



Fatores de risco para o desmame precoce

Risk factors for early weaning

Edficher Margotti¹, Rita Mattiello²

Objetivo: determinar os fatores de risco para o desmame precoce. **Métodos:** estudo de coorte, com 300 binômios mãe/bebê, realizado em dois hospitais. Utilizou-se a escala de Edimburgo para verificar existência de tendências depressivas nas mães aos quatro meses de vida dos bebês. **Resultados:** os fatores de risco para a amamentação exclusiva aos 2 e 3 meses foram o escore de Edimburgo ($p=0,048$ e $p=0,000$), hospital não Amigo da Criança ($p=0,002$ e $p=0,001$) e mãe que trabalha fora do lar ($p=0,013$ e $p=0,007$). A escolaridade materna foi fator de risco apenas aos 2 meses ($p=0,004$). Dentre as mães que apresentaram tendência depressiva, 38,0% tiveram seus filhos no hospital não Amigo da Criança. **Conclusão:** hospital não Amigo da Criança, mãe que trabalha fora do lar e escore de Edimburgo se mostraram como fatores de risco para amamentação exclusiva aos 2 e 3 meses de vida do bebê, e mulheres com tendências depressivas tiveram predisposição ao desmame.

Descritores: Aleitamento Materno; Desmame; Depressão Pós-Parto.

Objective: to determine the risk factors for early weaning. **Methods:** cohort study with 300 mothers/babies couples, carried out in two hospitals. The Edinburgh Scale was used to verify the existence of depressive tendencies in mothers with four months babies. **Results:** the risk factors for exclusive breastfeeding at 2 and 3 months were the score of Edinburgh ($p=0.048$ and $p=0.000$), not Child-Friendly Hospital ($p=0.002$ and $p=0.001$) and mother working outside the home ($p=0.013$ and $p=0.007$). Maternal education was a risk factor only at 2 months ($p=0.004$). There 38.0% of mothers with depressive tendency with their children hospitalized in the not Child-Friendly Hospital. **Conclusion:** not Child-Friendly Hospital, a mother who works outside the home and score Edinburgh proved as risk factors for exclusive breastfeeding at 2 and 3 months of baby's life, and women with depressive tendencies had a predisposition to weaning.

Descriptors: Breast Feeding; Weaning; Depression Postpartum.

¹Universidade Federal do Pará. Belém, PA, Brasil.

²Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente: Edficher Margotti

Travessa do Chaco, 729, Pedreira - CEP: 66.083-180. Belém, PA, Brasil. E-mail: edficher@ufpa.br

Introdução

Oferecer à criança alimentos que não o leite materno antes do quarto mês de vida é, em geral, desnecessário e pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, o que, por sua vez, pode levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento⁽¹⁾.

Enfatiza-se a adequada disponibilidade de nutrientes contidos no leite materno, que ajudam na maturidade fisiológica do lactente, evitando diarreias e constipações. Destacam-se, ainda, os fatores de proteção do leite materno contra as doenças, os quais o tornam alimento ideal, capaz de satisfazer as necessidades nutricionais, em especial nos dois primeiros anos de vida⁽²⁾.

Os fatores mais frequentemente associados à prática de desmame precoce, antes dos seis meses de vida do bebê, foram o trabalho materno fora de casa, o atendimento puerperal efetuado no serviço privado e primiparidade⁽³⁾. Dentre os fatores positivos relacionados à duração do aleitamento materno exclusivo, estão a idade, o nível de escolaridade e a experiência anterior com amamentação da mãe e, negativos, o parto cesáreo, as dificuldades encontradas durante a amamentação, a falta de apoio familiar e a inclusão da mãe no mercado de trabalho⁽⁴⁾.

Os fatores que se mostram como de risco para a autoeficácia no aleitamento materno exclusivo foram o tipo de parto cesáreo, a primigestação, o hospital não credenciado como Amigo da Criança e a baixa escolaridade materna em até oito anos de estudo⁽⁵⁾.

Os índices de prevalência de aleitamento materno até o quarto mês de vida do bebê apresentaram evolução, de 2002 a 2008, de 21,0% para 33,8%. Maiores prevalências de aleitamento materno estiveram associadas à mãe com mais idade e maior escolaridade, que gozava licença-maternidade e possuía mais de um filho. Introdução de bicos artificiais também esteve associada ao desmame precoce⁽⁶⁾.

