

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

CAROLINE RODRIGUES DE ALMEIDA

**EFEITO DO ALEITAMENTO MATERNO NA OCORRÊNCIA DE
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ADOLESCÊNCIA**

**VITÓRIA
2017**

CAROLINE RODRIGUES DE ALMEIDA

**EFEITO DO ALEITAMENTO MATERNO NA OCORRÊNCIA DE
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ADOLESCÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maria Carmen Viana

**VITÓRIA
2017**

EFEITO DO ALEITAMENTO MATERNO NA OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ADOLESCÊNCIA

CAROLINE RODRIGUES DE ALMEIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Aprovada em ____ de setembro de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Carmen Viana – Orientadora
Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho – Membro Titular Externo
Departamento de Epidemiologia e PPG de Epidemiologia em Saúde
Escola Nacional de Saúde, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro

Prof. Dra. Elizabete Regina Araújo de Oliveira – Membro Titular Interno
Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dra. Rita Elizabeth Checon de Freitas Silva – Membro Suplente Externo
Departamento de Pediatria e Programa de Pós-Graduação em Medicina
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto – Membro Suplente Interno
Departamento de Medicina Social e PPG em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Espírito Santo

O Sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca o sucesso e vence obstáculos no mínimo fará coisas admiráveis.

(José de Alencar)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me favorecido a oportunidade de ingressar e concluir esta etapa de minha vida.

Agradeço enormemente aos meus pais e meus irmãos pelo apoio e incentivo na busca pela realização de meus sonhos. Sempre prontos e dispostos a me ouvir, orientar e alegrar.

Agradeço aos meus demais familiares que me acompanharam e ajudaram nessa jornada.

Agradeço de forma muito especial à professora Maria Carmen Viana pelas suas orientações, ensinamentos e experiências. Ser sua orientanda foi um presente e você contribuiu em minha formação profissional e pessoal.

Agradeço ao professor Evandro Coutinho por ter me orientado, dedicado seu tempo e compartilhado suas experiências, tornando possível a conclusão deste trabalho. Muito obrigada!!

Agradeço à professora Elizabete por ter aceitado participar da banca de defesa do mestrado.

Agradeço a Dani, uma pessoa de coração enorme. Que não mede esforços para ajudar o próximo. E está sempre de braços abertos para te dar um abraço nos momentos que você mais precisa. Queria dizer que você foi essencial nessa etapa de conclusão do meu trabalho, Dani. Muito obrigada!!!

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo que fomentou a realização da pesquisa.

Agradeço aos amigos e amigas de longa data que sempre estiveram dispostos a me ouvir, ajudar e orientar nos diversos momentos que passei durante o Mestrado.

Agradeço aos amigos e amigas da turma de Mestrado pelo estímulo, suporte e pelos momentos enriquecedores em que compartilhamos experiências e conhecimentos.

Agradeço também a todos que direta e indiretamente me auxiliaram e apoiaram durante o Mestrado.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o efeito do aleitamento materno na ocorrência de transtornos mentais comuns na adolescência. **METODOLOGIA:** Este trabalho utilizou dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), avaliando a subamostra de adolescentes cujos pais ou responsáveis responderam às questões sobre a exposição do adolescente à amamentação. O instrumento utilizado para avaliar a presença de transtornos mentais comuns (TMC) foi o General Health Questionnaire (GHQ), em sua versão com 12 itens, preenchido pelos adolescentes. Dois pontos de corte foram utilizados para identificar possíveis casos de TMC: escores ≥ 3 e ≥ 5 pontos. Foi realizada análise descritiva para variáveis qualitativas e quantitativas. As associações foram testadas em análise bivariada e modelos multivariados de regressão logística, controlando para variáveis de confusão. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa estatístico Data Analysis and Statistical Software versão 13.0 (STATA 13.0), adotando-se um nível de significância de 0,05. O projeto ERICA foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) (Processo 45/2008 de 11/2/2009) e por um CEP de cada unidade da federação. **RESULTADOS:** A amostra estudada foi composta por 41.723 indivíduos. A maioria dos adolescentes escolares é do sexo feminino (54,6%), com idade entre 12 e 15 anos (71,0%) e de raça/cor parda (49,7%). A maioria estuda em escolas públicas (83,1%), residentes na região sudeste (51,9%), pertencentes à classe econômica B (53,8%), e menos da metade das mães completou o ensino médio (48,3%). Quanto ao aleitamento materno, 14,9% dos adolescentes não recebeu ou recebeu por menos de 1 mês, 33,3% foram amamentados por 2 a 6 meses e 51,8% por um período superior a seis meses. Os indivíduos que receberam aleitamento materno por mais de seis meses mostraram-se menos propensos a serem identificados como casos de TMC para os dois pontos de corte do GHQ-12 (OR=0,85; IC95%=0,72-0,99 e OR=0,76; IC95%=0,63-0,93 para 3 e 5 pontos, respectivamente). Entretanto, após ajuste no modelo multivariado, tal associação se manteve estatisticamente significativa apenas para o ponto de corte ≥ 5 , com uma redução de 27% na ocorrência de TMC entre os adolescentes (OR= 0,73;

IC95%=0,57-0,94). **CONCLUSÃO:** Esse trabalho evidenciou um efeito protetor do aleitamento materno para a saúde mental de adolescentes, enfatizando a importância do cuidado e da formação de vínculos afetivos no início da vida e fortalecendo a necessidade de implementação e manutenção de políticas públicas que valorizem e estimulem o aleitamento materno prolongado. Além disso, sendo elevada a prevalência de TMC entre adolescentes e considerando a sua persistência e potencial de incapacitação é premente a necessidade de implementação de medidas e programas de promoção de saúde mental na população geral, além da organização de sistemas de vigilância para identificação precoce e encaminhamento dos casos, e aparelhamento de serviços de saúde mental para essa população.

Palavras-chaves: Saúde mental; Adolescentes, Transtornos mentais comuns, Aleitamento materno.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the effect of breastfeeding on the occurrence of common mental disorders in adolescence. **METHODOLOGY:** This study used data from the Study of Cardiovascular Risk in Adolescents (ERICA), evaluating the subsample of adolescents whose parents or guardians answered the questions about adolescent exposure to breastfeeding. The instrument used to assess the presence of common mental disorders (CMD) was the General Health Questionnaire (GHQ), in its 12-item version, completed by the adolescents. Two cut-off points were used to identify possible cases of CMD: scores ≥ 3 and ≥ 5 points. A descriptive analysis was performed for qualitative and quantitative variables. The associations were tested in bivariate analysis and multivariate logistic regression models, controlling for confounding variables. All analyzes were performed using the statistical software Data Analysis and Statistical Software version 13.0 (STATA 13.0), adopting a level of significance of 0.05. The ERICA project was approved by the Research Ethics Committee (REC) of the Institute of Public Health Studies of the Federal University of Rio de Janeiro (IESC / UFRJ) (Process 45/2008 of 11/2/2009) and by a REC of each unit of the federation. **RESULTS:** The studied sample was composed by 41,723 individuals. The majority of school adolescents are female (54.6%), aged between 12 and 15 years (71.0%) and race / brown color (49.7%). The majority studied in public schools (83.1%), residents of the Southeast region (51.9%), belonging to economic class B (53.8%), and less than half of the mothers completed high school (48.3% %). Regarding breastfeeding, 14.9% of adolescents did not receive or received for less than 1 month, 33.3% were breastfed for 2 to 6 months and 51.8% for more than 6 months. Subjects who have had breastfeeding for more than six months were less likely to be identified as CMD cases for the two GHQ-12 cut-off points (OR = 0.85, 95% CI = 0.72-0.99 and OR = 0.76, 95% CI = 0.63-0.93 for 3 and 5 points, respectively). However, after adjustment in the multivariate model, this association remained statistically significant only for the cut-off point ≥ 5 , with a 27% reduction in the occurrence of CMD among adolescents (OR = 0.73; 95% CI = 0.57-0.94). **CONCLUSION:** This study evidenced a protective effect of breastfeeding on the mental health of adolescents, emphasizing the importance

of caring and the formation of affective bonds early in life and strengthening the need to implement and maintain public policies that value and stimulate breastfeeding maternal disease. In addition, since the prevalence of CMD among adolescents is high and considering their persistence and potential for disability, it is urgent to implement measures and programs to promote mental health in the general population, in addition to the organization of surveillance systems for early identification and referral of cases, and provision of mental health services for this population.

Keywords: Mental health; Adolescents, Common mental disorders, Breastfeeding.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

AM - Aleitamento Materno

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis

ERICA - Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes

GHQ - General Health Questionnaire

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

MPMs – Morbidades Psiquiátricas Menores

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

QI - Quociente de Inteligência

QSG - Questionário de Saúde Geral

SMCA - Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

TM- Transtornos Mentais

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Caracterização da amostra de acordo com a exposição e tempo de aleitamento materno, entre adolescentes escolares de 12 a 17 anos brasileiros (N=41.723).....32
- Tabela 2** - Caracterização da amostra com transtornos mentais comuns de acordo com a exposição e tempo de aleitamento materno por variáveis sociodemográficas, econômicas e geográficas entre adolescentes escolares de 12 a 17 anos brasileiros (N=41.723).....34
- Tabela 3** - Associação entre TMC e aleitamento materno entre adolescentes brasileiros, com valores das razões de chances (OR) brutas e ajustadas por cada variável isoladamente, para os pontos de corte 3 e 5 no escore total do GHQ-12 itens(N=41.723).....36
- Tabela 4** - Associação entre TMC e aleitamento materno entre adolescentes brasileiros: razões de chances (OR) ajustadas por todas as variáveis, para os pontos de corte 3 e 5 no escore total do GHQ-12 itens (N=41.723).....37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico Acíclico Direcionado do efeito do aleitamento materno no desenvolvimento de TMC e suas relações com as covaráveis.....29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 ALEITAMENTO MATERNO.....	16
1.2 ADOLESCÊNCIA E SAÚDE MENTAL.....	18
1.3 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS.	20
2 OBJETIVOS	23
2.1 GERAIS	23
2.2 ESPECÍFICOS.....	23
3 JUSTIFICATIVA	24
4 MÉTODOS	25
4.1. DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE RISCOS CARDIOVASCULARES EM ADOLESCENTES (ERICA)	25
4.1.1. Tipo de estudo e seleção da amostra	25
4.1.2. Coleta de dados	26
4.1.3. Aspectos éticos	27
4.2. AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE ALEITAMENTO MATERNO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	28
4.2.1 População estudada	28
4.2.2 Medidas de exposição e desfecho	28
4.2.3. Outras variáveis de interesse	30
4.2.4 Gráficos Acíclicos Direcionados	30
4.2.5 Análise estatística	31
5 RESULTADOS	33
6 DISCUSSÃO	39
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	54

ANEXO 1- QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS RESPONSÁVEIS.....	54
ANEXO 2 - ASPECTOS ÉTICOS	58
ANEXO 3 - ITENS DO GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE – 12 ITENS.	60
APÊNDICE	61
APENDICE 1- ARTIGO	61

1 INTRODUÇÃO

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento de algum transtorno mental ao longo da vida, cada qual com impacto distinto, dependendo da fase do desenvolvimento psicossocial (POLANCZYK, 2009). Alguns autores postulam que a família é a base da estruturação do psiquismo do ser humano (LAPATE, 2002; CANAVEZ et al, 2010). Na teoria do apego, postulada por Bowlby (1989), é enfatizada a importância de os pais fornecerem uma base segura a partir da qual as crianças ou os adolescentes possam explorar o mundo de forma a se sentirem física e emocionalmente amparados, encorajados se estiverem ameaçados e confortados se houver um sofrimento (BORSA, 2006). E segundo Bowlby, estudos mostram que crianças que obtiveram um apego seguro com suas mães tendem a se tornar indivíduos cooperativos, autoconfiantes e sociáveis futuramente. Já crianças que não estabeleceram uma relação de apego satisfatória estão propensas a se tornarem pessoas emocionalmente distanciadas, hostis ou anti-sociais (BORSA, 2006).

Fatores relacionados ao ambiente familiar durante a infância e adolescência têm se mostrado associados a maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (TM) na infância, adolescência e na vida adulta (CID, MATSUKURA, E SILVA, 2012). Dentre eles, destacam-se o ambiente familiar caótico (pais usuários de alguma substância psicoativa e/ou portadores de doença mental), a paternidade não-participativa (especialmente com filhos de temperamento difícil e problemas de conduta), níveis elevados de ansiedade materna; baixa escolaridade materna; história de doença mental materna; e a ausência de vínculos afetivos significativos com a criança (interação mãe/bebê pobre) (SAMEROFF et al, 1987; CID, MATSUKURA, E SILVA, 2012). Já a estruturação familiar adequada, com fortes laços afetivos entre seus membros, tem se mostrado um importante fator de proteção (PECHANSKY et al., 2004; TAVAREZ et al., 2004; SOUZA et al., 2005). Intervenções para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes tem maior impacto quando iniciadas no período pré-natal e prolongadas até os 3 primeiros anos de vida (BEDREGAL, MARGOZZINI, MOLINA, 2002). O incentivo ao aleitamento materno é uma das medidas mais importantes para promoção da saúde

materno-infantil, atuando como fonte de nutrição ideal e transferência de imunidade ao bebê, além de proporcionar a formação de um vínculo afetivo mais intenso entre mãe e filho. Essa relação, quando adequadamente estabelecida, é um início seguro para a saúde mental da criança, pois embora ainda não existam conclusões definitivas em relação ao papel do leite humano no desenvolvimento mental das crianças e adolescentes, estudos realizados em contextos sociais diferentes indicam que o leite materno influencia positivamente o desenvolvimento das crianças e a relação mãe-bebê (POLLITT, KARIGER, 1996). Assim, este estudo se propõe a avaliar se o aleitamento materno (AM) se constitui como fator de proteção para a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) na adolescência.

1.1 ALEITAMENTO MATERNO

É recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida, e, após essa idade, alimentação complementar apropriada somada a amamentação, sempre que possível, até o segundo ano de vida da criança ou mais (WHO, 2001).

O AM é uma das primeiras ações de intervenções nutricionais, em que a própria mãe pode empreender para assegurar a saúde do filho (CAMPESTRINI, 1992). No início da vida extrauterina, o aleitamento natural reduz a vulnerabilidade a condições ambientais adversas, garantido uma vida melhor à criança (MATAVEL, 2004).

A amamentação é fundamental para a saúde dos recém nascidos, pois o leite humano é considerado o mais rico alimento capaz de atender de maneira adequada todas as necessidades fisiológicas dos lactentes, proporcionando benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e socioeconômicos, com reflexo em seu desenvolvimento infantil. Apresenta também benefícios a saúde materna diminuindo hemorragias puerperais, que se enquadra como uma das principais causas de mortalidade materna, e liberação do hormônio ocitocina, que é estimulado no ato de sucção do mamilo pelo bebê, o que favorece a contração uterina (SANTOS; ANDRADE; SILVA, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) deixa claro que o AM é um dos cuidados integrais primordiais para redução da morbimortalidade e ela se estrutura em sete eixos estratégicos tendo por finalidade orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde (BRASIL, 2015).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), outros benefícios adquiridos com esta prática de amamentação dos bebês imediatamente após o nascimento é a redução de até 22% da mortalidade neonatal, até o 28º dia de vida, nos países em desenvolvimento. No Brasil, do total de mortes de crianças com menos de um ano, 69,3% ocorrem no período neonatal e 52,6%, na primeira semana de vida (UNICEF, 1992; 2009). Estudos demonstram que o AME até o sexto mês de vida pode evitar, anualmente, mais de 1,3 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento (UNICEF, 2009).

Achados apontam uma associação entre o desmame precoce ou introdução de outros alimentos e fatores relacionados a características sociodemográficas, características maternas, bem como fatores relacionados à criança. Segundo Frota et al (2009) e Marques (2014), a deficiência orgânica da mãe, o problema com o bebê, mudanças na estrutura familiar, nível socioeconômico, grau de escolaridade da mãe, idade materna, trabalho materno, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes, intenção da mãe de amamentar, raça/cor materna, baixo peso ao nascer da criança são alguns dos fatores relacionados. Além disso, estudos comprovam ainda que a prática do AM também está relacionada à região do país em que se encontra o recém-nascido (FROTA et al, 2009; WENZEL, DE SOUZA, 2011).

Além das questões de saúde, a amamentação fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho envolvendo aspectos psíquicos e emocionais desse binômio, com ênfase especial no próprio ato de amamentar. A ligação forte entre ambos nesse momento é proporcionada pelo contato íntimo da pele e a troca de olhar. Este contato possibilita que o amor vá aumentando a cada mamada, construindo uma base sólida, vinculando para sempre mãe e filho. Crianças

que são privilegiadas por este contato precoce com suas mães após o parto são menos ansiosas e mais tranquilas, sofrendo menos estresse causado pela separação do corpo materno (RESENDE; DE OLIVEIRA, 2011). Estudos relatam, ainda, que a criança amamentada por pelo menos seis meses tem maior coeficiente de inteligência na infância, e esse efeito se mantém na adolescência e na vida adulta (HORDOOD; FERGUSON, 1998; QUINN et al, 2001; RICHARDS; HARDY; WADSWORTH, 2002; VICTORA et al, 2005; MOLA et al, 2016).

Houve um crescente interesse dos pesquisadores, a partir da década de 80 em investigar a relação entre amamentação e problemas de comportamento na infância e adolescência (TAYLOR; WADSWORTH, 1984 ; FERGUSON et al, 1987). Alguns estudos que avaliaram esta relação afirmaram existir associações (TAYLOR; WASWORTH, 1984; ROBINSON ET AL, 2008; ODDY et al, 2010; HAYATBAKHSH et al, 2012; HEIKKILA et al, 2011; CABLE, et al, 2011; LIND et al, 2014).

1.2 ADOLESCÊNCIA E SAÚDE MENTAL

Adolescência é a fase de transição da infância para a vida adulta e, de acordo com a OMS, a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos. Esta fase é caracterizada por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, com complexas mudanças no processo de desenvolvimento do ser humano constituindo-se em um importante momento para a adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia (VIEIRA, 2008; DAVIM, 2009). Esse período é marcado pela predisposição ao desenvolvimento de alguns transtornos psicopatológicos como a depressão, ansiedade e alguns comportamentos de risco à saúde, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e drogas (ARPINI; QUINTANA, 2003; VIEIRA, 2008; NOBREGA, 1998 apud JASEN, 2011).

