

Ansiedade materna e sua interferência na autoeficácia para amamentação

Maternal anxiety and its interference in breastfeeding self-efficacy
Ansiedad materna y su interferencia en la autoeficacia para la lactancia

Erika de Sá Vieira Abuchaim¹  <https://orcid.org/0000-0002-1881-4016>

Karla Oliveira Marcacine¹  <https://orcid.org/0000-0003-2373-7980>

Kelly Pereira Coca¹  <https://orcid.org/0000-0002-3604-852X>

Isilia Aparecida Silva²  <https://orcid.org/0000-0001-5534-9996>

Como citar:

Abuchaim ES, Marcacine KO, Coca KP, Silva IA. Ansiedade materna e sua interferência na autoeficácia para amamentação. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE02301.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A002301>



Descritores

Ansiedade; Saúde mental; Período pós-parto; Aleitamento materno; Desmame

Keywords

Anxiety; Mental health; Postpartum period; Breast feeding; Weaning

Descriptors

Ansiedad; Salud mental; Período posparto; Lactancia materna; Destete

Submetido

10 de Agosto de 2021

Aceito

20 de Junho de 2022

Autor correspondente

Erika de Sá Vieira Abuchaim
E-mail: erika.vieira@unifesp.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Marcia Barbieri
(<https://orcid.org/0000-0002-4662-1983>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a relação entre os sintomas de ansiedade materna com a autoeficácia para a amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo.

Métodos: Estudo de coorte prospectivo, desenvolvido num Centro de Aleitamento Materno de um hospital universitário do município de São Paulo. A amostra foi constituída por 83 puérperas, acompanhadas até 210 dias após o parto. Foram utilizadas a Subescala de Ansiedade da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo e a Escala de Autoeficácia para Amamentação.

Resultados: A média de escore total de ansiedade foi 3,76 pontos e da autoeficácia materna para amamentar 128,58. Ao longo dos meses os sintomas de ansiedade e a autoeficácia para amamentação apresentaram comportamento semelhante e não significativos estatisticamente. São fatores de risco associados ao incremento dos sintomas ansiosos: aborto, história prévia de depressão, queixa em relação a si mesma, relacionamento familiar e conjugal insatisfatório, piora na relação com o parceiro após o nascimento do bebê e menor autoeficácia materna para amamentação, refletidos nos domínios técnico e pensamentos intrapessoais. O tempo entre a interrupção do aleitamento materno exclusivo e a ansiedade não foi estatisticamente diferente.

Conclusão: As puérperas investigadas apresentaram elevada prevalência de sintomatologia ansiosa, com interferência significativa na percepção e confiança em sua capacidade e habilidade materna de amamentar com sucesso o bebê. Não houve associação entre os sintomas de ansiedade e o desmame precoce.

Abstract

Objective: To analyze the relationship of maternal anxiety symptoms with breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding.

Methods: Prospective cohort study developed in a Breastfeeding Center of a university hospital in the city of São Paulo. The sample consisted of 83 postpartum women in follow-up for 210 days after delivery. The Anxiety Subscale of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale were used.

Results: The mean total score for anxiety was 3.76 points and for maternal self-efficacy to breastfeed was 128.58. Over the months, anxiety symptoms and breastfeeding self-efficacy showed similar behavior and were not statistically significant. The following risk factors were associated with the increase in anxiety symptoms: abortion, previous history of depression, complaints about oneself, unsatisfactory family and marital relationships, worsening of the relationship with the partner after the baby was born and lower maternal breastfeeding self-efficacy, reflected in the technique domain and intrapersonal thoughts domain. The time between cessation of exclusive breastfeeding and anxiety was not statistically different.

¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Conclusion: The investigated postpartum women had a high prevalence of anxiety symptoms, with significant interference in the perception and confidence in their ability and maternal capability to successfully breastfeed the baby. There was no association between anxiety symptoms and early breastfeeding cessation.

