



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

ADRIENE DA FONSECA ROCHA

**IMPACTO DA INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR SOBRE A AMAMENTAÇÃO NA
PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO**

TERESINA

2018

ADRIENE DA FONSECA ROCHA

**IMPACTO DA INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR SOBRE A AMAMENTAÇÃO NA
PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Keila Rejane Oliveira Gomes.

Co-orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues.

Área de concentração:
Saúde Pública.

Linha de pesquisa:
Análise de Situações de Saúde.

TERESINA

2018

ADRIENE DA FONSECA ROCHA

**IMPACTO DA INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR SOBRE A AMAMENTAÇÃO NA
PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Aprovada em: ____ de _____ de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Keila Rejane Oliveira Gomes (UFPI)
Presidente

Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro (UESPI)
1º Examinador efetivo

Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges (UFPI)
2º Examinador efetivo

Prof.^a Dr.^a Regilda Saraiva dos Reis Moreira Araújo (UFPI)
Examinador Suplente

A Deus e à minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder a bênção da concretização desse sonho e por Sua graça em minha vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes, pela generosidade em dividir seu tempo e conhecimento, sem medir esforços para que pudéssemos construir e aperfeiçoar este trabalho.

À minha co-orientadora Profa. Dra. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues pelas valiosas contribuições.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro, Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges e Profa. Dra. Regilda Saraiva dos Reis Moreira Araújo, por terem aceitado o convite para integrá-la e pelas contribuições.

Às mulheres que participaram deste estudo, pela disponibilidade em responder aos questionamentos.

À Fundação Oswaldo Cruz, pela concessão do banco de dados.

Ao estatístico, Paulo Germano Sousa, pelo desenvolvimento da análise estatística desta dissertação.

Aos meus queridos pais, José e Marlene, pelo esforço empreendido a fim de possibilitar meu acesso à educação.

Ao meu esposo, Edi, pelo amor, apoio, incentivo e por compreender minhas ausências ao longo desses dois anos.

Às minhas irmãs, Marcilene, Jocilene e Soraia, pelo carinho, amizade e apoio.

Aos meus sobrinhos, José e Pedro, por fazerem meus dias mais alegres.

Aos irmãos em Cristo da Betel, pelas constantes orações.

Às amigas “*forever*”, pela torcida e carinho.

À Universidade Federal do Piauí (Campus Amilcar Ferreira Sobral), por permitir meu afastamento para as atividades do mestrado.

Aos colegas de turma pelo companheirismo durante essa caminhada.

Aos professores pelos conhecimentos compartilhados.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade por ter oportunizado esse passo tão importante na minha vida acadêmica.

A todos, meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

ROCHA, A. F. **Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto.** 2018. 59f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2018.

INTRODUÇÃO: A amamentação na primeira hora pós-parto constitui indicador de excelência para o monitoramento das práticas de aleitamento materno, fundamental para a redução da morbimortalidade neonatal e estabelecimento da amamentação. Presume-se que a intenção de engravidar afeta o comportamento materno em relação ao início da amamentação no pós-parto imediato. **OBJETIVO:** Analisar o impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, recorte da pesquisa “*Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*” realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cuja amostra foi 5.563 puérperas e seus neonatos na região Nordeste do Brasil, selecionadas por amostragem probabilística. Realizou-se análise univariada, por meio de estatística descritiva; bivariada, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson; e multivariada, por meio de regressão logística múltipla com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A intenção de engravidar foi a variável independente de interesse do estudo e a amamentação na primeira hora pós-parto a variável dependente. **RESULTADOS:** Predominaram puérperas com idade na faixa 20 a 34 anos (68,0%), escolaridade até o ensino fundamental (59,2%), que referiram gravidez em momento oportuno (44,8%) e satisfação ao tomarem conhecimento da gestação (69,4%). Quase a totalidade realizou pré-natal (98,5%) e pouco mais da metade teve parto cesariana (50,3%). A maioria não teve contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto imediato (74,2%), o tempo de separação mãe e filho foi superior à primeira hora pós-parto (61,7%) e não amamentou na primeira hora pós-parto (65,8%). A análise multivariada indicou menor propensão para início da amamentação na primeira hora de vida entre puérperas que não queriam engravidar (OR = 0,85; IC: 0,73-0,98) e as que se declararam insatisfeitas ao saberem da gravidez (OR = 0,72; IC: 0,61-0,83). **CONCLUSÃO:** Não ter intenção de engravidar reduziu as chances da ocorrência de amamentação na primeira hora de vida, evidenciando que falhas no planejamento familiar podem refletir negativamente na prática da amamentação. Portanto, há de se melhorar a qualidade dos serviços de planejamento familiar, a fim de reduzirem-se as gestações não intencionais e, assim, prevenir desfechos desfavoráveis para a saúde materno-infantil, como o início tardio da amamentação.

Palavras-chave: Gravidez. Comportamento materno. Amamentação. Período pós-parto. Planejamento familiar.

ABSTRACT

ROCHA, A. F. **Impact of intention to become pregnant on breastfeeding in the first hour postpartum.** 2018. 59f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2018.

INTRODUCTION: Breastfeeding in the first hour after delivery is an indicator of excellence for the monitoring of breastfeeding practices, fundamental for the reduction of neonatal morbidity and mortality and establishment of breastfeeding. The intention to become pregnant is presumed to affect maternal behavior in relation to the initiation of breastfeeding in the immediate postpartum period. **OBJECTIVE:** To analyze the impact of intention to become pregnant on breastfeeding in the first hour after delivery. **METHODOLOGY:** A cross - sectional study was carried out by the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), whose sample was 5,563 postpartum women and their newborns in the Northeast region of Brazil, selected by probabilistic sampling. Univariate analysis was performed using descriptive statistics; bivariate, using the Pearson chi-square test; and multivariate analysis using multiple logistic regression with a significance level of 5% ($p < 0.05$). The intention to become pregnant was the independent variable of interest in the study and breastfeeding in the first hour postpartum the dependent variable. **RESULTS:** Preterm infants with ages ranging from 20 to 34 years (68.0%), primary schooling (59.2%), who reported pregnancy at the right time (44.8%) and satisfaction at pregnancy (69.4%). Almost all of them underwent antenatal care (98.5%) and a little more than half had a cesarean section (50.3%). Most had no skin-to-skin contact with the newborn in the immediate postpartum period (74.2%), the separation time between mother and child was higher than the first hour postpartum (61.7%) and did not breastfeed at postpartum (65.8%). The multivariate analysis indicated a lower propensity to start breastfeeding in the first hour of life among puerperae who did not want to become pregnant (OR = 0.85; CI: 0.73-0.98) and those who declared themselves unsatisfied when they knew about pregnancy (OR = 0.72, CI: 0.61-0.83). **CONCLUSION:** Not having the intention to become pregnant reduced the chances of breastfeeding in the first hour of life, evidencing that failures in family planning may reflect negatively on the practice of breastfeeding. Therefore, the quality of family planning services should be improved in order to reduce unintended pregnancies and thus prevent unfavorable outcomes for maternal and child health, such as the late start of breastfeeding.

Keywords: Pregnancy. Maternal behavior. Breast-feeding. Postpartum period. Family planning.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica, institucional de saúde, antecedentes obstétricos, assistência pré-natal, informações sobre o parto e recém-nascidos das puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012. 41
- Tabela 2-** Análise bivariada da associação entre o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido com as características sociodemográficas, classificação institucional, antecedentes obstétricos, assistência pré-natal, informações sobre o parto e recém-nascido. Puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012 42
- Tabela 3-** Análise multivariada da associação entre o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido com a intenção de engravidar e o sentimento quando soube da gravidez. Puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012 43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida
AM - Aleitamento materno
AME - Aleitamento materno exclusivo
BA - Bahia
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
ENPACS – Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
HAC - Hospital Amigo da Criança
HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
HTLV - Vírus T- Linfotrópicos Humanos
IC 95% - Intervalo de confiança de 95%
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS - Ministério da Saúde
MA - Maranhão
MT - Mato Grosso
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
PA - Pará
PE - Pernambuco
PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RP - Razão de prevalência
SUS - Sistema Único de Saúde
TCP - Teoria do Comportamento Planejado
UNICEF - Fundo das Nações Unidas pela Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA AMAMENTAÇÃO.....	14
3.2 BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	17
3.3 AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO E INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR.....	19
4 METODOLOGIA	24
ARTIGO: Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto	28
5 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

Os benefícios do aleitamento materno (AM) tanto para a criança, nos seus aspectos nutricionais, imunológicos, fisiológicos, cognitivos e emocionais, quanto para a saúde materna estão bem estabelecidos nas evidências científicas (BRASIL, 2009c; SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013; VICTORA et al., 2015; VICTORA et al., 2016). Quando iniciada na primeira hora de vida, a amamentação contribui para maior duração do AM e concorre para a redução dos índices de mortalidade neonatal, representando um indicador de excelência dessa prática (BOCCOLINI et al., 2013; WHO, 2015).

O pós-parto imediato é o período mais oportuno para o estabelecimento da amamentação devido melhor aptidão do recém-nascido em procurar e sugar espontaneamente o mamilo, decorrida a primeira hora após o nascimento, em geral, os recém-nascidos ficam sonolentos e a amamentação pode ser prejudicada (BOCCOLINI et al., 2013; BELO et al., 2014; ESTEVES et al., 2015; SCHINCAGLIA et al., 2015).