Segundo Halpern e Figueiras (2004), tanto as disfunções cerebrais quanto fatores biológicos e ambientais desfavoráveis têm impacto no desenvolvimento de transtornos mentais. E esta fase da adolescência sofre influência das mais

variadas esferas, seja do seu ambiente (família, amigos e companheiros), das histórias de vida, das interações afetivas, dos padrões morais e religiosos afetando, assim, o seu desenvolvimento biopsicossocial e cultural (DAVIM et al, 2009).

Na esfera familiar, os problemas vinculados à exposição a violência doméstica, agressões físicas, psicológicas e sexuais são os fatores de risco que mais se associam aos problemas de saúde mental dos adolescentes. Os que passam por dificuldades no relacionamento familiar apresentam mais chance de desenvolver transtornos mentais em relação àqueles que vivenciam experiências positivas no universo familiar. Já as relações familiares envoltas pelo afeto e boa comunicação são fatores de proteção, determinantes para melhores níveis de saúde mental (AVANCI et al, 2007). Somado a isso, o início da puberdade é tomado como marco inicial da adolescência. Essa fase tem como características o crescimento somático, mudanças decorrentes da maturação sexual, aquisição das funções do corpo adulto, novas formas físicas e estéticas, comandadas por complexa inter-relação de vários órgãos neuroendócrinos. As mudanças ocorridas durante a adolescência aparecem de forma conjugada dando origem a comportamentos e emoções não antes sentidas pelo adolescente, ou por sua família, amigos e profissionais que convivem com ele (DAVIM et al, 2009).

Nos últimos anos, houve um aumento dos estudos que descrevem a epidemiologia psiquiátrica na infância e adolescência e, em alguns deles, observa-se a alta prevalência de transtornos psiquiátricos que acometem esses jovens (FLEITLICH, 2001; ASSIS et al, 2009; LOPES et al ,2016). Assim, a atenção às crianças e adolescentes brasileiros na área da saúde mental parece representar uma necessidade imperativa e com demanda crescente.

Os cuidados com a Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) no Brasil não são tomados como prioridade. Em contexto nacional, fala-se pouco em prevenção de TM e promoção de saúde mental (ASSIS et al, 2009). No cenário político, a SMCA somente teve menção no século XXI, quando voltou-se a atenção para a construção de redes ampliadas e intersetoriais de atenção, tendo como ações estratégicas iniciais a oferta de Centros de Atenção

Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi) (COUTO; DELGADO, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPSi:

“[...] atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.” (BRASIL, 2014).

Concebido como um dispositivo aberto de assistência a crianças e adolescentes, esses centros possuem equipes multiprofissionais e transdisciplinares. Além dos atendimentos clínicos especializados, eles têm a função promover saúde, inserir e reabilitar o usuário no meio social, rompendo com o estigma da loucura (GUERRA, 2003).

Segundo dados Censo Demográfico brasileiro (2010) existem trinta e quatro milhões cento e cinquenta e sete mil e seiscentos e trinta e um adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. Esse número, acrescido da população entre 0 e 9 anos (quase 29 milhões), dimensiona a magnitude e a importância da necessidade de promoção e atenção à saúde mental desta faixa etária, principalmente considerando-se as estimativas de prevalência de TM nessas faixas etárias.

1.3 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS.

Os TM são classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, atualmente na sua décima versão (CID-10), como doenças com manifestações psicológicas associadas a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem, ainda, ser classificadas como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OMS, 1993; SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Uma proporção significativa da carga global de doenças é atribuída às doenças e agravos que afetam a saúde mental. Os TM atingem pessoas de todas as

idades, causando incapacitação grave e, por vezes, permanentes, que reduzem o desenvolvimento pessoal e elevam a demanda dos serviços de saúde, além de gerar alto custo social e econômico. Cerca de 90,0% dos TM compõem-se de transtornos não psicóticos, usualmente denominados TMC.

Quadros prevalentes de TMC e Morbidades Psiquiátricas Menores (MPMs), foram identificados por Goldberg & Huxley (1992) como casos que apresentam sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, tristeza, ansiedade, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que produzem incapacidade funcional, mas não preenchem todos os critérios para os diagnósticos do DSM-IV (LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; WANG, DE SÁ JUNIOR, 2016).

Segundo a OMS, uma em cada quatro pessoas no mundo sofrerá alguma condição de saúde mental na vida, sendo a depressão a segunda maior causa de carga global de doenças em países de renda alta e média, e a terceira maior em países de baixa renda até 2030 (WHO, 2010).

Entre 2005 e 2015 houve um aumento de 18% nos casos de depressão segundo o Relatório global lançado pela OMS, o que significa que mais de 320 milhões de pessoas em todo o mundo sofre de depressão, sendo a maioria mulheres. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas o que corresponde a 5,8% da população, enquanto distúrbios relacionados à ansiedade afetam mais de 18,6 milhões de brasileiros (9,3% da população) (OMS, 2017).

Pesquisas têm sido realizadas, em âmbito nacional e internacional, visando analisar a ocorrência de TMC na população geral (MOREIRA et al, 2011). Uma revisão de artigos dos anos de 1997 a 2009, realizado com diversos grupos de pessoas no Brasil encontrou uma prevalência variando entre 20 a 56% de TM na população adulta brasileira (SANTOS; SIQUEIRA, 2010), demonstrando que os elevados índices de prevalência de TM são antigos na população brasileira.

Dados da OMS revelaram que 10 a 20% das crianças e adolescentes sofrem de TM e esses problemas são altamente persistentes, fazendo com que parcela importante desses indivíduos tenha algum prejuízo na vida adulta

(WHO, 2016). No ano de 2008 a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2008), em parceria com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), realizou um pesquisa nacional para avaliar a saúde mental da criança brasileira e encontrou uma prevalência de sintomas de TM (relatado pelas mães) de aproximadamente 12,6%, o equivalente a 5 milhões de jovens, com idade entre 6 e 17 anos residentes em 142 municípios brasileiros. Ainda segundo essa pesquisa, grande parte das crianças e adolescentes apresentou sintomas de mais de um transtorno mental.

No contexto social, é possível identificar variáveis responsáveis por tornar determinada parcela da população propensa ao desenvolvimento de transtornos mentais. Para GOODMAN e SCOTT (2012), os eventos de vida negativos provenientes do ambiente familiar são prejudiciais ao desenvolvimento infantil adequado, sendo fator predisponente a problemas de comportamento na infância e adolescência e de TM na vida adulta (FERREIRA, 2002). O tabagismo, etilismo, sedentarismo e vulnerabilidades sociais, tais como baixa escolaridade, menor número de bens, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego, cor da pele, também se mostraram associados com a ocorrência de TMC (COSTA; LUDERMIR, 2005; PINHEIRO et al, 2007). Para OMS, os TM influenciam fortemente o desenvolvimento das crianças, suas atividades educacionais e seu potencial de vida. Além disso, jovens com saúde mental debilitada tendem a enfrentar estigma, isolamento e discriminação (WHO, 2005).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAIS

- Investigar o impacto do aleitamento materno na ocorrência de transtornos mentais comuns na adolescência, entre escolares.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a ocorrência e duração do aleitamento materno e sua distribuição por variáveis sociodemográficas, econômicas e por macrorregião em uma amostra nacional de adolescentes escolares de 12 a 17 anos.
- Descrever a ocorrência de transtornos mentais comuns, segundo diferentes pontos de corte, de acordo com o tempo de exposição ao aleitamento materno, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e geográficas em uma amostra nacional de adolescentes escolares de 12 a 17 anos.
- Avaliar se a exposição mais prolongada ao aleitamento materno está associada a uma menor chance de ocorrência de transtornos mentais comuns em uma amostra nacional de adolescentes escolares de 12 a 17 anos.

3 JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais comuns acometem indivíduos de diversas faixas etárias e constituem-se como um grande desafio nos serviços de saúde. Existem dados indicando que grande parcela dos TM começam na infância e na adolescência, sendo encontradas altas prevalências de adolescentes com TMC, (MENESES et al, 2006; KESSLER et al., 2011; LOPES et al, 2016).

De acordo com a literatura, fatores biológicos, genéticos e ambientais foram associados aos transtornos mentais entre crianças e adolescentes. Alguns estudos afirmam existir uma associação protetora entre o aleitamento materno por longo período e a saúde mental na infância e adolescência (ROBINSON et al, 2008; ODDY et al, 2009; HAYATBAKHS ET AL 2012; THIENGO ET AL, 2014).

Dessa forma, diagnosticar precocemente os transtornos mentais comuns e seus fatores de risco e de proteção podem auxiliar na elaboração de políticas públicas mais específicas para um desenvolvimento sadio na fase da adolescência, além de estimular o fortalecimento e criação programas de incentivo ao aleitamento materno.

4 MÉTODOS

A presente dissertação utiliza os dados coletados no Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) referentes ao histórico de AM e à ocorrência de TMC, com a elaboração de um artigo científico, que será apresentado no Apêndice 1 (O efeito do aleitamento materno na ocorrência de transtornos mentais comuns na adolescência).

4.1. DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE RISCOS CARDIOVASCULARES EM ADOLESCENTES (ERICA)

4.1.1. Tipo de estudo e seleção da amostra

Trata-se de um estudo multicêntrico de abrangência nacional, que tem por objetivo conhecer o perfil dos fatores de risco para doenças do coração e síndrome metabólica entre escolares nas diferentes regiões do Brasil e estimar a proporção de adolescentes com diabetes mellitus e obesidade (LOPES et al., 2016). É um estudo transversal, que avaliou uma amostra representativa de adolescentes escolares de 12 a 17 anos de idade, em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes (FIGUEIREDO et al., 2016).

Não foram considerados elegíveis para participar do ERICA adolescentes que não pertenciam à faixa etária estudada, adolescentes grávidas e aqueles com deficiência física ou mental, temporária ou permanente.

O ERICA foi desenvolvido por equipe multidisciplinar composta por docentes pesquisadores, alunos de cursos de graduação e de pós-graduação e técnicos administrativos das instituições participantes e outros colaboradores.

A população estudada foi estratificada em 32 estratos geográficos constituídos pelos 27 municípios de capital das unidades da federação e por cinco estratos dos demais municípios com mais de 100 mil habitantes, de cada uma das cinco macrorregiões do País. A alocação da amostra total nos estratos geográficos foi realizada considerando as características do Censo Escolar 2009 e foi

realizada em três estágios: Seleção de escolas, combinações de turno e ano e seleção de turmas.

As escolas foram selecionadas em cada estrato geográfico com probabilidade proporcional ao tamanho, e inversamente proporcional à distância da capital. Realizou-se um levantamento das turmas e alunos das séries consideradas (7º, 8º e 9º ano do ensino fundamental e 1º, 2º e 3º ano do ensino médio), para permitir a seleção com probabilidades iguais durante o trabalho de campo de três turmas por escola (VASCONCELLOS et al, 2015).

Ao todo foram avaliados 74.589 adolescentes de 1.247 escolas em 124 municípios brasileiros tendo representatividade nacional, regional, de capitais e de estratos do interior das cinco regiões para municípios com mais de 100 mil habitantes (BARUFALDI et al, 2016).

4.1.2. Coleta de dados

Os pesquisadores de campo foram treinados a fim de compreender todas as etapas de coleta de dados, de maneira uniforme, adotando procedimentos idênticos. Esses pesquisadores foram distribuídos em equipes, sendo cada uma dessas equipes composta por 1 supervisor de escolas, 1 supervisor de campo, 1 antropometrista, 1 responsável pelas medidas de pressão arterial, 2 responsáveis pela realização de recordatório 24 horas e 1 pesquisador disponível para a antropometria, pressão arterial e recordatório 24 horas, dependendo do fluxo no momento da coleta de dados.

Os pesquisadores ou coordenadores de campo cadastraram as escolas, as turmas e os alunos que participaram do estudo em sistemas próprios do ERICA. Após o cadastro, as informações eram transmitidas para o *Personal Digital Assistant* (PDAs) – um coletor de dados eletrônicos, o mesmo utilizado no censo do IBGE- o questionário foi preenchido pelos próprios adolescentes. O questionário continha questões sobre dados sociodemográficos (ex. sexo, idade, raça), prática de atividade física, problemas de saúde (ex. pressão alta, diabetes, asma), consumo de álcool, tabagismo, ocupação (caso trabalhasse). Alimentação, saúde bucal, saúde reprodutiva, sintomas depressivos e sono.

O consumo alimentar consistiu em uma entrevista sobre a alimentação do adolescente nas 24h que antecederam a pesquisa. Foram realizados dois recordatórios de 24 horas: o primeiro recordatório alimentar foi realizado em todos os adolescentes e o segundo em apenas uma subamostra de 6 (seis) por escola. Ainda, em subamostra de cerca de 42.000 adolescentes que estudavam no turno da manhã, foi coletado sangue. As alíquotas de sangue foram encaminhadas a um laboratório central para análise. de colesterol total, , HDL- colesterol, triglicerídeos, glicose de jejum, insulina de jejum e hemoglobina glicada. Como medidas antropométrica foram aferidas estatura, perímetro de cintura e peso por profissionais previamente treinados e padronizados. Foram realizadas duas medidas de pressão arterial.

Informações sobre morbidade familiar, peso ao nascer do adolescente e amamentação foram obtidas por meio de questionário enviado pelos alunos aos pais ou responsáveis (BLOCH, 2016). Um questionário sobre características físicas encontradas em cada escola (cantina, bebedores, quadras de esportes, etc) foi preenchido pelos pesquisadores de campo.

4.1.3. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, instituição da coordenação central do estudo (Processo 45/2008 de 11/2/2009) (ANEXO 2), e de cada uma das 27 instituições participantes, uma em cada unidade da federação brasileira e das três instituições que participaram do estudo piloto. O termo de assentimento foi obtido de cada estudante participante e, adicionalmente, o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo responsável conforme exigência individual dos Comitês de Ética das instituições participantes (Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Universidade Federal de Roraima e Secretaria Estadual de Educação de Minas Gerais). A privacidade do aluno e a confidencialidade dos dados serão garantidas.

O ERICA foi financiado pelo Ministério da Saúde brasileiro atendendo à

chamada pública MCT/FINEP/MS/SCTIE/DECIT – CT/SAÚDE e FNS – SÍNDROME METABÓLICA - 01/2008.

4.2. AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE ALEITAMENTO MATERNO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Este estudo avalia a associação entre a exposição ao aleitamento materno durante o primeiro ano de vida e a ocorrência de transtornos mentais comuns em uma sub-amostra dos participantes do ERICA.

4.2.1 População estudada

Foram incluídos todos os adolescentes cujos pais ou responsáveis responderam ao questionário que contém informações sobre o aleitamento materno do adolescente. Assim, participaram do presente estudo 41.723 adolescentes, representando 55,9% do total de escolares avaliados no ERICA. Em uma análise de sensibilidade para comparar os dois grupos, não houve diferença significativa na prevalência de TMC entre os incluídos neste estudo e aqueles que não tiveram o questionário respondido pelos pais ou responsáveis.

4.2.2 Medidas de exposição e desfecho

A exposição avaliada neste estudo foi o aleitamento materno, averiguado por meio de um questionário direcionado aos pais ou responsáveis (ANEXO 1), informando se a criança foi amamentada e durante quanto tempo. O aleitamento materno foi categorizado em três grupos, de acordo com a sua ocorrência e duração: 1) não recebeu aleitamento materno ou recebeu até completar um mês de vida (≤ 1 mês); 2) recebeu aleitamento por mais de um mês até seis meses (2-6 meses); e 3) recebeu aleitamento materno por período superior a seis meses (>6 meses).

Considerou-se como desfecho a ocorrência de TMC, avaliada através do General Health Questionnaire (GHQ) versão de 12 itens (ANEXO 3), que foi desenvolvido por Goldberg em 1972, com o propósito de detectar doenças psiquiátricas não psicóticas, como ferramenta de rastreio para identificar casos prováveis de TMC ou de MPMs. O GHQ teve sua versão adaptada para o

português vigente no Brasil por Pasquali e Colaboradores em 1994 (WANG, SÁ JUNIOR, 2016). A versão original do GHQ inclui 60 itens, tendo sido criadas versões reduzidas a partir de estudos com análises fatoriais, tornando-o uma ferramenta útil em contextos que requerem avaliações rápidas sobre desconforto psicológico sem comprometer evidências de confiabilidade de suas pontuações (WANG, DE SÁ JUNIOR, 2016). Sua versão de 12 itens em estudos cujos objetivos envolveram a avaliação de propriedades psicométricas mostraram-se consistentes entre si e produziram bons indicadores de validade e confiabilidade (POLITI et al, 1994; SCHMITZ et al, 1999; SÁNCHEZ-LÓPEZ; DRESCH, 2008). No Brasil, o GHQ-12 tem apresentado evidências satisfatórias de validade e precisão, embora, não se tenha uma estrutura fatorial consensual. O alfa de Cronbach, cujo objetivo é estimar a confiabilidade de um questionário, é comumente encontrado com valor acima de 0,80, mostrando que esse questionário em sua versão mais reduzida apresenta-se como um instrumento homogêneo, estável e fidedigno, tendo sua reprodutibilidade assegurada (BORGES; ARGOLLO, 2002; GOUVEIA et al, 2003; GOUVEIA et al, 2012; WANG; SÁ JUNIOR, 2016). Assim, como em estudos na população geral, estudos internacionais com adolescentes espanhóis, ganeses, chineses e australianos mostraram boa consistência interna do GHQ-12 (TAIT et al, 2003; LI et al, 2009; BOWE, 2016; GLOZAH, 2016). O mesmo instrumento apresentou uma boa adaptação cultural nos diversos grupos étnicos de adolescentes na Inglaterra. Porém, ainda não se tem um consenso sobre sua melhor estrutura fatorial (PADRÓN, 2012).