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre los síntomas de ansiedad materna y la autoeficacia para la lactancia y la duración de la lactancia materna exclusiva.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, realizado en un Centro de Lactancia Materna de un hospital universitario en el municipio de São Paulo. La muestra estuvo compuesta por 83 puérperas, a quienes se les realizó un seguimiento hasta los 210 días después del parto. Se utilizó la Subescala de Ansiedad de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo y la Escala de Autoeficacia para la Lactancia.

Resultados: El promedio de la puntuación total de ansiedad fue de 3,76 puntos y de autoeficacia materna para la lactancia 128,58. A lo largo de los meses, los síntomas de ansiedad y la autoeficacia para la lactancia presentaron un comportamiento semejante y no significativo estadísticamente. Los factores de riesgo asociados al aumento de los síntomas ansiosos son: aborto, historia previa de depresión, queja con relación a sí misma, relación familiar y conyugal insatisfactoria, deterioro en la relación con la pareja luego del nacimiento del bebé y menor autoeficacia materna para la lactancia, reflejados en los dominios técnico y pensamientos intrapersonales. El tiempo entre la interrupción de la lactancia materna exclusiva y la ansiedad no fue estadísticamente diferente.

Conclusión: Las puérperas investigadas presentaron una elevada prevalencia de sintomatología ansiosa, con interferencia significativa en la percepción y confianza de su capacidad y habilidad materna de amamantar con éxito al bebé. No hubo asociación entre los síntomas de ansiedad y el destete temprano.

Introdução

O ciclo gravídico puerperal é um período de crise para as mulheres que precisam se adaptar as mudanças biopsicossociais, características desta fase, e conciliar demandas e desafios da maternidade com papéis familiares, conjugais e profissionais desempenhados socialmente. É esperado e normal que as mulheres se sintam ansiosas, inseguras e temerosas nessa fase, contudo, algumas experimentam esse estado emocional de maneira tão intensa e desprazerosa que adoecem psiquicamente. A gestação, portanto, não é um fator de proteção à saúde mental materna, ao contrário, coloca a mulher em posição de maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico.^(1,2)

A ansiedade é um dos transtornos mentais maternos de maior prevalência no período pós-parto, 14% nos países de renda per capita elevada e 26% naqueles de baixa-média renda.⁽³⁾ Preocupação excessiva e duradoura, pensamento intrusivo e persistente de que algo ruim vai acontecer com o bebê, frustração, culpa, inquietação, falta de concentração, tensão muscular e distúrbios do sono são sintomas relatados pelas puérperas, que podem experimentar dificuldade na interação com o bebê, percepção de menor capacidade de desempenhar a função materna com sucesso e insatisfação parental.⁽³⁻⁵⁾

São considerados fatores de risco para ansiedade pós-parto: história prévia de ansiedade e ou depressão, intercorrência na vida reprodutiva incluindo na gestação atual, gestação não planejada, blues mater-

no, ausência ou fragilidade de suporte social, estresse, baixa autoestima e dificuldade na amamentação.⁽⁵⁻⁸⁾

A relação causal entre a ansiedade e a amamentação não é clara. Se por um lado puérperas com níveis elevados de ansiedade são menos propensas a iniciar e manter o aleitamento materno, em especial o exclusivo por seis meses, por outro as dificuldades na amamentação são um gatilho para o incremento dos sintomas ansiosos que resultam em sentimentos maternos de menor capacidade de responder, de maneira sensível e eficaz, as necessidades do bebê.^(6,9,10)

A amamentação é uma estratégia importante na promoção do vínculo mãe-bebê e da saúde biopsicossocial de ambos, sendo a autoeficácia materna para amamentar, um fator modificável importante à medida que repercute significativamente na motivação da puérpera para iniciar e persistir na continuidade da amamentação frente às dificuldades provenientes desta prática.⁽¹¹⁾

Mulheres com experiência positiva de aleitamento materno (experiência prévia), que observam o sucesso da amamentação de outras mulheres (experiência vicária ou observacional), que recebem apoio e encorajamento de pessoas significativas, incluindo parceiro(a), familiares, e ou profissionais de saúde e que se sintam tranquilas, menos ansiosas e deprimidas (reação emocional) apresentam maior autoeficácia para amamentação.^(1,11,12)

Considerando o impacto negativo da ansiedade na saúde da mulher e da criança, visto que filhos de mães ansiosas podem apresentar comprometimento

no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo, e a importância da amamentação na promoção da saúde da puérpera e seu bebê, o presente estudo buscou analisar a relação entre os sintomas de ansiedade materna com a autoeficácia para a amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo.

