

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CURSO DE NUTRIÇÃO**

JULIANA ANDRADE DA ROCHA ORTIZ

**RELAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERRUPÇÃO PRECOCE
DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

**Itaqui
2019**

JULIANA ANDRADE DA ROCHA ORTIZ

**RELAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERRUPÇÃO PRECOCE
DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Nutrição da Universidade Federal
do Pampa, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Dr^a. Fabiana Copês Cesario

**Itaqui
2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

0077r ORTIZ, JULIANA ANDRADE DA ROCHA
RELAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERRUPÇÃO PRECOCE
DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA /
JULIANA ANDRADE DA ROCHA ORTIZ.
45 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -- Universidade
Federal do Pampa, NUTRIÇÃO, 2019.

"Orientação: Fabiana Copês Cesario".

1. Amamentação. 2. Pós-parto. 3. Depressão. I. Título.

JULIANA ANDRADE DA ROCHA ORTIZ

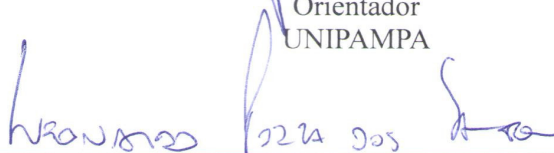
RELAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERRUÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Nutrição.

Trabalho de Conclusão de Curso Aprovado em: 11 de dezembro de 2019.
Banca examinadora:



Prof.^a Dr.^a Fabiana Copês Cesario
Orientador
UNIPAMPA



Prof. Dr. Leonardo Pozza dos Santos
UNIPAMPA



Nutricionista Laura Virgili Claro
Secretaria Municipal de Saúde

AGRADECIMENTO

Agradeço ao Criador do Universo, porque sem ele nada seria possível.

Agradeço à minha família, que quase não tenho palavras para descrever sua importância em minha vida. Sei que sem o apoio de cada um de vocês eu não teria conseguido. Sei também que não foi fácil e que tive de batalhar com todas as minhas forças. Mas senti sempre a ajuda de quem torcia pelo meu sucesso. Obrigada por tudo, de coração. Amo vocês!

Agradeço a esta instituição na qual me formo, que me proporcionou momentos e ensinamentos que levarei comigo para sempre. Aos meus professores e professoras, deixo meu agradecimento por tudo que aprendi com vocês.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Fabiana, que apesar da intensa rotina de sua vida acadêmica aceitou me orientar neste trabalho. As suas valiosas indicações fizeram toda a diferença. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e minha gratidão pela sua amizade, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana que conduziu minha orientação.

Gratidão pela participação do Prof. Dr. Leonardo e da Nutricionista Laura, cuja dedicação e atenção foram essenciais para que este trabalho fosse concluído satisfatoriamente.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Nos últimos anos, estudos vêm mostrando a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros meses de vida. Contudo, os levantamentos realizados nos últimos anos mostram que pelo menos 85% das mães no mundo não seguem as orientações. Os principais fatores causadores do abandono do aleitamento materno são: baixa renda e escolaridade, o trabalho materno, fatores psicossociais e sintomatologia depressiva. Além disso, a interrupção do aleitamento poderá implicar em questões nocivas à saúde do bebê como, exposição precoce a infecções, contato com proteínas desconhecidas e prejuízos ao processo de digestão. Neste contexto, este trabalho teve por objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura, afim de verificar a relação da depressão pós-parto (DPP) no tempo de AME. Buscou-se através das bases de dados PubMed, Scielo e Periódicos Capes. Para as buscas, foram utilizados os termos: "Breastfeeding", "Post-Partum" e "Depression". Foram utilizados os operadores lógicos OR e AND para a combinação dos termos. Foram encontradas inicialmente um total de 4299 publicações, excluindo-se os duplicados (n=1), 4298 artigos foram selecionados para leitura de título e resumo. Aplicando os critérios de exclusão 20 artigos foram selecionados para a leitura do texto completo. Destes, 13 artigos foram selecionados para a revisão sistemática. Diante dos resultados obtidos, evidencia-se que a DPP pode influenciar negativamente na amamentação. Puérperas com sintomas depressivos, são mais propensas a abandonar o AME, introduzindo precocemente outros tipos de leite e a alimentação complementar antes dos 6 meses de vida de seus bebês. Entretanto, triar os sintomas de depressão ainda na gestação, poderá contribuir para identificar mulheres em risco de interrupção do AME.

Palavras-chave: amamentação, pós-parto, depressão.

ABSTRACT

In recent years, studies have shown the importance of exclusive breastfeeding (EBF) in the first months of life. However, surveys conducted in recent years show that at least 85% of mothers worldwide do not follow the guidelines. The main factors that cause breastfeeding abandonment are: low income and education, maternal work, psychosocial factors and depressive symptoms. In addition, interruption of breastfeeding may lead to harmful health issues such as early exposure to infections, contact with unknown proteins and impaired digestion. In this context, this study aimed to perform a systematic literature review in order to verify the relationship of postpartum depression (PPD) in the time of EBF. We searched through the PubMed, Scielo and Capes Periodicals databases. For the search, the terms "Breastfeeding", "Post-Partum" and "Depression" were used. The logical operators OR and AND were used to combine the terms. Initially a total of 4299 publications were found, excluding the Duplicates (n = 1), 4298 articles were selected for title and abstract reading. Applying the exclusion criteria 20 articles were selected for full text reading. These 13 articles were selected for systematic review. PPD may negatively influence breastfeeding. Puerperas with depressive symptoms are more likely to abandon EBF, introducing early other types of milk and complementary feeding before the age of 6 months of their babies. depression during pregnancy may help to identify women at risk of.