As questões do GHQ-12 avalia com que frequência, nas últimas 2 semanas, a pessoa tem experimentado os sintomas descritos em cada item, em uma escala de quatro alternativas ordinais. Há 6 itens positivos e 6 negativos. Nos itens positivos (como por exemplo: "Você tem se sentido capaz de tomar decisões?"), as alternativas de resposta variam de 1 = mais que de costume, a 4 = muito menos que de costume. Nos itens negativos (como por exemplo, "Você tem se sentido triste e deprimido?"), as alternativas de resposta variam de 1 = de jeito nenhum, a 4 = muito mais que de costume. Em todos os itens, a menor pontuação é indicativa de melhor nível de bem-estar psicológico. No Brasil, o QSG-12 tem apresentado evidências satisfatórias de validade e

precisão, embora, como apontado anteriormente (vide 1.3), não se tenha uma estrutura fatorial consensual (GOUVEIA et al, 2012). Os escores dos itens individuais foram codificados como “ausente” ou “presente” (escores 1 e 2 foram recodificados como 0, escores 3 e 4, como 1) e então somados. Foram classificados como casos de TMC os adolescentes com escore total de 3 ou mais pontos (TMC3), utilizando o mesmo ponto de corte empregado no ERICA (LOPES et al., 2016). Além disso, foi também utilizado o ponto de corte de 5 ou mais (TMC5), para identificar casos com sintomatologia mais intensa/frequente.

4.2.3. Outras variáveis de interesse

As variáveis socioeconômicas, demográficas e geográficas analisadas foram: idade (12,13,14,15,16 e 17 anos); escolaridade materna (até 3 anos de estudo, 4 a 7 anos de estudo, ensino fundamental completo ao médio incompleto, médio completo ao superior incompleto e superior completo); tipo de escola (pública ou particular); raça-cor (branca,preta, parda, amarela e indígena); macrorregião (norte,nordeste, sudeste, sul, centro-oeste) e classe econômica (A, B, C e D /E).

A classe econômica foi definida com base no Critério de Classificação Econômica do Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) que considera as classes A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, que foram agrupadas para análises (A: A1 e A2; B: B1 e B2; C: C1 e C2, D/E: D e E).

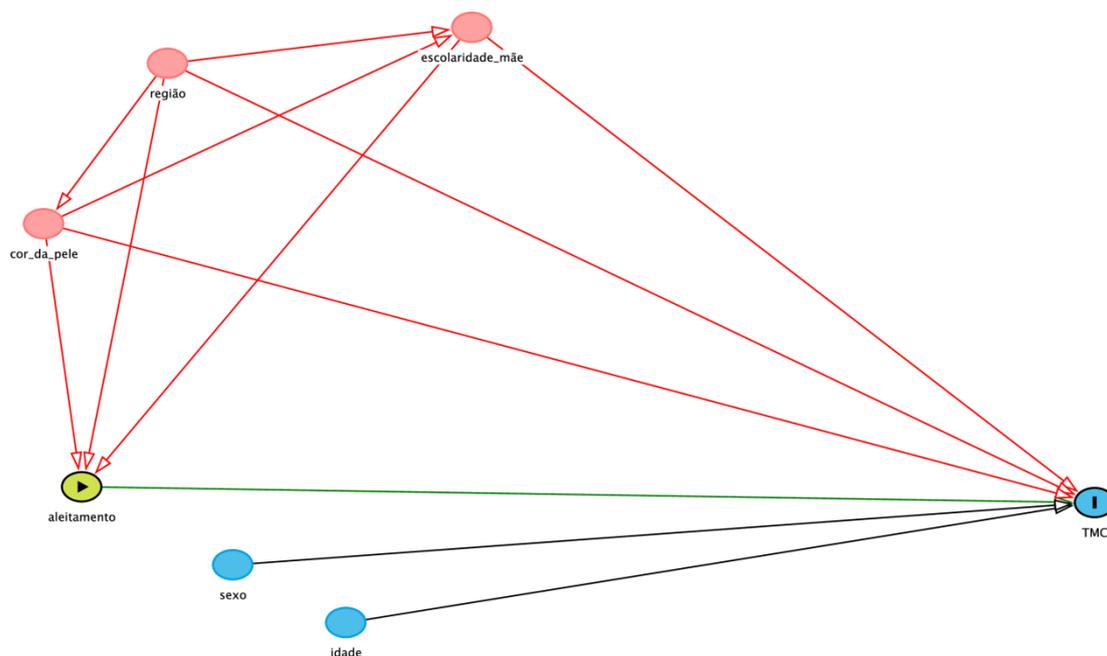
4.2.4 Gráficos Acíclicos Direcionados

Os gráficos acíclicos direcionados (DAGs) são diagramas que possibilitam o estabelecimento de pressupostos causais entre as variáveis de exposição e desfecho estudado e a definição das covariáveis mínimas necessárias para estimar o efeito da exposição no desfecho, controlando o confundimento e o sobreajuste, evitando ajustes desnecessários.

Neste estudo, a variável de exposição, como já citada anteriormente, foi o aleitamento materno e a variável de desfecho foi a presença de TMC na adolescência. As covariáveis selecionadas para a construção do DAG foram

raça/cor, macrorregião, escolaridade materna, sexo e idade. Considerando uma possível relação causal entre aleitamento materno e TMC e suas relações com essas covariáveis, foi construído um Gráfico Acíclico Direcionado (Figura 1), mostrando, em vermelho, as variáveis potenciais de confusão, que devem ser incluídas nos modelos de ajuste. A variável classe econômica foi excluída, por haver colinearidade significativa com escolaridade materna; além disso, verificou-se uma grande quantidade de dados faltantes nessa essa variável, o que causaria uma diminuição na precisão da estimativa final.

Figura 1- Gráfico Acíclico Direcionado do efeito do aleitamento materno no desenvolvimento de TMC e suas relações com as covariáveis selecionadas.



4.2.5 Análise estatística

As análises descritivas, proporções e as de associações foram realizadas levando-se em conta os pesos amostrais no software STATA versão 13.0, usando o modo survey (SVY) para a análise de dados de estudos com desenhos complexos. Os pesos foram calculados pelo produto dos inversos das probabilidades de inclusão em cada estrato da amostra e calibrados considerando uma estimativa da população de adolescentes matriculados em

escolas localizadas nos estratos geográficos considerados por sexo e idade (VASCONCELOS, et al. 2015).

Foi utilizado um estimador de pós estratificação, que modifica o peso natural do desenho por um fator que corresponde à razão entre o total populacional e o total estimado pelo peso natural do desenho para o pós-estrato ou domínio de estimação do desenho, permitindo assim assegurar que as estimativas reflitam dados populacionais das unidades elementares da amostra. A descrição detalhada dos métodos de ponderação foi descrita por Vasconcelos et al (2015).

Avaliou-se o potencial de interação das variáveis sexo e idade na associação entre a exposição e o desfecho. Visto que não houve modificação de efeito, os resultados não foram estratificados por essas variáveis.

Para avaliar a associação entre as variáveis de interesse, foram realizadas análises de regressão logística simples e multivariadas, estimando-se valores de razões de chance (OR) brutos e ajustados para os desfechos TMC3 e TMC5, considerando os pontos de corte ≥ 3 e ≥ 5 . A exposição principal foi a presença/tempo de aleitamento materno e as demais variáveis de ajustes foram raça-cor e macrorregião, escolaridade materna e classe econômica. A variável classe econômica foi excluída do modelo de regressão logística multivariado por haver colinearidade significativa com escolaridade materna, além de uma grande quantidade de dados faltantes nessa essa variável. O nível de significância adotado foi de 0.05 ($p < 0,05$) para todos os testes.

5 RESULTADOS

Dentre os adolescentes estudados (41.723 indivíduos), mais da metade são do sexo feminino (54,6%), com predomínio da faixa etária de 12 a 15 anos (71,0%), e a maioria é proveniente de escola pública (83,1%). Quase a metade é de raça/cor parda (49,7%), residente na região Sudeste (51,9%) e pertencente à classe econômica B (53,8%). Menos da metade das mães completou o ensino médio (48,3%) (Tabela 1). A maioria dos adolescentes foi amamentada por um período superior a seis meses (51,8%), e essa distribuição se manteve nas diferentes categorias de sexo, idade, tipo de escola, raça-cor, região, classe econômica e escolaridade materna (Tabela 1).

Não houve diferença no padrão de aleitamento materno por sexo ou idade dos adolescentes. Quanto à raça-cor, mais adolescentes indígenas (17,5%) e brancos (15,8%) não receberam aleitamento materno, e essa proporção foi menor entre crianças amarelas (10,6%), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas (Tabela 1). Igualmente, adolescentes pertencentes às classes econômicas D e E apresentaram menor frequência de aleitamento materno prolongado (>6 meses) e maior frequência de aleitamento materno ≤ 1 mês.

Além disso, observa-se que quanto menor o grau de escolaridade da mãe maior a proporção de adolescentes que não receberam aleitamento, e essas diferenças foram significativas entre os estratos distais (Tabela 1). Não houve diferenças, no entanto, em relação ao aleitamento por período prolongado.

A proporção de adolescentes que não receberam aleitamento foi maior nas escolas públicas (15,3%) do que nas privadas (13,0%).

No que se refere à macrorregião, observou-se que uma maior proporção de adolescentes da Região Norte e da Centro-Oeste receberam aleitamento materno por período prolongado (66,1% e 60,6%), comparados com os de outras regiões, e também menores proporções de adolescente não foram amamentados (9,3% e 11,7%, respectivamente). Na região Sul, observou-se a maior estimativa (16,9%) de adolescentes que não receberam aleitamento materno e essas diferenças regionais foram significativas (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com a exposição e tempo de aleitamento materno, entre adolescentes escolares de 12 a 17 anos brasileiros (N=41.723).

	Aleitamento Materno			TOTAL % (IC95%)
	Não ou ≤ 1 mês % (IC95%)	2 a 6 meses % (IC95%)	> 6 meses % (IC95%)	
Sexo				
Feminino	15,0 (13,8-16,4)	32,9 (31,0-34,8)	52,1 (50,5-53,6)	54,6(53,7-55,4)
Masculino	14,7 (13,7-15,8)	33,8 (32,4-35,2)	51,5 (50,0-53,0)	45,4(44,6-46,3)
Idade (anos)				
12	14,6 (13,2-16,0)	32,5 (28,5-36,7)	52,9 (48,9-56,9)	18,3(17,2-19,4)
13	14,9 (13,1-16,8)	34,3 (31,5-37,2)	50,8 (48,4-53,2)	18,0(17,2-18,8)
14	14,1 (12,6-15,8)	34,6 (32,7-36,6)	51,3 (48,6-54,0)	17,4(16,4-18,4)
15	15,8 (14,3-17,3)	31,4 (29,6-33,2)	52,8 (50,5-55,2)	17,3(16,6-18,0)
16	15,5 (13,4-17,9)	32,6 (30,1-35,2)	51,9 (50,2-53,7)	15,7(14,8-16,7)
17	14,5 (12,7-16,5)	34,8 (32,2-37,5)	50,7 (47,7-53,7)	13,3(12,4-14,3)
Raça- cor				
Branca	15,8 (14,3-17,4)	34,4 (31,8-37,0)	49,8 (47,8-51,8)	40,1(38,1-42,2)
Preta	14,8 (11,7-18,5)	33,2 (30,0-36,7)	52,0 (47,3-56,6)	7,5(6,8-8,3)
Parda	14,3 (13,3-15,2)	32,4 (30,8-34,0)	53,3 (51,8-54,9)	49,7(47,7-51,7)
Amarela	10,6 (8,2-13,6)	35,7 (30,3-41,5)	53,7 (48,1-59,2)	2,0(1,7-2,3)
Indígena	17,5 (10,2-28,5)	28,6 (18,6-41,3)	53,8 (38,6-68,3)	0,6(0,5-0,8)
Classe econômica				
A	12,4(10,3-14,9)	39,7(36,2-43,4)	47,8(43,8-51,9)	10,4(8,7-12,3)
B	14,8(13,4-16,2)	33,6(31,3-36,0)	51,6(49,6-53,6)	53,8(52,3-55,3)
C	14,4(12,7-16,3)	32,4(30,2-34,7)	53,2(51,2-55,1)	34,1(32,3-36,0)
D/E	19,3(11,2-31,1)	38,6(27,4-51,2)	42,1(33,3-51,6)	1,7(1,4-2,1)
Escolaridade Materna				
Até 3 anos	20,3(17,6-23,2)	29,8(26,3-33,5)	50,0(45,7-54,2)	13,5(11,7-15,4)
4 a 7 anos	17,2(15,4-19,3)	32,6(30,0-35,2)	50,2(47,6-52,8)	17,6(16,1-19,2)
Fund. Compl.-Méd. Incomp.	13,7(11,8-16,0)	33,7(31,5-36,0)	52,6(50,0-55,1)	20,7(19,6-21,8)
Méd. Compl.-Sup. Incomp.	12,1(11,0-13,3)	35,9(34,1-37,8)	52,0(50,2-53,7)	34,5(32,4-36,6)
Sup. Compl.	12,1(10,6-13,9)	37,8(35,4-40,3)	50,0(47,6-52,5)	13,8(11,8-16,0)
Tipo de escola				
Pública	15,3 (14,3-16,3)	32,5 (31,1-33,8)	52,3 (51,1-53,4)	83,1(78,1-87,2)
Privada	13,0 (12,1-14,1)	37,4 (35,5-39,5)	49,5 (47,4-51,7)	16,9(12,8-21,9)
Macrorregião				
Norte	9,3 (8,5-10,1)	24,6 (22,9-26,4)	66,1 (64,3-68,0)	6,3(5,3-7,1)
Nordeste	10,3 (12,5-15,2)	37,3 (35,4-39,2)	48,9 (46,7-51,2)	20,8(19,1-22,7)
Sudeste	16,1 (14,7-17,6)	33,6 (31,4-35,9)	50,2 (48,5-52,0)	51,9(49,5-54,3)
Sul	16,9 (15,7-18,1)	33,9 (31,9-35,9)	49,2 (46,9-51,5)	11,8(10,6-13,1)
Centro-Oeste	11,7 (10,5-13,0)	27,7 (26,5-28,9)	60,6 (59,1-62,1)	9,1(8,5-9,7)
Total	14,9(14,1-15,7)	33,3(32,1-34,6)	51,8(50,7-52,9)	

Adolescentes do sexo feminino apresentaram maior prevalência de TMC3 e TMC5, em comparação com os meninos, independentemente do tempo de amamentação (Tabela 2) e do ponto de corte utilizado, e essas diferenças foram estatisticamente significativas.

Observou-se uma tendência crescente de prevalência de TMC quanto menor o tempo de aleitamento materno, maiores prevalências entre os adolescentes que não foram amamentados quando comparados àqueles que receberam amamentação por mais de seis meses, tanto para TMC3 (31,2% vs 27,7%), quanto para TMC5 (19,3% vs 15,5%) , embora essas diferenças não tenham

sido estatisticamente significativas. Essa distribuição diferencial se manteve nas diferentes categorias das variáveis sociodemográficas e econômicas.

Foram observadas maiores prevalências de TMC3, no período mais curto da amamentação, nos adolescentes entre 15 e 17 anos, de raça-cor amarela, filhos de mães com baixa escolaridade, residentes na região Norte e das classes econômicas D/E (Tabela 2).

A prevalência de TMC5, para os que não receberam aleitamento materno, foi maior em indivíduos pertencentes à classe econômica A, residentes na região Norte, cujas mães tem escolaridade elevada, com curso superior completo. Também dentre os que não foram amamentados, adolescentes de escolas privadas apresentaram maiores prevalências de TMC3 e TMC5. (Tabela 2).

Tabela 2– Caracterização da amostra com transtornos mentais comuns de acordo com a exposição e tempo de aleitamento materno por variáveis sociodemográficas, econômicas e geográficas entre adolescentes escolares de 12 a 17 anos brasileiros (N=41.723).