Métodos

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, extraído de uma pesquisa maior intitulada “A interface entre os sintomas de depressão pós-parto e o processo de amamentação” aprovada sob o Parecer 1.180.500 do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e desenvolvida no Centro de Aleitamento Materno da Universidade Federal de São Paulo.

Foram incluídas mulheres que estivessem praticando o aleitamento materno exclusivo e que buscassem o serviço com menos de 60 dias pós-parto, no período de julho de 2013 a abril de 2016. Puérperas sem domínio do idioma português não foram inseridas na pesquisa. A amostra calculada para o estudo principal foi de 76 participantes acompanhados por pelo menos 180 dias considerando uma incidência de 20% de mulheres com depressão pós-parto,⁽¹³⁾ um erro de 9% e um limite de confiança de 95%. Aceitaram participar do estudo 208 puérperas, 125 não se mantiveram durante todo o seguimento e 83 foram acompanhadas por 210 dias, prazo determinado como corte para análise deste estudo.

A coleta de dados, realizada por duas enfermeiras treinadas pela pesquisadora responsável pelo estudo maior, aconteceu presencialmente no momento da inclusão das participantes e via telefone nas coletas subsequentes. As mulheres foram acompanhadas até 210 dias pós-parto. As variáveis coletadas foram: sociodemográficas (idade, escolaridade, ocupação, estado marital e renda familiar), hábitos de vida (uso de tabaco e ou de drogas ilícitas e ingestão de bebida alcoólica), obstétricas (número de gestações, paridade, aborto, planejamento e desejo da gestação atual, número de consultas pré-natal e intercorrência na gestação, parto e ou pós-parto), antecedentes psiquiátricos (transtorno mental e ou

depressão ao longo da vida), características da amamentação (experiência anterior de amamentação, autoeficácia materna para amamentação, tipo de aleitamento materno praticado e intercorrência na amamentação) e relacionais (queixas em relação a si mesma, parceiro e ou criança atual e satisfação com o relacionamento marital) e sintomas de ansiedade.

A presença e a intensidade dos sintomas ansiosos foram verificadas com a Subescala de Ansiedade da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS-3A).^(14,15) A EPDS é uma escala, do tipo Likert, composta por 10 afirmações, cada uma com quatro possibilidades de resposta (0 a 3 pontos), a depender da severidade ou duração da sintomatologia, experimentada ou não, na semana que antecede à aplicação. A EPDS-3A, composta pelos itens: 3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado, 4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão, e 5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo, rastreia sintomas ansiosos e sua pontuação varia entre 0 e 9 pontos. Considerando a ausência de ponto de corte validada para a EPDS-3A na população brasileira, adotou-se a média do escore total das investigadas como parâmetro de categorização.

A autoeficácia materna para a amamentação, foi avaliada pela Escala de Autoeficácia para Amamentação (BSES),⁽¹⁶⁾ composta por 33 afirmações e estruturada em dois domínios: Técnico (20 itens relacionados ao manejo técnico da amamentação) e Pensamentos Intrapessoais (13 itens acerca do desejo, da motivação e da satisfação da mulher com a amamentação). Para cada afirmação existe uma pontuação, tipo Likert, que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) e o escore total varia entre 33 e 165 pontos. Respeitando o pressuposto original da escala, a média do escore total orienta o grau de concordância da investigada sendo considerado classificatório.^(11,17) Adotou-se para análise das categorias implícitas nos domínios técnico (DT) e pensamentos intrapessoais (DI), o agrupamento das afirmações proposto no estudo de tradução e validação da escala para o português – Brasil,⁽¹⁶⁾ a saber: Domínio Técnico (DT): Adaptação ao Cotidiano (afirmativas 31 e 32), Bebê (afirmativas 6, 10, 14, 15, 18 e 33), Pega Correta (afirmativas 4,