Os fatores de proteção do aleitamento materno exclusivo em lactentes aos quatro meses de vida pes-

quisados em dezoito cidade de Pernambuco, foram a escolaridade materna de nove anos ou mais, a idade da mãe entre 20 e 35 anos de idade, ter o domicílio localizado na Região Metropolitana do Recife e a criança ser do sexo feminino⁽⁷⁾.

A Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância desenvolveram um conjunto de práticas e condutas, intitulado Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, e propuseram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. As instituições que se adequam às recomendações recebem o título de Hospital Amigo da Criança⁽⁸⁾. Os nascimentos de crianças em hospitais com o título de Amigo da Criança, de modo geral, aumentam a probabilidade de elas se manterem em aleitamento materno exclusivo por mais tempo⁽⁹⁾.

O cuidado pré-natal diminui a mortalidade mediante detecção e tratamento das enfermidades maternas, devendo ser realizado de maneira precoce, para que quaisquer complicações possam ser detectadas e tratadas. Além disso, a realização do pré-natal pode ajudar a nutriz a aperfeiçoar a amamentação, evitando dificuldades, uma vez que as orientações recebidas fortalecem a confiança e a capacidade maternas em amamentar⁽¹⁰⁾.

Por conta do mercado de trabalho, a mulher tem aumentado o risco do oferecimento precoce de alimentos diferentes do leite materno, em especial o leite de vaca. A iminência da volta ao trabalho torna inexorável a decisão de incluir precocemente outro tipo de leite no esquema alimentar da criança, restringendo o sucesso do aleitamento materno complementado e incrementando o tempo mediano da duração do aleitamento misto^(5,7,9).

As incidências de abandono do aleitamento materno exclusivo entre as mães com sintomas depressivos são visivelmente superiores àquelas sem sintomas, esse resultado é explicado pelo fato de a depressão possuir sintomas típicos que podem prejudicar a manutenção da amamentação e consequentemente, seu desenvolvimento⁽¹¹⁾. Se a mãe estiver deprimida, não conseguirá, no entanto, perceber os

sinais que o bebê emite. A depressão é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível interveniente no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê. Ela pode ter consequências importantes no desenvolvimento infantil. Por isso, a importância de se acompanhar os estados emocionais maternos no período pós-parto⁽¹²⁾.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi determinar os fatores de risco para o desmame precoce.

Métodos

O estudo teve como delineamento uma coorte composta por um grupo de mães e seus respectivos bebês, acompanhados desde o nascimento até os 4 meses de vida, nascidas em um hospital credenciado como Hospital Amigo da Criança, localizado em Chapecó, Santa Catarina, Brasil, e em outro credenciado como hospital geral, não credenciado como Amigo da Criança, localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

O cálculo amostral teve como valor crítico associado ao grau de confiança da amostra de 90,0% e a fórmula para o cálculo do tamanho da amostra, para uma estimativa confiável da proporção populacional, com p e q desconhecidos foi: $n = Z^2_{\alpha/2} \cdot p \cdot q / E^2$.

Foi previsto, no cálculo da amostra, aumento de 10,0%, considerando as perdas que poderiam ocorrer ao longo do seguimento. O trabalho foi realizado em uma população amostral de 300 binômios mães/bebês.

Para o estabelecimento das participantes ao estudo, a seleção das puérperas foi feita de forma contínua, simultânea e aleatória nos dois hospitais, conforme aconteciam os partos no centro obstétrico, nos anos de 2012 e 2013.

Os critérios de inclusão utilizados foram: crianças com peso de nascimento >2.500g, nascidas de parto normal e cesariana, idade gestacional acima de 36 semanas e residentes em zonas urbanas.

Os critérios de exclusão foram: gemelares, par-

tos com intercorrências, recém-nascidos de mães soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana, com malformações congênitas, para adoção ou residentes em zonas rurais.

Na primeira etapa, as mães foram abordadas na maternidade, no momento anterior à alta hospitalar. Aquelas que concordaram em participar do projeto foram esclarecidas sobre a pesquisa: os objetivos, o porquê de serem selecionadas, os riscos e benefícios quanto à participação. Caso concordassem em participar, preenchem um formulário socioeconômico e obstétrico. A idade gestacional e o número de consultas de pré-natal, gestações e abortos foram coletados do prontuário.