	Aleitamento Materno					
	Não ou ≤ 1 mês		2 a 6 meses		> 6 meses	
	TMC3 % (IC95%)	TMC5 % (IC95%)	TMC3 % (IC95%)	TMC5 % (IC95%)	TMC3 % (IC95%)	TMC5 % (IC95%)
Sexo						
Feminino	37,5 (32,7-42,5)	25,1 (21,4-29,3)	39,3 (37,1-41,6)	22,5 (20,6-24,5)	35,0 (32,0-38,2)	21,1 (19,2-23,3)
Masculino	23,6 (19,3-28,4)	12,2(9,1-16,1)	21,4 (18,4-24,8)	12,6 (10,1-15,6)	18,7 (17,0-20,6)	8,6 (7,5-9,9)
Idade (anos)						
12	28,4 (19,2-39,8)	20,6 (11,9-33,3)	24,3 (19,5-29,7)	13,6 (9,0-20,0)	19,2 (16,5-22,4)	9,0 (7,1-11,3)
13	27,6 (20,1-36,5)	17,0 (10,8-25,9)	27,3 (23,9-30,9)	14,8 (12,6-17,3)	25,0 (21,1-29,3)	14,6 (11,4-18,4)
14	29,1 (23,4-35,5)	17,3 (12,6-23,3)	33,2 (28,8-38,0)	20,1 (17,2-23,4)	27,2 (23,1-31,8)	15,3 (12,7-18,4)
15	37,4 (29,8-45,6)	20,8 (16,6-25,9)	34,8 (31,2-38,6)	20,4 (17,1-21,3)	30,0 (26,3-33,9)	17,0 (14,3-20,0)
16	31,3 (23,0-41,1)	19,5 (13,7-26,8)	37,0 (33,5-40,6)	21,5 (18,1-25,3)	33,4 (31,0-36,0)	18,3 (16,4-20,4)
17	34,3 (25,5-44,3)	21,1 (14,9-29,0)	31,0 (26,6-35,7)	18,0 (14,4-22,3)	33,8 (30,9-37,0)	20,9 (18,4-23,7)
Raça- cor						
Branca	32,5 (27,0-38,6)	21,7 (17,2-27,1)	30,6 (28,1-33,2)	18,2 (15,9-20,7)	27,6 (25,8-29,5)	15,0 (13,0-17,3)
Preta	31,2 (20,8-44,0)	12,6 (8,2-19,0)	31,9 (25,4-39,3)	19,3 (14,2-25,8)	31,5 (27,2-36,1)	18,5 (15,3-22,2)
Parda	29,3 (25,2-33,9)	17,8 (14,4-21,9)	31,0 (29,0-33,2)	17,1 (15,3-19,1)	26,8 (24,8-29,0)	15,2 (13,8-16,8)
Amarela	38,5 (27,8-50,6)	26,5 (17,6-37,9)	35,8 (29,2-42,9)	22,9 (17,6-29,3)	34,0 (26,8-42,1)	18,3 (13,3-24,7)
Indígena	37,7 (15,8-66,0)	11,0 (4,0-27,0)	33,5 (20,8-49,2)-	20,9 (11,6-34,8)	21,8 (10,8-39,1)	18,5 (8,6-35,3)
Classe econômica						
A	41,0 (27,1-56,5)	30,3 (16,5-48,9)	26,2 (20,9-32,2)	15,3 (12,4-18,8)	34,2 (29,1-39,8)	20,5 (15,3-26,8)
B	31,9 (26,6-37,7)	19,4 (14,6-25,2)	31,6 (28,2-35,2)	18,5 (15,9-21,5)	26,3 (24,6-27,1)	13,8 (12,3-15,6)
C	25,1 (19,5-31,6)	16,1 (12,1-21,2)	31,5 (28,4-34,7)	18,2 (15,5-21,2)	28,9 (26,2-31,7)	16,9 (14,8-19,3)
D/E	63,5 (38,4-82,9)	28,7 (12,1-54,2)	29,0 (17,4-44,1)	12,2 (6,9-20,8)	31,3 (21,7-42,9)	21,2 (13,1-32,3)
Escolaridade Materna						
Até 3 anos	27,7 (19,8-37,2)	16,1 (10,8-23,4)	33,2 (27,7-39,3)	18,3 (14,3-23,1)	25,8 (20,1-32,5)	12,5 (9,5-16,1)
4 a 7 anos	33,4 (24,1-44,3)	21,9 (12,9-34,5)	29,1 (24,5-34,1)	15,1 (12,0-19,0)	31,5 (28,0-35,2)	16,8 (14,5-19,6)
F.Compl.-Méd. Incomp.	31,9 (24,2-40,7)	19,8 (13,3-28,5)	32,5 (28,5-36,8)	19,8 (16,5-23,6)	26,5 (23,3-29,9)	15,7 (13,3-18,4)
M. Compl.-Sup. Incomp.	28,8 (24,7-33,3)	16,6 (13,4-20,5)	32,6 (29,0-36,5)	19,4 (15,9-23,5)	27,6 (25,8-29,5)	15,8 (14,4-17,4)
Sup. Compl.	29,3 (19,8-41,1)	29,3 (19,8-41,1)	25,0 (21,6-28,7)	14,8 (12,4-17,6)	27,0 (24,4-29,7)	15,1 (13,0-17,5)
Tipo de escola						
Pública	30,1 (26,5-34,0)	17,9 (15,4-20,6)	31,3 (29,4-33,3)	18,4 (16,8-20,1)	27,4 (25,6-29,3)	15,1(13,6-16,8)
Privada	37,8 (30,4-45,9)	27,7 (18,9-38,6)	30,0 (27,7-32,4)	16,1 (12,6-20,3)	29,0 (26,9-31,2)	17,3(15,8-18,8)
Macrorregião						
Norte	35,5 (31,1-40,2)	20,9 (16,9-25,5)	32,9 (29,7-36,3)	19,0 (16,6-21,7)	30,1 (28,2-32,2)	17,2 (15,7-18,8)
Nordeste	34,9 (30,9-39,1)	19,0 (16,1-22,3)	32,8 (28,8-37,2)	18,6 (15,3-22,4)	28,2 (25,1-31,5)	16,3(13,8-19,1)
Sudeste	29,1 (29,5-35,4)	19,1 (14,9-24,1)	30,0 (27,8-32,3)	17,5 (15,3-19,9)	26,1 (23,5-28,7)	14,2 (11,9-16,8)
Sul	32,1 (27,0-37,6)	19,6 (14,8-25,6)	30,6 (26,9-34,5)	17,7 (15,5-29,2)	29,5 (27,2-31,9)	17,1 (14,6-20,0)
Centro-Oeste	34,2 (29,3-39,4)	20,8 (16,4-25,9)	32,4 (30,1-34,9)	18,6 (16,3-21,1)	30,5 (28,5-32,6)	17,2 (15,6-18,9)
Total	31,2 (27,7-35,0)	19,3 (16,3-22,3)	31,0(29,4-32,7)	17,9 (16,5-19,5)	27,7 (26,1-29,2)	15,5 (14,1- 16,9)

A associação entre AM e TMC, com medidas brutas e ajustadas por variáveis sociodemográficas e econômicas, estão apresentadas na Tabela 3.

O aleitamento materno por tempo mais prolongado esteve associado a 15% menor chance de apresentar TMC3 (OR=0,85; IC:0,72-0,99), mantendo o efeito protetor mesmo com ajuste para raça-cor (OR=0,85; IC:0,72- 0,99) e região (OR=0,77; IC:0,63-0,95).

Considerando o ponto de corte ≥ 5 , o aleitamento materno prolongado também se mostrou protetor (OR= 0,76; IC:0,63-0,93), permanecendo quando ajustado por raça-cor (OR=0,77; IC:0,63-0,95), região (OR= 0,76; IC:0,62-0,02), classe econômica (OR= 0,76; IC: 0,62-0,92) e escolaridade materna (OR= 0,73; IC: 0,57-0,94).

Tabela 3- Associação entre TMC e aleitamento materno entre adolescentes brasileiros, com valores das razões de chances (OR) brutas e ajustadas por cada variável isoladamente, para os pontos de corte 3 e 5 no escore total do GHQ-12 itens (N=41.723).

	Transtornos Mentais Comuns	
	Ponto de corte ≥ 3 OR (IC95%)	Ponto de corte ≥ 5 OR (IC95%)
Aleitamento materno		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	1,0 (0,83-1,20)	0,92 (0,74-1,12)
> 6 meses	0,85 (0,72-0,99)	0,76 (0,63-0,93)
Ajustado por raça-cor		
Aleitamento		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	1,0 (0,83-1,20)	0,92 (0,74-1,14)
> 6 meses	0,85 (0,72-0,99)	0,77 (0,63-0,95)
Ajustado por macrorregião		
Aleitamento		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	0,98 (0,83-1,17)	0,91 (0,74-1,12)
> 6 meses	0,83 (0,71-0,97)	0,76 (0,62-0,92)
Ajustado por classe econômica		
Aleitamento		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	0,98 (0,78-1,24)	0,91 (0,74-1,12)
> 6 meses	0,87 (0,68-1,12)	0,76 (0,62-0,92)
Ajustado por escolaridade materna		
Aleitamento		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	0,98 (0,79-1,21)	0,88 (0,67-1,15)
> 6 meses	0,84 (0,69-1,02)	0,73 (0,57-0,94)

Houve uma distribuição diferencial na frequência de TMC entre as categorias de aleitamento materno, ilustrando um possível efeito dose-resposta, independentemente do ponto de corte adotado (Tabela 4).

O modelo de regressão logística multivariado, ajustando para todas as variáveis simultaneamente, identificou uma associação significativa entre o aleitamento materno prolongado e uma redução de 27% na chance de TMC5 entre os adolescentes. Por outro lado, para o ponto de corte ≥ 3 , a associação não se manteve significativa (Tabela 4).

Tabela 4- Associação entre TMC e aleitamento materno entre adolescentes brasileiros: razões de chances (OR) ajustadas por todas as variáveis, para os pontos de corte 3 e 5 no escore total do GHQ-12 itens (N=41.723).

	Transtornos Mentais Comuns			
	Ponto de corte ≥ 3		Ponto de corte ≥ 5	
	OR (IC95%) ^a	% (IC 95%)	OR (IC95%) ^a	% (IC 95%)
AMOSTRA TOTAL		29,3 (28,1-30,5)		16,9(15,9-17,9)
Aleitamento materno				
≤ 1 mês	1,0	31,2 (27,7-35,0)	1,0	19,3(16,7-22,3)
2 a 6 meses	0,97(0,79-1,20)	31,0 (29,4-32,7)	0,87(0,66-1,14)	17,9(16,5-19,5)
> 6 meses	0,84(0,69-1,01)	27,7 (26,1-29,2)	0,73 (0,57-0,94)	15,5(14,1-16,9)

^aAjuste por raça-cor, macrorregião, escolaridade materna.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, os adolescentes que receberam AM por um período mais longo mostraram-se menos propensos a serem identificados como casos de TMC para os dois pontos de corte adotados do GHQ-12. Entretanto, após ajuste por todas as variáveis analisadas, tal associação se manteve significativa apenas para o TMC5.

Estudos que avaliam o efeito do aleitamento materno sobre os distúrbios mentais são escassos em âmbito mundial, sendo ainda menos frequentes com populações de adolescentes. Os poucos estudos existentes, a maioria realizados em países de alta renda, indicam um efeito protetor da amamentação sobre o comportamento geral ou bem-estar mental de crianças e adolescentes, e esse benefício parece ter relação positiva com o tempo de exposição ao leite materno, independente do tipo de padrão da amamentação (se exclusivo ou não). No entanto, esses estudos diferem quanto ao desenho, instrumento de coleta e categorização do tempo de aleitamento, e, além disso, alguns estudaram aleitamento materno exclusivo e outros não (YI et al., 2005; LIU et al., 2006, ODDY et al., 2010; HEIKKILA et al., 2011; HAYABAKHSH et al., 2012; REYNOLDS et al., 2014; MOLA et al., 2016). Assim, a necessidade de novos estudos que possam esclarecer melhor essa associação é evidente.

Uma via possível de explicação da associação entre AM e saúde mental poderia ser a composição do leite materno, que atua de forma favorável no desenvolvimento neurológico e psicomotor das crianças e na formação de células cerebrais (BJERVE et al 1993; CRAWFORD, 1993; BIRCH et al., 2007; SINN; MILTE; HOWE, 2010). O AM está associado a um maior quociente de inteligência (QI) e, parece haver evidências de que crianças com baixo QI têm aumento do risco de desenvolver depressão quando adultos (KOENEN et al., 2009; HORTA et al, 2015), mas nenhum desses estudos testou formalmente o efeito mediador do QI. O ácido ecosapentaenóico (EPA), presente no leite humano, é um dos possíveis componentes envolvidos nos mecanismos que explicam a associação entre aleitamento materno e QI. Este ácido, juntamente

com o ácido docosa-hexaenóico (DHA), foi proposto como suplemento dietético no tratamento da depressão (MARTINS, 2009).

Alguns estudos sugerem também que o ambiente doméstico e/ou cuidado materno inadequados durante a infância podem também influenciar o aparecimento de distúrbios mentais, evidenciando a importância da afetividade proporcionada pela interação mãe-filho durante a amamentação, durante a qual a criança experimentaria sensações semelhantes às vividas no período intrauterino, de calma e aconchego, promovendo e fortalecendo a formação de vínculos mãe-bebê (GAUTHIER et al., 1996; OAKLEY BROWNE et al., 1995; REY, 1995; MOORE, 2012).

Entretanto, neste estudo, não foram obtidas informações sobre as características do ambiente doméstico durante a infância nem sobre a ligação materno-infantil, portanto não podemos avaliar se o efeito protetor de AM sobre a saúde mental é atribuível aos componentes do leite materno, à ligação mãe-filho ou a uma combinação de ambos.

Este estudo encontrou uma associação positiva entre aleitamento prolongado e proteção para TMC com sintomatologia mais grave, considerando-se o ponto de corte maior ou igual a 5, com maior chance desses indivíduos serem casos verdadeiro-positivos. A associação entre aleitamento materno e saúde mental não se manteve significativa após ajuste por todas as variáveis estudadas, para o ponto de corte maior ou igual a 3.

É importante considerar que o GHQ-12 é um instrumento de rastreamento referentes às duas últimas semanas, anteriores à pesquisa, o que o torna sensível a mudanças psicológicas recentes (LOPES et al, 2016) que podem influenciar as respostas dos adolescentes. Somado a isso, é conhecido que os TMC, quando presentes em crianças e adolescentes, podem ser manifestações iniciais e menos específicas de transtornos mentais mais graves, sendo em sua maioria frequentemente detectados em fases posteriores (PATEL, 2007; LOPES et al, 2016).

Em relação a características sociodemográficas e econômicas, foi possível observar que aproximadamente um terço e 16,9% dos indivíduos avaliados

apresentou sintomas de TMC, para casos com três sintomas ou mais e casos com cinco sintomas ou mais, respectivamente. O que indica o acometimento de entre 3,4 e 6 milhões de adolescentes brasileiros (BRASIL, 2010). E, apesar desta análise incluir dados de uma subamostra do ERICA, a prevalência de TMC considerando o ponto de corte maior ou igual a três sintomas é semelhante àquela observada na amostra total de adolescentes do ERICA (30.0%) e próxima à encontrada em um estudo conduzido com adolescentes de 15 a 18 anos em Pelotas, RS, cuja prevalência de TMC foi de 28,8% (PINHEIRO et al., 2007; LOPES et al., 2016). Além disso, pode-se perceber que estas prevalências estão dentro da faixa encontrada para transtornos mentais na população adulta brasileira (20 a 56%), relatada em uma revisão bibliográfica de estudos realizados no período de 1997-2009 (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Foi observado, ainda, que indivíduos do sexo feminino, com idade entre 15 e 17 anos e de raça/cor amarela apresentaram as maiores prevalências de TMC. Isso corrobora outros estudos que também avaliaram a diferença desses transtornos entre sexos, utilizando diferentes instrumentos de coleta. Na amostra total do estudo ERICA, da qual esta subamostrada foi selecionada, também foi identificada uma maior prevalência de TMC entre meninas na mesma faixa etária, o que reforça a representatividade da amostra estudada (JANSEN et al., 2011; SILVA; COSTA, 2012; COUTINHO et al., 2014; LOPES et al., 2015; MOLA et al., 2016).

Apesar de escassa a literatura sobre TMC em adolescentes, Ravens-Sieberer et al (2008) e Thiengo et al (2014) mostraram que as adolescentes do sexo feminino estão mais propensas a desenvolverem transtornos depressivos e de ansiedade, enquanto que adolescentes do sexo masculino tem maior chance de apresentarem transtornos da conduta, transtornos por uso de substâncias e déficit de atenção e hiperatividade.

Existem poucos estudos sobre saúde mental no Brasil que incluíram a variável raça/cor da pele como uma variável de análise. Uma revisão sistemática mostrou que a prevalência de TMC entre pessoas de raça/cor preta é maior, e,

segundo a autora, é ainda maior em mulheres (COSTA; LUDEMIR, 2005; SMOLEN, 2016).

Em se tratando das características do AM nos adolescentes que compuseram a subamostra, mais de 50% foram amamentados na infância por um tempo maior que seis meses, sendo o Norte a região onde o AM prolongado foi mais prevalente. Isso reforça a ideia de que o tempo AM no Brasil vem aumentando nas últimas décadas. Por exemplo, na década de 1970, as crianças brasileiras eram amamentadas em média por dois meses e meio. Essa média começou a aumentar nos anos de 2006/2007, chegando a uma média de até um ano e dois meses (BRASIL, 2016).

Segundo dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, a região Norte também se destacou com os melhores resultados para o aleitamento materno na primeira hora de vida, para o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e por período prolongado (9 aos 12 meses) (VENANCIO et al., 2010), o que pode ser um indicativo de que, em regiões de maior pobreza, o aleitamento materno é a principal fonte de alimentação para no primeiro ano de vida.

Ainda segundo Wenzel e Souza (2011), mães com menor renda e escolaridade tenderam a amamentar por período mais prolongado. Porém, o mesmo não foi verificado por esta pesquisa, pois adolescentes pertencentes a classes econômicas mais baixas e cujas mães tinham menor escolaridade receberam amamentação por período mais curto ou até mesmo não receberam. Já adolescentes pertencentes a classes econômicas mais elevadas tenderam a receber amamentação por período mais longo, corroborando achados de outros estudos (SOUZA et al., 2012; UEMA et al., 2015), talvez reforçando o papel da educação na prática do aleitamento materno mais prolongado nos últimos anos. A tendência da prática de amamentação por um período mais curto entre as mulheres de baixa renda e menor escolaridade pode ser explicada pela falta ou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que também pode interferir no processo da amamentação, portanto destaca-se a necessidade de valorização do cuidado integral, acompanhando a mulher

desde o pré-natal até o pós-parto tardio (FALEIROS et al; 2006; SILVA et al., 2014).

Entre as limitações deste estudo, pode-se considerar que a informação acerca da exposição ao aleitamento materno é suscetível a vieses de memória, embora possa ser considerada relativamente precisa, devido à sua relevância no histórico dos ciclos vitais. Por outro lado, é possível que as mães tendam a superestimar o tempo de aleitamento, considerando a expectativa de cumprimento dos papéis maternos na sociedade. Este estudo avaliou a presença de sintomas indicativos de TMC somente nas duas últimas semanas anteriores à entrevista, o que pode ter deixado de identificar adolescentes que já apresentaram esses sintomas em períodos pregressos, produzindo uma subestimativa da prevalência de TMC na população estudada. Além disso, este estudo avaliou somente os adolescentes escolares em cidades com mais de 100 mil habitantes, não sendo possível generalizar os achados para os adolescentes não-escolares, possivelmente em situações de maior risco social e de maior vulnerabilidade. É provável que, nessas populações, tanto o aleitamento materno seja menos frequente e menos prolongado, quanto a ocorrência de TMC seja maior. Por fim, vale lembrar que este estudo avaliou somente a presença de TMC, não incluindo a identificação de transtornos mentais mais graves e incapacitantes, como psicoses, transtornos do espectro autista, retardo mental e dependência de substâncias psicoativas, pois essas condições estão associadas a maiores taxas de evasão escolar e a incapacitação decorrente pode ter sido classificada dentre os fatores de exclusão para a participação no estudo. Por fim, há um longo período de tempo entre a exposição estudada, receber aleitamento materno no primeiro ano de vida, e a adolescência, onde se avaliou a ocorrência de TMC, podendo ter havido, nesse interim, a exposição a inúmeros outros fatores que podem ter contribuído, tanto para melhores condições de saúde mental, quanto para aumentar o risco de sua ocorrência, independentemente da amamentação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho evidenciou um efeito protetor do aleitamento materno para a saúde mental de adolescentes, enfatizando a importância do cuidado adequado e da formação de vínculos afetivos entre as mães e os bebês no início da vida e fortalecendo a necessidade de implementação e manutenção de políticas públicas que valorizem e estimulem o aleitamento materno prolongado. Além disso, sendo elevada a prevalência de TMC entre adolescentes e considerando a sua persistência e potencial de incapacitação é premente a necessidade de implementação de medidas e programas de promoção de saúde mental na população geral, além da organização de sistemas de vigilância para identificação precoce e encaminhamento dos casos, e aparelhamento de serviços de saúde mental para atender específicos às demandas dessa população.