12, e 30) e Técnica de Amamentar (afirmativas 1, 2, 5, 22, 26 e 28) e Domínio Pensamentos Intrapessoais (DI): Adaptação ao cotidiano (afirmativas 7, 8, 20 e 27), Técnica de amamentar (afirmativas 3, 17 e 24), Motivação (afirmativas 9, 19, 21 e 23) e Satisfação (afirmativas 13 e 25).

A análise dos sintomas de ansiedade, da autoeficácia materna para amamentação e do tempo até a interrupção do aleitamento materno exclusivo, bem como a associação entre estas variáveis, foi realizada pelo teste log-rank para comparar as curvas de sobrevivência (Kaplan-Meier) de maneira bivariada e o modelo de sobrevivência de Cox para análise multivariada. Para avaliar se os valores das escalas são diferentes ao longo dos sete momentos de aplicação, foi realizado o teste ANOVA não paramétrico para medidas repetidas, considerando apenas o tempo (instantes de aplicação) como fator. O software utilizado para a análise dos dados é o R 3.1.2., e o nível de significância adotado para todas as análises é de 0,05.

Resultados

As participantes tinham em média 30 anos, 41% e 40% com nível de escolaridade médio e superior, respectivamente, 50% possuíam trabalho formal, 87% coabitavam com o parceiro e 54% renda familiar entre um e três salários-mínimos. Em relação aos hábitos de vida, 6%, 5% e 10% afirmaram fazer uso de cigarro, de droga ilícita e ingerir bebida alcoólica, respectivamente. O número médio de gestação foi 2,26 (DP±1,65), paridade 1,76 (DP± 1,04), aborto

0,47 (DP±1,07), 51% não planejaram/desejaram a gestação, 97% realizaram ≥6 consultas de pré-natal, 52% relataram intercorrência na gestação, 18% no parto e 19% no pós-parto. O diagnóstico de transtorno mental, ao longo da vida, foi autorreferido por 30% das puérperas, sendo 27% relacionados à depressão. No que se refere a amamentação, 38% haviam amamentado outros filhos e 62% experimentaram alguma intercorrência para amamentar na gestação atual. Queixas em relação a si mesma, à criança e ao parceiro estavam presentes em 33%, 12% e 14% das mulheres, respectivamente. Com a chegada do bebê, 49% das mulheres perceberam que o relacionamento conjugal piorou, no entanto, 93% afirmaram que, na maioria das vezes, o relacionamento com o parceiro é satisfatório. A média de escore total da EPDS-3A, nos primeiros 60 dias de pós-parto foi de 3,76 (DP±2,38) sendo categorizada em ≤4 e ≥5 pontos. Das puérperas, 65% (134/208) apresentaram pontuação ≤4 e 35% (73/208), pontuação ≥5. O escore médio da BSES, no mesmo período foi 128,58 (DP±21,16). Ao longo do tempo, EPDS-3A (p=0.0639) e BSES (p=0.0879) apresentam resultados semelhantes e não significativos estatisticamente. A análise do gráfico (Figura 1) mostra uma tendência de melhora na presença e na intensidade dos sintomas de ansiedade ao longo dos meses.