Keyword: breastfeeding, post-partum, depression.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos publicados nos últimos 5 anos: autor, data, tipo de estudo, objetivo, n da amostra, local da coleta e principais resultados.....	22
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de artigos.....	19
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

n. – número

LISTA DE SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

DPP - Depressão pós-parto

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

EPDS - Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo

BSES - Escala de Auto Eficácia para Amamentação

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
METODOLOGIA.....	16
Estratégia de busca e seleção dos estudos.....	16
Critérios de elegibilidade.....	17
Extração de dados.....	17
RESULTADOS.....	19
DISCUSSÃO.....	24
CONCLUSÃO.....	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXO I.....	36

APRESENTAÇÃO

O referido trabalho de conclusão de curso está apresentado na forma de Artigo Científico a ser submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva (versão online), (ANEXO 1).

Autores

Juliana Andrade Da Rocha Ortiz¹, Fabiana Copês Cesario².

¹Acadêmica do Curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Itaqui, RS, Brasil. E-mail: juandradedarocha@gmail.com

²Professora Adjunta no Departamento de Nutrição, UNIPAMPA.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os estudos vêm mostrando e evidenciando a importância do aleitamento materno, em especial quando este é realizado de maneira exclusiva nos primeiros meses de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que o aleitamento materno deverá ser exclusivo até o sexto mês de vida da criança, e complementado até os dois anos. Dentre os benefícios da ação da amamentação pode-se destacar os imunológicos, nutricionais, cognitivos, emocionais, financeiros, físicos, psicológicos, bem como, prevenção de doenças, diminuição da morbimortalidade infantil principalmente mortes por desnutrição, doenças respiratórias e diarreicas, melhoria da qualidade de vida, entre outros¹.

Com tudo, os levantamentos realizados nos últimos anos mostram que pelo menos 85% das mães em todo o mundo não seguem as orientações sobre o tempo de aleitamento materno, e somente 35% das crianças menores de quatro meses são exclusivamente amamentadas. No Brasil, este índice é de apenas 23,3%, correspondendo a $\frac{1}{4}$ do ideal^{2,3}.

Dentre os principais fatores causadores do abandono do aleitamento materno, encontra-se a menor renda, a baixa escolaridade e o trabalho materno, assim como fatores psicossociais, principalmente o apoio do companheiro e a sintomatologia depressiva^{4,5,6,7}.

Dentre os fatores citados, inclui-se a responsividade materna no fato de amamentar, que pode ser prejudicada quando a mãe apresenta alguns fatores negativos como a depressão pós-parto (DPP)⁸.

A DPP vem sendo relacionada em vários estudos com a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME). A DPP é um transtorno do humor que atinge mulheres nas 4 - 6 semanas após o parto, alcançando sua intensidade máxima nos seis primeiros meses, podendo prolongar-se até o fim do primeiro ano pós-parto. Há hipótese de que mães deprimidas têm menos confiança quanto à sua capacidade de amamentar e por isso estariam

menos motivadas a prosseguir com a amamentação, quando comparadas com aquelas sem sintomatologia depressiva^{9,10}.

Os principais fatores de risco para o surgimento de DPP são o apoio familiar e social inadequados ou inexistentes, antecedentes psiquiátricos da mulher, ansiedade intensa, ocorrência de episódios depressivos anteriores, casos antecedentes de infertilidade, história de perdas gestacionais e sentimentos negativos em relação à gestação ou ao bebê^{11,12}. Essas questões associadas a dificuldade em atender de maneira satisfatória às necessidades do bebê, especialmente no que diz respeito à lactação, influenciam no aleitamento materno^{13,14}.

A associação de risco entre a DPP e a amamentação, todavia, não é conclusiva, visto que os resultados considerados são contraditórios e pouco esclarecedores. Em contrapartida alguns estudos mostram uma relação negativa, apontando que puérperas com sintomas depressivos têm maior probabilidade de desmamar precocemente seus bebês, outros revelam que o desmame é anterior ao surgimento dos sintomas depressivos, associando as alterações hormonais e os aspectos psicológicos como fatores de risco para o desencadeamento da DPP^{15,16}.

Assim, com vistas à necessidade de investigação da relação entre a DPP e a interrupção precoce do AME, este estudo tem o objetivo de fazer uma revisão na literatura afim de verificar a relação da DPP no tempo de AME.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, o qual utiliza um processo abrangente, imparcial e reprodutível, que localiza, avalia e sintetiza o conjunto de evidências dos estudos científicos para obter uma visão geral e confiável da estimativa do efeito da intervenção¹⁷.

Esta revisão sistemática foi conduzida de acordo com o The Cochrane Collaboration¹⁸ e os itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises (declaração PRISMA-P)¹⁹.

Estratégia de busca e seleção dos estudos

A identificação dos artigos realizou-se em setembro e outubro de 2019. A busca foi realizada através das bases de dados científicos PubMed, Scielo e Capes Periódicos. A seleção dos descritores utilizados no processo de revisão foi efetuada mediante consulta ao DECS (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME). Para as estratégias de buscas, foram aplicados os seguintes termos e palavras-chave: "Breastfeeding", "Post-Partum Depression". Além disso, foram utilizados os operadores lógicos OR e AND para realizar a combinação dos termos empregados na busca das publicações.