Iniciativas globais como o Hospital Amigo da Criança (HAC) e intervenções comunitárias e na atenção primária têm contribuído para o aumento das taxas de amamentação mundialmente, tendo sido registrado crescimento de 24,9% dessas taxas, em 1993, para 35,7%, em 2013, nos países de baixa e média renda (BRASIL, 2011a; VENÂNCIO et al., 2016). Todavia, em 2015, a amamentação exclusiva entre lactentes de 0 a 6 meses em todo o mundo foi cerca de 43,0% (VICTORA et al., 2016).

No Brasil, nas últimas décadas, o aumento expressivo das taxas de AM deveu-se à implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), na década de 1980, a partir do qual passaram a ser desenvolvidas ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Também foi lançada a Rede Amamenta Brasil, em 2008, depois denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, sendo integrada à Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) em 2011 (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2013; BRASIL, 2015b).

No entanto, apesar dos esforços para promover o AM no país, ainda não se alcançaram as recomendações estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida, sua manutenção de forma complementar até a criança atingir dois

anos ou mais de vida e o início da amamentação na primeira hora pós-parto (WHO, 2000; BRASIL, 2009b; SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013; BRASIL, 2015a; PÉREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016; VENANCIO et al., 2016).

Estudo com dados de abrangência nacional revelou que no Brasil 56% das crianças nascidas em hospitais e aptas para amamentação foram amamentadas na primeira hora de vida, sendo que a prevalência desse indicador apresentou variação de 51,5%, no Sudeste, a 71,0%, no Norte, e na região Nordeste apenas 53,7% dos recém-nascidos foram amamentados oportunamente (CARVALHO et al., 2016).

Tem sido mostrado que a prática da amamentação está sujeita à influência de vários fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais, tais como apoio familiar, maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, realização do pré-natal, parto cesariana, necessidade de trabalhar fora do lar e experiência prévia positiva (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; SOUZA et al., 2012; VICTORA et al., 2016).

Parte expressiva das circunstâncias e fatores relativos à vida da mulher também podem explicar a descontinuidade da amamentação (FURTADO, ASSIS, 2012), sendo a intenção de engravidar um desses fatores. A gravidez é classificada como intencional, quando ocorre no momento desejado ou posteriormente por alguma dificuldade de concepção, e não intencional, quando a mulher não queria engravidar (indesejada) ou queria esperar mais tempo para a gravidez acontecer (*mistimed* ou em momento inoportuno) (SANTELLI et al., 2003).

Já a gravidez não planejada refere-se àquela que ocorreu quando a mulher estava utilizando método contraceptivo ou, mesmo não usando, não desejava engravidar. Assim, enquanto o desejo refere-se a um sentimento e a intenção relaciona-se ao contexto pessoal, o planejamento posiciona-se na esfera comportamental, contudo, sua existência está condicionada ao desejo ou intenção (KLERMAN, 2000; BARRET; WELLINGS, 2002; MORIN et al., 2003).

O grande percentual de gravidezes que ocorrem sem que a mulher tenha intenção de engravidar pode constituir-se em importante problema de saúde pública por estar associado a comportamentos prejudiciais à saúde, bem como falhas relativas à política de planejamento familiar (TAYLOR; CABRAL, 2002; TSUI; MCDONALD-MOSLEY; BURKE, 2010; MCCOY et al., 2014). Nessa perspectiva, a intenção de engravidar repercute no comportamento materno durante e após a

gravidez, podendo estar associada à prática da amamentação, apresentando-se como fator importante para a saúde e bem-estar da criança.

Ademais, embora o Brasil apresente tendência crescente de amamentação na primeira hora de vida, com prevalências de 32,9% em 1996, 42,9% em 2006 e de 67,7% em 2008 (BRASIL, 1997; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b), pesquisa de base hospitalar e abrangência nacional apontou o Nordeste, com 41,3% de crianças amamentadas na primeira hora pós-parto, como a região com menor prevalência desse indicador (MOREIRA et al., 2014). Tais resultados reforçam a necessidade de estudos que possam contribuir para elucidação de fatores que colaboram para o desfecho negativo da menor prevalência da amamentação na primeira hora pós-parto na região, comparada às das demais.

Assume-se nesse estudo a hipótese de que existe associação entre a intenção de engravidar e a amamentação na primeira hora pós-parto. Buscar compreender os desfechos das intenções de engravidar é, portanto, essencial para a prevenção do impacto de gravidezes não intencionais na amamentação na primeira hora pós-parto, e conseqüentemente, na saúde materna e das crianças. Sendo tais gestações decorrentes essencialmente de falhas das políticas de planejamento familiar (SANTELLI et al., 2003), os resultados do estudo também poderão colaborar para melhorias dessas políticas.

Dessa forma, analisar o impacto da intenção de engravidar na prática de amamentação na primeira hora pós-parto poderá contribuir para a elaboração e aprimoramento de estratégias que otimizem a qualidade da prestação de serviços de saúde às mulheres no ciclo gravídico puerperal, bem como para a redução da morbimortalidade neonatal e para melhorias no planejamento familiar.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as participantes quanto aos aspectos sociodemográficos e reprodutivos;
- Identificar variáveis para ajuste da variável independente principal;
- Verificar a associação entre intenção de engravidar e amamentação na primeira hora pós-parto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA AMAMENTAÇÃO

O AM é uma prática que sempre esteve ligada a aspectos sociais, políticos e culturais de cada sociedade, que estabelece percepções repercutindo em comportamento variável da amamentação nos diversos contextos e épocas (BOSI; MACHADO, 2005; CAMINHA et al., 2010; GUTIERRES, 2013).

Até o século XIX, o AM era prática frequente de alimentação infantil, constituindo-se como requisito indispensável à sobrevivência. A partir do século XX, o desenvolvimento e introdução de fórmulas lácteas industrializadas na alimentação das crianças, o crescente processo de urbanização, a inserção da mulher no mercado de trabalho e mudanças nos aspectos demográficos, no desenvolvimento tecnológico e nos padrões culturais e de assistência à saúde impactaram negativamente as práticas da amamentação, tornando-a menos comum em países de alta renda e entre mulheres com melhor condição socioeconômica e maior escolaridade (WHO, 1981; GRUMMER-STRAWN, 1996; REA, 2003; BRASIL, 2009c; VICTORA et. al., 2016).

Na década de 1970, apesar do leite materno ser essencial na alimentação infantil nas comunidades tradicionais, principalmente nos países pobres, as prevalências da amamentação eram baixas, inclusive no Brasil, onde a mediana de AM era de apenas 28 dias na população de baixa renda do município de São Paulo, no período de 1973 a 1974 (BRASIL, 2009a). No início da década de 1980 foram registradas medianas de 2,8 meses em São Paulo-SP e de 2,4 meses em Recife-PE, sendo estimada prevalência da amamentação de 40,0% aos quatro meses de idade, conforme dados do Estudo Nacional de Despesas Familiares (VENANCIO; MONTEIRO, 1998; BRASIL, 2009a).

No Brasil, as primeiras preocupações em promover o AM e melhorar o estado nutricional das crianças surgiram em 1979 com a participação do país na Reunião Conjunta entre a Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que resultou na elaboração da Resolução nº 33.32 de maio de 1980, culminando na aprovação do Código Internacional para o Comércio de Substitutos do Leite Materno em 1981, cuja finalidade foi regularizar a venda desses produtos. Nesse mesmo ano, as elevadas taxas de mortalidade

infantil motivaram a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), a partir do qual foi proposta a adequação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno no Brasil (BRASIL, 2011a; VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

De 1960 a 1980, o surgimento dos primeiros estudos sobre os benefícios da amamentação para a saúde materno-infantil e consequências de sua interrupção precoce na morbimortalidade de crianças menores de cinco anos de idade contribuiu para a elaboração de iniciativas de promoção, proteção e apoio ao AM (VICTORA et al., 1987). Por conseguinte, em 1990, a Declaração Innocenti e a Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Criança consagraram a amamentação como direito da criança e a obrigatoriedade legal de promoção do AM nos países que ratificaram a Convenção, sendo lançada no ano seguinte, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), uma estratégia para ampliação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (WHO, 1990; REA, 2003).

Inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, da OMS e do UNICEF, a IHAC tem se expandido mundialmente, ultrapassando 20 mil hospitais credenciados em 156 países até 2011. Tem sido confirmada a efetividade dessa iniciativa em viabilizar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, que consiste em orientações às mães e capacitação dos profissionais que trabalham em obstetrícia sobre os benefícios e manejo adequado da amamentação, como também sobre as desvantagens da utilização de mamadeiras, chupetas e substitutos do leite materno (BRASIL, 2011a; PÉREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PÉREZ, 2016).

Ainda na década de 1980, foi proposto um novo modelo de Banco de Leite Humano com a finalidade de garantir a qualidade higiênico-sanitária e melhorar a utilização das propriedades nutricionais e imunológicas do leite materno, resultando na elaboração, em 1988, do projeto Rede Nacional de Banco de Leite Humano pelo Instituto Fernandes Figueira em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz. Por meio desse projeto o Brasil tornou-se exemplo mundial em tecnologia para redução da mortalidade infantil, beneficiando principalmente os recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e realizando atendimento às mães com dificuldades relacionadas à amamentação (BRASIL, 2009a).

Cabe destacar a colaboração de outras políticas para o fortalecimento do AM no Brasil como: o estabelecimento do alojamento conjunto para mãe e recém-

nascido sadio por meio da Portaria MS/GM N° 1016 de 26 de agosto 1993; o direito às licenças maternidade, de 120 dias, e paternidade, de cinco dias, garantido pela Constituição Federal de 1988, e a ampliação para seis meses da licença maternidade, estabelecida pela Lei 11.770/2008 (BRASIL, 1988; BRASIL, 2016). Outra contribuição importante foi o projeto Rede Amamenta Brasil, lançado em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) para promover, proteger e apoiar o AM na rede de atenção básica à saúde por meio do monitoramento dos índices de amamentação e aperfeiçoamento profissional (VENANCIO et al., 2010; BRASIL, 2013; PASSANHA et al., 2013).

