α de Cronbach = 0,96).²¹ Na presente amostra, o α de Cronbach para a escala total foi de 0,94.

Os médicos de família codificaram os questionários respondidos para garantir o anonimato das participantes e confidencialidade. Codificaram-se as informações recolhidas e criou-se uma base de dados em *Excel*[®], sendo posteriormente utilizado o SPSS[®] (*Statistical Package for the Social Sciences*), *software* para *Macintosh Operating system*[®], versão 23.0, para tratamento dos dados. A estatística descritiva consistiu na apresentação de frequências para as diversas variáveis quantitativas e qualitativas, e no cálculo da média e desvios-padrão para as variáveis quantitativas discretas e contínuas. Antes da análise inferencial, fez-se o estudo da distribuição e normalidade das variáveis a analisar, através da aplicação do teste estatístico Kolmogorov-Smirnov, verificando-se que não havia normalidade nas distribuições. Assim, utilizaram-se para a análise testes não-paramétricos. Dado que 99,2% das grávidas tencionava amamentar, o número de mulheres que não pretendia amamentar foi insuficiente para fazer análise estatística com este grupo. Na estatística inferencial, efetuou-se uma análise de comparação de médias, através do teste de Kruskal-Wallis, para averiguar se existia diferença significativa entre as pontuações totais médias das escalas utilizadas e os tempos de amamentação exclusiva e não exclusiva. Aplicou-se o teste Qui-Quadrado (X^2), para perceber a associação do risco de depressão, de ansiedade patológica e gravidade dos sintomas de ansiedade, com o período de tempo em que as grávidas tencionam amamentar. A análise categórica dos tempos de amamentação requereu agrupar os tempos em 3 categorias, por haver células com reduzido número de casos. Para avaliar variáveis que poderiam influenciar o risco de depressão, ansiedade patológica, gravidade da ansiedade e tempos de amamentação desejados, fez-se uma análise utilizando os testes U Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado. O valor de significância (p) considerado foi inferior a 0,05.

Resultados

A amostra foi constituída por 123 grávidas recrutadas a partir de dezoito USF/UCSP colaboradoras pertencentes à região Centro (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra pelas USF/UCSP da região Centro colaborantes no estudo.

	USF/UCSP	Número de grávidas (%)
ACeS¹ Baixo Vouga	UCSP Águeda V	2 (1,6%)
	UCSP Anadia 1	1 (0,8%)
	USF Esgueira +	9 (7,3%)
ACeS¹ Baixo Mondego	USF Briosa	7 (5,7%)
	USF Cruz de Celas	4 (3,3%)
	UCSP Celas	8 (6,5%)
	USF Coimbra Centro	4 (3,3%)
	UCSP Mealhada	10 (8,1%)
	USF Condeixa	11 (8,9%)
	USF Vita Saurium	8 (6,5%)
	USF Marques de Marialva	3 (2,4%)
	USF Fernando Namora	12 (9,8%)
	USF Topázio	7 (5,7%)
ACeS¹ Pinhal Litoral	USF D. Diniz	12 (9,8%)
	USF Santiago	13 (10,6%)
	UCSP Flor do Liz	1 (0,8%)
	UCSP Norte	7 (5,7%)
ACeS¹ Dão Lafões	UCSP Vouzela	4 (3,3%)
Total		123 (100,0%)

¹Agrupamento de Centros de Saúde

A idade média das grávidas e das grávidas primigestas foi, respetivamente, 32,07 anos (DP=5,09) e 30,58 anos (DP=5,25) (Tabela 2). As grávidas tinham, em média, 32,36 semanas de gestação (DP=4,06), sendo que a maioria era primigesta (n=123, 54,5%). Quanto à escolaridade, cerca de metade das gestantes (n=104, 49,0%) completou o ensino superior

(Tabela 3), sendo o número médio de anos de formação acadêmica igual a 13,58 (DP=3,63) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra: variáveis demográficas e obstétricas.

	n	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Idade				
Grávidas (anos)	123	19	42	32,07±5,09
Grávidas primigestas (anos)	67	19	42	30,58±5,25
Gestacional (semanas)	109	20	39	32,36±4,06
Número de				
Gestações (incluindo a atual)	123	1	7	1,67±0,96
Filhos	123	0	3	0,49±0,67
Anos de formação acadêmica	104	4	23	13,58±3,63

Quando inquiridas em relação à existência de doença crônica, 13% (n=108) respondeu “Sim”, verificando-se uma maior prevalência de asma (3,7%) e dois casos de depressão (1,9%) (Tabela 3). Apurou-se que 11% (n=109) das grávidas tiveram complicações na gravidez, havendo 1 caso de ansiedade (0,9%) e sendo a diabetes gestacional a complicação mais frequente (3,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da amostra: nível de escolaridade, doenças crônicas e complicações na gravidez.