REFERÊNCIAS

- ANSELMINI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev. De Saude Publica* 42(Suppl2), 26–33, 2008.
- ARPINI, D. M.; QUINTANA, A. M. Identidade, família e relações sociais em adolescentes de grupos populares. **Estud. psicol. (Campinas)**. v.20, n.1, 2003.
- ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):349-361, 2009.
- ABP, 2008 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - **Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais**. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/imprensa/pesquisa-abp/>>.
- AVANCI, J. Q. et al. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psicol Teor Pesq.** 23(3):287-94, 2007.
- BARUFALDI, L. A. et al. ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**. 50(supl 1):6s, 2016.
- BEDREGAL, P.; MARGOZZINI, P.; MOLINA H. Revisión sistemática sobre la eficacia de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez. Santiago: Organización Panamericana de Saúde; 2002.
- BIRCH, E. E. et al. Visual acuity and cognitive outcomes at 4 years of age in a double-blind, randomized trial of long-chain polyunsaturated fatty acid-supplemented infant formula. **Early human development**, v.83, n.5, p.279-84, 2007.
- BJERVE, K. S et al. Omega-3 fatty acids: essential fatty acids with important biological effects, and serum phospholipid fatty acids as markers of dietary omega 3-fatty acid intake. **Am J Clin Nutr.** May; 57(5 Suppl):801S-805S; discussion 805S-806, 1993.
- BORSA, J. C. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. **Revista Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n.02, 2007.
- BORTOLETTI, F. F.; SILVA, M. S. C.; TIRADO, M. C. B. A. Dificuldades psicológicas durante a gravidez. IN: issler H o, editor. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. P. 45-51, 2008.
- BOWLBY, J. Uma base segura – aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: ArtMed, 1989.
- BLOCH, K. V., et al. The study of cardiovascular risk in adolescents – ERICA: rationale, design and sample characteristics of a national survey examining cardiovascular risk factor profile in Brazilian adolescents. **BMC Public Health**, v. 15, p. 94, 2016.
- BORGES, L. D. O.; ARGOLLO, J. T. C. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. **Aval. Psicol**, v.1, n.1. Porto Alegre. jun. 2002.
- BOWE, A. The Cultural Fairness of the 12-item General Health Questionnaire Among Diverse Adolescents. **Psychological Assessment**. May, 2016.

BRASIL. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 20 ago. 2016

BRASIL, 2016. Sinopse dos resultados CENSO 2010. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade- BRASIL. Disponível em <<https://vamoscontar.ibge.gov.br/atividades/ensino-fundamental-6-ao-9/49-piramide-etaria.html>>. Acesso em 15/06/2017

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em 15/06/2017.

BRASIL, 2009. SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica, nº 23.

BRASIL, 2013. Ministério da Saúde. Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>. Acesso em

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministerio da Saúde, 2002a.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Aleitamento Materno**. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm>. Acesso em

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a mortalidade infantil**. No Brasil, do total de mortes de crianças com menos de 1 ano, quase metade ocorre na primeira semana de vida. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/media_9993.htm>. Acesso em 15/06/2017.

CABLE, N; BARTLEY, M; MCMUNN, A; KELLY, Y. Gender differences in the effect of breastfeeding on adult psychological well-being. **European journal of public health**, v.22, n.5, p.653-8, 2011.

CAMPESTRINI, Selma. Tecnologia Simplificada na enfermagem Materno Infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, pag. 53-63. Brasília, 1992

CANAVEZ, M. F.; ALVES, A. R.; CANAVEZ, L. S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. **Cadernos Unifoa**, n.14, dez. 2010.

CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S.; E SILVA, M. D. P. Transtorno mental materno e desenvolvimento infantil: percepções sobre essa realidade. **O Mundo da Saúde, São Paulo**. 36(2):265-275, 2012.

CRAWFORD, M. A. The role of essential fatty acids in neural development: implications for perinatal nutrition. **The American journal of clinical nutrition**. 57(5 Suppl):703S-9S; discussion 9S-10S,1993.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, n.21, p.73-9, 2005.

COUTINHO, L. M. S et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(9):1875-1883, set, 2014.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

BENETTI, S. P. C. et al .Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.6, 2007.

DAVIM, R. M. B., et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 131-140, 2009.

DE CARVALHO, P. D, et al. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2095-2105, 2011.

FALEIROS F. T. V; TREZZA E. M. C, CARANDINA L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev Nutr.** 19(5): 623-30, 2006.

FERGUSSON, D. M; HORWOOD, L. J; SHANNON, F. T. Breastfeeding and subsequent social adjustment in six- to eight-year-old children. **Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.** v.28, n. 3, p. 379-86, 1987.

FERGUSSON, D. M; WOODWARD, L. J. Breastfeeding and later psychosocial adjustment. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 13, n. 2, p. 144-57, 1999.

FERREIRA. M. C. T, MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicol Reflex Crit** 2002; 15(1):35-44.

FIGUEIREDO, V. C. et al. ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**; 50(supl 1):12s, 2016.

FLEITLICH BW, GOODMAN R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **Br Med J.** 323:599-600, 2001.

FROTA, M. A. et al. FATORES QUE INTERFEREM NO ALEITAMENTO MATERNO. **Rev. Rene.** 2009.

GARRISON, C. Z.; JACKSON, K. L.; MARSTELLER, F.; MCKEOWN, R.; ADDY, C. A. longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1990;29(4):581-5.

GAUTHIER L.; STOLLAK G.; MESSE L.; ARONOFF J. Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. **Child Abuse Negl.** Jul;20(7):549-59, 1996.

GLOZAH, F. N.; PEVALIN, D. J. Factor structure and psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) among Ghanaian adolescents. **Journal of Child and Adolescent Mental Health**. 27(1): 53–57, 2015.

GLUCKMAN, P. D.; HANSON, M. A. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. **Science**, v.305, n. 5691, p.1733-6, 2004.

GOUVEIA, V. V. et al. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. **Psic.: Teor. e Pesq.** v.19, no.3. Brasília.Sept./Dec. 2003.

GOUVEIA, V. V. et al. *Questionário de Saúde Geral (QSG-12): o efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial*. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, 2012.

GOLDBERG, D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press. London, 1972.

GOODMAN, R.; SCOTT, S. Child psychiatry. Oxford: Blackwell Publishing, 2012.

GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em saúde mental infanto-juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento - uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 171-189, 2003.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **J Pediatr (Rio J)**. 80(2 Supl):S104-10, 2004.

HAYATBAKHS, M. R. et al. Association of breastfeeding and adolescents' psychopathology: a large prospective study. **Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine**, v.7, n.6, p. 480-6, 2012.

HEIKKILA, K. et al. Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. **Archives of disease in childhood**, v. 96, n.7, p. 635-42, 2011.

HORTA,B.L.; DEMOLA,C.L.; VICTORA,C.G. Breastfeeding and intelligence: systematic review and metaanalysis. **Acta Paediatr**.104,14–1, 2015.

HORWOOD, L. J.; FERGUSON, D. M. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. **Pediatrics**, v.101, n.1, 1998.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.3,.2011.

JULVEZ, J., et al. A cohort study on full breastfeeding and child neuropsychological development: the role of maternal social, psychological, and nutritional factors. **Developmental medicine and child neurology**, v. 56, n. 2, p: 148-56, 2014.

KRABBENDAM, L. et al. Relationship between DHA status at birth and child problem behaviour at 7 years of age. **Prostaglandins, leukotrienes, and essential fatty acids**, v. 76, n.1, p.29-34, 2007.

KOENEN, K. C. et al. Childhood IQ and adult mental disorders: a test of the cognitive reserve hypothesis. **Am J Psychiatry**. 166,50–57, 2009.

KWOK, M. K, LEUNG, G.M, SCHOOLING CM. Breast feeding and early adolescent behaviour, self-esteem and depression: Hong Kong's 'Children of 1997' birth cohort. **Archives of disease in childhood**, v.98, n.11, p.887-94, 2013.

LAPATE, V. A. Família e as drogas. In: Formação de multiplicadores de informação preventiva sobre drogas. SENAD. p.143-75, 2002. KRABBENDAM, L. et al. Relationship between DHA status at birth and child problem behaviour at 7 years of age. **Prostaglandins, leukotrienes, and essential fatty acids**, v. 76, n.1, p.29-34, 2007.

LI, W. H. C et al. Factorial structure of the Chinese version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. **Journal of Clinical Nursing**. 18, 3253–3261, 2009.

LIU, F; MA, L. J; YI, M. J. Association of breastfeeding with behavioral problems and temperament development in children aged 4-5 years. **Zhongguo dang dai er ke za zhi. Chinese journal of contemporary pediatrics**.v. 8, n. 4, p. 334-7, 2006.

LIND, J. N; LI. R; PERRINE, C. G, SCHIEVE, L. A. Breastfeeding and later psychosocial development of children at 6 years of age. **Pediatrics**, v.134, Suppl 1, p.S36-41, 2014.

LOPES. C. S., et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**. v.50, (supl 1), p.14s, 2016.

LUCAS, A. Programming by early nutrition in man. Ciba Foundation symposium.; v. 156, p.38-50; discussion -5, 1991.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**. 36(3):213-21. 2002.

MARQUES, M. D .S. A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES ASSOCIADOS A SUA INTERRUPTÃO.[DISSERTAÇÃO]. UEFS. Feira de Santana, 2014.

MATAVEL, O. A. **Conhecimentos sobre aleitamento Materno na cidade de Maputo**. Dissertação. Porto, 2004. Portugal. PREYOR, Karen Wylie. **A arte de amamentar**. São Paulo: Summus, 1981.

MARTINS, J. G. EPA but not DHA appears to be responsible for the efficacy of omega-3 long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in depression: evidence from a meta-analysis of randomized controlled trials. **J Am Coll Nutr**. Oct; 28(5):525-42, 2009.

MOREIRA, J. K. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**.60(3):221-6, 2011.

MOLA, C.; HORTA, B.L.; GONÇALVES, H.; QUEVEDO, L. D. A. Breastfeeding and mental health in adulthood: A birth cohort study in Brazil. **Journal of Affective Disorders**. 202: 115–119, 2016.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The Cochrane database of systematic reviews**, n.5, Cd003519, 2012.

NÓBREGA, F. G. Distúrbios da nutrição. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1998.

ODDY, W.H., et al. The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. **The Journal of pediatrics**.v.156, n. 4, p. 568-7, 2010.

OAKLEY BROWNE, M. A et al. Disruptions in childhood parental care as risk factors for major depression in adult women. **aust.n.z.j.psychiatry**. Vol 29, Issue 3, 1995.

_____. Organização Mundial da Saúde. OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas. Disponível em:< <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>>. [acesso em 15 mar 2018].

_____. Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**. v.369, n.9569, p.1302-13, 2007.

PADRÓN, A. et al. Confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire(GHQ-12) in Spanish adolescents. **Qual Life Res**. 21:1291–1298, 2012.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. **Rev Bras Psiquiatr**, v.26, 2004.

PINHEIRO, K. A. T et al. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Rev Bras Psiquiatr**, v.29, p.241-5, 2007.

POLANCZYK, G.V. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**. v.31,n.1,Porto Alegre, 2009.

POLITI, P. L.; PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. **Acru Pl.i,c.htnrr Scurid** 1994. YII. 412-4.37 Pririred in Belgirrii.

PRATTA, E. M. M.; DOS SANTOS, A. M. FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA: A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DE SEUS MEMBROS. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007.

QUINN, P. J. et al. The effect of breastfeeding on child development at 5 years: a cohort study. **Journal of paediatrics and child health**, v.37, n.5, p.465-9, 2001.

RAVENS-SIEBERER, U et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. Dec;17 Suppl 1:22-33, 2008.

RESENDE, K. M.; DE OLIVEIRA, D. M. V. A amamentação como fator relevante no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Presidente Antônio Carlos. 2011.

REY, J. M. Perceptions of poor maternal care are associated with adolescent depression. **J.Affect.Disord.** 34,95–100, 1995.

REYNOLDS, D.; HENNESSY, E.; POLEK, E. Is breastfeeding in infancy predictive of child mental well-being and protective against obesity at 9 years of age?. **Child: Care Health Dev.** 40,882–890, 2014.

RICHARDS, M.; HARDY, R.; WADSWORTH, M. E. Long-term effects of breast-feeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function. **Public health nutrition**, v.5, n.5, p.631-5, 2002.

ROBINSON, M. et al. Pre- and postnatal influences on preschool mental health: a large-scale cohort study. **Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines**, v. 49, n.10, p.1118-28, 2008.

SALIBA, N. A. et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.8, p. 481-90, 2008.

SAMEROFF, A. J. et al Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors. **Pediatrics.**79(3):343-50, 1987.

SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. D. P.; DRESCH, V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. **Psicothema** 2008. Vol. 20, nº 4, pp. 839-843.

SANTOS, E. J.; DE SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.**vol.59,n.3 Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, J. S; ANDRADE, M.; DA SILVA, J. L. L. **Fatores que influenciam no desmame precoce: implicações para o enfermeiro de promoção da saúde na estratégia de saúde da família.** Revista eletrônica Informe-se em promoção da saúde, Universidade Federal Fluminense, v.5, n.2.p.26-29, 2009.

SCHMITZ, N. et al. Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** 34: 360-366, 1999.

SHELTON, K. H. et al. Using a genetically informative design to examine the relationship between breastfeeding and childhood conduct problems. **European child & adolescent psychiatry**,v. 20, n.11-12, p. 571-9, 2011.

SILVA et al. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Rev. bras. enferm.** vol.67 no.2 Brasília Mar./Apr. 2014.

SILVA, R. S., DA COSTA, L. A. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUND ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA AREA DA SAÚDE. **Revista de Psicologia**, V.15, N.23, 2012.

SINN, N.; MILTE. C.; HOWE, P. R. Oiling the brain: a review of randomized controlled trials of omega-3 fatty acids in psychopathology across the lifespan. **Nutrients**, v. 2 n. 2, p.128-70, 2010.

SMOLEN, J. R. Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da interseccionalidade. Dissertação. 2016.

SOUZA et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta paul. enferm.** vol.25 no.1 São Paulo, 2012.

SOUZA, D. P. O. et al. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n.4, 2005.

TAIT, R. J. et al. Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in Young Australian adolescents. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 37: 374–381, 2003.

TAVARES, B. F.; BERIA, J. U.; DE LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.6, 2004.

TAYLOR, B. WADSWORTH J. Breast feeding and child development at five years. **Developmental medicine and child neurology**, v.26, n.1, p. 73-80, 1984.

THIENGO, D M.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. bras. psiquiatr.** vol.63, no.4, Rio de Janeiro Oct./Dec. 2014

UEMA et al. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.** v. 36, n. 1, supl, p. 349-362, ago. 2015.

VASCONCELLOS, M. T. L. et al. Desenho da amostra do Estudo do Risco Cardiovascular em Adolescentes (ERICA). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(5):1-10, mai, 2015.

VENANCIO, S.I et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Pediatr** (Rio J). 86(4):317-324, 2010.

VICTORA, C. G, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global health**, v.3, n.4, p.e199-205, 2015.

VICTORA, C.G., et al. Breastfeeding and school achievement in Brazilian adolescents. **Acta paediatrica.** v.94, n.11, p.1656-60, 2005.

VIEIRA, P. C., et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.11, p.2487-2498, 2008.

YI, M. J.; ZHOU, X. B.; ZHANG, P.; LIU, X. M. Correlation of behavioral problems with gender and infant breastfeeding in pre school children.**Chin.J.Clin.Rehabil.** 9,243–245, 2005.

YORIFUJI, T. et al. Breastfeeding and behavioral development: a nationwide longitudinal survey in Japan. **The Journal of pediatrics**, v. 164, n. 5, p: 1019-25.e3, 2014.

WANG, Y-P; DE SÁ JUNIOR, A. R. Questionário de saúde geral de goldberg (qsg). **Instrumentos de avaliação em saúde mental.** Porto Alegre: Artmed: 2016.

WENZEL, D.; SOUZA, S. B. PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO

BRASIL SEGUNDO CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 21(2): 251-258, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –The optimal duration of exclusive breastfeeding– Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Capítulo 3. 2001 Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards a common language for functioning disability and health – ICF. Geneva: World Health Organization; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Genebra, 2005. Disponível em:<http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1- QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS RESPONSÁVEIS

**Bloco 1: Perguntas sobre quem está preenchendo esse formulário**

Sr(a) responsável, para complementar as informações sobre a saúde dos escolares, gostaríamos da sua participação preenchendo esse questionário.