Além das iniciativas supramencionadas, a implantação da IHAC, no ano de 1992, como estratégia do PNIAM, teve significativa repercussão na melhoria dos indicadores do AM no Brasil. Até 2011, havia 359 hospitais credenciados, representando 6,2% dos estabelecimentos com leitos obstétricos, a maioria localizada na região Nordeste do país, sendo notória a contribuição dessa iniciativa para a redução da mortalidade e melhoria da saúde na infância (BRASIL, 2011a). Foi demonstrado que crianças nascidas em HAC tiveram duração média do AME de 60,2 dias, enquanto entre as nascidas em hospitais não credenciados à IHAC, o AME durou em média 48,1 dias, sendo que as chances para a amamentação na primeira hora após o nascimento aumentaram em 9,0% para crianças nascidas em HAC (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, fica evidente que as iniciativas de apoio e promoção do AM impactaram positivamente nas prevalências e duração dessa prática, especialmente no Brasil, que apresentou melhores resultados desses indicadores, com aumento do percentual de crianças que iniciaram a amamentação de 92,0%, em 1996, para 95,0% em 2006 (BRASIL, 2009b).

Contudo, apesar do progressivo aumento da prevalência de AM, adequada introdução de alimentação complementar e elevada prevalência de AME, o Brasil ainda não conseguiu atender às recomendações da OMS, que preconiza amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança, introdução de alimentação complementar a partir dos seis meses e continuidade do AM pelo menos até os dois anos de vida (WHO, 1989). Tendo sido encontrada, no país, duração mediana do AME de 54,1 dias (1,8 meses) e da amamentação de 341,6 dias (11,2 meses), sendo que apenas 41,0% das crianças menores de seis meses

estavam em AME, enquanto a OMS espera que este percentual seja de 90,0% a 100% (BRASIL, 2009a; PASSANHA et al., 2013; UEMA et al., 2015).

3.2 BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A amamentação é uma prática cujos benefícios encontram-se bem estabelecidos e conferem vantagens para as crianças, mulheres e para a sociedade, em países de baixa, média e alta renda (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2015a; VICTORA et al., 2016).

Considerado alimento ideal para as crianças por conter todos os nutrientes dos quais os lactentes necessitam até o sexto mês de vida, o AM contribui para o crescimento, desenvolvimento psicomotor, cognitivo e afetivo, oferecendo benefícios imunológicos contra várias doenças comuns da infância, devido aos fatores de proteção contidos no colostro, sendo reafirmada sua importância principalmente nos primeiros seis meses de vida (BOCCOLINI et al., 2011a; LAMBERTI et al., 2011; COSTA et al., 2013; VICTORA et al., 2015; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

Descrito como estratégia de saúde pública que repercute fortemente na promoção da saúde integral do binômio mãe/filho, o AM é um importante aliado para a sobrevivência das crianças, sendo reconhecido como estratégia isolada de maior impacto na mortalidade infantil, capaz de reduzir em cerca de 12,0% todas as mortes por causas preveníveis em menores de cinco anos de idade (JONES et al., 2003; BOCCOLINI et al., 2013; VICTORA et al., 2016).

Nessa perspectiva, foi demonstrado que 55,0% das mortes infantis por diarreia e infecções respiratórias na América Latina poderiam ter sido evitadas por meio do AME de zero a três meses de idade (BETRÁN et al., 2001). Quando iniciada no primeiro dia de vida da criança, a amamentação é capaz de evitar 16,0% das mortes no período neonatal, sendo que este percentual pode alcançar 22,0% caso a amamentação seja iniciada na primeira hora pós-parto (EDMOND et al., 2006).

Também foi revelado risco de 2,7 vezes maior para o desenvolvimento de graves infecções respiratórias em crianças não amamentadas de forma exclusiva até quatro meses de idade em relação às amamentadas (JACKSON et al., 2013). Estudo realizado em 25 capitais do Brasil, apontou associação entre o aumento da prevalência de crianças com menos de quatro meses amamentadas de forma exclusiva e a redução das taxas de internação hospitalar por diarreia (BOCCOLINI et

al., 2012). De modo semelhante, estudo de coorte com 15.890 crianças britânicas identificou redução das taxas de hospitalização por diarreia devido a amamentação (QUIGLEY; KELLY; SACKER, 2007). Ademais, os efeitos protetores da amamentação repercutem em todo o ciclo vital, sendo capaz de reduzir a possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade na vida adulta (TOMA; REA, 2008; PEREIRA; ALFENAS; ARAÚJO, 2014; HORTA; LORET DE MOLA, VICTORA, 2015; VICTORA et al., 2016).

Concernente à saúde materna, a prática da amamentação aumenta o intervalo entre as gestações por ter ação contraceptiva, principalmente quando de forma exclusiva, auxilia na involução uterina, ajuda na perda gradual do peso adquirido durante a gestação, reduz o risco de desenvolver doenças como o câncer de mama e de ovário, podendo reduzir, ainda, o risco de hipertensão incidente na meia-idade (REA, 2004; TOMA; REA, 2008; SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013; LUAN et al., 2013; FENG; CHEN; SHEN, 2014; CHOWDHURY et al., 2015; LOOF-JOHANSON et al., 2016; CHETWYND et al., 2017).

Recente pesquisa encontrou efeito negativo da duração da amamentação na retenção do peso adquirido durante a gestação, evidenciando que mulheres que amamentaram por mais tempo retiveram menos peso após o parto, sendo destacada a necessidade das mães serem incentivadas e apoiadas para o início precoce e maior continuidade ao AM no pós-parto (CHAGAS et al., 2017). Também foi estimada a redução do risco de desenvolver câncer de mama em 22,0% entre mulheres que amamentaram em relação àquelas que nunca praticaram a amamentação, sendo que tal prática poderia evitar cerca de 19.464 mortes por câncer anualmente (CHOWDHURY et al., 2015; VICTORA et al., 2016; LOOF-JOHANSON et al., 2016).

Contudo, apesar de reconhecidos os efeitos benéficos da amamentação, sua prática está sujeita à influência de vários fatores que podem afetar positiva ou negativamente o seu sucesso. Alguns desses fatores estão relacionados à mãe (características da personalidade, atitude frente à amamentação, por exemplo), outros à criança (como condições de nascimento, habilidades de sucção) e ao ambiente (período pós-parto) (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Fatores relacionados à assistência prestada ao binômio mãe-filho, como a falta de apoio à amamentação pelos profissionais de saúde, separação entre o recém-nascido e a mãe no pós-parto imediato, parto cesariana, início tardio da primeira mamada e uso

inapropriado de suplementos podem contribuir para o fracasso da amamentação (OLIVEIRA et al., 2010; BELO et al., 2014; D'ARTIBALE; BERCINI, 2014).

Recentemente, também foram apontados como fatores desfavoráveis à amamentação, o consumo de bebida alcoólica e de dieta com potencial inflamatório durante a gravidez. Em contrapartida, elevada escolaridade, apoio do parceiro quanto à amamentação e ter optado por amamentar antes de engravidar favoreceram o início do AM (SEN et al., 2016; ARORA et al., 2017). Estudar ou trabalhar fora de casa e ter baixo nível de conhecimento sobre os benefícios da amamentação são desvantagens para práticas ideais de AM, enquanto, o suporte familiar, apoio profissional e o início da amamentação na primeira hora de vida favorecem a continuidade do AM (KORNIDES; KITSANTAS, 2013; MARANHÃO et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2017).

Nesse contexto, o início da amamentação na primeira hora pós-parto é considerado de grande relevância por favorecer a continuidade do AM e oferecer benefícios potenciais à saúde materno-infantil, contribuindo para a redução da mortalidade infantil por todas as causas, atuando como fator protetivo contra a mortalidade no período neonatal, haja vista que quanto maior o intervalo entre o nascimento e a primeira mamada, maiores são as possibilidades de mortes neonatais devido às infecções (EDMOND et al., 2006; EDMOND et al., 2007; MULLANY et al., 2008; WHO, 2009; GARCIA et al., 2011; ODDY, 2013; BOCCOLINI et al., 2013).

Desse modo, a compreensão de eventos que possam afetar o início da amamentação no período adequado é imprescindível para subsidiar estratégias de intervenção visando dar suporte ao AM no pós-parto imediato e a superação das barreiras para tal prática.

3.3 AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO E INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR

Também denominada amamentação precoce, a amamentação na primeira hora pós-parto corresponde ao quarto passo do conjunto de ações para o sucesso do AM recomendadas pela OMS e UNICEF, que orienta a colocação dos recém-nascidos em contato com a pele materna logo após o parto por no mínimo uma hora. Recomenda, ainda, que a mãe seja incentivada a identificar quando o seu filho está

apto a iniciar a amamentação, recebendo auxílio quando necessário (WHO, 1989; BRASIL, 2011a; SOUZA et al., 2011).

Considerado pela OMS, desde 2007, como um dos indicadores chaves para o monitoramento das práticas de AM, a amamentação na primeira hora de vida é uma das práticas de cuidado a serem adotadas por todos os países visando à redução das taxas de óbitos neonatais evitáveis até 2035 (WHO, 2008). Por representar uma das intervenções para a redução da desnutrição infantil, essa prática foi reconhecida como um dos indicadores fundamentais para o monitoramento da saúde infantil, sendo classificada como indicador de resultado em 2015 (WHO, 2015).