	n (%)
Nível de escolaridade	Total = 104 (100%)
Básico 1º ciclo	1 (1,0%)
Básico 2º ciclo	3 (2,9%)
Básico 3º ciclo	21 (20,2%)
Ensino Secundário	28 (26,9%)
Ensino Superior	51 (49,0%)
Doença crônica	Total = 108 (100%)
Rinite alérgica	1 (0,9%)
Obesidade	2 (1,9%)
Hipotireoidismo	2 (1,9%)
Nódulo benigno da tiróide	1 (0,9%)
Depressão	2 (1,9%)
Psoríase gutata	1 (0,9%)
Lombalgia crônica	1 (0,9%)
Asma	4 (3,7%)
Doença neurológica	1 (0,9%)
Défice de fator XII	1 (0,9%)
Quisto aracnoídeu temporal direito	1 (0,9%)
Complicação na gravidez	Total = 109 (100%)
Diabetes gestacional	4 (3,7%)
HTA	1 (0,9%)
Anemia	1 (0,9%)
Ansiedade	1 (0,9%)
Agravamento de lombalgia	1 (0,9%)
Início de descolamento da placenta	1 (0,9%)
MPP ¹ do feto no 2º trimestre	1 (0,9%)
RCIU ² no 2º trimestre	1 (0,9%)
Cólica renal	1 (0,9%)
Infeção urinária	1 (0,9%)
Tromboflebite	1 (0,9%)

¹ Má progressão ponderal

² Restrição de crescimento intrauterino

Relativamente à intenção de amamentar, apenas uma grávida respondeu “Não”, perfazendo um total de 122 grávidas (99,2%) com intenção de amamentar. Acerca da

experiência prévia de amamentação, 90% das gestantes com pelo menos um filho (n=50) respondeu “Sim”. Em relação aos tempos de amamentação desejados, 48,4% (n=122) das mulheres queria amamentar exclusivamente entre 5 a 6 meses e 59,8% (n=122) pretendia manter a amamentação não exclusiva para além dos 12 meses (Tabela 4).

Tabela 4 - Duração da amamentação pretendida (exclusiva e não exclusiva), risco de depressão, de ansiedade patológica e gravidade dos sintomas de ansiedade na amostra.

	n (%)
Duração da amamentação exclusiva	Total = 122 (100%)
0 meses	0 (0,0%)
1-2 meses	0 (0,0%)
3-4 meses	22 (18,0%)
5-6 meses	59 (48,4%)
7-8 meses	3 (2,5%)
9-10 meses	0 (0,0%)
11-12 meses	17 (13,9%)
>12 meses	21 (17,2%)
Duração da amamentação não exclusiva	Total = 122 (100%)
0 meses	1 (0,8%)
1-2 meses	0 (0,0%)
3-4 meses	1 (0,8%)
5-6 meses	8 (6,6%)
7-8 meses	1 (0,8%)
9-10 meses	2 (1,6%)
11-12 meses	36 (29,5%)
>12 meses	73 (59,8%)
Risco de depressão	Total = 123 (100%)
Sem risco de depressão	81 (65,9%)
Risco de depressão	42 (34,1%)
Risco de ansiedade patológica	Total = 123 (100%)
Sem risco de ansiedade patológica	73 (59,3%)
Risco de ansiedade patológica	50 (40,7%)
Gravidade da ansiedade	Total = 123 (100%)
Sintomas de ansiedade ligeira	61 (49,6%)
Sintomas de ansiedade moderada	48 (39,0%)
Sintomas de ansiedade severa	14 (11,4%)

Em relação aos indicadores de saúde mental, a percentagem de grávidas em risco de depressão (ERDP-24 \geq 44) foi de 34,1% (n=123) e em risco de ansiedade patológica (ERAP \geq 26) foi de 40,7% (n=123). Relativamente à gravidade dos sintomas de ansiedade, 49,6% (n=123) das gestantes tinha sintomas de ansiedade ligeira, 39,0% apresentava sintomas de ansiedade moderada e 11,4% tinha sintomas de ansiedade severa (Tabela 4).

Em relação às grávidas que desejam amamentar, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre a duração da amamentação exclusiva pretendida e a pontuação total média da ERDP-24 ($p=0,387$) e da ERAP ($p=0,594$) (Tabela 5). O mesmo se obteve para o tempo que as grávidas pretendem amamentar de forma não exclusiva: este não se encontra significativamente relacionado com a pontuação total média da ERDP-24 ($p=0,746$) e da ERAP ($p=0,100$) (Tabela 5). Os resultados obtidos mostram que, independentemente do intervalo de tempo de amamentação desejado pelas mães, os níveis de depressão e de ansiedade patológica não variam significativamente.

Tabela 5 - Pontuações totais médias das escalas ERDP-24 e ERAP por período de amamentação exclusiva e não exclusiva pretendido.

Duração da amamentação	Amamentação exclusiva		Amamentação não exclusiva	
	Pontuação total média da ERDP-24 ¹ (\pm DP)	Pontuação total média da ERAP ² (\pm DP)	Pontuação total média da ERDP-24 ¹ (\pm DP)	Pontuação total média da ERAP ² (\pm DP)
0 meses	-	-	28,00 \pm 0,00	3,00 \pm 0,00
3-4 meses	38,09 \pm 8,52	25,59 \pm 15,70	37,00 \pm 0,00	43,00 \pm 0,00
5-6 meses	39,63 \pm 12,20	24,52 \pm 13,72	40,63 \pm 12,34	33,25 \pm 23,43
7-8 meses	58,33 \pm 17,90	30,00 \pm 7,94	30,00 \pm 0,00	13,00 \pm 0,00
9-10 meses	-	-	48,50 \pm 9,19	11,50 \pm 2,12
11-12 meses	40,06 \pm 14,32	22,65 \pm 15,46	40,11 \pm 12,51	25,14 \pm 11,26
>12 meses	37,67 \pm 9,16	21,71 \pm 11,98	39,21 \pm 11,73	23,12 \pm 13,40
Total	39,53\pm11,83	24,11\pm13,86	39,53\pm11,83	24,11\pm13,86
teste Kruskal-Wallis	$p=0,387$	$p=0,594$	$p=0,746$	$p=0,100$