A segunda etapa se deu após a alta hospitalar, quando se manteve contato com as mães por telefone, a cada 30 dias, quando o bebê completava um, dois, três e quatro meses de vida ou até a interrupção da amamentação exclusiva, caso esta ocorresse antes.

Duas perguntas foram feitas ao telefone: (1) Se ela ainda estava dando leite apenas e exclusivamente do peito; e (2) Se ela já tinha começado a oferecer sucos, águas, chás, quaisquer outras fórmulas lácteas e se já tinha dado ao bebê algum tipo de comida, como "papinhas", tanto salgadas ou doces, raspas de frutas, caldos ou polpas de frutas. A segunda pergunta eliminava dúvidas quanto à resposta da primeira pergunta. Caso a resposta para a segunda pergunta fosse sim, era considerado como não aleitamento materno exclusivo, e essa criança deixava de ser do grupo do aleitamento materno exclusivo, passando para o grupo de aleitamento materno.

As visitas domiciliares ocorriam se houvesse dificuldade em contatar a mãe por telefone.

Aos 4 meses de pós-parto, por meio do telefone, além das duas perguntas que eram feitas, também foi aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. A escala de Edimburgo mede a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias anteriores ao dia de sua aplicação. Consiste em um instrumento de autorregistro, composto por dez enunciados, cujas opções são pontuadas de zero

a três, de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Seus itens abordam sintomas psíquicos, como humor depressivo (sensação de tristeza, auto-desvalorização e sentimentos de culpa, e ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro). A somatória dos pontos perfaz um escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva o valor ≥ 12 ⁽¹³⁾.

Foram analisados os dados em três grupos de estudo: Aleitamento Materno Exclusivo para crianças que receberam apenas leite materno como fonte única de hidratação e alimentação, nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos; Aleitamento Materno para crianças que receberam, além do leite materno, outras fontes de hidratação e alimentação, como chás, sucos, caldos, papas e outros tipos de leite; e Desmame de crianças em que o aleitamento materno exclusivo fosse interrompido antes do quarto mês de vida.

As variáveis estudadas foram: idade gestacional, hospital não credenciado como Amigo da Criança, tipo de parto, idade materna, mãe que trabalha fora do lar, primigestação, escore da escala de Edimburgo, escolaridade materna, aleitamento materno aos 30, 60, 90 e 120.

Para análise descritiva, os dados foram apresentados mediante frequência simples, percentual e razão de chance, conforme a simetria das variáveis. A relação entre a variável de desfecho tipo de alimentação ao quarto mês de vida da criança e os potenciais fatores de risco para o aleitamento materno exclusivo foi avaliada por meio de regressão logística, tanto nas análises bivariadas; quanto nas multivariadas. O teste de Wald foi utilizado para testar a significância de cada variável no modelo. Para o modelo multivariável, consideraram-se, inicialmente, todas as covariáveis que apresentaram valores de $p < 0,10$. O procedimento a seguir foi a exclusão, de maneira individual, das co-

variáveis que apresentassem valores críticos de p (valores maiores e não significativos). Esse procedimento foi repetido até que todas as variáveis no modelo apresentassem valores de $p < 0,05$. Todos os testes foram bidirecionais, e as diferenças foram consideradas significativas com valor de $p < 0,05$.

Para evitar perdas de mães/bebês ao longo do seguimento, por conta de endereços não localizados, mudanças de endereços ou emigração, foram tomadas algumas providências, como pedir que informassem todos os números de telefones de pessoas que residiam com a puérpera e de parentes que residiam próximos.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Trezentas mães com seus respectivos filhos foram recrutados no presente estudo. Não houve perdas no decorrer da pesquisa.

Na amostra geral, a idade média das mães avaliadas foi de 26 anos, a idade gestacional média foi de 39 semanas, 61,0% realizaram de 7 a 13 consultas de pré-natal, a maior parte dos nascimentos foram de partos vaginais (55,0%), do sexo masculino (53,0%) e 52,0% de todos os partos foram realizados no hospital Amigo da Criança. A maioria das mães estava em situação trabalhista ativa (57,0%), eram solteiras (13,0%), com até oito anos de estudo (34,0%), primigesta (51,0%). Quanto à escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, 36,0% da amostra apresentaram tendências depressivas. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, observou-se redução abrupta do primeiro para o quarto mês de vida (86,0% para 49,0%). E, nas secundigestas ou multigestas, 96,0% ofereceram amamentação prévia.