Para obter uma estratégia de alta sensibilidade, foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: (Postpartum Depression) OR (Postnatal Depression) OR (Depression, Postnatal) OR (Post-Partum Depression) OR (Depression, Post-Partum) OR (Post Partum Depression) OR (Postpartum Depression) OR (Post-Natal Depression) OR (Depression, Post-Natal) OR (Post Natal Depression)) AND ((Feeding, Breast) OR (Breastfeeding) OR (Breast Feeding,

Exclusive) OR (Exclusive Breast Feeding) OR (Breastfeeding, Exclusive) OR (Exclusive Breastfeeding).

Crêterios de elegibilidade

Para avaliar de forma abrangente os fatores relacionados ao tempo de aleitamento materno em mães com sintomas depressivos, determinou-se como cr terios de elegibilidade, estudos clínicos com humanos, texto completo gratuito, publicados nos últimos cinco anos (2014 a 2019), nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos artigos que eram revisões narrativas, sistemáticas, integrativas e revisões com meta-análises; publica es duplicadas; artigos que abordavam apenas DPP ou somente AME e estudos que não abordava o tema.

Extra o de dados

A revisão sistemática da literatura foi realizada em dez etapas distintas:

- 1) defini o dos objetivos da revisão;
- 2) estabelecimento dos cr terios de elegibilidade dos artigos;
- 3) aplica o da estratégia de busca nas bases de dados científicos;
- 4) utiliza o dos cr terios de inclusão e leitura dos títulos para uma primeira sele o dos artigos de interesse para a revisão por pares com iniciais (J.A.R.O e F.C.C).
- 5) verifica o de ocorrência de duplicidade dos artigos nas bases de dados, sendo excluídos aqueles que se repetiram;

6) leitura dos resumos com a exclusão dos que não atendiam os critérios estipulados. Os resumos que não apresentaram informações suficientes para classificá-lo de acordo com o objetivo, foram incluídos para posterior leitura e análise do artigo por completo;

7) leitura de texto completo;

8) extração de dados;

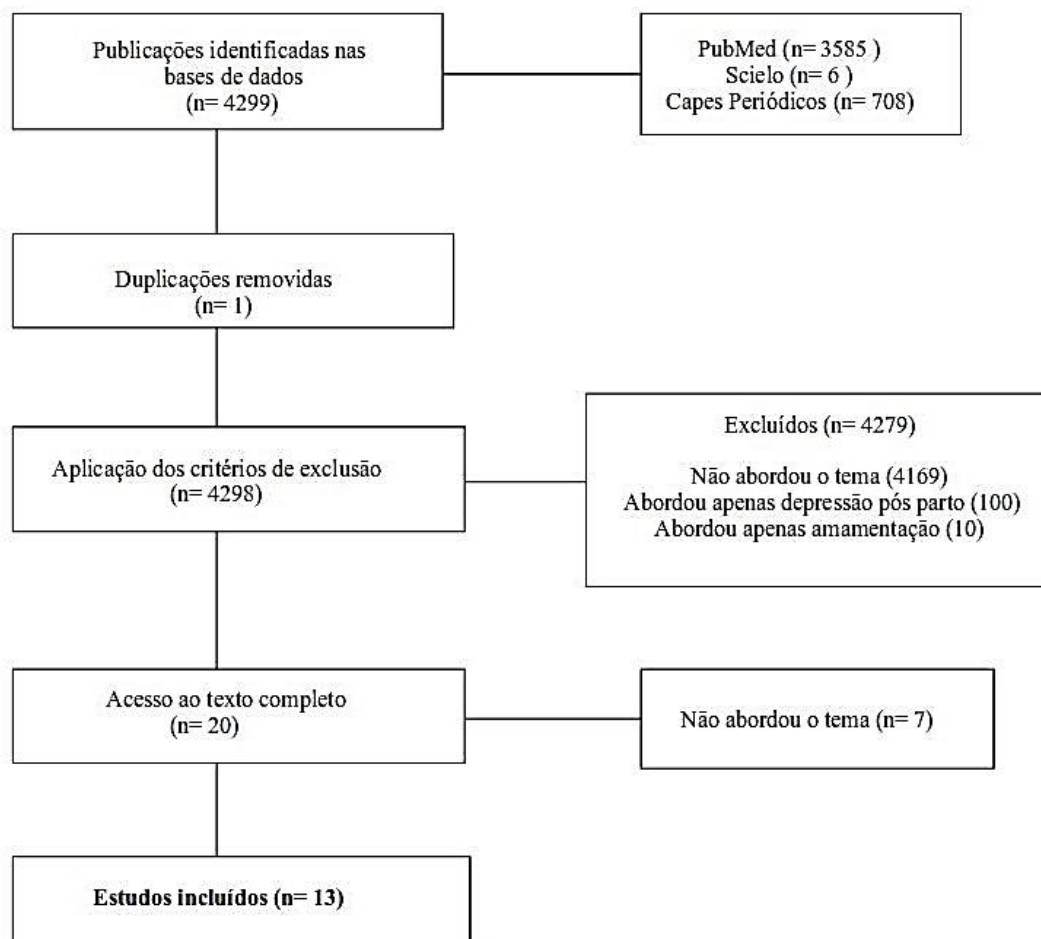
9) análise dos resultados e

10) apresentação dos resultados e elaboração da discussão.

RESULTADOS

Mediante a estratégia de buscas, foram encontradas, inicialmente, um total de 4299 publicações nas bases de dados, e, após a remoção dos duplicados (n= 1), 4298 artigos foram selecionados por título e resumo. Após a aplicação dos critérios de exclusão e leitura dos títulos e resumos, 20 artigos foram selecionados para a leitura do texto completo. Destes, 13 artigos foram selecionados para a revisão sistemática (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de artigos.