¹ Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto

² Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal

Concluiu-se, após análise com os pontos de corte definidos pelas escalas, que não existe uma associação significativa do risco de depressão ($p=0,465$), de ansiedade patológica ($p=0,872$) e gravidade dos sintomas de ansiedade ($p=0,971$), com o intervalo de tempo durante o qual as gestantes têm intenção de amamentar de forma exclusiva (Tabela 6). Os resultados obtidos sugerem que tanto as mães sem risco de depressão, como as mães em risco, não têm preferência por nenhuma categoria de tempo de amamentação exclusiva; o mesmo se verificou para as mães em risco de ansiedade patológica e sem risco. Também entre mães com sintomas de ansiedade ligeira, moderada e severa, não há preferência por nenhuma duração de amamentação exclusiva. Independentemente da duração da amamentação exclusiva pretendida, não há diferenças significativas entre o risco de depressão e ausência de risco, nem entre o risco de ansiedade patológica e ausência de risco; o mesmo se obteve para os diferentes sintomas de ansiedade das gestantes.

Tabela 6 - Categorias de tempo de amamentação exclusiva pretendida e respectiva frequência de risco de depressão, de ansiedade patológica e de sintomas de ansiedade ligeira, moderada e severa.

Duração da AE	n	n (%)				
		Risco de depressão	Risco de ansiedade patológica	Sintomas ansiedade ligeira	Sintomas ansiedade moderada	Sintomas ansiedade severa
0-4 meses	22	5 (22,7%)	8 (36,4%)	11 (50,0%)	8 (36,4%)	3 (13,6%)
5-6 meses	59	22 (37,3%)	25 (42,4%)	28 (47,5%)	24 (40,7%)	7 (11,9%)
>6 meses	41	14 (34,1%)	16 (39,0%)	22 (53,7%)	15 (36,6%)	4 (9,8%)
teste X ²		$p=0,465$	$p=0,872$	$p=0,971$		

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade dos sintomas de ansiedade e a duração da amamentação não exclusiva pretendida ($p=0,039$) (Tabela 7). A maioria das grávidas com sintomas de ansiedade ligeira ($n=61$; 62,3%) e sintomas de ansiedade moderada ($n=47$; 59,6%) e cerca de metade das gestantes com sintomas de ansiedade severa ($n=14$; 50,0%) pretendiam amamentar de forma não exclusiva

durante mais de 12 meses. Todavia, observou-se uma tendência para mulheres com sintomas de ansiedade severa quererem amamentar de forma não exclusiva durante 10 meses ou menos (28,6%) e para mães com sintomas de ansiedade moderada terem intenção de amamentar durante 11 a 12 meses (38,3 %). Entre as grávidas que pretendem amamentar durante 10 meses ou menos (n=13), havia mais grávidas com sintomas de ansiedade ligeira (61,5%) ou severa (30,8%); no período de amamentação de 11 a 12 meses (n=36), existiram mais gestantes com sintomas de ansiedade moderada (50,0%) ou ligeira (41,7%), enquanto que na amamentação não exclusiva por mais de 12 meses (n=73) existiram mais grávidas com sintomas de ansiedade ligeira (52,1%) ou moderada (38,4%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Categorias de tempo de amamentação não exclusiva pretendida e respetiva frequência de risco de depressão, de ansiedade patológica e de sintomas de ansiedade ligeira, moderada e severa.

Duração da ANE	n	n (%)				
		Risco de depressão	Risco de ansiedade patológica	Sintomas ansiedade ligeira	Sintomas ansiedade moderada	Sintomas ansiedade severa
0-10 meses	13	3 (23,1%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)	1 (7,7%)	4 (30,8%)
11-12 meses	36	13 (36,1%)	16 (44,4%)	15 (41,7%)	18 (50,0%)	3 (8,3%)
>12 meses	73	25 (34,2%)	28 (38,4%)	38 (52,1%)	28 (38,4%)	7 (9,6%)
teste X²		p=0,684	p=0,823	p=0,039		

Analisaram-se outras variáveis que poderiam influenciar os resultados. Aplicando o teste U Mann-Whitney, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o número de anos de formação e o risco de depressão ($p=0,035$) e o risco de ansiedade patológica ($p=0,033$). As grávidas em risco de depressão apresentaram menor formação do que as gestantes sem risco de depressão, tendo-se verificado o mesmo para as grávidas em risco de ansiedade patológica (Tabela 8). Por outro lado, o número de anos de formação não se relacionou com a gravidade da ansiedade, nem com os tempos de amamentação exclusiva e não exclusiva desejados.