A Tabela 1 demonstra que, aos dois e aos três meses, a variável hospital não Amigo da Criança aumentou a razão de chance para a amamentação exclusiva, com $p=0,002$ e $p=0,001$, respectivamente.

te, a escore de depressão pós-parto de Edimburgo (com tendências depressivas) aumentou no segundo ($p=0,048$) e terceiro mês ($p=0,000$), a mãe que trabalha fora de casa, também apresentou a razão de chance aumentada no segundo ($p=0,013$) e no terceiro mês ($p=0,007$), a escolaridade até oito anos de estudo aumentou a razão de chance apenas aos dois primeiros meses ($p=0,004$) e as demais variáveis não se mostraram como fatores de risco para aleitamento materno exclusivo.

Na Tabela 2, quando aplicado o questionário de Edimburgo no quarto mês de vida das crianças, verificou-se que mães com tendência depressiva era 36,4% da amostra. Deste total, 38,0% tinham tendência à depressão pós-parto e eram as mães que tiveram seus filhos no hospital não Amigo da Criança, comparadas com 34,9% das que tiveram bebês no hospital Amigo da Criança.

A escala de Edimburgo, verificada no quarto mês de vida dos bebês, mostrou que as mães que tinham tendências depressivas desmamaram mais (22,5%), quando comparadas com as mães que não tinham tendências (8,0%) e apresentaram percentual

de aleitamento materno exclusivo (46,7%) e aleitamento materno (30,8%) menor, quando comparadas com as mães sem tendências depressivas, com 51,3% de aleitamento materno exclusivo e 40,7% de aleitamento materno, como demonstra a Tabela 3.

Tabela 2 - Escala de Edimburgo coletado aos 4 meses de vida do bebê, segundo o tipo de credenciamento do hospital (Amigo da Criança ou não)

Tipo de Hospital	Sem tendência à	Com tendência à	Total
	depressão pós parto	depressão pós parto	
	n(%)	n(%)	n(%)
Amigo da Criança	196(65,1)	104(34,9)	300(100,0)
Não Credenciado	186(62,0)	114(38,0)	300(100,0)

Tabela 3 - Escala de Edimburgo aplicada aos 4 meses, segundo as três categorias de aleitamento

Escala de Edimburgo	Aleitamento	Aleitamento	Desmame	Total
	Materno Exclusivo	Materno		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sem tendência à depressão pós-parto	154(51,3)	122(40,7)	24(8,0)	300(100,0)
Com tendência à depressão pós-parto	141(46,7)	93(30,8)	68(22,5)	300(100,0)

Tabela 1 - Associação entre o aleitamento materno exclusivo aos 2, 3 e 4 meses e seus potenciais fatores de risco avaliados nos dois hospitais

Variável preditora	2 meses			3 meses			4 meses		
	Razão de chance	IC95%**	p	Razão de chance	IC95%**	p	Razão de chance	IC95%**	p
Hospital não Amigo da Criança	2,000	1,290-3,110	0,00*	1,855	1,299-2,648	0,00*	1,193	0,950-1,498	0,129
Idade materna (anos)	1,000	0,973-1,037	0,789	0,982	0,956-1,000	0,184	0,981	0,963-0,999	0,039
Primigesta	0,860	0,567-1,305	0,480	0,969	0,618-1,220	0,417	0,961	0,765-1,206	0,729
Tipo de parto (cesárea)	1,043	0,689-1,579	0,843	0,993	0,707-1,394	0,968	0,949	0,672-1,072	0,168
Idade gestacional (semanas)	0,909	0,799-1,034	0,147	0,963	0,862-1,076	0,507	0,987	0,912-1,077	0,743
Escolaridade (até 8 anos de estudo)	1,543	1,148-2,073	0,00*	0,967	0,600-1,253	0,446	0,917	0,716-1,1174	0,480
Escore de Edimburgo (com tendência depressiva)	1,548	1,016-2,358	0,04*	1,872	1,324-2,649	0,000*	1,095	0,869-1,379	0,442
Mãe que trabalha	1,700	1,120-2,581	0,01*	1,588	1,132-2,228	0,007*	1,197	0,955-1,499	0,119