1. Qual o seu sexo?

Masculino Feminino

2. Qual seu parentesco com o/a estudante?

Pai / mãe

Irmão / irmã

Padrasto / Madrasta

Avô /avó

Outro parente. Qual? _____

Outro não parente. Qual? _____

3. Qual o bairro onde o/a estudante mora: _____**Bloco 2: Perguntas sobre a mãe do/da estudante**

Nome da Mãe: | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Não possuo informações sobre ela Falecida

4. Quantos anos a mãe tem? |_|_| anos**5. Qual a data de nascimento da mãe? |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|****6. Qual a raça /cor da mãe?**

Branca

Negra/preta

Mulata/Parda

Amarela (oriental)

Indígena

Outra

Não sei / não lembro / prefiro não responder



7. Até que grau a mãe estudou / está estudando?

- Não estudou
 Cursou até três anos do ensino fundamental ou primeiro grau (primário)
 Cursou mais de três anos do ensino fundamental ou primeiro grau (ginásio), mas não terminou
 Terminou o ensino fundamental ou primeiro grau (ginásio)
 Cursou o ensino médio ou segundo grau (científico), mas não terminou
 Terminou o ensino médio ou segundo grau (científico)
 Cursou alguns anos de faculdade, mas não terminou (superior incompleto)
 Terminou a faculdade (superior completo)
 Não sei / não lembro / prefiro não responder

8. A mãe do/da estudante:

- Trabalha fora de casa
 Trabalha em casa (não considere os afazeres domésticos)
 Não trabalha
 Não sei

9. Qual é a altura da mãe do/a estudante? _____ metros de altura Não sei

10. Qual é o peso atual da mãe do/a estudante? _____ quilos Não sei

Bloco 3: Ocorrência de doenças na família do/da estudante

11. Assinale se já foi dito por médico que algum parente do/da estudante tem hipertensão arterial (pressão alta)

- Nenhum Pai Mãe Irmão ou Irmã Não sei

12. Assinale se já foi dito por médico que algum parente do/da estudante tem ou teve problemas no coração (angina, isquemia, infarto do miocárdio, “problemas” nas coronárias)

- Nenhum Pai Mãe Irmão ou Irmã Não sei

13. Assinale se já foi dito por médico que algum parente do/da estudante teve “derrame cerebral” (embolia, isquemia ou infarto cerebral, hemorragia cerebral, ataque isquêmico transitório, AVC, AVE)

- Nenhum Pai Mãe Irmão ou Irmã Não sei



14. Assinale se já foi dito por médico que algum parente do/da estudante tem diabetes (açúcar alto no sangue)

Nenhum Pai Mãe Irmão ou Irmã Não sei

15. Assinale se já foi dito por médico que algum parente do/da estudante tem colesterol aumentado (gorduras elevadas no sangue)

Nenhum Pai Mãe Irmão ou Irmã Não sei

16. Qual é a altura do pai do/a estudante? _____ metros de altura Não sei

17. Qual é o peso atual do pai do/a estudante? _____ quilos Não sei

Bloco 4: Sobre o nascimento do/da estudante

18. Ele(a) nasceu com nove meses de gravidez?

Sim Não Não sei / não lembro

19. Qual foi o peso de nascimento dele(a)?

_____ Kg Não sei / não lembro

20. Qual foi o comprimento dele(a) ao nascimento?

_____ cm Não sei / não lembro

21. Foi amamentado no peito?

Sim Até meses OU Até anos

Não

Não sei / não lembro



Bloco 5: Sobre a saúde do/da estudante

22. Ele(a) tem alguma das doenças a seguir:

- | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma / Bronquite | <input type="checkbox"/> Problema de coração |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema renal |
| <input type="checkbox"/> Febre reumática | <input type="checkbox"/> Outra: Qual? _____ |

23. No último ano, quantas vezes ele(a) foi internado por algum problema de saúde? [] [] [] []
vezes

24. No último ano, quantas vezes ele(a) foi atendido em serviço de emergência por algum problema de saúde? [] [] [] [] vezes

25. EM UM DIA DE SEMANA COMUM, a que horas o/a estudante costuma DORMIR? Marque com um X a hora correspondente no quadrado:

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6 horas da noite | <input type="checkbox"/> 6 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 7 horas da noite | <input type="checkbox"/> 7 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 8 horas da noite | <input type="checkbox"/> 8 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 9 horas da noite | <input type="checkbox"/> 9 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 10 horas da noite | <input type="checkbox"/> 10 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 11 horas da noite | <input type="checkbox"/> 11 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> Meia noite | <input type="checkbox"/> Meio dia |
| <input type="checkbox"/> 1 hora da manhã | <input type="checkbox"/> 1 hora da tarde |
| <input type="checkbox"/> 2 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 2 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 3 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 3 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 4 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 4 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 5 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 5 horas da tarde |

26. EM UM DIA DE SEMANA COMUM, a que horas o/a estudante costuma ACORDAR? Marque com um X a hora correspondente no quadrado:

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 4 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 5 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 5 horas da tarde |
| <input type="checkbox"/> 6 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 6 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 7 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 7 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 8 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 8 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 9 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 9 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 10 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 10 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> 11 horas da manhã | <input type="checkbox"/> 11 horas da noite |
| <input type="checkbox"/> Meio dia | <input type="checkbox"/> Meia noite |
| <input type="checkbox"/> 1 hora da tarde | <input type="checkbox"/> 1 hora da manhã |
| <input type="checkbox"/> 2 horas da tarde | <input type="checkbox"/> 2 horas da manhã |
| <input type="checkbox"/> 3 horas da tarde | <input type="checkbox"/> 3 horas da manhã |

Você autoriza que sejam pesquisados dados sobre o nascimento do/a estudante nos registros hospitalares?

- Sim Não

*Fim do Questionário.
Muito Obrigada pela sua Participação!*

ANEXO 2 - ASPECTOS ÉTICOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 01/2009
PROCESSO Nº 45/2008

Projeto de pesquisa: Estudo de Risco cardiovascular em adolescentes.

Pesquisador: Moyses Szklo

O Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolveu APROVAR o presente projeto.

Entretanto como o projeto será realizado em vários estados brasileiros solicitamos que em cada estado haja pelo menos um CEP responsável pelo acompanhamento do projeto. Como o projeto deu entrada neste CEP como multicentrico, com código ERICA, cada CEP deverá apreciar com independência.

Informamos que o CEP está à disposição do pesquisador para quaisquer esclarecimento ou orientação que se façam necessários no decorrer da pesquisa.

Lembramos que o pesquisador deverá apresentar relatório da pesquisa no prazo de um ano a partir desta data.

Cidade Universitária, 11 de fevereiro de 2009.

Marisa Palácios
Coordenadora CEP/NESC

MARISA PALACIOS
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
IESC - UFRJ



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 235113	
Projeto de Pesquisa Título de Risco Cardiovascular em Adolescentes e Jovens					
Área de Conhecimento 405 - Saúde Coletiva				Grupo Grupo II	Área Epidemiologia
Área de Avaliação Epidemiológica				Tema Não se Aplica	
Unidade Órgão, Endereço, Fone de Risco Cardiovascular, Endereço, Município					
Objetos de Pesquisa					
Nº de Sítios no Centro 1000	Total Sítios 74000	Nº de Sítios Total 74000	Grupos Especiais Grupos e sub-grupos de 18 anos. Pesquisas com estudo de intervenção com prescrição de drogas, testes, vacinas, etc.		
PAIS BR	Indicadores PAC, ADO, JUV	Web site NÃO	Serviço Tabela NÃO	Banco de Dados SISABIS	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável MAYRA ZUKA		CPF 031.148.381-23		Identidade 136534 - PF	
Área de Capacitação EPIDEMIOLOGIA		Município DOURADO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA GENERAL URQUISA 2351133		País BRASIL		Estado RIO DE JANEIRO - RJ	
Código Postal 20071-000	Telefone 21.2598276/21.25120473	Fax 21.2598276		E-mail mzuka@epi.saude.gov.br	
Termo de Compromisso Declaro que cumprio e cumpro os requisitos de Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e todos os dados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sem qualquer discriminação. Assumo as responsabilidades pela concepção científica do projeto acima. Data: <u>04.12.2008</u> Assinatura:					
Instituição Onde Será Realizada					
Nome Unidade de Saúde Coletiva - UFRJ		CNPJ 33.892.882/0001-42		Nacionalidade Nacional	
Unidade/Orgão Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva		Participação Científica NÃO		Projeto MACHADO 087	
Endereço Av. Engenheiro Tomaz de Azevedo - Tipo de Prefeitura - Cidade Universitária		Município Rio de Janeiro		Estado Rio de Janeiro - RJ	
Código Postal 22061-900	Telefone (21) 2598.8271	Fax 21(2598)205		E-mail mzuka@epi.saude.gov.br	
Termo de Compromisso Declaro que cumprio e cumpro os requisitos de Res. CNS 196/96 e suas complementares e que esta instituição tem condições para o desenvolvimento do projeto, a partir da aprovação. Nome: <u>Helena Rocha Ramos</u> Assinatura: Data: <u>04.12.2008</u> Assinatura: _____					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 01/12/2008. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

0 Voltar

IMPRIMIR

ANEXO 3 - ITENS DO GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE – 12 ITENS.

GHQ-12

Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você tem...

-
- a) perdido muito sono por preocupação?
- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume
-
- b) se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?
- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume
-
- c) sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?
- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume
-
- d) sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?
- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos útil que de costume 4 Muito menos útil que de costume
-
- e) sido capaz de enfrentar seus problemas?
- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos capaz que de costume 4 Muito menos capaz que de costume
-
- f) se sentido capaz de tomar decisões?
- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos capaz que de costume 4 Muito menos capaz que de costume
-
- g) sentido que está difícil de superar suas dificuldades?
- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume
-
- h) se sentido feliz de um modo geral?
- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume
-
- i) tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?
- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume
-
- j) se sentido triste e deprimido(a)?
- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume
-
- k) perdido a confiança em você mesmo?
- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume
-
- l) se achado uma pessoa sem valor?
- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume
-

Fonte: ERICA, 2013-2014

APÊNDICE

APENDICE 1- ARTIGO

APÊNDICE 1- ARTIGO

EFEITO DO ALEITAMENTO MATERNO NA OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ADOLESCÊNCIA

EFFECT OF BREASTFEEDING ON THE OCCURRENCE OF COMMON MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENCE

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o efeito do aleitamento materno na ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) na adolescência **METODOLOGIA:** Este trabalho utilizou dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes, avaliando os adolescentes cujos pais ou responsáveis responderam às questões referentes à amamentação desses indivíduos. A presença de TMC foi identificada pelo instrumento General Health Questionnaire (GHQ) versão 12 itens, considerando dois pontos: escores ≥ 3 e ≥ 5 . As associações foram testadas em análise bivariada e modelos multivariados de regressão logística, controlando para variáveis de confusão. As análises foram realizadas utilizando o programa estatístico Data Analysis and Statistical Software versão 13.0, adotando-se um nível de significância de 0,05. **RESULTADOS:** Dos 41.723 dos adolescentes que participaram da pesquisa a maioria é do sexo feminino (54,6%), com idade entre 12 e 15 anos (71,0%). A maioria estuda em escolas públicas (83,1%), residentes na região sudeste (51,9%), pertencentes à classe econômica B (53,8%), e com menos da metade das mães que completaram o ensino médio (48,3%). Quanto ao aleitamento materno, 51,8% dos adolescentes foram amamentados por um período superior a seis meses e esses indivíduos mostraram-se menos propensos a serem identificados como casos de TMC para os dois pontos de corte do GHQ-12 (OR=0,85; IC95%=0,72-0,99 e OR=0,76; IC95%=0,63-0,93 para 3 e 5 pontos, respectivamente). Entretanto, após ajuste no modelo multivariado, tal associação se manteve estatisticamente significativa apenas para o ponto de corte ≥ 5 . **CONCLUSÃO:** Esses resultados sugerem um efeito protetor do aleitamento materno para a saúde mental dos adolescentes.

Palavras-chaves: Saúde mental; Adolescentes, Transtornos mentais, Aleitamento materno.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the effect of breastfeeding on the occurrence of common mental disorders in adolescence. **METHODOLOGY:** This study used data from the Study of Cardiovascular Risk in Adolescents (ERICA), evaluating the subsample of adolescents whose parents or guardians answered the questions about adolescent exposure to breastfeeding. The instrument used to assess the presence of common mental disorders (CMD) was the General Health Questionnaire (GHQ), in its 12-item version, completed by the adolescents. Two cut-off points were used to identify possible cases of CMD: scores ≥ 3 and ≥ 5 points. A descriptive analysis was performed for qualitative and quantitative variables. The associations were tested in bivariate analysis and multivariate logistic regression models, controlling for confusing variables. All analyzes were performed using the statistical software Data Analysis and Statistical Software version 13.0 (STATA 13.0), adopting a level of significance of 0.05. The ERICA project was approved by the Research Ethics Committee (REC) of the Institute of Public Health Studies of the Federal University of Rio de Janeiro (IESC / UFRJ) (Process 45/2008 of 11/2/2009) and by a REC of each unit of the federation. **RESULTS:** The studied sample was composed by 41,723 individuals. The majority of school adolescents are female (54.6%), aged between 12 and 15 years (71.0%) and race / brown color (49.7%). The majority studied in public schools (83.1%), residents of the Southeast region (51.9%), belonging to economic class B (53.8%), and less than half of the mothers completed high school (48.3% %). Regarding breastfeeding, 14.9% of adolescents did not receive or received for less than 1 month, 33.3% were breastfed for 2 to 6 months and 51.8% for more than 6 months. Subjects who have had breastfeeding for more than six months were less likely to be identified as CMD cases for the two GHQ-12 cut-off points (OR = 0.85, 95% CI = 0.72-0.99 and OR = 0.76, 95% CI = 0.63-0.93 for 3 and 5 points, respectively). However, after adjustment in the multivariate model, this association remained statistically significant only for the cut-off point ≥ 5 , with a 27% reduction in the occurrence of CMD among adolescents (OR = 0.73; 95% CI = 0.57-0.94). **CONCLUSION:** This study evidenced a protective effect of breastfeeding on the mental health of adolescents, emphasizing the importance of caring and the formation of affective bonds early in life

and strengthening the need to implement and maintain public policies that value and stimulate breastfeeding maternal disease. In addition, since the prevalence of CMD among adolescents is high and considering their persistence and potential for disability, it is urgent to implement measures and programs to promote mental health in the general population, in addition to the organization of surveillance systems for early identification and referral of cases, and provision of mental health services for this population.

Keywords: Mental health; Adolescents, Common mental disorders, Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, entre 10 e 20% das crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais, com índices elevados de persistência, podendo levar a comprometimento do desenvolvimento e prejuízos na vida adulta^{6,42}. Uma pesquisa nacional que avaliou a saúde mental de crianças brasileiras, identificou uma prevalência de transtornos mentais de 12,6% entre jovens de 6 a 17 anos, o equivalente a 5 milhões de crianças^{7,8}. Sabe-se que características familiares, sociais, econômicas e psicológicas são importantes fatores no desenvolvimento de problemas de comportamento durante a infância e adolescência⁹.

Porém, pouco se sabe acerca do impacto do aleitamento materno sobre a saúde mental subsequente. O ato de amamentar é a primeira ação de prevenção e intervenção nutricional, empreendida pela mãe para assegurar a sobrevivência e saúde do filho¹. Os benefícios imediatos e de curto prazo do aleitamento materno têm sido amplamente descritos na literatura médica². Há, ainda, estudos de seguimento que demonstram o papel positivo da amamentação prolongada no desempenho em testes cognitivos³, de vocabulário e coordenação visuomotora, além de estar associada a medidas adequadas de altura e da circunferência cefálica⁴, a uma maior renda na idade adulta⁵, e menor ocorrência de problemas de comportamento e transtornos internalizantes^{9,10,11,12,13}. Alguns autores relatam, ainda, que a amamentação está negativamente associada com estresse psicológico, sintomas de depressão/ansiedade, transtorno de déficit de atenção e depressão maior em crianças e adolescentes^{11,14,15,16,17,18,19,20}. Outros estudos, no entanto, não identificaram associações entre amamentação e saúde mental^{21,22,23,24}.

Assim, o presente estudo teve como objetivo verificar o efeito do aleitamento materno na ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) entre adolescentes brasileiros, analisando uma subamostra dos participantes do Estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes (ERICA) escolares brasileiros.

MÉTODOS

Este estudo analisou dados do ERICA, um estudo transversal, nacional, de base escolar, conduzido em 2013-2014, que avaliou uma amostra representativa de adolescentes de 12 a 17 anos de idade, em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes,

totalizando 74.589 alunos²⁵. Teve por objetivos estimar a prevalência de síndrome metabólica, diabetes mellitus, obesidade, fatores de risco cardiovascular e de marcadores de resistência à insulina e inflamatórios²⁶. Foi utilizado um coletor de dados eletrônico, preenchido pelo próprio adolescente no âmbito da escola. Além das informações contidas no questionário, foram coletadas informações sobre o consumo alimentar do adolescente e, em subamostra de cerca de 42.000 estudantes do turno matutino, foi coletada uma amostra de sangue.

Informações sobre morbidade familiar, peso ao nascer do adolescente e histórico de amamentação foram obtidas por meio de questionário enviado pelos alunos aos pais ou responsáveis²⁷. Para o presente estudo, foram incluídos todos os adolescentes cujos pais ou responsáveis responderam ao questionário que continha informações sobre o aleitamento materno recebido pelo adolescente (N=41.723, 55,9% da amostra total). Em uma análise prévia de sensibilidade, verificou-se que não há diferença significativa na prevalência de TMC nas duas amostras. Foi investigado se a criança foi amamentada no peito e durante quanto tempo após o nascimento. A exposição ao aleitamento materno foi, então, categorizada em três grupos: 1) não recebeu aleitamento materno/ou recebeu por período inferior ou igual a um mês, 2) recebeu aleitamento materno de dois até seis meses e 3) recebeu aleitamento materno por período superior a seis meses.

O desfecho analisado foi a presença de transtornos mentais comuns, avaliada por meio do General Health Questionnaire (GHQ-12). Foram utilizados dois pontos de corte do questionário GHQ-12 itens: valores iguais ou maiores que 3 (TMC3) e valores iguais ou maiores que 5 (TMC5), em um total possível de 12 pontos. Variáveis socioeconômicas, demográficas e geográficas também foram analisadas: sexo, idade e raça-cor do adolescente, escolaridade materna, tipo de escola (pública ou particular), macrorregião e classe econômica (A, B, C e D/E).

Análises descritivas, proporções e associações foram realizadas utilizando o software STATA versão 13.0. Pela natureza complexa do delineamento da amostra, foram utilizados pesos amostrais em todas as análises, calculados pelo produto dos inversos das probabilidades de inclusão em cada estrato da amostra e calibrados considerando uma estimativa da população de adolescentes matriculados em escolas localizadas nos estratos geográficos, levando em consideração a distribuição por sexo e idade. O

detalhamento dos métodos de amostragem e ponderação foram descritos por De Vasconcelos *et al*⁴³.

Avaliou-se o potencial de interação das variáveis sexo e idade na associação entre a exposição e o desfecho. Visto que não houve modificação de efeito, os resultados não foram estratificados por essas variáveis.