Tabela 8 - Número médio de anos de formação nas mulheres em risco de depressão e ansiedade patológica e sem estes riscos.

	Anos de formação académica		
	Média	DP	teste U Mann-Whitney
Sem risco de depressão	14,00	3,71	<i>p=0,035</i>
Risco de depressão	12,48	3,23	
Sem risco de ansiedade patológica	14,18	3,82	<i>p=0,033</i>
Risco de ansiedade patológica	12,66	3,14	

Apurou-se também, em análise secundária, que variáveis como idade da grávida, idade gestacional, paridade, experiência prévia de amamentação, presença de doença crónica, complicação na gravidez e número de filhos, não se relacionaram com o risco de depressão, ansiedade patológica, gravidade da ansiedade, nem com a duração da amamentação exclusiva e não exclusiva pretendida.

Discussão

De acordo com a nossa pesquisa, não foram encontrados estudos a investigar a relação entre a depressão e a ansiedade na gravidez, com a intenção de amamentar e a duração da amamentação pretendida pelas gestantes.

Neste estudo, o risco de depressão e o de ansiedade patológica não se relacionaram significativamente com a duração da amamentação (exclusiva e não exclusiva) pretendida pelas mães, e a gravidade dos sintomas de ansiedade não se correlacionou com a duração pretendida da amamentação exclusiva. Por outro lado, verificou-se uma tendência para uma relação inversa entre a gravidade dos sintomas de ansiedade da grávida e a duração pretendida de amamentação não exclusiva ($p=0,039$).

Observou-se que 99,2% das grávidas pretendia amamentar o seu bebé, o que reflete uma motivação importante em amamentar, consistente com dados anteriores. Num estudo recente, realizado em mulheres residentes em Portugal, 99% desejava amamentar e 99% iniciaram a amamentação no seu filho mais novo,²² também de acordo com o Relatório do Aleitamento Materno (RAM) mais recente, 98,57% das mulheres iniciou aleitamento materno antes da alta.⁷

Na nossa amostra, 34,1% das mulheres encontrava-se em risco de depressão ($ERDP \geq 44$), o dobro do valor descrito num estudo realizado em 386 mulheres portuguesas ($ERDP \geq 63$; 16,8%).²³ Relativamente à ansiedade, 40,7% das mulheres encontrava-se em risco de ansiedade patológica ($ERAP \geq 26$), valor superior ao reportado num estudo realizado em Portugal (*State-Anxiety Inventory* - $STAI-S \geq 45$; 18,2%).²⁴

Até à data da realização da presente investigação, poucos estudos avaliaram a relação da depressão e ansiedade durante a gravidez com a intenção de amamentar. Fairlie *et al.* e Insaf *et al.* demonstraram uma intenção de amamentar significativamente menor em grávidas

com sintomas depressivos e com elevados níveis de ansiedade.^{2,12} Por outro lado, Bogen *et al.* concluíram que, na gravidez, nem a depressão major nem a severidade dos sintomas depressivos estão relacionados com a intenção de amamentar.³ No entanto, no presente estudo, a amostra de mulheres sem intenção de amamentar foi insuficiente, limitando a possibilidade de detetar diferenças entre a intenção de amamentar e os níveis de depressão e ansiedade da amostra, o que dificultou a comparação com a literatura existente.

Apesar de estudos anteriores não terem avaliado a relação entre o risco de depressão, de ansiedade patológica e gravidade dos sintomas de ansiedade, e a duração da amamentação pretendida, vários estudos descreveram que grávidas com elevados níveis de depressão^{6,10,11,25-27} e de ansiedade,^{10,27} parecem amamentar durante menos tempo no período pós-parto, comparativamente às grávidas sem estes sintomas. Em contraste com estes estudos, nesta investigação não se verificou associação entre o risco de depressão e de ansiedade patológica e a duração da amamentação pretendida pelas grávidas, de forma exclusiva e não exclusiva. Por outro lado, os nossos resultados mostraram ser semelhantes aos reportados em outros estudos, em que não se observou uma associação significativa entre os níveis de depressão^{3,28} e de ansiedade²⁹ na gravidez, e a duração efetiva da amamentação no pós-parto.

Observou-se uma associação significativa entre a gravidade dos sintomas de ansiedade e a duração da amamentação não exclusiva pretendida ($p=0,039$). Parece haver uma tendência para grávidas com sintomas de ansiedade severa quererem amamentar de forma não exclusiva durante 10 meses ou menos, e mães com sintomas de ansiedade moderada durante 11 a 12 meses. Tais resultados mostraram ser consistentes com a evidência de que níveis elevados de ansiedade durante a gravidez têm um efeito negativo na duração da amamentação no pós-parto.^{10,27} No entanto, a maioria das grávidas, independentemente da gravidade dos sintomas de ansiedade, parece querer amamentar de forma não exclusiva durante mais de 12 meses. Esta preferência pode estar relacionada com a enorme quantidade de informação a que as