O cruzamento do escore total da subescala EPDS-3A com as variáveis quantitativas, apesar de revelar significância estatística com o n° de abortos (p=0,037), BSES total (p=0,001) e seus domínios técnico (p=0,003) e pensamento intrapessoal (p=0,005), não encontrou resultado muito expressivo

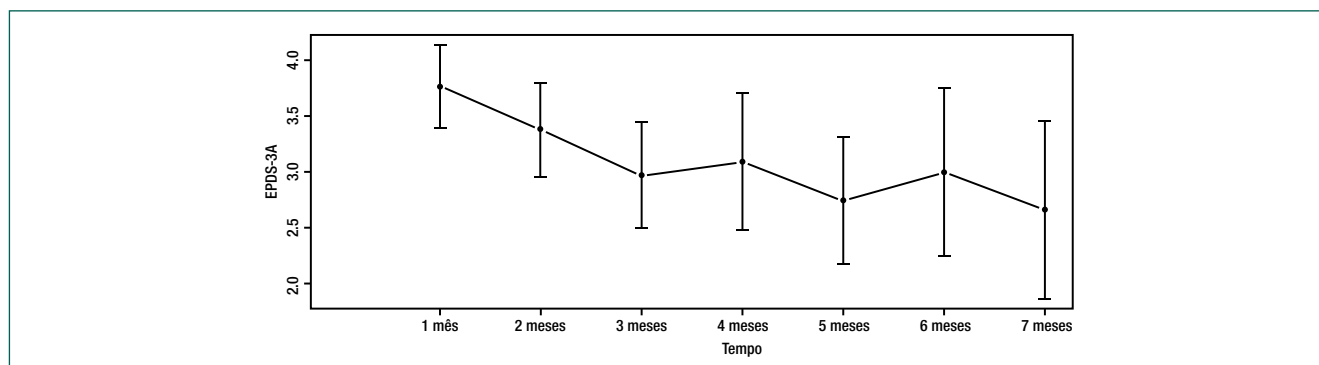


Figura 1. Escores total EPDS-3A no seguimento de 30 a 210 dias pós-parto

para nenhum dos casos apresentando correlação fraca (positiva $\leq 0,40$ e correlação negativa $> -0,40$), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Correlação de Spearman da EPDS-3A com as variáveis quantitativas e a escala BSES e seus domínios

Fator	Correlação	p-value
Idade	0,05	0,436
Nº aborto	0,14	0,037
Nº gestações	0,13	0,067
Paridade	0,06	0,376
BSES total	-0,23	0,001
BSES domínio técnico (DT)	-0,2	0,003
BSES domínio pensamento intrapessoal (DP)	-0,2	0,005

Na tabela 2, a análise da EPDS-3A categorizada e da BSES total, seus domínios e categorias implícitas, mostra associação estatisticamente significativa entre puérperas com sintomas de ansiedade acima da média (pontuação ³⁵) e as categorias BSES bebê ($p=0,007$) do domínio técnico e BSES adaptação ao cotidiano (0,001) do domínio intrapessoal.

Apresentaram associação estatisticamente significativa com a EPDS-3A categorizada as variáveis: episódio anterior de depressão ($p=0,001$), possuir queixa de si mesma ($p=0$), relacionamento conjugal

insatisfatório ($p=0,013$), relacionamento familiar insatisfatório ($p=0,01$) a piora do relacionamento conjugal após o nascimento da criança ($p=0,001$). A análise do tempo até a interrupção do aleitamento materno exclusivo com o score total da EPDS-3A categorizado, revela um desmame mais rápido para o grupo com ≥ 5 pontos. O tempo mediano de desmame para o grupo com ≤ 4 pontos foi de 37 dias após o parto, enquanto para o grupo com ≥ 5 pontos o tempo mediano de desmame foi de 30 dias. O tempo até a interrupção do aleitamento materno entre as faixas de EPDS-3A não são estatisticamente diferentes (p -valor $< 0,103$) quando fazemos o modelo de Cox somente com a escala EPDS-3A.