Para avaliar a associação entre as variáveis de interesse, foram realizadas análises de regressão logística simples e multivariadas, estimando-se valores de razões de chances (OR) brutos e ajustados para os desfechos TMC3 e TMC5, considerando os pontos de corte ≥ 3 e ≥ 5 , respectivamente. A exposição principal foi a presença/tempo de aleitamento materno e as demais variáveis de ajustes foram raça-cor e macrorregião, classe econômica e escolaridade materna. Considerando uma possível relação causal entre aleitamento materno e TMC e suas relações com essas covariáveis, foi construído um Diagrama Acíclico Direcionado (DAG) (Figura I), mostrando, em vermelho, as variáveis potenciais de confusão, que devem ser incluídas nos modelos de ajuste. A variável classe econômica foi excluída do modelo de regressão logística multivariado por haver colinearidade significativa com escolaridade materna; além disso, verificou-se uma grande quantidade de dados faltantes nessa variável, o que causaria uma diminuição na precisão da estimativa final. O nível de significância adotado foi de 0.05 ($p < 0,05$) para todos os testes.

O ERICA foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Instituição de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, instituição da Coordenação Central do estudo (IESC/UFRJ- Processo 45/2008) e de cada estado brasileiro²⁶.

RESULTADOS

Dentre os adolescentes estudados (41.723 indivíduos), mais da metade são do sexo feminino (54,6%), com predomínio da faixa etária de 12 a 15 anos (71,0%), e a maioria é proveniente de escola pública (83,1%). Quase a metade é de raça/cor parda (49,7%), residente na região Sudeste (51,9%) e pertencente à classe econômica B (53,8%); menos da metade das mães completou o ensino médio (48,3%) (Tabela 1). A maioria dos adolescentes foi amamentada por um período superior a seis meses (51,8%), e essa distribuição se manteve nas diferentes categorias de sexo, idade, tipo de escola, raça-

cor, região, classe econômica e escolaridade materna (Tabela I).

Não houve diferença no padrão de aleitamento materno por sexo ou idade dos adolescentes. Quanto à raça-cor, mais adolescentes indígenas (17,5%) e brancos (15,8%) não receberam aleitamento materno, e essa proporção foi menor entre crianças amarelas (10,6%), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas (Tabela I). Igualmente, adolescentes pertencentes às classes econômicas D e E apresentaram menor frequência de aleitamento materno prolongado (>6 meses) e maior frequência de aleitamento materno ≤ 1 mês.

Além disso, observa-se que quanto menor o grau de escolaridade da mãe maior a proporção de adolescentes que não receberam aleitamento, e essas diferenças foram significativas entre os estratos distais (Tabela I). Não houve diferenças, no entanto, em relação ao aleitamento por período prolongado.

A proporção de adolescentes que não receberam aleitamento foi maior nas escolas públicas (15,3%) do que nas privadas (13,0%).

No que se refere à macrorregião, observou-se que uma maior proporção de adolescentes da Região Norte e da Centro-Oeste receberam aleitamento materno por período prolongado (66,1% e 60,6%), comparados com os de outras regiões, e também menores proporções de adolescente não foram amamentados (9,3% e 11,7%, respectivamente). Na região Sul, observou-se a maior estimativa (16,9%) de adolescentes que não receberam aleitamento materno e essas diferenças regionais foram significativas (Tabela I).

Adolescentes do sexo feminino apresentaram maior prevalência de TMC3 e TMC5, em comparação com os meninos, independentemente do tempo de amamentação (Tabela II) e do ponto de corte utilizado, e essas diferenças foram estatisticamente significativas.

Observou-se uma tendência crescente de prevalência de TMC quanto menor o tempo de aleitamento materno, maiores prevalências entre os adolescentes que não foram amamentados quando comparados àqueles que receberam amamentação por mais de seis meses, tanto para TMC3 (31,2% vs 27,7%), quanto para TMC5 (19,3% vs 15,5%), embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. Essa

distribuição diferencial se manteve nas diferentes categorias das variáveis sociodemográficas e econômicas.

Foram observadas maiores prevalências de TMC3, no período mais curto da amamentação, nos adolescentes entre 15 e 17 anos, de raça-cor amarela, filhos de mães com baixa escolaridade, residentes na região Norte e das classes econômicas D/E (Tabela II).

A prevalência de TMC5, para os que não receberam aleitamento materno, foi maior em indivíduos pertencentes à classe econômica A, residentes na região Norte, cujas mães tem escolaridade elevada, com curso superior completo. Também dentre os que não foram amamentados, adolescentes de escolas privadas apresentaram maiores prevalências de TMC3 e TMC5 (Tabela II).

A associação entre AM e TMC, com medidas brutas e ajustadas por variáveis sociodemográficas e econômicas, estão apresentadas na Tabela III.

O aleitamento materno por tempo mais prolongado esteve associado a 15% menor chance de apresentar TMC3 (OR=0,85; IC:0,72-0,99), mantendo o efeito protetor mesmo com ajuste para raça-cor (OR=0,85; IC:0,72- 0,99) e região (OR=0,77; IC:0,63-0,95).

Considerando o ponto de corte ≥ 5 , o aleitamento materno prolongado também se mostrou protetor (OR= 0,76; IC:0,63-0,93), permanecendo quando ajustado por raça-cor (OR=0,77; IC:0,63-0,95), região (OR= 0,76; IC:0,62-0,92), classe econômica (OR= 0,76; IC: 0,62-0,92) e escolaridade materna (OR= 0,73; IC: 0,57-0,94).

Houve uma distribuição diferencial na frequência de TMC entre as categorias de aleitamento materno, ilustrando um possível efeito dose-resposta, independentemente do ponto de corte adotado (Tabela IV).

O modelo de regressão logística multivariado, ajustando para todas as variáveis simultaneamente, identificou uma associação significativa entre o aleitamento materno prolongado e uma redução de 27% na chance de TMC5 entre os adolescentes. Por outro lado, para o ponto de corte ≥ 3 , a associação não se manteve significativa (Tabela IV).

DISCUSSÃO

Adolescentes que receberam aleitamento materno por mais de seis meses mostraram-se menos propensos a serem identificados como casos de TMC para os dois pontos de corte do GHQ-12. Entretanto, após ajuste por todas as variáveis analisadas, a associação se manteve significativa somente para casos com maior número de sintomas (TMC5). Esses achados indicam um efeito protetor do aleitamento materno sobre a saúde mental de adolescentes, enfatizando a importância da assistência materna e da formação de vínculos afetivos no início da vida^{41,42,43}.

Estudos que avaliam o efeito do aleitamento materno sobre transtornos mentais são escassos, e vários destes, demonstram um efeito benéfico do aleitamento materno sobre problemas de comportamento e bem-estar mental de crianças e adolescentes^{9,10,11,12,13,15,28,33}. No entanto, esses estudos diferem quanto ao desenho e categorização do tempo de aleitamento e, em alguns deles, foi estudado apenas o aleitamento materno exclusivo.

Em relação aos adolescentes, há um número ainda menor de estudos que avaliam a associação entre amamentação e saúde mental^{11,15,23,28,33}. O efeito benéfico do aleitamento materno mostrou-se significativo apenas quando mais prolongado^{11,15,28,33}, corroborando os resultados deste estudo. Esse benefício parece ter maior relação com o tempo de exposição ao leite materno, do que em função do padrão da amamentação (exclusivo ou não).

Uma via possível de explicação de associação entre aleitamento materno e saúde mental poderia ser a composição do leite materno^{44,45,46,47}. E o ambiente doméstico e/ou cuidado materno na infância, direcionando suas explicações à afetividade proporcionada pela interação mãe-filho durante a amamentação, momento no qual a criança experimenta sensações semelhantes às vividas no período intrauterino, acalmando e fortalecendo os laços mãe-filho^{48,49,50,51}.

Entretanto, neste estudo, não foi possível obter informações sobre as características do ambiente doméstico durante a infância nem sobre a ligação materno-infantil, portanto não podemos avaliar se o efeito protetor de aleitamento materno sobre a saúde mental é atribuível aos componentes do leite materno, à ligação mãe-filho ou a uma combinação de ambos.

Embora não tenha continuado a associação entre aleitamento materno e saúde mental, após ajustes por todas as variáveis estudadas, para o ponto de corte maior ou igual a 3 (TMC3), este estudo encontrou para o maior período de amamentação, mesmo após ajustes, uma associação quando considerado o ponto de corte maior ou igual a 5 (TMC5), indicando um maior rigor na seleção de possíveis casos com TMC e consequentemente aumentando as chances desses indivíduos serem casos verdadeiro-positivos.

É importante considerar que o GHQ-12 é um instrumento de rastreamento referentes às duas últimas semanas anteriores a pesquisa, o que o torna sensível a mudanças psicológicas recentes²⁶ podendo assim influenciar nas respostas dos adolescentes. Somado a isso, é conhecido que os TMC quando presentes em crianças e adolescentes podem ser manifestações iniciais e menos específicas de transtornos mentais mais graves, sendo em sua maioria frequentemente detectados em fases posteriores^{26,41} o que torna ainda mais difícil a detecção de possíveis casos para sintomatologia de TMC.

Além disso, os achados relacionados a características sociodemográficas e econômicas também estão de acordo com outros estudos^{4,26,29,30,31,32}. A maior prevalência de TMC entre as meninas e entre adolescentes de 15 a 17 anos é corroborada por outros estudos que também avaliaram a distribuição desses transtornos por sexo, sendo avaliadas diferentes faixas etárias e utilizado diferentes instrumentos de coleta^{30,31,32,34}. Na amostra total do estudo ERICA, da qual esta subamostrada foi selecionada, também foi identificada uma maior prevalência de TMC entre meninas de 15 a 17 anos²⁶, o que corrobora a representatividade da amostra estudada.

A elevada prevalência de TMC entre crianças e adolescentes é preocupante, pois esses transtornos influenciam negativamente o seu pleno desenvolvimento emocional, educacional e seu potencial para viver vidas satisfatórias e produtivas, além de serem potencialmente persistentes, fazendo com que parcela importante desses indivíduos tenha algum comprometimento na vida adulta^{6,39}. Assim, considerando os resultados deste estudo, em torno de 30% dos adolescentes têm ao menos 3 sintomas indicativos de TMC e 17% tem ao menos 5 sintomas, o que indica o acometimento de entre 3,4 e 6 milhões de adolescentes brasileiros⁴⁴.

Vale ainda ressaltar que dos adolescentes que compuseram a subamostra, mais de 50% foram amamentados na infância por um tempo maior que seis meses, sendo o Norte a região onde o aleitamento materno prolongado foi mais prevalente. Essa informação reforça a ideia de que o tempo de aleitamento materno no Brasil vem aumentando³⁶. Na década de 1970, as crianças brasileiras eram amamentadas, em média, por dois meses e meio, chegando a um ano e dois meses em 2006/2007³⁵. Outros estudos também identificaram maiores taxas de aleitamento materno por períodos mais longos na Região Norte, o que pode ser um indicativo de que, em regiões de maior pobreza, o aleitamento materno é a principal fonte de alimentação para os bebês^{36,37}.

Entre as limitações deste estudo, pode-se considerar que a informação acerca da exposição ao aleitamento materno é suscetível a vieses de memória, embora possa ser considerada relativamente precisa, devido à sua relevância no histórico dos ciclos vitais; por outro lado, é possível que as mães tendam a superestimar o tempo de aleitamento, considerando a expectativa de cumprimento dos papéis maternos na sociedade. Este estudo avaliou a presença de sintomas indicativos de TMC somente nas duas últimas semanas, o que pode ter deixado de identificar adolescentes que já apresentaram esses sintomas em períodos pregressos, produzindo uma subestimativa da prevalência de TMC na população estudada. Além disso, este estudo avaliou somente os adolescentes escolares em cidades com mais de 100 mil habitantes, não sendo possível generalizar os achados para os adolescentes não-escolares, possivelmente em situações de maior risco social e de maior vulnerabilidade. É provável que, nessas populações, tanto o aleitamento materno seja menos frequente e menos prolongado, quanto a ocorrência de TMC seja maior. Por fim, vale lembrar que este estudo avaliou somente a presença de TMC, não incluindo a identificação de transtornos mentais mais graves e incapacitantes, como psicoses, transtornos do espectro autista, retardo mental e dependência de substâncias psicoativas, pois essas condições estão associadas a maiores taxas de evasão escolar e a incapacitação decorrente pode ter sido classificada dentre os fatores de exclusão para a participação no estudo.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Esse trabalho evidenciou um efeito protetor do aleitamento materno para a saúde mental de adolescentes, enfatizando a importância do cuidado e da formação de vínculos afetivos no início da vida e fortalecendo a necessidade de implementação e manutenção

de políticas públicas que valorizem e estimulem o aleitamento materno prolongado. Além disso, sendo elevada a prevalência de TMC entre adolescentes e considerando a sua persistência e potencial de incapacitação é premente a necessidade de implementação de medidas e programas de promoção de saúde mental na população geral, além da organização de sistemas de vigilância para identificação precoce e encaminhamento dos casos, e aparelhamento de serviços de saúde mental para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Campestrini S. Tecnologia Simplificada na enfermagem Materno Infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 1992, pag. 53-63. Brasília, 1992.
2. Santos JS, Andrade M, Da Silva, JLL. Fatores que influenciam no desmame precoce: implicações para o enfermeiro de promoção da saúde na estratégia de saúde da família. *Revista eletrônica Informe-se em promoção da saúde, Universidade Federal Fluminense*. 2009. v.5, n.2.p.26-29.
3. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015a.;104,14–19.
4. Taylor B, Wadsworth J. Breast feeding and child development at five years. *Developmental medicine and child neurology*. 1984;26(1):73-80.7.
5. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Goncalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e199–205.
6. World Health Organization. Child and adolescent mental health 2016. Disponível em < http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/>. Acesso em 01/09/2017.
7. BRASIL, Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais. Aproximadamente 12,6% dos brasileiros entre 6 e 17 anos apresentam sintomas de transtornos mentais importantes. Disponível em < <http://www.abp.org.br/portal/imprensa/pesquisa-abp/>>. Acesso em 29/08/2017.
8. Da Conceição TV. Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial. *Rev. Bras. Psiquiatr*. Dec. 2011; v.33, n.4, São Paulo.
9. Robinson M, Oddy WH, Li J, Kendall GE, de Klerk NH, Silburn SR, et al. Pre- and postnatal influences on preschool mental health: a large-scale cohort study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2008;49(10):1118-28.
10. Heikkila, K., Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA. Breastfeeding and child behaviour in the Millennium cohort study. *Arch.Dis.Child*. 2011; 96, 635–642.
11. Hayatbakhsh MRO, Callaghan, MJ, Bor W, Williams GM, Najman JM. Association of breastfeeding and adolescents' psychopathology: a large prospective study. *Breastfeed.Med.:Off.J.Acad.Breastfeed.Med*. 2012; 7,480–486.
12. Liu F, Ma LJ, Yi MJ. Association of breastfeeding with behavioral problems and temperament development in children aged 4-5 years. *Zhongguo dang dai er ke*

- za zhi = Chinese journal of contemporary pediatrics. 2006;8(4):334-7.
13. Yi, MJ, Zhou XB, Zhang P, Liu XM. Correlation of behavioral problems with gender and infant breastfeeding in pre school children. *Chin.J.Clin.Rehabil.* 2005; 9,243–245.
 14. Montgomery SM, Ehlin A, Sacker A. Breastfeeding and resilience against psychosocial stress. *Archives of disease in childhood.* 2006;91(12):990-4.
 15. Oddy WH, Kendall GE, Li J, Jacoby P, Robinson M, de Klerk NH, et al. The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *The Journal of pediatrics.* 2010;156(4):568-74.
 16. Reynolds D, Hennessy E, Polek E. Is breastfeeding in infancy predictive of child mental well-being and protective against obesity at 9 years of age?. *Child: Care Health Dev.* 2014, 40,882–890.
 17. Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Pre natal and perinatal influences on risk for psycho pathology in childhood and adolescence. *Dev.Psychopathol.*1998; 10, 513–529.
 18. Peus V, Redelin E, Scharnholz B, Paul T, Gass P, Deuschle P, Lederbogen , Deuschle M, 2012a. Breast-feeding in infancy and major depression in adulthood: a retrospective analysis. *Psychother.Psychosom.*81,189–190.
 19. Mimouni-Bloch A, Kachevanskaya A, Mimouni FB, Shuper A, Raveh E, Linder N. Breastfeeding may protect from developing attention deficit and hyperactivity disorder. *Eur.J.Paediatr.Neurol.* 2013;17,S96.
 20. Stadler DD, Musser, ED, Holton KF, Shannon J, Nigg JT, 2015. Recalled initiation and duration of maternal breastfeeding among children with and without ADHD in a well characterized case-control sample. *J.Abnorm.Child Psychol.* 2016 Feb; 44(2): 347–355.
 21. Anselmi, L. Barros, FC, Minten, GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Rev.De Saude Publica.* 2008;42(Suppl2), 26–33.
 22. Kramer MS, Matush L, Bogdanovich N, Aboud F, Mazer B, Fombonne E, et al. Health and development outcomes in 6.5-y-old children breastfed exclusively for 3 or 6 mo. *The American journal of clinical nutrition.* 2009;90(4):1070-4.
 23. Kwok MK, Leung GM, Schooling CM. Breastfeeding and early adolescent behaviour, self-esteem and depression: Hong Kong's 'Children of 1997' birth cohort. *Archives of disease in childhood.* 2013;98(11):887-94.
 24. Lind JN, Li R, Perrine CG, Schieve LA. Breastfeeding and later psychosocial development of children at 6 years of age. *Pediatrics.* 2014;134 Suppl 1:S36-41.
 25. Figueiredo VC, Szklo AS, Costa LC, Kuschnir MCC, Da Silva TLN, Bloch KV, Szklo M. ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública.* 2016; 50(supl 1):12s.
 26. Lopes CS, Abreu GDA, Dos Santos DF, Menezes PR, De Carvalho KMB, Cunha CDF, De Vasconcellos MTL, Bloch KV, Szklo M. Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 2016; 50(supl 1):14s.
 27. Bloch KV, Cardoso MA, Sichieri R. Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA): resultados e potencialidade. *Rev Saúde Pública.* 2016; 50(supl 1):2s.
 28. Mola C, Horta BL, Gonçalves H, Quevedo LDA. Breastfeeding and mental health in adulthood: A birth cohort study in Brazil. *Journal of Affective*

- Disorders. 2016; 202: 115–119.
29. Pinheiro KAT, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Terres NG, Da Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; v.29, p.241-5.
 30. Jansen K, Mondin, TC, Ores LDC, Souza LDDM, Konradt CE, Pinheiro RT, Da Silva RA. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 27(3):440-448.
 31. Silva RS, Da Costa LA. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUND ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA AREA DA SAÚDE. *Revista de Psicologia.* 2012; V.15, N.23.
 32. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(9):1875-1883.
 33. COSTA AG, LUDERMIR AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saú-de Pública*, n.21, p.73-9, 2005.
 34. Brasil, 2016. Brasil é referencia mundial em amamentação. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2223>. Acesso em: 15/08/2017.
 35. Wenzel D, De Souza, S. B. PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL SEGUNDO CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2011; 21(2): 251-258.
 36. Venancio SI, Escuder ML, Saldiva ARDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *Pediatr (Rio J).* 2010; 86(4):317-324.
 37. Smolen JR. Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da interseccionalidade. Dissertação. 2016.
 38. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 2007; 369(9569):1302-13.
 39. De Vasconcellos MTL, Silva PLDN, Szklo M, Kuschnir MCC, Klein CH, Abreu GDA, Barufaldi LA, Bloch KV. Desenho da amostra do Estudo do Risco Cardiovascular em Adolescente (ERICA). *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(5):1-10.
 40. BORSA JC. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Revista Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade.* 2007; n.2.
 41. CID MFB, MATSUKURA TS, E SILVA MDP. Transtorno mental materno e desenvolvimento infantil: percepções sobre essa realidade. *O Mundo da Saúde, São Paulo.* 2012; 36(2):265-27.
 42. GARRISON CZ, JACKSON KL, MARSTELLER F, MCKEOWN R, ADDY C. A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990; 29(4):581-5.
 43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores Sociais/Crianças e Adolescentes/1997/Características Gerais/](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Crianças_e_Adolescentes/1997/Características_Gerais/)>. Acesso em 17/09/2017.
 44. Crawford MA. The role of essential fatty acids in neural development: implications for perinatal nutrition. *The American journal of clinical nutrition.* 1993;57(5 Suppl):703S-9S; discussion 9S-10S.