mulheres têm acesso hoje em dia, através da *internet* e de aulas de preparação para o parto, bem como com a cultura de forte promoção e incentivo ao aleitamento materno, nomeadamente a nível das Unidades de Saúde locais.²² De referir que, a idade materna, o nível de escolaridade, e o número de gravidezes, não se mostraram relacionados com a duração pretendida de amamentação, à semelhança do descrito por Idris *et al.*³⁰ Todavia, a duração da amamentação pretendida poderá ter sido influenciada por vários fatores não avaliados, como o nível de apoio social, conhecimentos relativos à amamentação, estado de empregabilidade durante a gravidez e plano de emprego no pós-parto.³⁰ Verificou-se, entre grávidas que pretendem amamentar durante 10 meses ou menos, um predomínio de grávidas com sintomas de ansiedade ligeira ou severa; no período de amamentação de 11 a 12 meses existiram mais gestantes com sintomas de ansiedade moderada ou ligeira, enquanto que na amamentação não exclusiva por mais de 12 meses predominaram as grávidas com sintomas de ansiedade ligeira ou moderada. Dada a escassez de literatura a avaliar esta relação, não foi possível comparar estes resultados com estudos prévios.

Nesta investigação, foi também avaliada a influência de fatores de risco para depressão e ansiedade na gravidez, e para a intenção e duração da amamentação pretendida, identificados na literatura existente. Tais fatores incluem a idade materna, idade gestacional, paridade, experiência prévia de amamentação, presença de doença crónica, complicações na gravidez, número de filhos e nível de escolaridade.^{1-3,8,9,12,31} Curiosamente, contrariamente ao descrito na literatura, no nosso estudo, nem todas estas variáveis se relacionaram significativamente com a depressão, ansiedade patológica e duração da amamentação pretendida. Apenas o maior número de anos de formação se mostrou associado a menor risco de depressão e de ansiedade patológica, à semelhança de estudos prévios.³

Os resultados obtidos devem ser interpretados tendo em conta os pontos fortes e limitações do estudo. O recrutamento da amostra fez-se a partir de USF e UCSP, a fim de

reduzir o viés de seleção de subgrupos de mulheres com doença mental ou com gravidez de alto risco (seguidas nas maternidades) e obter uma amostra mais aproximada da população geral de grávidas na região Centro de Portugal.

Na avaliação da depressão utilizou-se a escala ERDP-24, adaptada ao período da gravidez e validada na população portuguesa; por outro lado, a ansiedade foi avaliada com a ERAP, que se encontra em processo de validação para a população portuguesa. Ainda assim, neste estudo, ambas apresentaram uma consistência interna adequada.

Apesar do reduzido tamanho da amostra, verificou-se que as características sociodemográficas desta são comparáveis às descritas pelo INE para a população de puérperas em Portugal. A idade média das gestantes da nossa amostra (32,07 anos) foi semelhante à das mães ao nascimento de um filho, na região Centro, no ano 2016 (32,2 anos).¹⁹ Também a idade média das grávidas primigestas da nossa amostra (30,58 anos) e das mães ao nascimento do primeiro filho, na região Centro, no ano 2016 (30,5 anos), se mostrou muito similar.¹⁹ O número médio de filhos por mulher, na nossa amostra (0,49 filhos), revelou-se inferior ao número de filhos por mulher em idade fértil, na região Centro, em 2016 (1,22 filhos); esta diferença pode ser justificada pelo facto das grávidas da nossa amostra serem, na maioria, primigestas (54,5%).¹⁹ Também a percentagem de grávidas primigestas (54,5%) é semelhante à percentagem de nados-vivos, primeiro filho na ordem de nascimento, em 2016, na região Centro (51,4%). O nível de escolaridade das grávidas foi ligeiramente superior na nossa amostra (sem nível de escolaridade = 0%, ensino básico 1º ciclo = 1,0%, ensino básico 2º ciclo = 2,9%, ensino básico 3º ciclo = 20,2%, ensino secundário = 26,9%, ensino superior = 49,0%) do que nas puérperas em Portugal, no ano 2016 (sem nível de escolaridade = 0,3%, ensino básico 1º ciclo = 2,0 %, ensino básico 2º ciclo = 4,9%, ensino básico 3º ciclo = 17,3%, ensino secundário = 34,0%, ensino superior = 40,3%).³² De uma forma geral, a amostra do estudo parece ser semelhante à população de puérperas portuguesas da região Centro.¹⁹

A utilização de instrumentos de autorresposta pode levar a viés de memória, sub ou sobrestimando a prevalência da depressão e ansiedade na amostra. As escalas permitem rastrear o risco de depressão e ansiedade patológica, contudo, o diagnóstico é clínico e deve ser considerado em investigações futuras.

Existem dados que sugerem que, tanto os níveis de depressão e ansiedade, como a intenção e duração da amamentação pretendida, podem variar entre trimestres.^{8,12,31,33} Assim, reconhecemos como limitação uma única avaliação destas variáveis durante a gravidez. No entanto, Bogen *et al.* avaliaram a intenção de amamentar em três períodos distintos da gravidez, e verificaram que 90% das grávidas manteve a sua decisão;³ também há evidência que as variações dos níveis de depressão e de ansiedade, ao longo da gravidez, não se mostraram estatisticamente significativas.⁸