Discussão

A presença de sintomas de ansiedade em intensidade significativa encontrado em 35% das puérperas do presente estudo, é preocupante e compatível com a prevalência de 2% a 45% encontrada na literatura científica.^(2,6,12) A ausência de consenso entre as escalas de rastreio de ansiedade no período de pós-parto

Tabela 2. Associação da EPDS-3A com a BSES

Fator	Categoria	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Mínimo	Máximo	n	p-value
BSES total	≤ 4	131,24	20,34	1,75	55	167	135	0,011
	≥ 5	123,67	21,89	2,56	64	164	73	
BSES domínio técnico (DT)	≤ 4	78,13	12,67	1,1	38	100	133	0,024
	≥ 5	73,62	14,22	1,66	35	99	73	
BSES adaptação ao cotidiano (DT)	≤ 4	8,36	1,7	0,15	3	10	135	0,279
	≥ 5	8	1,98	0,23	2	10	73	
BSES bebê (DT)	≤ 4	22,14	4,44	0,38	8	30	135	0,007
	≥ 5	20,36	4,88	0,57	9	30	73	
BSES Leite Materno (DT)	≤ 4	11,59	3,17	0,27	3	15	135	0,217
	≥ 5	11,07	3,16	0,37	3	15	73	
BSES pega correta (DT)	≤ 4	12,69	2,32	0,2	6	15	134	0,223
	≥ 5	12,14	2,88	0,34	3	15	73	
BSES técnica de amamentar (DT)	≤ 4	23,34	4,08	0,35	11	30	134	0,077
	≥ 5	22,05	4,81	0,56	9	30	73	
BSES domínio pensamento intrapessoal (DI)	≤ 4	53,36	8,52	0,75	17	65	128	0,09
	≥ 5	51,58	8,15	0,98	27	65	69	
BSES adaptação ao cotidiano (DI)	≤ 4	16,44	2,9	0,25	5	20	135	0,001
	≥ 5	15,04	2,96	0,35	8	20	72	
BSES motivação (DI)	≤ 4	17,54	2,75	0,24	6	20	133	0,851
	≥ 5	17,58	2,84	0,33	7	20	73	
BSES satisfação (DI)	≤ 4	7,96	1,9	0,17	2	10	130	0,579
	≥ 5	7,8	1,98	0,24	2	10	70	
BSES técnica amamentação (DI)	≤ 4	11,59	2,64	0,23	4	15	135	0,099
	≥ 5	11,01	2,56	0,3	5	15	73	

*Teste Mann-Witney

e a diferença no tamanho da amostra e nos desenhos de estudo justificam a grande variação entre os estudos de prevalência de ansiedade nesse período.^(2,6,8)

Aborto, história prévia de depressão, relacionamento familiar e ou conjugal insatisfatório, piora na relação com o parceiro após o nascimento do bebê, queixa em relação a si mesma e autoeficácia materna para amamentar se mostraram associados ao incremento dos sintomas ansiosos entre as mulheres investigadas.

Durante a vida reprodutiva, uma em cada três mulheres sofre um aborto, sendo esta uma experiência emocionalmente devastadora com impacto psicológico negativo nas gestações subsequentes. Perder a inocência de que um diagnóstico de gravidez é sinônimo de ter um bebê nos braços, gera nas mulheres sentimento de insegurança em relação a sua capacidade reprodutiva e de maternar. Evidências mostram que mulheres com histórico de aborto apresentam mais sintomas de ansiedade e ou depressão em gestações subsequentes confirmando nossos achados.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Ao longo da vida, 20% das mulheres apresentam episódio depressivo.⁽²¹⁾ A repercussão negativa desse transtorno na saúde física, psíquica e social dessa mulher, a ausência de diagnóstico e tratamento adequado em 50% dos casos e a associação positiva com transtorno mental materno na perinatalidade é preocupante e reforça o achado neste estudo.⁽²¹⁾

A ansiedade materna no pós-parto é normal e adaptativa, no entanto, quando intensa e persistente tem impacto negativo na habilidade de concentração e atenção da mulher, que menos sensível e sintonizada com seu bebê, tende a responder as demandas desse último de maneira menos contingente, direta e eficaz; comprometendo a interação entre eles e o sucesso da amamentação.^(2,6,8,22)