Fonte: A própria autora

Os artigos selecionados para a leitura completa estão apresentados no Quadro 1 em termos de autor e data de publicação, data de coleta de dados, tipo de estudo, objetivos, número de população da amostra, local e principais resultados.

Todos os artigos incluídos foram publicados entre os anos de 2014 e 2019, sendo que o ano de 2019 obteve o menor número de publicações com somente um estudo, os demais, obtiveram duas publicações para cada ano, sendo que os anos de 2016 e 2017 obtiveram 3 publicações respectivamente. Além disso, todos os artigos científicos incluídos no estudo são publicações na língua inglesa, e o tipo de estudo predominante foi o transversal.

Os estudos que investigam a relação entre a DPP e o tempo de AME ocorreram em nove países, sendo o Brasil o país que apresentou maior número de publicações, seguido dos Estados Unidos.

Em todos os estudos, o público-alvo foi puérperas e em alguns casos eram referidas como binômio (mãe-bebê).

A amostra total de indivíduos participantes nos estudos foi de 22.580, sendo o menor tamanho amostral de 83, e o maior de 14,541. Quanto à faixa etária, as participantes dos estudos possuíam uma média de idade que variou entre 14 e 39 anos.

Quanto as variáveis utilizadas pelos artigos, as mais estudadas foram: informações demográficas (idade, escolaridade), situação socioeconômica (estado civil, renda, ocupação), condições obstétricas (tipo de parto, paridade, número de consultas pré-natais), sintomas depressivos e amamentação.

Com relação aos instrumentos utilizados para a identificação e rastreamento da sintomatologia de DPP, identificou-se que na maioria dos estudos foram empregados a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS). A EPDS é uma escala autoaplicável, constando de dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3). A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples,

podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde. Ainda, em alguns estudos a Escala de Auto Eficácia para Amamentação (BSES) foi aplicada. A BSES apresenta um total de 33 itens acerca de duas categorias de domínio, denominadas: Técnica e Pensamentos intrapessoais.

A Técnica está relacionada ao manejo técnico da amamentação, enquanto os Pensamentos intrapessoais estão relacionados ao desejo, à motivação e satisfação da puérpera em relação a esta prática^{20, 21}.

Além disto, para a coleta de informações demográficas, situação socioeconômica, condições obstétricas e práticas de amamentação, foram, na sua maioria, aplicados questionários por meio de entrevista dirigida.

Destaca-se ainda que a maioria dos estudos selecionados para esta revisão apontam suas próprias limitações, sendo comum entre estes e a principal delas o tipo de estudo: transversal, visto que neste tipo de estudo todas as medições são feitas num único momento, não existindo, portanto, período de acompanhamento dos indivíduos, o que dificulta a capacidade de entender a sequência temporal e as associações recíprocas entre as questões de saúde e comportamentos de interesse.

Diante dos resultados obtidos, apresentados no Quadro 1, algumas conclusões descritas, de acordo com os objetivos dos estudos foram: puérperas que apresentam sintomas depressivos tendem a interromper o AME precocemente, bem como, são mais propensas a introduzirem precocemente alimentação complementar em seus bebês como água, chás, sucos e cereais. Ainda, identificou-se que mães com sintomatologia depressiva possuem 2x mais chance de interromper o AME.

Quadro 1. Estudos publicados nos últimos 5 anos: autor, data, tipo de estudo, título do trabalho, objetivo, n da amostra, local da coleta e principais resultados

Autor/data de Publicação	Data da Coleta	Tipo de Estudo	Título do Trabalho	Objetivo	População (n)	Local	Principais resultados
Balbierz, A et al., (2015) ²²	2009 - 2010	Ensaio clínico randomizado	Sintomas depressivos maternos e práticas parentais 3 meses após o parto.	Examinar a associação entre sintomas depressivos pós-parto e práticas parentais entre um grupo diversificado de mães.	945	EUA	Observou-se que mães com sintomas depressivos eram mais propensas a introduzir água, suco ou cereais em seus bebês três meses após o parto.
Vieira, ES et al., (2018) ²³	2013 - 2016	Coorte prospectivo	Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte.	Avaliar a autoeficácia para amamentação, a presença de sintomas de depressão no período pós-parto e a associação entre autoeficácia na amamentação e DPP, com a interrupção do aleitamento materno exclusivo.	83	Brasil	Observou-se que puérperas com escore ≥ 10 na EPDS interrompem o aleitamento exclusivo, em média, 10 dias antes do que aquelas com escore ≤ 9 . A autoeficácia para amamentação revelou-se como fator de proteção para o aleitamento materno exclusivo, enquanto a DPP configura-se como fator de risco.
Silva CS et al., (2017) ²⁴	2010	Corte transversal	Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida.	Verificar a associação entre a DPP com a prática do AME em lactentes menores de três meses de vida.	2.583	Brasil	Observou-se no presente estudo que mães com sintomas sugestivos de DPP tiveram chance 1,63 vez significativamente maior de interrupção do AME.
Abuchaim ESV et al., (2016) ²⁵	2013 - 2016	Transversal	Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação.	Identificar a prevalência de sintomas de DPP e o nível de autoeficácia para amamentar, entre puérperas atendidas num Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno, e analisar possíveis associações.	208	Brasil	Observou-se que mulheres com alto índice de sintomatologia de DPP na EPDS apresentam redução em 11,84 pontos no valor do escore da BSES e que, puérperas com autoeficácia moderada ou alta apresentam escore menor em 27,4% ou 38,8%, na escala EPDS.
Machado MCM et al., (2014) ²⁶	2011 - 2012	Longitudinal	Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais.	Avaliar os determinantes ao abandono do aleitamento materno exclusivo.	168	Brasil	Observou-se que os sintomas de DPP associaram-se ao abandono do AME somente no segundo mês após o parto.
Islam MJ et al., (2017) ²⁷	2015 - 2016	Transversal	Explorando a influência de fatores psicossociais no aleitamento materno exclusivo em Bangladesh.	Explorar a influência de fatores psicossociais, incluindo a violência por parceiro íntimo na amamentação exclusiva.	426	Bangladesh	Observou-se que mulheres com sintomas aumentados de DPP tinham muito menos probabilidade de amamentar exclusivamente seus bebês do que mulheres que não estavam deprimidas.
Haga SM et al., (2018) ²⁸	2011 - 2012	Prospectivo	Estudo de base populacional da relação entre sintomas depressivos	Testar a relação entre sintomas depressivos e aleitamento materno	1396	Noruega	Observou-se que o presente estudo não encontrou indicação de relação significativa entre amamentação