É de realçar que no nosso estudo houve fatores de risco sociais, demográficos e pessoais importantes que não foram avaliados e que podem ter influenciado os níveis de depressão e ansiedade, a intenção e duração da amamentação pretendida e a relação entre estas variáveis. Tais fatores de risco estão descritos na literatura e incluem a raça, estado civil, gravidez desejada ou não, índice de massa corporal (IMC), toma de medicação antes ou durante a gravidez (por exemplo, antidepressivos), consumo de álcool e tabaco durante a gravidez, nível socioeconómico, rendimento do agregado familiar, estado de empregabilidade na gravidez e plano de emprego no pós-parto, nível de apoio social, conhecimentos relativos à amamentação e historial de violência doméstica e nas relações íntimas.^{2,3,8,9,12,24,31,33}

Tratando-se de um estudo transversal, não é possível inferir acerca da direção de causalidade entre os vários fatores relacionados com a depressão, ansiedade e amamentação. Tal limitação deverá ser ultrapassada prosseguindo com a realização da segunda parte do estudo longitudinal em que este se encontra inserido. Neste, os potenciais fatores mediadores supracitados da associação entre depressão e ansiedade, e a intenção e duração da

amamentação pretendida, devem ser explicitamente investigados. De referir que, de acordo com Nelson *et al.*, a duração pretendida da amamentação pode alterar-se do período da gravidez para o pós-parto, daí que, apesar desta parecer preditiva da duração efetiva da amamentação,³³ seja importante prosseguir com o estudo longitudinal prospetivo e avaliar se as mulheres que tinham intenção de amamentar efetivamente iniciaram e por quanto tempo. No estudo longitudinal prospetivo, no período pós-parto (na consulta de saúde infantil dos 4 meses), avaliar-se-ão, nas recém-mães, os níveis de depressão e ansiedade, bem como a duração e a experiência de amamentação (dificuldades, expectativas, vantagens e desvantagens percebidas).

É necessária a realização de estudos futuros em amostras maiores, representativas da população, e com diagnóstico clínico das perturbações psiquiátricas, a fim de confirmar ou refutar os resultados obtidos.

Conclusão

Os nossos resultados sugerem que há uma tendência para uma relação inversa entre a gravidade dos sintomas de ansiedade da grávida e a duração pretendida de amamentação não exclusiva ($p=0,039$). Na nossa amostra, verificou-se uma elevada percentagem de mulheres a querer iniciar amamentação e manter por mais de 12 meses. Isto reforça a importância de intervenção precoce para que haja sucesso na amamentação. Atentando aos benefícios do aleitamento materno e ao impacto que os problemas de saúde mental podem ter na saúde materna e infantil, teria todo o interesse rastrear, durante a gravidez, a depressão e especialmente a ansiedade e avaliar a intenção e duração de amamentação pretendida pelas mulheres, particularmente nas que sofrem de distúrbios mentais. De igual modo, seria importante promover a amamentação, explicando os benefícios da sua manutenção pelo menos até aos 2 anos de idade da criança, e ponderar a intervenção a nível mental, quando necessário.

Agradecimentos

À Professora Doutora Inês Rosendo, minha orientadora, agradeço a simpatia, disponibilidade e ajuda prestada na realização deste projeto.

À Doutora Inês Figueiredo, minha coorientadora, pela colaboração ao longo deste trabalho e por ter acreditado nele.

Aos coordenadores de todas as USF e UCSP colaborantes, aos respetivos médicos de família colaboradores e a todas as mulheres participantes, obrigada por terem tornado possível a realização deste projeto.

Aos meus pais (Juan Silva e Carolina León), irmãos (Daianna Santos e Juan León), e cunhado (Peter Santos), por acreditarem em mim e me apoiarem, não só na realização deste trabalho, mas ao longo da vida. A confiança e força que me transmitem é essencial.

Ao meu namorado, Hugo Rodrigues, por todo o amor, apoio e paciência demonstrados, e por estar sempre presente nos momentos de maior dificuldade e nas minhas maiores vitórias.

Referências Bibliográficas

1. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015;171:142–54.
2. 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 Heal.* 2011;20(8):1183–92.
3. Bogen DL, Hanusa BH, Moses-kolko E, Wisner KL. Are Maternal Depression or Symptom Severity Associated With Breastfeeding Intention or Outcomes? *J Clin Psychiatry.* 2010;71(8):1069–78.
4. 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(4):332–8.
5. World Health Organization. Media centre. Infant and young child feeding [Internet]. [cited 2018 Apr 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>
6. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2014;44(5):927–36.
7. Direção-Geral da Saúde. Registo do Aleitamento Materno | Relatório janeiro a dezembro 2013 [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 2]. p. 24. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>
8. Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A, for the Early Years Research Group (EYRG). The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169907.

9. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(1):5–14.
10. Kehler HL, Chaput KH, Tough SC. Risk Factors for Cessation of Breastfeeding Prior to Six Months Postpartum among a Community Sample of Women in Calgary, Alberta. *Can J Public Heal.* 2009;100(5):376–80.
11. Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16(5):411–22.
12. 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 Heal.* 2009;18(7):945–53.
13. World Health Organization. Mental health. Maternal mental health [Internet]. [cited 2018 Apr 11]. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
14. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schumker S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(3):32.
15. Pereira AT, Bos SC, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, et al. The postpartum depression screening scale: Is it valid to screen for antenatal depression? *Arch Womens Ment Health.* 2011;14(3):227–38.
16. Somerville S, Byrne SL, Dedman K, Hagan R, Coo S, Oxnam E, et al. Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *J Affect Disord.* 2015;186:18–25.

17. Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(3):221–8.
18. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord*. 2015;176:24–34.
19. Instituto Nacional de Estatística - INE, I.P., Lisboa - Portugal. ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 2016 [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20]. p. 40, 43, 44. Available from:https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2
20. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: As accurate as the original form. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(1):67–77.
21. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(5):443–54.
22. Gaspar J, Luz Â, Gomes S, Gonçalves H. Aleitamento Materno – Ainda Longe do Desejável. *Acta Pediátrica Port*. 2015;46:318–25.
23. Maia BR, Marques M, Bos S, Pereira AT, Soares MJ, Valente J, et al. Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Med Port*. 2011;24 Suppl 2:443–8.
24. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(3):247–55.
25. Amiel Castro RT, Glover V, Ehlert U, O'Connor TG. Antenatal psychological and socioeconomic predictors of breastfeeding in a large community sample. *Early Hum Dev*. 2017;110:50–6.

26. Yusuff ASM, Tang L, Binns CW, Lee AH. Antenatal Depressive Symptoms and Breastfeeding: A Prospective Cohort Study. *Breastfeed Med.* 2015;10(6):300–4.
27. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:36.
28. Haga SM, Lisøy C, Drozd F, Valla L, Slinning K. A population-based study of the relationship between perinatal depressive symptoms and breastfeeding: a cross-lagged panel study. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(2):235–42.
29. Adedinsowo DA, Fleming AS, Steiner M, Meaney MJ, Girard AW. Maternal anxiety and breastfeeding: Findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) study. *J Hum Lact.* 2014;30(1):102–9.
30. Idris NS, Sastroasmoro S, Hidayati F, Sapriani I, Suradi R, Grobbee DE, et al. Exclusive Breastfeeding Plan of Pregnant Southeast Asian Women: What Encourages Them? *Breastfeed Med.* 2013;8(3):317–20.
31. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *J Affect Disord.* 2011;132(1–2):146–57.
32. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nível de escolaridade completo mais elevado da mãe [Internet]. [cited 2018 Mar 28]. Available from: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
33. Nelson JM, Li R, Perrine CG, Scanlon KS. Changes in mothers' intended duration of breastfeeding from the prenatal to neonatal periods. *Birth.* 2017;0:1–6.

Anexos

Anexo 1 - Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer Favorável.	DESPACHO: <i>Atualizado 30/10/2017</i> <i>[Signature]</i>
--	--

ASSUNTO: 93/2017 - "Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto"
[Signature]

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

Trabalho interessante mas com elevado grau de dificuldade de realização por depender de muitos investigadores no terreno.

Coimbra, 25 de outubro de 2017

[Signature]
Luiz Miguel Santiago
Relator

Carlos Fontes Ribeiro
[Signature]
Presidente da Comissão de Ética



Autorização n.º 11010/ 2017

Alexandra Rodrigues León notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto. .

A investigação é multicêntrica, decorrendo, em Portugal, nos centros de investigação identificados na notificação.

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada



pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Alexandra Rodrigues León

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto.

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, por escrito

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam



obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 28-09-2017

A Presidente

Filipa Calvão

Anexo 3 - Consentimento Informado, livre e esclarecido.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto.

Enquadramento: Estudo longitudinal e prospetivo, em UCSPs/USFs do centro de Portugal (Aveiro, Coimbra, Leiria, Viseu). Realizado no âmbito da tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Alexandra Rodrigues León, sob orientação de Dra. Inês Rosendo e Dra. Inês Figueiredo.

Explicação do estudo: Este projeto tem como objetivo investigar a relação entre a depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto. No estudo serão incluídas mulheres no 3º trimestre de gravidez que aceitem participar e saibam ler ou tenham acompanhante que lhes possa ler o folheto, e que se dirijam à consulta nas UCSPs/USFs da região centro, no período de recolha de dados. A colheita de dados será feita em 2 ocasiões: a primeira na consulta durante a gravidez e a segunda na consulta dos 4 meses do bebé. O estudo será realizado tendo como base a realização de questionários às grávidas e a aplicação de escalas às mesmas, no fim da consulta, para recolha de informação sobre as variáveis em estudo. Essas variáveis incluem: depressão na gravidez, ansiedade na gravidez, intenção de amamentar, depressão pós-parto, ansiedade pós-parto, iniciação, duração e experiência de amamentação. Pretende-se esclarecer a associação entre a perturbação psicológica (depressão e/ou ansiedade) e a intenção de amamentar das grávidas; e entre os níveis de ansiedade e depressão pós-parto e a iniciação, duração e experiência de amamentação. Espera-se, também, comprovar que os níveis de ansiedade e depressão na gravidez influenciam a iniciação, duração e experiência de amamentação e demonstrar a relação entre a intenção de amamentar e os níveis de ansiedade e depressão pós-parto.

Condições e financiamento: O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros caso não queira participar ou abandone o estudo a qualquer momento. O estudo foi aprovado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e pela Comissão de Ética da ARS Centro.