Com o passar dos dias, a dupla mãe-bebê tem mais tempo e oportunidade de interagir e se conhecer, o que favorece a intimidade e a comunicação entre eles. Nesse sentido, a percepção de sua capacidade em identificar e reconhecer os sinais de necessidade do bebê, bem como de atendê-las satisfatoriamente, tende a reduzir a ansiedade materna, resultado encontrado neste e em outros estudos.^(2,3,10)

A associação entre a relação conjugal e ou familiar insatisfatória, relatada pelas puérperas e associada

a níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa, revela menor percepção de apoio prático e emocional; potencializando sentimentos de vulnerabilidade e não adequação ao desempenho da função materna, socialmente idealizada.⁽⁸⁾ Ao nascer, o bebê humano é totalmente dependente de um adulto para sua sobrevivência, demandando atenção constante daquele que exerce a função materna. Nesse cenário, a disponibilidade e dedicação da mulher para seu parceiro, ou deste para ela, enfrenta mudanças significativas e, na dependência da efetividade de comunicação e parceria entre eles, sentimentos de frustrados, ressentimento, desarmonia e insatisfação conjugal podem surgir e impactar negativamente na saúde mental materna.⁽²³⁾

Diferente da expectativa social, mulheres com sintomatologia ansiosa persistente tendem a experienciar a maternidade como sombria e permeada por sentimentos de culpa, tristeza, fadiga, baixa autoestima e desamparo. A falta de confiança materna em desempenhar as atividades do dia-a-dia e os cuidados com o bebê, conforme almejado, acrescida ao medo, tensão, pensamentos intrusivos e recorrentes de ameaça a vida ou bem estar do filho são experiências comuns e geradoras de muito sofrimento e angústia para essas mulheres que tendem a esconder suas preocupações e sentimentos com receio de serem julgadas e duplamente estigmatizadas: ter doença mental e ser uma mãe com doença mental.^(6,8,9,22)

Estudos reforçam o impacto negativo da ansiedade na autoeficácia materna para amamentar, identificado entre nossas investigadas.^(1,6,9) Sendo a autoeficácia para amamentação multifatorial, nosso estudo analisou o risco da ansiedade com os domínios técnico (p=0,003) e pensamento intrapessoal (p=0,005) separadamente, identificando associação positiva com ambos.

As puérperas com níveis mais elevados de ansiedade sentiam-se menos seguras em relação a comunicação, interação e percepção dos sinais de saciedade do bebê além da dificuldade em conciliar a amamentação com outros papéis desenvolvidos socialmente, em especial pelo tempo demandado nessa prática e a falta de suporte percebido do parceiro, familiares e amigos, evidenciados nas categorias bebê (p=0,007) do domínio técnico e adaptação ao cotidiano (p=0,001) do domínio intrapessoal.

Evidências confirmam os achados acima ao mostrar que a ansiedade pós-parto está associada a atitude materna negativa, menor autoconfiança parental, menor capacidade de enfrentar situações problema e de interpretar os sinais de sono, afeto, fome e ou saciedade do bebê; elevando o risco de interrupção precoce do aleitamento materno.^(1,7-9,24-27)

Os desencontros nessa comunicação tendem a influenciar negativamente a relação mãe-bebê, gerando insegurança e afetando a autoestima materna. Nesse cenário, a impossibilidade da vivência plena e satisfatória da maternidade e da amamentação acaba interferindo na relação afetiva dos envolvidos.^(26,27)

Potenciais limitações do estudo, encontram-se a impossibilidade de generalização dos achados para a população em geral e a não utilização de entrevistas diagnósticas, padrão ouro, para a identificação das mulheres com necessidade de encaminhamento e tratamento da sintomatologia ansiosa.

Conclusão

Sintomas de ansiedade em intensidade significativa esteve presente em 35% das puérperas. História prévia de abortamento e depressão, relacionamento familiar e ou conjugal insatisfatório, piora na relação com o parceiro após o nascimento do bebê, queixa em relação a si mesma e autoeficácia materna para amamentar foram associados ao incremento dos sintomas ansiosos. Puérperas com sintomas ansiosos acima da média são menos seguras em relação as categorias: bebê do domínio técnico e adaptação ao cotidiano do domínio intrapessoal. Não houve correlação do tempo até o desmame com os sintomas de ansiedade.