			perinatais e aleitamento materno: um estudo de painel cruzado.	em uma amostra populacional ao longo do tempo, desde a gravidez até o primeiro ano pós-parto.			e sintomas depressivos perinatais.
Borra C et al., (2015) ²⁹	-	Longitudinal	Novas evidências sobre amamentação e depressão pós-parto: a importância de entender as intenções das mulheres.	Identificar o efeito causal do aleitamento materno na DPP.	14.541	Inglaterra	Observou-se que o aleitamento materno na depressão materna é extremamente heterogêneo, sendo mediado tanto pelas intenções de aleitamento materno durante a gravidez quanto pela saúde mental das mães durante a gravidez.
Imširagić A et al., (2016) ³⁰	2012	Coorte prospectivo	Preditores de aleitamento materno exclusivo de 6 a 9 semanas após o parto: um estudo de coorte prospectivo. Perspectiva Pública de Saúde Mental.	Descobrir se depressão, transtorno de estresse pós-traumático e traços de personalidade no momento do parto estão associados ao AME seis a nove semanas após o parto.	372	Croácia	Observou-se que os sintomas de depressão são um moderador entre paridade e aleitamento materno exclusivo; portanto, mulheres multíparas sem sintomatologia depressiva são mais propensas a AME.
Ngo LTH et al., (2019) ³¹	2017	Transversal	Autoeficácia da amamentação e fatores relacionados em mulheres vietnamitas no pós-parto.	Explorar fatores relacionados à autoeficácia da amamentação e seus preditores entre mulheres vietnamitas no pós-parto.	164	Vietnã	Observou-se que DPP influenciou a autoeficácia da amamentação.
Sipsma HL et al., (2017) ³²	2012	-	Chupetas e aleitamento materno exclusivo: o risco de depressão pós-parto modifica a associação?	Determinar como o recebimento de chupeta no hospital afeta a amamentação exclusiva (AME) 1 semana e 3 meses após o parto e se essa associação é modificada pelo risco de DPP.	1.349	EUA	Observou-se que a chupeta pode ser uma ferramenta útil entre as mães com alto risco de DPP para garantir maior sucesso da amamentação.
Madeghe BA et al., (2016) ³³	2014	Transversal	Depressão pós-parto e práticas de alimentação infantil em um assentamento urbano de baixa renda em Nairobi-Quênia.	Examinar os efeitos da DPP nas práticas de alimentação infantil e desnutrição entre mulheres em um assentamento urbano de baixa renda em Nairobi-Quênia.	200	Quênia	Observou-se que mulheres com DPP tiveram uma probabilidade significativamente maior do que as mulheres sem DPP de praticarem a amamentação não exclusiva.
Figueiredo B et al., (2014) ³⁴	-	Coorte prospectivo	A amamentação é afetada negativamente pela depressão pré-natal e reduz a depressão pós-parto.	Explorar os efeitos da depressão pré-natal e pós-parto na amamentação e o efeito da amamentação na DPP.	145	Portugal	Observou-se que a triagem de sintomas de depressão durante a gravidez pode ajudar a identificar mulheres em risco de cessação precoce do aleitamento materno exclusivo, e que o aleitamento materno exclusivo pode ajudar a reduzir os sintomas de depressão do parto para 3 meses após o parto.

DISCUSSÃO

A gestação é um momento diferente na vida de qualquer mulher e corresponde ao período que precede ao parto. É uma fase de mudanças físicas, em um corpo que se transforma a cada dia e que são cercadas de alterações emocionais. No decorrer de cada período dessa transformação, a mulher pode ficar mais vulnerável, e, em termos de saúde emocional, ela pode mostra-se mais fortalecida e amadurecida, ou, então, mais enfraquecida, confusa e desorganizada³⁵.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁶, embora o índice de nascimentos seja menor do que foi observado nos anos de 2014 e 2015, só em 2017 ocorreram 2,8 milhões de nascimentos registrados nos cartórios do Brasil, uma alta de 2,6% em comparação com o ano anterior.

Logo após o nascimento, o primeiro contato do bebê com a mãe é através do leite materno³⁷.