Com o propósito de melhorar esse indicador no Brasil, a recomendação do MS tem sido que recém-nascidos a termo, com tônus e ritmo respiratório normais e ausência de mecônio, sejam colocados, imediatamente após o parto, em contato pele a pele com suas mães, exceto nos casos em que estas possuem diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e/ou HTLV (vírus T-linfotrópicos humanos) (BRASIL, 2011b). A fim de não prejudicar a interação entre mãe e filho nesse contato inicial, intervenções de rotina nos cuidados ao recém-nascido, como a verificação das medidas antropométricas, exame físico, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, só devem ser realizadas depois de transcorrido a primeira hora de vida (BRASIL, 2014; SILVA et al., 2016).

Apesar das evidências justificarem a importância de se antecipar ao máximo o início da amamentação, rotinas, procedimentos e organização dos serviços de saúde, bem como barreiras socioculturais têm dificultado a implementação dessa prática (ESTEVES et al., 2014; SILVA et al., 2016). Nesse sentido, a literatura aponta como fatores desfavoráveis ao início da amamentação na primeira hora de vida: a separação do binômio mãe e filho após o parto, a falta de apoio à mãe no pós-parto imediato, oferecer outros líquidos ou alimentos nas primeiras horas de vida do recém-nascido, uso de chupeta, nascimento em estabelecimento de saúde particular, parto cesárea, não realização do pré-natal, baixa escolaridade materna e apresentar intercorrência após o parto (BOCCOLINI et al., 2011b; PEREIRA et al., 2013; ESTEVES et al., 2014; ESTEVES et al., 2015; TELES et al., 2015; SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

Além dos fatores supramencionados, há relatos de que a intenção de engravidar pode afetar a prática da amamentação, haja vista que gravidezes não

intencionais têm sido relacionadas a comportamentos maternos desfavoráveis à saúde materno-infantil durante e após a gestação (DYE et al., 1997; KOST; LANDRY; DARROCH, 1998; ULEP; BORJA, 2012; KOST; LINDBERG, 2015; LINDBERG et al., 2015; FINER; ZOLNA, 2016).

Nessa perspectiva, considera-se a gravidez como um evento que envolve aspectos afetivos, cognitivos, culturais e contextuais da vida da mulher, apresentando-se frequentemente associada a problemas sociais e de morbimortalidade materno-infantil, principalmente em países onde é alta a incidência de gestações não planejadas (SANTELLI et al., 2003; OMS, 2007; MARMOT et al., 2012). Com a finalidade de reduzir danos à saúde materna e da criança é recomendado intervalo de no mínimo 24 meses entre as gestações após um nascimento vivo, entretanto, é comum a ocorrência de gravidez não intencional nos primeiros 12 meses após o parto, especialmente entre mulheres em situações de vulnerabilidade social (OMS, 2007; MARMOT et al., 2012).

A gravidez não intencional constitui importante problema de saúde pública até mesmo nos países de primeiro mundo como nos Estados Unidos da América, onde, apesar do amplo acesso a métodos contraceptivos, mais da metade das gravidezes em 2008 não foram planejadas (FINER; ZOLNA, 2014). Nos países em desenvolvimento, a magnitude da gravidez não intencional varia de 14 a 62,0% de todos os partos, predispondo as mulheres a situações de adoecimento e morte, principalmente por abortos inseguros (SINGH; SEDGH; HUSSAIN, 2010). Além disso, esse tipo de gravidez encontra-se associada ao início tardio e inadequado do acompanhamento pré-natal, à ansiedade e depressão materna e ao consumo de tabaco durante a gestação, resultando em prejuízos para a saúde da criança (KOST; LANDRY; DARROCH, 1998; SANTELLI et al., 2003; SCHMIEGE; RUSSO, 2005).

Acredita-se que a ocorrência de gravidez inoportuna pode afetar, inclusive as práticas de amamentação, reduzindo as chances de sua duração. Estudos que analisaram a relação entre a intencionalidade da gravidez e comportamentos das mães quanto à saúde materno-infantil observaram piores resultados de amamentação quando as gravidezes foram indesejadas ou inoportunas (DYE et al., 1997; KOST; LANDRY; DARROCH, 1998; ULEP; BORJA, 2012; KOST; LINDBERG, 2015; LINDBERG et al., 2015). Por outro lado, a gravidez ter sido planejada foi reportada como um dos fatores mais importantes para a iniciação da amamentação (YILMAZ et al., 2017).

Nesse sentido, tem sido destacada a relevância de se conhecer o comportamento humano como forma de aumentar a capacidade de prever respostas e possibilitar intervenções mais eficazes (SKINNER, 2002). Nessa lógica, a Teoria do Comportamento Planejado (TCP) se propõe a compreender o comportamento humano, a partir da intenção que antecede o comportamento real, podendo assim prognosticá-lo. Com base nessa teoria, atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido se correlacionam com a intenção e esta por sua vez reflete na realização da ação em si (AJZEN, 1985).

Estudo que avaliou a eficácia e aplicabilidade da TCP na predição da amamentação revelou que a intenção foi um forte preditor do comportamento relacionado à amamentação (GUO et al., 2016). Assim, presume-se que a intenção da engravidar pode gerar atitudes maternas favoráveis ou não à amamentação. Logo, compreender a intenção de engravidar é essencial para subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas que contemplem a saúde das mulheres visando à prevenção de desfechos desfavoráveis para a saúde materno-infantil decorrentes de gestações não intencionais (SANTELLI et al., 2003; DUROWADE et al., 2017).

A intenção de engravidar é, portanto, um conceito de importante para se entender a fertilidade, bem como as necessidades de planejamento familiar pela população. Destaca-se, entretanto, que a fecundidade não pode ser completamente controlada e que engravidar não deve ser vista como atividade racional baseada somente na previsão e no planejamento (BORGES et al., 2011).

O planejamento familiar, por sua vez, configura-se como uma das alternativas mais eficazes para a redução de iniquidades decorrentes de gravidezes inoportunas, haja vista que o uso eficaz de métodos contraceptivos oportuniza o adiamento da gravidez conforme as necessidades da mulher (GRAY et al., 1987; JACKSON et al., 2003; AYIASI et al., 2015). Entretanto, dados de inquérito realizado em 17 países revelaram que cerca de 88,0% das mulheres não tinham intenção de engravidar no primeiro ano após o parto, porém não estavam utilizando método contraceptivo, sendo evidenciada falhas no planejamento familiar, seja pela escassa compreensão sobre fertilidade, especialmente pela dificuldade em determinar o seu retorno no período pós-parto, seja pela falta de acesso aos métodos contraceptivos (BORDA; WINFREY; MCKAIG, 2010).

No Brasil, estudo sobre reincidência de gravidez entre adolescentes revelou que 76,9% das gestações resultaram do uso errado de método contraceptivo e apenas 15,4% foram desejadas (BERLOFI et al., 2006). Nessa perspectiva, maiores chances de autoeficácia quanto ao uso de contraceptivos foi verificada entre jovens com intenção de evitar reincidência de gravidez em relação àquelas sem pretensão de evitar nova gravidez (NUNES et al., 2014).

Considerando-se o acesso e a utilização dos serviços e ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, a adequada orientação e provisão de métodos contraceptivos a cada mulher é a melhor estratégia para prevenir desfechos desfavoráveis decorrentes de gravidezes não planejadas, sendo necessárias ações intersetoriais com vistas à melhoria da escolaridade e ao acesso a esses serviços, principalmente nas populações mais vulneráveis socialmente (STARBIRD; NORTON; MARCUS, 2016; BRANDÃO; CABRAL, 2017).

Nas últimas décadas, o Brasil tem avançado consideravelmente quanto à promoção dos direitos sexuais e reprodutivos por meio do estabelecimento de políticas e criação de instrumentos jurídicos baseados nas diretrizes e princípios do SUS, tais como: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984), a Constituição Federal (1988), a Lei de Planejamento Familiar (1996), a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (2004), a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005) e a Rede Cegonha (2011). Entretanto, dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde revelaram que apesar da alta prevalência do uso de métodos contraceptivos modernos, foi elevado o percentual de nascimentos resultantes de gravidezes não desejadas (46,0%), sendo que 28,0% eram desejados para mais tarde e 18,0% não foram desejados (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011c).

Assim, embora o MS do Brasil apresente proposta avançada em termos de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, e o planejamento familiar seja uma garantia constitucional, na prática, sua efetivação não se concretiza para significativa parcela da população, haja vista o alto percentual de gravidezes não planejadas. Desse modo, é oportuno e pertinente estudar o impacto da intenção de engravidar sobre o início da amamentação na primeira hora de vida, o que poderá contribuir para a melhor compreensão desse fenômeno, além de auxiliar o estabelecimento de políticas públicas que assegurem o acesso ao planejamento familiar com o fim de reduzir iniquidades em saúde.

4 METODOLOGIA

Dissertação elaborada no formato de artigo, onde descreve-se metodologia, resultados, discussão e conclusão deste estudo.

Título do artigo: Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto

Nome do periódico: Cadernos de Saúde Pública

Área de avaliação: Saúde Coletiva

Qualis do periódico: A2

Título completo

Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto.

Título curto

Intenção de engravidar e amamentação no pós-parto.

Autores

Adriene da Fonseca Rocha^{1, 2}

Keila Rejane Oliveira Gomes¹

Malvina Thaís Pacheco Rodrigues¹

1 - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Piauí - PPGSC/CCS/UFPI.

2 – Autor e endereço para contato:

Avenida Frei Serafim, 2280 - CEP: 64000-020, Teresina, PI, Brasil.