Confidencialidade e anonimato: Os investigadores locais irão codificar os dados e apenas estes terão acesso à chave de identificação das grávidas incluídas no estudo. A identificação estará codificada nos dados em excel que vão ser enviados ao investigador principal, no final de cada uma das 2 fases de recolha de dados. A chave de identificação das grávidas será destruída após a segunda e última recolha de dados. Foi obtida autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd).

O investigador: Alexandra Rodrigues León

Assinatura: *Alexandra Rodrigues León*

Data: 26/10/2017

.....
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome do utente: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: _____ Assinatura: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Assinatura: _____ Parentesco: _____

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Anexo 4 - Questionário “Intenção de amamentar”



• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO¹: _____

Data de realização da consulta: ____ / ____ / _____ (dia/mês/ano)

Centro de Saúde: _____

Investigador: _____

- A grávida tem alguma doença crónica?
Sim Não Se sim, qual? _____
- Teve alguma complicação na gravidez?
Sim Não Se sim, qual? _____
- Idade gestacional atual: _____
- Data prevista do parto: _____

(A PREENCHER PELA GRÁVIDA)

- Idade: _____ anos.
- Número de anos de formação: _____ anos.
- Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta gravidez)? _____
- Quantos filhos tem? _____

Questionário “Intenção de amamentar”

O questionário será realizado às grávidas do 3º trimestre que se dirijam à consulta no período de recolha de dados, na primeira fase do estudo. Este pretende avaliar a intenção que a grávida tem de amamentar (“dar mama”) o seu bebé. A participação neste estudo é totalmente voluntária, confidencial e anónima. Por favor leia atentamente as seguintes questões relativamente à intenção que tem de amamentar o seu bebé. Selecione a opção com um “X”.

1. Já alguma vez amamentou (“deu mama”)?

Sim Não

2. Quero amamentar o meu bebé:

Sim Não

Por favor, continue a responder ao questionário **apenas** se respondeu “Sim” à pergunta 2.

3. Quero amamentar exclusivamente o meu bebé, sem dar outro tipo de leite ou alimento, até aos:

0 meses 2 meses 4 meses
6 meses 8 meses 10 meses
12 meses Até mais de 12 meses

4. Depois disso, quero amamentar o meu bebé e dar outro tipo de alimento até aos:

0 meses 2 meses 4 meses
6 meses 8 meses 10 meses
12 meses Até mais de 12 meses

Obrigada pela sua participação.

Instruções de preenchimento

¹Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.

Anexo 5 - Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-24)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO¹: _____

Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-24)

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mulheres grávidas podem ter ANTES DO NASCIMENTO do seu bebé. Coloque um círculo na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante o ÚLTIMO MÊS. Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.

NO ÚLTIMO MÊS, EU...

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
tive dificuldades em dormir.				
senti-me completamente sozinha.				
não consegui concentrar-me em nada.				
senti-me um fracasso.				
comecei a pensar que estaria melhor morta.				
perdi o apetite.				
senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).				
tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.				
senti que estava a perder o juízo.				
senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria.				
senti que as outras grávidas eram melhores do que eu.				

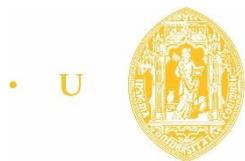
pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.	1	2	3	4	5
acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	1	2	3	4	5
tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	1	2	3	4	5
senti-me culpada por não sentir o amor que devia ter pelo meu futuro bebé.	1	2	3	4	5
quis fazer mal a mim própria.	1	2	3	4	5
dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	1	2	3	4	5
tenho andado muito irritável.	1	2	3	4	5
tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	1	2	3	4	5
senti que o meu futuro bebé estaria melhor sem mim.	1	2	3	4	5
sabia que devia comer mas não consegui.	1	2	3	4	5
senti-me inquieta, tinha de andar de um lado para o outro.	1	2	3	4	5
tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	1	2	3	4	5
só queria deixar este mundo.	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua participação.

Instruções de preenchimento

¹Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.

Anexo 6 - Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP)



• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO¹: _____

Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP)

AO LONGO DO ÚLTIMO MÊS, com que frequência experienciou o seguinte? Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência, em todas as questões.

0	1	2	3
Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. preocupar-me com a gravidez/bebé			0 1 2 3
2. medo que algo de mal aconteça ao bebé			0 1 2 3
3. sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer			0 1 2 3
4. preocupar-me com muitas coisas			0 1 2 3
5. preocupar-me com o futuro			0 1 2 3
6. sentir-me assoberbada/esmagada			0 1 2 3
7. ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, do parto, da dor, etc..)			0 1 2 3
8. ataques súbitos de medo ou desconforto intenso			0 1 2 3
9. pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar			0 1 2 3
10. dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer			0 1 2 3
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem			0 1 2 3
12. Querer que as coisas sejam perfeitas			0 1 2 3
13. Precisar de ter as coisas sob controlo			0 1 2 3
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta			0 1 2 3

15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	0	1	2	3
17. Estar alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	0	1	2	3
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos	0	1	2	3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	0	1	2	3
23. Evitar coisas que me preocupam	0	1	2	3
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	0	1	2	3
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	0	1	2	3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27. Sentir que a ansiedade afecta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30. Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31. Sentir-me agitada	0	1	2	3

Obrigada pela sua participação.

Instruções de preenchimento

¹Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.