Para a OMS a amamentação deve iniciar ainda na sala de parto na primeira hora de vida, sendo mantida na forma de AME sem adicionar qualquer tipo de alimento sólido/semissólido ou líquidos nos primeiros 6 meses de vida, e, a partir de então, introduzir a alimentação complementar adequada, podendo manter-se o aleitamento materno por 2 anos ou mais¹.

Vários são os benefícios encontrados no aleitamento materno. Graças aos inúmeros fatores presentes no leite materno que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas evitáveis³⁸.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos

organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado¹.

A baixa escolaridade, mães primíparas, baixa adesão às consultas de pré-natal, ausência de parceiro e DPP são considerados alguns dos fatores de risco para a interrupção do AME³⁹.

Dentre os fatores importantes citados acima, a DPP é um sério problema de saúde, atingindo aproximadamente 10 a 20% das puérperas e nutrizes nos seis primeiros meses após o parto, afetando a mãe, a criança, o parceiro e a família⁴⁰. Mulheres com DPP têm maior dificuldade de iniciar a amamentação e de fazê-la de forma exclusiva, com menor duração e maior interrupção⁷. Por outro lado, alguns estudos têm mostrado que a amamentação pode amenizar ou mesmo prevenir a DPP³⁷.

Puérperas depressivas, podem apresentar-se com uma imensa solidão, tendo necessidade de isolamento. A mãe demonstra rejeição pelo filho, sentindo-se completamente intimidada e ameaçada por ele, como se fosse um inimigo em potencial⁴¹.

A mulher sente-se indiferente, abandona os próprios hábitos de higiene e cuidados pessoais, podendo apresentar insônia, inapetência e apresentar ideias de perseguição, como se alguém viesse roubar ou fazer algum mal ao bebê. Uma vez que, a puérpera demonstrar este quadro de profunda depressão, sem poder oferecer a seu filho a atenção necessária, este certamente entrará em depressão. Neste caso, será notório as consequências da depressão materna expressadas nas características da criança, como a falta de brilho no olhar, dificuldade de sorrir, diminuição do apetite, vômito, diarreia e dificuldade em manifestar interesse pelo que quer que esteja ao seu redor⁴¹.

Além de repercutir negativamente na interação mãe-bebê, a DPP também pode afetar o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança⁴².

De acordo com Carifete (2009)⁴³, problemas comportamentais, atraso no desenvolvimento cognitivo, problemas de socialização/emocional e depressão são as principais consequências da DPP no desenvolvimento infantil.

Crianças de mães depressivas ficam mais propensas em apresentar perturbações de sono, ataques de raiva, atitudes agressivas, déficits de atenção e hiperatividade. Os filhos de mães deprimidas podem aprender a falar e a andar mais tarde que o habitual, podendo ainda manifestar dificuldades em nível de aprendizagem escolar⁴³.

As crianças podem apresentar dificuldades em estabelecer relações afetivas estáveis, dificuldades em fazer amigos na escola, a apresentar baixa autoestima, revelando-se mais ansiosas e medrosas, passivas e dependentes. E o risco de desenvolver um episódio depressivo precocemente é particularmente alto para filhos de mães com DPP⁴³.

Buscando identificar a relação da DPP com o tempo de AME, os estudos inclusos na presente revisão mostram que aproximadamente 62% das mulheres estudadas apresentam essa relação da presença de sintomas depressivos com o tempo de aleitamento materno.

Entre estes, alguns autores^{23,25,31} relacionaram a DPP com a autoeficácia da amamentação. Este termo trata-se da confiança materna em acreditar que é capaz de amamentar seu bebê. Para mensurá-la, os autores utilizaram a BSES e concluíram que a DPP avaliada pela EPDS neste caso, influenciou na eficácia da amamentação^{23,25,31}.

A partir da avaliação da sintomatologia de DPP na EPDS, Vieira et al., (2018)²³, afirmou que, puérperas com escore ≥ 10 , que caracterizam presença de sintomas depressivos, abandonaram o AME, em média, 10 dias antes do que aquelas com escore ≤ 9 onde a autoeficácia para amamentar mostrou-se como fator de proteção para o AME, ao mesmo tempo que a DPP se caracterizou como fator de risco.

De acordo com Abuchaim et al., (2016)²⁵ ao identificar a prevalência de sintomas de DPP e o nível de autoeficácia para amamentar, entre puérperas atendidas em um Centro de

Incentivo ao Aleitamento Materno, observou que, mulheres com elevado índice de sintomatologia de DPP na EPDS apresentaram redução em 11,84 pontos no valor do escore da BSES e que, puérperas com autoeficácia moderada ou alta apresentaram escore menor em 27,4% ou 38,8%, na escala EPDS. Ou seja, quanto maior o índice na EPDS, menor é a autoeficácia em amamentar e quanto maior é o índice na BSES, menor é o escore na EPDS, sugerindo que, mulheres que apresentam sintomatologia de DPP, possuem grande probabilidade de não amamentar seus filhos, visto que elas não apresentam autoeficácia em amamentar.

Com outro olhar, alguns estudos além de relacionar o aleitamento com a DPP também mostram a influência dessa doença na introdução de alimentação complementar precoce, isto é, mulheres com sintomas aumentados de DPP, apresentaram baixa possibilidade de amamentar seus filhos exclusivamente^{22,33}.

Balbierz et al., (2015)²², comprovou que, mães com sintomas depressivos eram mais propícias a introduzir água, suco ou cereais em seus filhos três meses após o parto, enquanto Madeghe et al., (2016)³³ concluiu que mulheres com DPP, tiveram uma probabilidade consideravelmente alta do que mulheres sem DPP de praticarem a amamentação não exclusiva e que puérperas depressivas eram mais propensas a introduzir alimentos suplementares mais cedo do que as não deprimidas.