Telefone: (86) 3215-4647

E-mail para correspondência: adriene24f@hotmail.com

Colaboradores

A. F. Rocha colaborou na produção e análise das informações, na concepção, redação e revisão final do artigo. K. R. O. Gomes colaborou na análise das informações, na concepção, redação e revisão final do artigo. M. T. P. Rodrigues contribuiu na redação e revisão final do artigo.

Agradecimentos

À Coordenação Central do Projeto “*Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*”, na ENSP/Fiocruz.

RESUMO

Objetivou-se analisar o impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto. Trata-se de estudo transversal, recorte da pesquisa “*Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*” realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Participaram do estudo 5.563 puérperas e seus conceptos, na região Nordeste do Brasil. Utilizou-se Regressão Logística Múltipla para análise dos dados. Apresentaram menor propensão para início da amamentação na primeira hora de vida: puérperas que não queriam engravidar (OR = 0,85; IC: 0,73-0,98) e se declararam insatisfeitas ao tomarem conhecimento da gravidez (OR = 0,72; IC: 0,61-0,83). A intencionalidade da gravidez afetou o comportamento materno quanto à amamentação. Mulheres cujas gestações foram não intencionais apresentaram menor propensão para iniciarem a amamentação na primeira hora pós-parto, evidenciando que falhas no planejamento familiar podem refletir negativamente, de forma indireta, na amamentação. Logo, há de se melhorar a qualidade dos serviços de planejamento familiar, a fim de reduzir-se as gestações não intencionais e assim prevenir desfechos desfavoráveis para a saúde materno-infantil, como o início tardio da amamentação.

Palavras-chave: Gravidez. Comportamento materno. Amamentação. Período pós-parto. Planejamento familiar.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the impact of the intention to become pregnant on breastfeeding in the first hour after delivery. This is a cross-sectional study, a cross-section of the research "Birth in Brazil: a national survey on childbirth and birth" carried out by Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A total of 5.563 postpartum women and their concepts participated in the Northeast region of Brazil. Multiple Logistic Regression was used to analyze the data. They were less likely to start breastfeeding in the first hour of life: women who did not want to become pregnant (OR = 0,85; CI: 0,73-0,98) and declared themselves unsatisfied when they became pregnant (OR = 0,72 ; CI: 0,61-0,83). The intentionality of pregnancy affected maternal breastfeeding behavior, and women with unintended pregnancies were less likely to initiate breastfeeding in the first hour postpartum, showing that family planning failures may indirectly negatively reflect breastfeeding. Therefore, the quality of family planning services should be improved in order to reduce unintended pregnancies and thus prevent unfavorable outcomes for maternal and child health, such as the late start of breastfeeding.

Keywords: Pregnancy. Maternal behavior. Breast-feeding. Postpartum period. Family planning.

IMPACTO DA INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR SOBRE A AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO

INTRODUÇÃO

A amamentação, além de conferir vantagens para as crianças, mulheres e para a sociedade, representa a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a promoção da saúde materno-infantil^{1,2}.

O pós-parto imediato tem sido identificado como o período mais oportuno para o início da amamentação, devido melhor aptidão do recém-nascido em procurar e sugar espontaneamente o mamilo^{3,4}. Além de favorecer a continuidade do aleitamento materno, o início da amamentação na primeira hora após o parto concorre para a redução dos índices de mortalidade neonatal por infecções⁵, apresentando-se como indicador de excelência da amamentação^{2,6}. Tal prática é recomendada pela OMS como o “Quarto Passo”, dentre os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, os quais fazem parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)⁷.

Tem sido registrado aumento significativo das taxas de amamentação nos países de baixa e média renda, com elevação de 24,9% dessas taxas em 1993, para 35,7% em 2013². Todavia, apesar de mais de 80,0% dos recém-nascidos terem sido amamentados em quase todos os países, apenas metade iniciaram a amamentação na primeira hora após o parto².

No Brasil, a amamentação na primeira hora de vida é um dos indicadores de saúde recomendados pelo Ministério da Saúde, com inquéritos populacionais mostrando prevalências de 32,9% em 1996⁸, 42,9% em 2006⁹ e de 67,7% em 2008¹⁰. Entretanto, em estudo de alcance nacional e base hospitalar, realizado de 2011 a 2012, a prevalência desse indicador, no país, foi de apenas 40,9%, sendo que a região Nordeste, com 41,3% de recém-nascidos amamentados na primeira hora de vida, apresentou a menor prevalência comparada às demais regiões brasileiras¹¹.

Estudos têm mostrado que características sociodemográficas, procedimentos pré-natais e hospitalares podem promover ou dificultar o aleitamento materno na primeira hora pós-parto^{12,13,14,15,16}. Presume-se que parte expressiva das circunstâncias e fatores relativos à vida da mulher também podem contribuir para o

não estabelecimento ou descontinuidade da amamentação, inclusive a intenção de engravidar, classificada como intencional (quando a gravidez acontece no momento desejado) e não intencional (quando a mulher não queria a gravidez ou quando a gravidez ocorreu em momento desfavorável)¹⁷.

Atualmente, o expressivo percentual de gravidezes que ocorrem sem que a mulher tenha intenção de engravidar é tido como importante problema de saúde pública por estar associado a comportamentos prejudiciais à saúde¹⁸, bem como falhas relativas à política de planejamento familiar^{19,20}. Estudos têm apontado que a intenção de engravidar repercute no comportamento materno durante e após a gravidez, inclusive, afetando a prática da amamentação, e com isso, a saúde e o bem-estar da criança e da mãe^{21,22,23,24,25}. No entanto, esta relação não foi estabelecida na primeira hora pós-parto.

Nessa perspectiva, ao se considerar a relação entre intenção de engravidar e comportamento materno quanto à amamentação, é necessário partir do pressuposto de que a compreensão do comportamento humano aumenta a capacidade de prever respostas e possibilita intervenções mais eficazes, uma vez que a atitude está relacionada à intenção prévia e esta por sua vez reflete nas ações do indivíduo²⁶.

Portanto, compreender o impacto da intenção de engravidar em desfechos relativos ao binômio mãe e filho é essencial para prevenir repercussões negativas de gravidezes não intencionais na saúde materna e das crianças, além de contribuir para melhorias na política de planejamento familiar. Assim, diante da baixa prevalência de amamentação na primeira hora de vida no Brasil, e especialmente na região Nordeste¹¹, e ainda, da inexistência, até o momento, de estudo acerca da intenção de engravidar como preditor desse indicador no país, este estudo teve como objetivo analisar o impacto da intenção de engravidar na amamentação na primeira hora pós-parto.

METODOLOGIA

Estudo transversal, recorte da pesquisa “*Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*” realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A metodologia está detalhada na literatura²⁷.

Os sujeitos do estudo base foram puérperas, hospitalizadas para resolução da gravidez, e seus neonatos com idade gestacional de 22 semanas ou mais e/ou 500g ou mais de peso ao nascer. Realizou-se amostragem probabilística em duas etapas, uma relacionada aos estabelecimentos de saúde e outra às puérperas e seus neonatos. Os estabelecimentos de saúde foram estratificados por Grande Região Geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), localização do município (capital e interior) e por tipo de estabelecimento (público, privado e misto), compondo-se 30 estratos amostrais, dos quais selecionaram-se no mínimo cinco hospitais por estrato. Assim, elegeram-se para o estudo 1.403 estabelecimentos dos 3.961 que realizaram 500 ou mais partos ao ano, conforme dados do SINASC de 2007. A amostra de puérperas e seus pares por estrato foi calculada com base na taxa de cesariana no Brasil no ano de 2007 (46,6%), obtendo-se 90 puérperas por estabelecimento e, no mínimo 450 puérperas por estrato. Ao final, alcançou-se uma amostra de 23.940 puérperas e seus neonatos distribuídos em 196 municípios, sendo 27 localizados nas capitais e 169 no interior²⁸.

O presente estudo compreendeu dados referentes à Região Nordeste, que incluiu 6.096 puérperas, internadas em 68 estabelecimentos de saúde, das quais 533 foram excluídas por apresentarem alguma condição que contraindicasse ou pudesse dificultar a amamentação na primeira hora pós-parto, tais como: recém-nascidos pré-termo, com APGAR inferior a sete no quinto minuto de vida ou com alguma malformação; e puérperas com diagnóstico positivo para HIV ou que faziam uso de drogas ilícitas, resultando numa amostra de 5.563 participantes.

Os dados foram coletados por profissionais e estudantes da área de saúde, previamente treinados, utilizando-se formulários eletrônicos, dos quais foram usados para este estudo apenas três: o aplicado às mães, após as primeiras seis horas pós-parto, o preenchido com dados constantes nos prontuários e outro aplicado à administração institucional com questões que incluíam se tratava-se de um hospital amigo da criança²⁷.