* $p<0,05$; **Intervalo de Confiança

Discussão

A prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses era de 41,0%. No entanto, é interessante observar que o comportamento desse indicador é bastante heterogêneo entre as regiões e capitais brasileiras: a Região Norte foi a que apresentou maior prevalência dessa prática (45,9%) e a Nordeste teve a pior situação (37,0%)⁽¹⁴⁾. Os resultados encontrados neste estudo, referentes à prevalência do aleitamento materno exclusivo aos quatro meses (49,0%), vão de encontro aos achados do Ministério da Saúde do Brasil. Neste trabalho, ao contrário dos achados de outro estudo⁽⁶⁾, foi verificada queda acentuada da probabilidade de as crianças estarem em aleitamento materno exclusivo do nascimento aos 4 meses de vida, em que, no momento da alta hospitalar, todas as crianças estavam em aleitamento materno exclusivo (100,0%), mas no decorrer do período, aos 4 meses de vida, houve a queda desse percentual para menos da metade (49,0%).

A maioria dos trabalhos demonstra que o aleitamento materno é efetivo em mulheres de maior escolaridade^(4-7,10). No presente estudo, os achados quanto à escolaridade (até oito anos de estudo) mostraram-se fatores de risco para o aleitamento materno exclusivo aos 2 meses, mas não tiveram associação significativa no primeiro e nos 3 e 4 meses. Entende-se que mulheres sem instrução ou com pouca instrução desconhecem a importância do aleitamento materno exclusivo para o crescimento e o desenvolvimento dos filhos^(4,6,7,10).

Nesse estudo, nascer em hospital credenciado como Amigo da Criança foi fator de proteção para o aleitamento materno exclusivo. Embora o filho tivesse nascido em um hospital credenciado como Amigo da Criança, que, institucionalmente, apoia o aleitamento materno em diversas etapas, desde o ingresso ao hospital até a saída da mãe com o filho, esse fato não colaborou com o aleitamento materno exclusivo no primeiro e aos 4 meses de vida. Isso diferiu de outros trabalhos^(2-3,5-6), que mostram que os bebês de mães

oriundas de Hospital Amigo da Criança são amamentados mais, quando comparados às mães oriundas de outros tipos de hospitais. Este estudo não encontrou diferença estatística quanto ao fato de a criança ter nascido em Hospital Amigo da Criança, ou seja, isso não se mostrou como potencial fator de proteção ao aleitamento materno exclusivo aos 4 meses de vida do bebê, tal qual a literatura⁽⁹⁾. Torna-se necessária revisão das práticas adotadas, especialmente no período pré-natal e no puerpério imediato, para que as mulheres se tornem mais autoconfiantes e prolonguem por mais tempo o aleitamento materno exclusivo.

O número de depressão pós-parto apresentada na pesquisa para mulheres que tiveram filhos no hospital não credenciado como Amigo da Criança (38,0%) e para as mulheres que tiveram filhos no hospital credenciado como Amigo da Criança (34,9%) esteve acima da margem frequentemente encontrada na literatura, que tem variado entre 15 e 29,0%^(13,15-17). No entanto, o número aqui encontrado está dentro da margem, se comparada a estudos internacionais⁽¹⁵⁾, como do Chile (35,2%), Vietnã (33,0%) e Paquistão (30,9%).

O escore da escala de Edimburgo se mostrou fator de risco para o aleitamento materno exclusivo aos 2 e aos 3 meses de vida do bebê na presente amostra. Pesquisa relata a vivência de estresse em relação aos cuidados da criança, tendo diferença significativa entre as mulheres com e sem tendências depressivas em relação à percepção de pelo menos um tipo de estresse nos cuidados da criança⁽¹⁶⁾. Em nossos achados, não foi diferente, houve diferença entre as mulheres com e sem tendências depressivas com relação ao abandono do aleitamento materno exclusivo e ao aleitamento materno, isso irá repercutir negativamente no desenvolvimento da criança.