Por outro lado, alguns autores avaliaram a relação entre a DPP e amamentação ainda na fase pré-natal, indicando que, a triagem de sintomas de depressão ainda na gestação, pode auxiliar a identificar mulheres em risco de interrupção precoce do AME, bem como, mães que planejam amamentar desde a gravidez diminui os riscos de DPP, enquanto não poder amamentar conforme planejado aumenta os riscos^{34,29}.

No entanto, Haga et al., (2018)²⁸, ao testar a relação entre sintomas depressivos e aleitamento materno desde a gravidez até o primeiro ano pós-parto em 1396 mulheres na

Noruega, não encontrou indício de relação relevante entre amamentação e sintomas depressivos perinatais, ou seja, os sintomas depressivos não previram a amamentação, nem a amamentação previu os sintomas de depressão perinatal. Aliás, não foram identificadas associações paralelas significativas entre sintomas depressivos e amamentação.

Ressalta-se que existem outros fatores que estão associados à DPP e o aleitamento materno, como a oferta da chupeta à criança. O estudo de Sipsma et al., (2017)³², avaliou se o recebimento de chupeta no hospital afeta o AME 1 semana e 3 meses após o parto e se essa associação pode ser modificada pelo risco de DPP. Os resultados do referido estudo, sugeriram que, entre as mães com alto risco de DPP, o uso de chupeta foi significativamente associado ao aumento da chance de AME em 1 semana e em 3 meses, entretanto, entre as mães que apresentavam menor risco de DPP, o uso de chupeta foi associado à menor chance de AME em 1 semana e aos 3 meses. Sendo assim, a chupeta poderia auxiliar a proteger contra a interrupção precoce do AME entre mães com alto risco de depressão.

No que se refere o uso da chupeta, de acordo com Victora et al., (1997)⁴⁴, a chupeta tem sido desaconselhada pela probabilidade de influenciar negativamente na duração do aleitamento materno, entre outros motivos. Bebês que usam chupetas, em geral, são amamentados com menor regularidade, o que pode prejudicar a produção de leite. Apesar de que, não haja dúvidas de que o desmame precoce aconteça com mais frequência entre as crianças que usam chupeta, ainda não são totalmente conhecidos os mecanismos envolvidos nessa associação.

É plausível que o uso da chupeta seja um aviso de que a mãe está tendo dificuldades na amamentação ou de que tenha menor disponibilidade para amamentar, podendo este ser um fato relacionado à presença de sintomas depressivos pela nutriz. Portanto, os resultados encontrados por Sipsma et al., (2017)³², embora inesperados, são descobertas interessantes que merecem uma interpretação cuidadosa.

Ademais, outro estudo destaca que, os sintomas de depressão são um mediador entre paridade e AME, ou seja, mulheres múltiplas que não apresentam sintomatologia depressiva, são mais destinadas a AME³⁰.

Embora a importância do AME até seis meses seja reconhecida, a alimentação complementar continua sendo introduzida precocemente⁴⁵.

Observa-se que a prática de não amamentar ou a interrupção precoce do AME e a introdução de outros tipos de alimentos na dieta das crianças têm sido habituais, com implicações, potencialmente, nocivas à saúde do bebê, tais como a exposição precoce a agentes infecciosos, contato com proteínas desconhecidas e prejuízos ao processo de digestão⁴⁶.

Com o desmame precoce, a postura de lábios entreabertos torna-se mais comum, favorecendo a respiração oral, causando assim, problemas respiratórios, visto que a respiração nasal está associada a funções normais de mastigação, deglutição, postura da língua e lábios, além de proporcionar ação muscular correta que estimula o adequado crescimento facial e o desenvolvimento ósseo⁴⁷.

Esta ação ainda está associada ao aumento da morbidade e mortalidade infantil, devido à menor ingestão de anticorpos e imunoglobulinas inclusos no leite materno, além de possibilitar um maior risco de contaminação dos alimentos ofertados às crianças⁴⁸.

O Guia alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos, lançado em novembro do presente ano enfatiza que por ser produzido naturalmente pelo corpo da mulher, o leite materno é o único que contém anticorpos e outras substâncias que protegem a criança de infecções comuns enquanto ela estiver sendo amamentada, como diarreias, infecções respiratórias, infecções de ouvidos (otites) e outras³⁷.

CONCLUSÃO

Identificou-se através dos estudos incluídos nesta revisão, que as puérperas com sintomatologia depressiva, são mais propensas ao abandono do AME, bem como, de introduzir alimentação complementar antes dos 6 meses de vida de seus bebês. Dessa forma, conclui-se que a DPP tem a capacidade de influenciar negativamente na amamentação.

Vale refletir sobre a importância de triar os sintomas de depressão ainda na gestação, que poderá contribuir para identificar mulheres em risco de interrupção do AME.

Ainda, ressalta-se que, o período de aleitamento é de suma importância para a mãe e filho, pois é neste momento que ocorre uma transferência afetiva e a criação de laços entre eles, sendo essencial para o processo de desenvolvimento e crescimento do bebê, tornando-o mais tranquilo e proporcionando-o uma melhor socialização na infância.