45. Birch EE, Garfield S, Castaneda Y, Hughbanks-Wheaton D, Uauy R, Hoffman D. Visual acuity and cognitive outcomes at 4 years of age in a double-blind, randomized trial of long-chain polyunsaturated fatty acid-supplemented infant formula. *Early human development*. 2007;83(5):279-84.
46. Sinn N, Milte C, Howe PR. Oiling the brain: a review of randomized controlled trials of omega-3 fatty acids in psychopathology across the lifespan. *Nutrients*. 2010;2(2):128-70.
47. Bjerve KS, Brubakk AM, Fougner KJ, Johnsen H, Midthjell K, Vik T. Omega-3 fatty acids: essential fatty acids with important biological effects, and serum phospholipid fatty acids as markers of dietary omega 3-fatty acid intake. *The American journal of clinical nutrition*. 1993;57(5 Suppl):801S-5S; discussion 5S-6.
48. Gauthier L, Stollak G, Messe L, Aronoff J. 1996. Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *ing. child abus.negl*.20,549–559.
49. Oakley Browne MA., Joyce PR, Wells JE, Bushnell JÁ, Hornblow AR. 1995. Disruptions in childhood parental care as risk factors for major depression in adult women. *aust.n.z.j.psychiatry*29,437–448.
50. Rey JM. Perceptions of poor maternal care are associated with adolescent depression. *J Affect Disord*. 1995; 34:95–100.
51. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*. 5:Cd003519, 2012.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com a exposição e tempo de aleitamento materno, entre adolescentes escolares de 12 a 17 anos brasileiros (N=41.723).

	Aleitamento Materno			TOTAL % (IC95%)
	Não ou ≤ 1 mês % (IC95%)	2 a 6 meses % (IC95%)	> 6 meses % (IC95%)	
Sexo				
Feminino	15,0 (13,8-16,4)	32,9 (31,0-34,8)	52,1 (50,5-53,6)	54,6(53,7-55,4)
Masculino	14,7 (13,7-15,8)	33,8 (32,4-35,2)	51,5 (50,0-53,0)	45,4(44,6-46,3)
Idade (anos)				
12	14,6 (13,2-16,0)	32,5 (28,5-36,7)	52,9 (48,9-56,9)	18,3(17,2-19,4)
13	14,9 (13,1-16,8)	34,3 (31,5-37,2)	50,8 (48,4-53,2)	18,0(17,2-18,8)
14	14,1 (12,6-15,8)	34,6 (32,7-36,6)	51,3 (48,6-54,0)	17,4(16,4-18,4)
15	15,8 (14,3-17,3)	31,4 (29,6-33,2)	52,8 (50,5-55,2)	17,3(16,6-18,0)
16	15,5 (13,4-17,9)	32,6 (30,1-35,2)	51,9 (50,2-53,7)	15,7(14,8-16,7)
17	14,5 (12,7-16,5)	34,8 (32,2-37,5)	50,7 (47,7-53,7)	13,3(12,4-14,3)
Raça- cor				
Branca	15,8 (14,3-17,4)	34,4 (31,8-37,0)	49,8 (47,8-51,8)	40,1(38,1-42,2)
Preta	14,8 (11,7-18,5)	33,2 (30,0-36,7)	52,0 (47,3-56,6)	7,5(6,8-8,3)
Parda	14,3 (13,3-15,2)	32,4 (30,8-34,0)	53,3 (51,8-54,9)	49,7(47,7-51,7)
Amarela	10,6 (8,2-13,6)	35,7 (30,3-41,5)	53,7 (48,1-59,2)	2,0(1,7-2,3)
Indígena	17,5 (10,2-28,5)	28,6 (18,6-41,3)	53,8 (38,6-68,3)	0,6(0,5-0,8)
Classe econômica				
A	12,4(10,3-14,9)	39,7(36,2-43,4)	47,8(43,8-51,9)	10,4(8,7-12,3)
B	14,8(13,4-16,2)	33,6(31,3-36,0)	51,6(49,6-53,6)	53,8(52,3-55,3)
C	14,4(12,7-16,3)	32,4(30,2-34,7)	53,2(51,2-55,1)	34,1(32,3-36,0)
D/E	19,3(11,2-31,1)	38,6(27,4-51,2)	42,1(33,3-51,6)	1,7(1,4-2,1)
Escolaridade Materna				
Até 3 anos	20,3(17,6-23,2)	29,8(26,3-33,5)	50,0(45,7-54,2)	13,5(11,7-15,4)
4 a 7 anos	17,2(15,4-19,3)	32,6(30,0-35,2)	50,2(47,6-52,8)	17,6(16,1-19,2)
Fund. Compl.-Méd. Incomp.	13,7(11,8-16,0)	33,7(31,5-36,0)	52,6(50,0-55,1)	20,7(19,6-21,8)
Méd. Compl.-Sup. Incomp.	12,1(11,0-13,3)	35,9(34,1-37,8)	52,0(50,2-53,7)	34,5(32,4-36,6)
Sup. Compl.	12,1(10,6-13,9)	37,8(35,4-40,3)	50,0(47,6-52,5)	13,8(11,8-16,0)
Tipo de escola				
Pública	15,3 (14,3-16,3)	32,5 (31,1-33,8)	52,3 (51,1-53,4)	83,1(78,1-87,2)
Privada	13,0 (12,1-14,1)	37,4 (35,5-39,5)	49,5 (47,4-51,7)	16,9(12,8-21,9)
Macrorregião				
Norte	9,3 (8,5-10,1)	24,6 (22,9-26,4)	66,1 (64,3-68,0)	6,3(5,3-7,1)
Nordeste	10,3 (12,5-15,2)	37,3 (35,4-39,2)	48,9 (46,7-51,2)	20,8(19,1-22,7)
Sudeste	16,1 (14,7-17,6)	33,6 (31,4-35,9)	50,2 (48,5-52,0)	51,9(49,5-54,3)
Sul	16,9 (15,7-18,1)	33,9 (31,9-35,9)	49,2 (46,9-51,5)	11,8(10,6-13,1)
Centro-Oeste	11,7 (10,5-13,0)	27,7 (26,5-28,9)	60,6 (59,1-62,1)	9,1(8,5-9,7)
Total	14,9(14,1-15,7)	33,3(32,1-34,6)	51,8(50,7-52,9)	

Adolescentes do sexo feminino apresentaram maior prevalência de TMC3 e

Tabela 2– Caracterização da amostra com transtornos mentais comuns de acordo com a exposição e tempo de aleitamento materno por variáveis sociodemográficas, econômicas e geográficas entre adolescentes escolares de 12 a 17 anos brasileiros (N=41.723).

	Aleitamento Materno					
	Não ou ≤ 1 mês		2 a 6 meses		> 6 meses	
	TMC3 % (IC95%)	TMC5 % (IC95%)	TMC3 % (IC95%)	TMC5 % (IC95%)	TMC3 % (IC95%)	TMC5 % (IC95%)
Sexo						
Feminino	37,5 (32,7-42,5)	25,1 (21,4-29,3)	39,3 (37,1-41,6)	22,5 (20,6-24,5)	35,0 (32,0-38,2)	21,1 (19,2-23,3)
Masculino	23,6 (19,3-28,4)	12,2(9,1-16,1)	21,4 (18,4-24,8)	12,6 (10,1-15,6)	18,7 (17,0-20,6)	8,6 (7,5-9,9)
Idade (anos)						
12	28,4 (19,2-39,8)	20,6 (11,9-33,3)	24,3 (19,5-29,7)	13,6 (9,0-20,0)	19,2 (16,5-22,4)	9,0 (7,1-11,3)
13	27,6 (20,1-36,5)	17,0 (10,8-25,9)	27,3 (23,9-30,9)	14,8 (12,6-17,3)	25,0 (21,1-29,3)	14,6 (11,4-18,4)
14	29,1 (23,4-35,5)	17,3 (12,6-23,3)	33,2 (28,8-38,0)	20,1 (17,2-23,4)	27,2 (23,1-31,8)	15,3 (12,7-18,4)
15	37,4 (29,8-45,6)	20,8 (16,6-25,9)	34,8 (31,2-38,6)	20,4 (17,1-21,3)	30,0 (26,3-33,9)	17,0 (14,3-20,0)
16	31,3 (23,0-41,1)	19,5 (13,7-26,8)	37,0 (33,5-40,6)	21,5 (18,1-25,3)	33,4 (31,0-36,0)	18,3 (16,4-20,4)
17	34,3 (25,5-44,3)	21,1 (14,9-29,0)	31,0 (26,6-35,7)	18,0 (14,4-22,3)	33,8 (30,9-37,0)	20,9 (18,4-23,7)
Raça- cor						
Branca	32,5 (27,0-38,6)	21,7 (17,2-27,1)	30,6 (28,1-33,2)	18,2 (15,9-20,7)	27,6 (25,8-29,5)	15,0 (13,0-17,3)
Preta	31,2 (20,8-44,0)	12,6 (8,2-19,0)	31,9 (25,4-39,3)	19,3 (14,2-25,8)	31,5 (27,2-36,1)	18,5 (15,3-22,2)
Parda	29,3 (25,2-33,9)	17,8 (14,4-21,9)	31,0 (29,0-33,2)	17,1 (15,3-19,1)	26,8 (24,8-29,0)	15,2 (13,8-16,8)
Amarela	38,5 (27,8-50,6)	26,5 (17,6-37,9)	35,8 (29,2-42,9)	22,9 (17,6-29,3)	34,0 (26,8-42,1)	18,3 (13,3-24,7)
Indígena	37,7 (15,8-66,0)	11,0 (4,0-27,0)	33,5 (20,8-49,2)	20,9 (11,6-34,8)	21,8 (10,8-39,1)	18,5 (8,6-35,3)
Classe econômica						
A	41,0 (27,1-56,5)	30,3 (16,5-48,9)	26,2 (20,9-32,2)	15,3 (12,4-18,8)	34,2 (29,1-39,8)	20,5 (15,3-26,8)
B	31,9 (26,6-37,7)	19,4 (14,6-25,2)	31,6 (28,2-35,2)	18,5 (15,9-21,5)	26,3 (24,6-27,1)	13,8 (12,3-15,6)
C	25,1 (19,5-31,6)	16,1 (12,1-21,2)	31,5 (28,4-34,7)	18,2 (15,5-21,2)	28,9 (26,2-31,7)	16,9 (14,8-19,3)
D/E	63,5 (38,4-82,9)	28,7 (12,1-54,2)	29,0 (17,4-44,1)	12,2 (6,9-20,8)	31,3 (21,7-42,9)	21,2 (13,1-32,3)
Escolaridade Materna						
Até 3 anos	27,7 (19,8-37,2)	16,1 (10,8-23,4)	33,2 (27,7-39,3)	18,3 (14,3-23,1)	25,8 (20,1-32,5)	12,5 (9,5-16,1)
4 a 7 anos	33,4 (24,1-44,3)	21,9 (12,9-34,5)	29,1 (24,5-34,1)	15,1 (12,0-19,0)	31,5 (28,0-35,2)	16,8 (14,5-19,6)
F.Compl.-Méd. Incomp.	31,9 (24,2-40,7)	19,8 (13,3-28,5)	32,5 (28,5-36,8)	19,8 (16,5-23,6)	26,8 (23,3-29,9)	15,7 (13,3-18,4)
M. Compl.-Sup. Incomp.	28,8 (24,7-33,3)	16,6 (13,4-20,5)	32,6 (29,0-36,5)	19,4 (15,9-23,5)	27,6 (25,8-29,5)	15,8 (14,4-17,4)
Sup. Compl.	29,3 (19,8-41,1)	29,3 (19,8-41,1)	25,0 (21,6-28,7)	14,8 (12,4-17,6)	27,0 (24,4-29,7)	15,1 (13,0-17,5)
Tipo de escola						
Pública	30,1 (26,5-34,0)	17,9 (15,4-20,6)	31,3 (29,4-33,3)	18,4 (16,8-20,1)	27,4 (25,6-29,3)	15,1(13,6-16,8)
Privada	37,8 (30,4-45,9)	27,7 (18,9-38,6)	30,0 (27,7-32,4)	16,1 (12,6-20,3)	29,0 (26,9-31,2)	17,3(15,8-18,8)
Macrorregião						
Norte	35,5 (31,1-40,2)	20,9 (16,9-25,5)	32,9 (29,7-36,3)	19,0 (16,6-21,7)	30,1 (28,2-32,2)	17,2 (15,7-18,8)
Nordeste	34,9 (30,9-39,1)	19,0 (16,1-22,3)	32,8 (28,8-37,2)	18,6 (15,3-22,4)	28,2 (25,1-31,5)	16,3(13,8-19,1)
Sudeste	29,1 (29,5-35,4)	19,1 (14,9-24,1)	30,0 (27,8-32,3)	17,5 (15,3-19,9)	26,1 (23,5-28,7)	14,2 (11,9-16,8)
Sul	32,1 (27,0-37,6)	19,6 (14,8-25,6)	30,6 (26,9-34,5)	17,7 (15,5-29,2)	29,5 (27,2-31,9)	17,1 (14,6-20,0)
Centro-Oeste	34,2 (29,3-39,4)	20,8 (16,4-25,9)	32,4 (30,1-34,9)	18,6 (16,3-21,1)	30,5 (28,5-32,6)	17,2 (15,6-18,9)
Total	31,2 (27,7-35,0)	19,3 (16,3-22,3)	31,0(29,4-32,7)	17,9 (16,5-19,5)	27,7 (26,1-29,2)	15,5 (14,1- 16,9)

Tabela 3- Associação entre TMC e aleitamento materno entre adolescentes brasileiros, com valores das razões de chances (OR) brutas e ajustadas por cada variável isoladamente, para os pontos de corte 3 e 5 no escore total do GHQ-12 itens (N=41.723).

	Transtornos Mentais Comuns	
	Ponto de corte ≥ 3 OR (IC95%)	Ponto de corte ≥ 5 OR (IC95%)
Aleitamento materno		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	1,0 (0,83-1,20)	0,92 (0,74-1,12)
> 6 meses	0,85 (0,72-0,99)	0,76 (0,63-0,93)
Ajustado por raça-cor		
Aleitamento		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	1,0 (0,83-1,20)	0,92 (0,74-1,14)
> 6 meses	0,85 (0,72-0,99)	0,77 (0,63-0,95)
Ajustado por macrorregião		
Aleitamento		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	0,98 (0,83-1,17)	0,91 (0,74-1,12)
> 6 meses	0,83 (0,71-0,97)	0,76 (0,62-0,92)
Ajustado por classe econômica		
Aleitamento		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	0,98 (0,78-1,24)	0,91 (0,74-1,12)
> 6 meses	0,87 (0,68-1,12)	0,76 (0,62-0,92)
Ajustado por escolaridade materna		
Aleitamento		
≤ 1 mês	1,0	1,0
2 a 6 meses	0,98 (0,79-1,21)	0,88 (0,67-1,15)
> 6 meses	0,84 (0,69-1,02)	0,73 (0,57-0,94)

Tabela 4- Associação entre TMC e aleitamento materno entre adolescentes brasileiros: razões de chances (OR) ajustadas por todas as variáveis, para os pontos de corte 3 e 5 no escore total do GHQ-12 itens (N=41.723).

	Transtornos Mentais Comuns			
	Ponto de corte ≥ 3		Ponto de corte ≥ 5	
	OR (IC95%) ^a	% (IC 95%)	OR (IC95%) ^a	% (IC 95%)
AMOSTRA TOTAL		29,3 (28,1-30,5)		16,9(15,9-17,9)
Aleitamento materno				
≤ 1 mês	1,0	31,2 (27,7-35,0)	1,0	19,3(16,7-22,3)
2 a 6 meses	0,97(0,79-1,20)	31,0 (29,4-32,7)	0,87(0,66-1,14)	17,9(16,5-19,5)
> 6 meses	0,84(0,69-1,01)	27,7 (26,1-29,2)	0,73 (0,57-0,94)	15,5(14,1-16,9)

^aAjuste por raça-cor, macrorregião, escolaridade materna.