A partir dos formulários originais foram selecionadas para este estudo as variáveis: aleitamento materno na primeira hora pós-parto (variável dependente, gerada a partir da recategorização das variáveis oferta do peito na sala de parto e tempo decorrido até a oferta do peito pela primeira vez); faixa etária materna (12 a 19 anos, 20 a 34 anos ou 35 anos ou mais); escolaridade (ensino fundamental completo e menos ou ensino médio incompleto e mais); situação conjugal (sem

companheiro ou com companheiro); trabalho remunerado (não ou sim); tipo de gestão do hospital onde ocorreu o parto (público/misto ou privado); certificação como Hospital Amigo da Criança (não ou sim); total de gestações anteriores (nenhuma ou uma/mais de uma); paridade (primípara ou múltipara); realização do pré-natal (não ou sim), período de início do pré-natal (primeiro trimestre, segundo trimestre ou terceiro trimestre); quantidade de consultas realizadas (<6 ou ≥6); tipo de parto (vaginal ou cesariana); contato com o recém-nascido no pós-parto imediato (colocou para mamar/ficou com o RN no colo ou apenas viu o RN/não teve contato algum); tipo de alojamento (conjunto, berçário/incubadora/berço aquecido ou UI/UTI/berçário patológico); tempo de separação mãe e filho após o parto (inferior/igual à uma hora ou superior à uma hora); além das variáveis relacionadas à intenção de engravidar (queria engravidar naquele momento, queria esperar mais tempo e não queria engravidar) e ao sentimento da mulher quando soube da gravidez (satisfeita, mais ou menos satisfeita e insatisfeita).

Os dados foram analisados utilizando-se os softwares: *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0 e *R-Project for Statistical Computing*, versão 3.0.2. Na análise univariada foi utilizada estatística descritiva, enquanto para a bivariada utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) para averiguar associações entre a variável dependente e as qualitativas explicativas, com destaque para a intenção de engravidar^{29,30}.

A Regressão Logística Múltipla (RLM) com razão de chance ajustada (ORa) foi utilizada para explicar o efeito conjunto das variáveis independentes sobre o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido, embora variáveis independentes, diversas às principais, tenham tido apenas a função de ajuste do modelo. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de 20,0% ($p < 0,20$) na análise bivariada³¹. O critério de significância ou permanência das variáveis no modelo, por sua vez, foi associação em nível de 5,0% ($p < 0,05$). O modelo final de RLM foi ajustado pelo método *Enter*, que força a entrada de todas as variáveis no modelo, uma vez que a finalidade é explicar e não prever ou classificar futuros casos^{32,33}.

O teste de bondade de ajuste (Teste de Hosmer e Lemeshow) mostrou que o modelo final é adequado para a explicação da variável resposta. A multicolinearidade das variáveis explicativas foi verificado pelo teste VIF (*Variance Inflation Factor*), adotando-se como ponto de corte para o diagnóstico de

multicolinearidade um VIF acima de quatro³⁴. Contudo, o teste não detectou dependência entre as variáveis independentes estudadas.

A pesquisa base “*Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*” foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz sob o protocolo nº 92/10, CAAE: 0096.0.031031.000-10 de 10 de junho de 2010. Os critérios estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde³⁵ foram atendidos, sendo assegurado os princípios éticos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes. O presente estudo foi realizado mediante autorização da coordenação central do estudo base.

RESULTADOS

As características predominantes das participantes foram faixa etária de 20 a 34 anos (68,0%), escolaridade até o ensino fundamental (59,2%), viver com companheiro (83,0%) e não possuir trabalho remunerado (68,4%). A maioria dos partos ocorreu em estabelecimentos públicos de saúde ou conveniados ao SUS (86,7%), preponderando os estabelecimentos sem certificação como Hospital Amigo da Criança (60,3%) (Tabela 1).

Quanto aos aspectos reprodutivos, prevaleceram mulheres com uma ou mais gestações anteriores (58,2%), multíparas (51,8%), as que referiram ter engravidado em momento oportuno (44,8%) e aquelas que se declararam satisfeitas ao tomar conhecimento da gestação (69,4%). Quase todas as puérperas realizaram pré-natal (98,5%), a maioria iniciando no primeiro trimestre (74,3%) e com realização de seis ou mais consultas (71,4%). Pouco mais da metade das participantes tiveram parto cesariana (50,3%), sendo mais frequentes aquelas que referiram apenas ter visto ou não ter tido contato com seu recém-nascido no pós-parto imediato (74,2%). Prevaleceu o alojamento do tipo conjunto (63,4%) e puérperas que declararam tempo de separação entre mãe e filho superior a uma hora após o parto (61,7%). Das 5.563 puérperas participantes do estudo, 65,8% declararam não ter amamentado na primeira hora pós-parto (Tabela 1).

Na análise bivariada, as variáveis situação conjugal e realização do pré-natal atenderam a exigência de $p < 0,20$ para inclusão no modelo multivariado, a intenção de engravidar e demais variáveis apresentaram $p < 0,05$. A amamentação na primeira

hora de vida preponderou entre mulheres que queriam engravidar naquele momento (38,2%) e estavam satisfeitas com a gravidez (37,3%) (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta o modelo de regressão logística múltipla das variáveis intenção de engravidar e sentimento quando soube da gravidez associadas ao aleitamento materno na primeira hora pós-parto. As mulheres que não queriam engravidar tiveram 15,0% menos chance de amamentar seus filhos na primeira hora pós-parto quando comparadas às mulheres que afirmaram que queriam engravidar naquele momento. Mulheres que se declararam insatisfeitas ao tomarem conhecimento da gravidez tiveram 28,0% a menos de chance de amamentarem na primeira hora após o parto do que aquelas que informaram satisfação naquele momento.

DISCUSSÃO

Considerando-se a relevância da amamentação na primeira hora de vida para o estabelecimento e continuidade do aleitamento materno, sobretudo para a saúde materno-infantil, é fundamental que o “quarto passo para o sucesso do aleitamento materno” seja efetivado⁷. Contudo, este estudo verificou baixa prevalência de amamentação na primeira hora pós-parto na população nordestina estudada, inferior às prevalências encontradas anteriormente para a região e nacionalmente em 2006⁹ e 2008¹⁰, sendo classificada como ruim (30-49,0%), segundo parâmetros da OMS para esse indicador⁶. Esse resultado evidenciou a existência de barreiras para o início oportuno da amamentação na população estudada, tais como: estabelecimento privado e não credenciado à IHAC, ser primípara, não realizar pré-natal, parto cesariana, ausência de contato mãe e filho no pós-parto imediato e gravidez não intencional.

Menor propensão para a amamentação na primeira hora pós-parto entre as puérperas que não queriam engravidar e se declararam insatisfeitas ao descobrirem que estavam grávidas, revelou associação entre gravidezes não intencionais e resultados desfavoráveis quanto à iniciação precoce da amamentação entre as puérperas nordestinas, sendo observado pior resultado entre aquelas que se declararam insatisfeitas ao saberem da gravidez. Esses achados ratificam a literatura internacional que tem mostrado, além de baixas taxas de

amamentação^{21,22,23,24,25}, outros desfechos desfavoráveis associados às gravidezes não intencionais, como parto prematuro e baixo peso ao nascer³⁶.

Na perspectiva de que a intenção de engravidar antecede o comportamento materno relativo à amamentação, a Teoria do Comportamento Planejado (TCP), proposta por Icken Ajzen, em 1985, com o objetivo de explicar comportamentos sobre os quais os indivíduos não possuem total controle, considera que atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido se correlacionam com a intenção prévia, e esta por sua vez, reflete nas ações do indivíduo²⁶. Assim, a atitude materna diante da amamentação pode refletir seu desejo de fertilidade atendido ou não pelo planejamento familiar. Portanto, a intenção de engravidar mostrou-se como fator preditor confiável da amamentação no pós-parto imediato para a população estudada.

Contudo, embora os resultados indiquem que a intenção de engravidar afetou a iniciação da amamentação na primeira hora após o parto, tem sido apontada a necessidade de se considerar o contexto no qual a gravidez ocorre para que possa ser analisada a relação entre intenção de engravidar e desfechos para a saúde materno-infantil, haja vista a influência de fatores socioeconômicos e culturais no comportamento materno²⁴. Nesse sentido, estudo revelou maior propensão para início tardio da amamentação entre crianças procedentes de gestações indesejadas, entretanto, este resultado foi observado apenas entre crianças pertencentes a famílias de baixo nível socioeconômico²³. Todavia, no presente estudo, após análises ajustadas, os aspectos sociodemográficos não se mostraram significativos, sugerindo que a gravidez não intencional pode afetar a amamentação oportuna independentemente do contexto socioeconômico da mulher.

Dessa forma, os efeitos negativos de gestações não intencionais sobre a amamentação na primeira hora indicam a necessidade do fortalecimento de políticas públicas voltadas ao planejamento reprodutivo, independentemente das circunstâncias sociais, tencionando a redução do impacto de gravidez não intencional na saúde materno-infantil.

Tem sido sugerido que além da influência de familiares, amigos e parceiros, as decisões da mulher quanto à amamentação são construídas segundo a interação com a comunidade, o recém-nascido, suas atividades diárias e, ainda, por aspectos subjetivos como características da personalidade e atitude frente à amamentação^{37,38}. Desse modo, o fortalecimento da assistência pré-natal às

mulheres acometidas por gravidezes não intencionais poderá minimizar resultados desfavoráveis de amamentação, uma vez que oportuniza a realização de orientações quanto aos benefícios, manejo adequado e importância de início precoce do aleitamento materno^{14,39}. Nesse sentido, estudo mostrou que práticas educativas durante o pré-natal propiciaram início mais rápido e maior duração do aleitamento materno⁴⁰.

A amamentação configura-se, portanto, como uma experiência complexa, que requer apoio para sua consecução, podendo ser afetada por aspectos da personalidade materna, suas emoções, influências culturais, relações familiares⁴¹ e, ainda, por atitudes decorrentes da intenção de engravidar. A adequação da assistência na sala de parto, por meio do adiamento de cuidados de rotina aos recém-nascidos saudáveis em favor da aproximação precoce entre mãe e filho⁴², constitui uma alternativa de apoio à amamentação precoce, haja vista o estabelecimento do vínculo, o que poderá reduzir efeitos de gravidezes não intencionais sobre a amamentação. De modo semelhante, a assistência durante o puerpério, além de prevenir a descontinuidade da amamentação, pode representar oportunidade para aconselhamento quanto ao planejamento familiar⁴³.