Destaca-se ainda a necessidade de identificação e tratamento precoce das nutrizes com sintomatologia depressiva, de modo a diminuir as morbidades a ela associada e possibilitar melhor qualidade de vida para as mulheres, além de permitir maior duração do AME. Neste contexto, os profissionais da saúde são de grande importância, pois podem auxiliar as mulheres com sintomas depressivos a receber o tratamento devido para continuar a amamentar, além de incentivar e apoiar o AME.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : *Editora do Ministério da Saúde*, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
2. World Health Organization; UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : *Editora do Ministério da Saúde*, 2009.
4. Nishioka E et al. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *J Affect Disord*. 2011;133(3):553-9.
5. Inoue M et al. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. *Int Breastfeed J*. 2012;7(1):15.
6. Valdés V et al. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *J Trop Pediatr*. 2000;46(3):149-54.
7. Dennis CL; Mcqueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009;123(4):e736-51.
8. Murray L; Halligan SL; Cooper PJ. *Effects of postnatal depression on mother-infant interactions and child development*. Wiley: Blackwell., v.192, p. 102-220, 2010.
9. Zubaran C; Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc*. 2013;4:9-15.
10. Santos Junior HP et al. Postpartum depression: the (in) experience of Brazilian primary healthcare professionals. *J Adv Nurs*. 2013;69:1248-58.

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: *American Psychiatric Association*. 2013.
12. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: *World Health Organization*; 2010.
13. Cantilino A et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. Psiquiatr Clin*. 2010; 37(6):288-94.
14. Saraiva RA; Coutinho MP. [Postpartum psychic suffering: a psychosocial study]. *Rev. Mal-Estar Subj*. 2008; 8(2):505-27.
15. Hasselmann MH et al. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (Suppl 2):S341-52.
16. Sharma V; Corpse CS. Case Study revisiting the association between breastfeeding and postpartum depression. *J Hum Lact*. 2008; 24(1):77-9.
17. De-La-Torre-Ugarte, MC et al. Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011.
18. Higgins J; Grren S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.1.0 [Updated March 2011]; *The Cochrane Collaboration*, 2011. Available online: <http://handbook.cochrane.org>. (accessed on 14 November 2019).
19. Moher D et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst. Rev*. 2015, 4, 1–9. [CrossRef] [PubMed].
20. Cox JL et al. Detection of postnatal depression. *Br J Psychiatry*, v.150, p.782-6, 1987.
21. Dennis CL; Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing & Health*. 1999; 22(5): 399-409.
22. Balbierz A et al. Maternal depressive symptoms and parenting practices 3-months postpartum. *Maternal and child health journal*, v. 19, n. 6, p. 1212-1219, 2015.

23. Vieira ES et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev. latino-americana de enfermagem*, v. 26, 2018.
24. Silva CS et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, v. 93, n. 4, p. 356-364, 2017.
25. Abuchaim ESV et al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 6, p. 664-670, 2016.
26. Machado MCM et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev. de saúde pública*, v. 48, p. 985-994, 2014.
27. Islam MJ et al. Exploring the influence of psychosocial factors on exclusive breastfeeding in Bangladesh. *Archives of women's mental health*, v. 20, n. 1, p. 173-188, 2017.
28. Haga SM et al. A population-based study of the relationship between perinatal depressive symptoms and breastfeeding: a cross-lagged panel study. *Archives of women's mental health*, v. 21, n. 2, p. 235-242, 2018.
29. Borra C et al. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal*, 2015, 19.4: 897-907.
30. Imširagić A et al. Predictors of exclusive breastfeeding 6-9 weeks after delivery: a prospective cohort study Public Mental Health Perspective. *Psychiatria Danubina*, v. 28, n. 4, p. 395-403, 2016.
31. Ngo LTH et al. Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women. *Midwifery*, v. 70, p. 84-91, 2019.
32. Sipsma HL et al. Pacifiers and Exclusive Breastfeeding: Does Risk for Postpartum Depression Modify the Association?. *Journal of Human Lactation*, v. 33, n. 4, p. 692-700, 2017.
33. Madeghe BA et al. Postpartum depression and infant feeding practices in a low income urban settlement in Nairobi-Kenya. *BMC research notes*, v. 9, n. 1, p. 506, 2016.

34. Figueiredo B et al. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological medicine*, v. 44, n. 5, p. 927-936, 2014.
35. Maldonado MT. *Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério*. Petrópolis: Ed. Vozes; 1997.
36. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, *Estatísticas do Registro Civil 2007/2017*.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. - Brasília: *Ministério da Saúde*, 2019.
38. Jones G et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. v. 362, n.1, p. 65- 71, 2003.
39. Margotti E; Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev Rene*. 2014; 15(5):771-9.
40. Miller L. Postpartum depression. *JAMA*. 2002;287:762-5.
41. Nonacs R & Cohen LS. (1998). Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 59, 34-40.
42. Fernandes FC; Cotrin JTD. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Rev. Panorâmica online*, 2013, 14: 15-34.
43. Carifete NZ. *Patologia afectiva pós-parto em mulheres angolanas*. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2009.
44. Victora, CG et al. Pacifi er use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, [S.l.], v. 99, p. 445-53, 1997.
45. Simon VGN; Souza JMP; Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré- escolares. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2009.

46. Carrascoza KC; Costa Júnior AL; Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Rev. Estudos de Psicologia*, v.22, n.4, p. 433-440, 2005.

47. Felcar JM et al. Prevalência de respiradores bucais em crianças de idade escolar. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n.2, p.437-444, 2010.

48. Silva WF; Guedes ZCF. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Rev. CEFAC*, v.15, n.1, p. 160-171, 2013.

ANEXO I



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em preprints de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios

contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc?scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no

máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.**) Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Cien Saude Colet 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.