Quando analisados os escores da escala Edimburgo e as categorias de aleitamento, os escores de depressão foram os melhores preditores da duração da amamentação exclusiva; as incidências de desmame entre as mães com sintomas depressivos foram visivelmente superiores àquelas sem sintomas de depres-

são pós-parto, foram de 22,5% e 8,0%, respectivamente. No quarto mês após o parto, 51,3% das puérperas sem sintomas depressivos estavam amamentando exclusivamente os filhos, contra apenas 46,7% daquelas com sintomas depressivos. Em nossos achados, a amamentação exclusiva pareceu ser significativamente menor entre mulheres deprimidas, tal qual em outros estudos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. O uso da escala de Edimburgo pode evidenciar tendências depressivas apresentadas pela mãe e, conseqüentemente, auxiliar no diagnóstico e tratamento, minimizando assim possíveis efeitos deletérios sobre a mãe⁽¹⁸⁾, a amamentação exclusiva e, conseqüentemente, sobre o crescimento e desenvolvimento da criança.

As limitações que poderiam ser registradas neste trabalho foram mínimas. Embora não tenha sido usada amostra aleatória de indivíduos, a possibilidade de viés de seleção está diminuída, uma vez que as características são semelhantes entre os indivíduos, e todas as crianças nascidas no período preestabelecido tiveram a mesma chance em participar. Há a possibilidade mínima do viés de memória ter ocorrido, pois os questionamentos foram realizados a cada 30 dias. Os valores que demonstram tendências depressivas podem estar subestimados, em decorrência de as mães não admitirem respostas comprometedoras. A informação sobre modificações no esquema alimentar da criança, pode, em algum momento, ter sido distorcida e ter promovido a classificação em categorias também distorcida. Este fato pode ter ocorrido ainda que regras claras tenham sido definidas para a classificação da exposição e do desfecho. Salienta-se que, se isso ocorreu, deve ter atingido indistintamente os grupos de exposição, diluindo a influência do erro da classificação na medida do desfecho.

Conclusão

O nascimento em hospital não credenciado como Amigo da Criança, a escala de Edimburgo ≥ 13 pontos e mãe que trabalha fora de casa se mostraram como fatores de risco para o aleitamento materno ex-

clusivo aos segundo e terceiro meses de vida da criança, e a escolaridade materna de até oito anos de estudo se mostrou como fator de risco apenas aos dois primeiros meses de vida do bebê. As mães que tinham tendência a desenvolverem depressão pós-parto foram as que tiveram filhos no hospital não Amigo da Criança. As mulheres com tendências depressivas aos 4 meses de vida tiveram predisposição maior ao desmame precoce, quando comparadas às mulheres sem tendências depressivas.

A recuperação física e sexual da mãe e os cuidados com o recém-nascido permanecem como centrais na assistência às mulheres no puerpério. Desta forma, sintomas de sofrimento mental não reconhecidos, tendenciosos à depressão pós-parto e não valorizados, podem se agravar e levar a repercussões imediatas e tardias para a mulher e o filho, como o desmame precoce.

Colaborações

Margotti E contribuiu para a concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Matielo R contribuiu para revisão crítica do conteúdo intelectual e análise de dados.

Referências

1. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):641-54.
2. Caminha MFC, Serva VB, Arruda IKG, Batista Filho M. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(1):25-37.
3. Salustiano LPQ, Diniz ADL, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno em crianças até seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(1):28-33.

4. Fragoso APR, Fortes RC. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. *J Health Sci Inst.* 2011; 29(2):114-8.
5. Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev Rene.* 2014; 15(5):771-9.
6. Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Breastfeeding prevalence and associated factors in Londrina-PR. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1):29-35.
7. Caminha MFC, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(2):240-8.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME, Oliveira ASD, Lobato G. Nascer em Hospital Amigo da Criança: fator de proteção ao aleitamento? *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(7):1349-61.
10. Leone CR, Sadeck LSR, Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30(1):21-6.
11. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle-income countries. *Br Med Bull.* 2012; 101(1):57-79.
12. Carlesso JPP, Souza APR, Moraes AB. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Rev CEFAC.* 2014; 16(2):500-10.
13. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2011; 76(2):102-12.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr.* 2013; 89(4):332-8.
16. Figueira PG, Diniz LM, Silva Filho HC. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2011; 33(2):71-5.
17. Brito CNO, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TVB. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 13]; 49:33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910-rsp-S0034-89102015049005257.pdf>
18. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2014; 44(5):927-36.
19. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(6):985-94.