Ademais, a relação observada entre piores resultados de amamentação na primeira hora de vida e a insatisfação com a gestação fortalece a concepção da TCP²⁶ de que aspectos subjetivos, como a intenção de engravidar, influenciam o comportamento materno relacionado à amamentação, revelando a importância do planejamento familiar para redução de iniquidades em saúde materno-infantil resultantes de comportamentos maternos decorrentes de gravidez não intencional.

Os resultados reforçam o pressuposto de que as práticas de amamentação podem ser afetadas pela intenção de engravidar^{21,22,23,25}. Tal fato gera inquietação, haja vista constatar-se elevada prevalência de gravidezes não intencionais entre as participantes, evidenciando que as necessidades de planejamento reprodutivo podem não está sendo atendidas na população nordestina, o que pode ter causação multifatorial.

Nesse sentido, estudo mostrou o escasso conhecimento objetivo e percebido relativo aos anticoncepcionais hormonais de adolescentes de capital nordestina,⁴⁴ bem como tendo sido evidenciado por estudo norte-americano que o uso correto de contraceptivos reduziu significativamente o risco de gravidez não

intencional entre as participantes, com predominância desse tipo de gestação entre aquelas que fizeram uso incorreto de algum método contraceptivo⁴⁵.

Assim, a gestação não intencional representa um desafio para a saúde pública por contribuir para a morbimortalidade materna em decorrência de exposição aos possíveis riscos relacionados à gravidez, ao aborto inseguro e ao parto, além de afetar práticas ideais de amamentação^{24,46,47}.

Conclui-se que a intenção de engravidar afetou a amamentação na primeira hora pós-parto entre puérperas no Nordeste no Brasil, uma vez que gravidezes não intencionais reduziram a chance de início oportuno do aleitamento materno. Portanto, falhas no planejamento familiar podem implicar em gravidezes não intencionais, e estas afetarem o comportamento materno quanto à amamentação, o que pode resultar em menores indicadores de saúde materno-infantis e colaborar para a perpetuação de problemas evitáveis com práticas adequadas de amamentação.

O presente estudo teve a limitação própria dos estudos de delineamento transversal, que restringe a determinação de relações causais entre as variáveis e o desfecho. Por outro lado, tem como pontos fortes a amostragem ponderada, representativa para toda a região estudada, e os achados quanto à associação entre intenção de engravidar e o comportamento materno quanto à amamentação na primeira hora pós-parto, inéditos na literatura latino-americana.

O estudo demonstra a necessidade de investimentos em políticas públicas voltadas para o planejamento reprodutivo visando prevenir gravidezes não intencionais e sua repercussão na saúde materno-infantil. Ademais, os resultados podem contribuir para proposição de estudos longitudinais que se iniciem antes da gestação e investiguem as mulheres e seus filhos quanto à questão do aleitamento até seis meses após o parto, para melhor esclarecimento da relação causal e eventuais desfechos nesse médio prazo.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387:475-90.
3. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:2390-400.
4. Teles JM, Bonilha ALL, Gonçalves AC, Santo LCE, Mariot MDM. Amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança. *Rev Eletr Enfermagem* 2015; 17:94-9.
5. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)* 2013; 89:131–6.
6. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. World Health Organization. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated, and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization; 2009.
8. Ministério da Saúde. Sociedade civil bem-estar familiar no Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro; 1997.
9. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:128-39.
12. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2681-94.
13. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:69-78.

14. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:697-703.
15. Sá NNB, Gubert MB, Santos W, Santos LMP. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19:509-24.
16. Silva CM, Pereira SCL, Passos IR, Santos LC. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. *Rev Nutrição* 2016; 29:457-71.
17. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 2003; 35:94-101.
18. Taylor JS, Cabral HJ. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *J Fam Pract* 2002; 51:431-6.
19. Tsui AO, Mcdonald-Mosley R, Burke AE. Family planning and the burden of unintended pregnancies. *Epidemiol Rev* 2010; 32:152-74.
20. McCoy SI, Buzdugan R, Ralph LJ, Mushavi A, Mahom A, Hakobyan A, et al. Unmet need for family planning, contraceptive failure, and unintended pregnancy among HIV-Infected and HIV-uninfected women in Zimbabwe. *PLoS One* 2014; 9:e105320.
21. Dye TD, Wojtowycz MA, Aubry RH, Quade J, Kilburn H. Unintended pregnancy and breastfeeding behavior. *Am J Public Health* 1997; 87:1709-11.
22. Kost K, Landry DJ, Darroch JE. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Fam Plann Perspect* 1998; 30(5): 223-30.
23. Ulep VGT, Borja MP. Association between pregnancy intention and optimal breastfeeding practices in the Philippines: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:69.
24. Kost K, Lindberg L. Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health: investigating relationships with new measures and propensity score analysis. *Demography* 2015; 52:83-111.
25. Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Matern Child Health J* 2015; 19:1087-96.
26. Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl JE, Beckmann J. (Orgs.). *Action Control: From cognition to behavior*. Springer-Verlag: Berlim; 1985.

27. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive Health* 2012; 9:15.
28. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:49-58.
29. Armitage P, Berry G, Matthews JNS. *Statistical methods in medical research*. 3. ed. London (GB): Blackwell Scientific Publications; 2002.
30. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciência sociais: a complementaridade do SPSS*. 3. ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
31. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley; 2000.
32. Ayçaguer ICS, Ultra IMB. *Regresión logística. Cuadernos de Estadística*. Madrid: La Muralla; 2004.
33. Ayçaguer WG, Ghimire DJ. *Regresión logística. Cuaderno de Estadística*. Madrid: La Muralla; 2007.
34. Garson GD. *Structural equation modeling*. Asheboro-North Carolina: statistical publishing associates; 2010.
35. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
36. Shah PS, Balkhair T, Ohlsson A, Beyene J, Scott F, Frick C. Intention to become pregnant and low birth weight and preterm birth: a systematic review. *Matern Child Health J* 2011; 15:205-16.
37. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutrição* 2006; 19:623-30.
38. Seehausen MPV, Oliveira MIC, Boccolini CS, Leal MC. Fatores associados ao aleitamento cruzado em duas cidades do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00038516.
39. Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC, Souza IEO, Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16:525-34.
40. Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2935-48.
41. Furtado LCR, Assis TR. Diferentes fatores que influenciam na decisão e na duração do aleitamento materno: uma revisão da literatura. *Rev Movimenta* 2012; 5:303-12.

42. Ministério da Saúde. Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde [Internet]. [Acesso em 2017 set 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.

43. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. Esc Anna Nery 2015; 19:181-6.

44. Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. Cad Saúde Pública 2009; 25:645-54.

45. Sonfield A, Hasstedt K, Gold RB. Moving forward: family planning in the era of health reform. New York: Guttmacher Institute, 2014 [Internet]. [Acesso em 2017 nov 10]. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/family-planning-and-health-reform.pdf.

46. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: a narrative review article. Iran J Public Health 2015; 44:12-21.

47. Yilmaz E, Doga Ocal F, Vural Yılmaz Z, Ceyhan M, Kara OF, Küçüközkan T. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. Turk J Obstet Gynecol 2017; 14:1-9.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, institucional de saúde, antecedentes obstétricos, assistência pré-natal, informações sobre o parto e recém-nascidos das puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012.

Variáveis (n=5.563)	%	Variáveis (n=5.563)	%
<u>Sociodemográficas:</u>		Sentimento quando soube da gravidez	
Faixa etária materna		Satisfeita	69,4
De 12 a 19 anos	21,6	Mais ou menos satisfeita	22,4
De 20 a 34 anos	68,0	Insatisfeita	8,2
35 anos ou mais	10,4	Realização do pré-natal	
Nível de escolaridade		Não	1,5
EF* completo e menos	59,2	Sim	98,5
EM** incompleto e mais	40,8	Período de início do pré-natal	
Situação conjugal		Primeiro trimestre	74,3
Sem companheiro	17,0	Segundo trimestre	22,2
Com companheiro	83,0	Terceiro trimestre	3,5
Trabalho remunerado		Quantidade de consultas realizadas	
Não	68,4	<6	28,6
Sim	31,6	≥ 6	71,4
<u>Classificação do estabelecimento de Saúde:</u>		<u>Informações sobre o parto e o RN:</u>	
Tipo de hospital		Tipo de parto	
Público/misto	86,7	Vaginal	49,7
Privado	13,3	Cesariana	50,3
Certificação como Hospital Amigo da Criança		Contato com o RN no pós-parto imediato	
Não	60,3	Colocou para mamar ou ficou com o bebê no colo	25,8
Sim	39,7	Apenas viu o bebê ou não teve contato	74,2
<u>Antecedentes obstétricos:</u>		Tipo de Alojamento	
Total de gestações anteriores		Conjunto (enfermaria /quarto)	63,4
Nenhuma	41,8	Berçário/incubadora/berço	27,2
Uma ou mais	58,2	Aquecido	
Paridade		UI/UTI/berçário patológico	9,4
Primípara	48,2	Tempo de separação mãe e filho após o parto	
Múltipara	51,8	Inferior ou igual à uma hora	38,3
<u>Assistência pré-natal:</u>		Superior à uma hora	61,7
Intenção de engravidar		Amamentação na 1ª hora pós-parto	
Queria engravidar naquele Momento	44,8	Não	65,8
Queria esperar mais tempo	25,7	Sim	34,2
Não queria engravidar	29,5		

*Ensino Fundamental.