Colaborações

Abuchaim ES, Marcacine KO, Coca KP e Silva IA contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2725.
2. Ali E. Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *Int J Womens Health*. 2018;10:237-49. Review.
3. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315-23. Review.
4. Fulton JM, Mastergeorge AM, Steele JS, Hansen RL. Maternal perceptions of the infant: Relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum. *Infant Ment Health J*. 2012;33(4):329-38.
5. Mohammad Redzuan SA, Suntharalingam P, Palaniyappan T, Ganasan V, Megat Abu Bakar PN, Kaur P, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression, general depressive symptoms, anxiety and stress (PODSAS) among mothers during their 4-week postnatal follow-up in five public health clinics in Perak: a study protocol for a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(6):e034458.
6. Dennis CL, Brown HK, Falah-Hassani K, Marini FC, Vigod SN. Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. *J Affect Disord*. 2017;213:131-7.
7. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: a narrative review. *Infant Behav Dev*. 2018;51:24-32. Review.
8. Oh S, Chew-Graham CA, Silverwood V, Shaheen SA, Walsh-House J, Sumathipala A, et al. Exploring women's experiences of identifying, negotiating and managing perinatal anxiety: a qualitative study. *BMJ Open*. 2020;10(12):e040731.
9. Minamida T, Iseki A, Sakai H, Imura M, Okano T, Tani H. Do postpartum anxiety and breastfeeding self-efficacy and bonding at early postpartum predict postpartum depression and the breastfeeding method? *Infant Ment Health J*. 2020;41(5):662-76.
10. Dennis CL, Falah-Hassani K, Brown HK, Vigod SN. Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-based study. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134(6):485-93.
11. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact*. 1999;15(3):195-201. Review.
12. Fallon V, Groves R, Halford JC, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *J Hum Lact*. 2016;32(4):740-58. Review.
13. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2011;11(4):369-79.
14. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiq Clin*. 1999;26(2):e90-95.
15. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord*. 2013;146(2):224-30. Review.
16. Oriá MO, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):230-8.
17. Blyth R, Creedy D, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, Haely G. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact*. 2004;20(1):30-8.

18. Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(2):105-13.
19. Smorti M, Ponti L, Simoncini T, Mannella P, Bottone P, Pancetti F, et al. Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. *J Reprod Infant Psychol*. 2021;39(4):371-81.
20. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalbrant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update*. 2018;24(6):731-49. Review.
21. Gonçalves AM, Teixeira MT, Gama JR, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):101-9.
22. Fulton JM, Mastergeorge AM, Steele JS, Hansen RL. Maternal perceptions of the infant: Relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum. *Infant Ment Health J*. 2012;33(4):329-38.
23. Faisal-Cury A, Tabb K, Matijasevich A. Partner relationship quality predicts later postpartum depression independently of the chronicity of depressive symptoms. *Braz J Psychiatry*. 2021;43:12-21.
24. Fallon V, Halford JC, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes and perceptions of infant-feeding behaviours: new evidence for childbearing specific measures of mood. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21:181-91.
25. Moraes AO, Magalhães EI, Vilela AA, Kac G, Vaz JS. Sintomas de ansiedade gestacional e pós-parto e intenção de amamentar exclusivo até seis meses: resultado de uma coorte prospectiva do Rio de Janeiro. *Demetra*. 2021;16:e51297.
26. Chemello MR, Levandowisk DC, Donelli TM. Ansiedade materna e maternidade: revisão crítica da literatura. *Interação Psicol*. 2017;21(1):78-89.
27. Hankel MA, Kunseler FC, Oosterman M. Early breastfeeding experiences predict maternal self-efficacy during the transition to parenthood. *Breastfeed Med*. 2019;14(8):568-74.