**Ensino Médio

Tabela 2 - Análise bivariada da associação entre o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido com as características sociodemográficas, classificação institucional, antecedentes obstétricos, assistência pré-natal, informações sobre o parto e recém-nascidos. Puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012.

Variáveis	Aleitamento materno na 1ª h		P-valor*	Variáveis	Aleitamento materno na 1ª h		P-valor*
	Não %	Sim %			Não %	Sim %	
<u>Sociodemográficas e econômicas:</u>				Sentimento quando soube da gravidez			
Faixa etária materna				Satisfeita			
De 12 a 19 anos	60,2	39,8	<0,001	Mais ou menos satisfeita	62,7	37,3	0,027
De 20 a 34 anos	66,5	33,5		Insatisfeita	64,9	35,1	
35 ou mais	72,4	27,6		Realização do pré-natal			
Nível de escolaridade				Não			
EF completo e menos	59,6	40,4	<0,001	Sim	65,8	34,2	0,141
EF completo e mais	74,3	25,7		Período de início do pré-natal			
Situação conjugal				Primeiro trimestre			
Sem companheiro	63,8	36,2	0,175	Segundo trimestre	60,5	39,5	0,001
Com companheiro	66,2	33,8		Terceiro trimestre	64,8	35,2	
Trabalho remunerado				Quantidade de consultas realizadas			
Não	73,9	26,1	<0,001	<6	68,5	31,5	<0,001
Sim	61,8	38,2		≥ 6	60,4	39,6	
<u>Classificação do estabelecimento de saúde:</u>				<u>Informações sobre o parto e o RN:</u>			
Tipo de hospital				Tipo de parto			
Público/misto	61,1	38,9	<0,001	Vaginal	55,3	44,7	<0,001
Privado	93,6	6,4		Cesariana	79,5	20,5	
Certificação como Hospital Amigo da Criança				Contato com o RN no pós-parto imediato			
Não	65,6	34,4	<0,001	Colocou para mamar ou ficou com o RN no Colo	54,4	45,6	<0,001
Sim	50,8	49,2		Apenas viu o RN ou não teve contato	68,1	31,9	
<u>Antecedentes obstétricos:</u>				Tipo de alojamento			
Total de gestações anteriores				Conjunto (enfermaria/quarto)			
Nenhuma	70,7	29,3	<0,001	Berçario/incubadora/berço aquecido	60,8	39,2	<0,001
Uma ou mais	62,3	37,7		UI/UTI/berçario patológico	80,8	19,2	
Paridade				Tempo de separação mãe e filho após o parto (n=5.523)			
Primípara	70,9	29,1	<0,001	Inferior ou igual à uma hora	36,3	63,7	<0,001
Múltipara	57,8	42,2		Superior à uma hora	95,9	4,1	
<u>Assistência pré-natal:</u>							
Intenção de engravidar							
Queria engravidar naquele momento	61,8	38,2	0,039				
Queria esperar mais tempo	66,2	33,8					
Não queria engravidar	68,4	31,6					

*Teste Qui-quadrado ao nível de 20%.

Tabela 3 - Análise multivariada da associação entre o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido com a intenção de engravidar e o sentimento quando soube da gravidez. Puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012.

Variáveis	ORa	IC 95%	p-valor*
Intenção de engravidar			
Queria engravidar naquele momento	1		
Queria esperar mais tempo	0,91	0,78 - 1,05	0,048
Não queria engravidar	0,85	0,73 - 0,98	
Sentimento quando soube da gravidez			
Satisfeita	1		
Mais ou menos satisfeita	0,97	0,82 - 1,12	0,039
Insatisfeita	0,72	0,61 - 0,83	

*Teste de Wald. IC95% = intervalo de confiança de 95%; ORa = odds ratio ajustado. Teste de Hosmer e Lemeshow ($p=0,901$). Pseudo-correlação ($r=0,812$).

Ajustada por tipo de hospital ($p=0,001$), certificação como HAC ($p<0,001$), paridade ($p<0,001$), realização do pré-natal ($p=0,035$), número de consultas pré-natais ($p<0,001$), tipo de parto ($p<0,001$), contato com o RN no pós-parto imediato ($p=0,001$) e tempo de separação mãe e filho após o parto ($p<0,001$). As demais variáveis da tabela 2 foram incluídas no modelo, mas todas apresentaram $p > 0,05$.

4 CONCLUSÃO

Foi demonstrado que a intenção de engravidar afetou o comportamento materno relacionado à amamentação na primeira hora pós-parto entre puérperas no Nordeste do Brasil.

São preocupantes as altas taxas de gravidezes não intencionais encontradas, bem como a baixa prevalência da amamentação na primeira hora, o que pode afetar o estabelecimento e duração do aleitamento materno e, conseqüentemente, a saúde materno-infantil. Assim, embora a implementação de várias políticas direcionadas à promoção, apoio e incentivo à amamentação tenha resultado em avanços importantes nos indicadores de aleitamento materno no país, os resultados evidenciam a necessidade de esforços voltados para o fortalecimento do planejamento familiar a fim de prevenir gravidezes não intencionais, haja vista que estas se mostraram desfavoráveis ao início da amamentação ao nascimento.

Desse modo, é necessário assegurar às mulheres e casais, além de acesso adequado, informações relativas ao uso correto dos métodos contraceptivos modernos e acompanhamento reprodutivo que atendam às suas necessidades, conforme o contexto social no qual estão inseridos e, assim, contribuir para a redução de iniquidades em saúde decorrentes de gravidezes não intencionais e seu impacto no início oportuno da amamentação.

REFERÊNCIAS

- AJZEN, I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: KUHL, J. E.; BECKMANN, J. (Orgs.). **Action Control: From cognition to behavior**. Springer-Verlag: Berlim, 1985. p. 11-39.
- ARORA, A. et al. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Sydney, Australia: findings from a birth cohort study. **International Breastfeeding Journal**, v.12, p.39, p.1-10, 2017.
- AYIASI, R. M. et al. The effect of prenatal counselling on postpartum family planning use among early postpartum women in Masindi and Kiryandongo districts, Uganda. **Pan African Medical Journal**, v.21, n.138, p.1-7, 2015.
- BARRET, G.; WELLINGS, K. What is a planned pregnancy? Empirical data from a british study. **Social Science & Medicine**, v.55, n.4, p.545-557, 2002.
- BELO, M. N. M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.14, n.1, p.65-72, 2014.
- BERLOFI, L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.2, p.196-200, 2006.
- BETRÁN, A. P. et al. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. **BMJ**, v.323, p.303-6, 2001.
- BOCCOLINI, C. S. et al. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. **Jornal de Pediatria**, v.87, n.5, p.399-404, 2011a.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, p.69-78, 2011b.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Exclusive breastfeeding and diarrhea hospitalization patterns between 1999 and 2008 in brazilian state capitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1857-1863, 2012.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **The Journal of Pediatrics**, v.89, n.2, p.131-136, 2013.
- BORDA, M. R.; WINFREY, W.; MCKAIG, C. Return to sexual activity and modern family planning use in the extended postpartum period: an analysis of findings from seventeen countries. **African Journal of Reproductive Health**, v.14, n.4, p.72-79, 2010.

BORGES, A. L. V. et al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.45, n.2, p.1679-1684, 2011.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará**, v.1, n.1, p.1-9, 2005.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Caderno de Saúde Pública**, v.33, n.2, p.1-4, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Inciso XVIII do caput do artigo 7º. Senado Federal. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acessado em: 20 de setembro de 2017.

_____. Sociedade civil bem-estar familiar no Brasil. Programa de pesquisas de demografia e saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do Governo**. Caderno n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em: 20 de janeiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: relatório de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.
Acessado em: 20 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Lei nº. 13.257, de 8 de março de 2016. Altera a Lei nº. 11.770 de 9 de setembro de 2008, ampliando por sessenta dias a licença maternidade e por quinze dias a licença paternidade. **Diário oficial da União.** Brasília, 2016.

CAMINHA, M. F. C. et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, n.1, p.25-37, 2010.

CARVALHO, M. L. et al. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. **Reproductive Health**, v.13, n.3, p.207-215, 2016.

CHAGAS, D. C. et al. Efeitos do ganho de peso gestacional e do aleitamento materno na retenção de peso pós-parto em mulheres da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.5, p.1-15, 2017.

CHETWYND, E. M. et al. Cumulative lactation and onset of hypertension in african-american women. **American Journal of Epidemiology**, v.186, n.8, p.927-934, 2017.

CHOWDHURY, R. et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v.104, n.467, p.96-113, 2015.

COSTA, L. K. O. et al. Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Ciências da Saúde**, v.15, n. 1, p.39-46, 2013.

D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança. **Escola Anna Nery**, v.18, n.2, p.356-364, 2014.

DUROWADE, K. A. et al. Barriers to contraceptive uptake among women of reproductive age in a semi-urban community of Ekiti state, Southwest Nigeria. **Ethiopian Journal of Health Science**, v.27, n.2, p.121-128, 2017.

DYE, T. D. et al. Unintended pregnancy and breastfeeding behavior. **American Journal of Public Health**, v.87, n.10, p.1709-1711, 1997.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, v.117, n.3, 380-386, 2006.

EDMOND, K. M. et al. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from

rural Ghana. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v.86, n.4, p.1126-1131, 2007.

ESTEVEES, T. M. B. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.4, p.697-703, 2014.

ESTEVEES, T. M. B. et al. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.11, p.2390-2400, 2015.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v.19, n.5, p.623-630, 2006.

FENG, L. P.; CHEN, H. L.; SHEN, M. Y. Breastfeeding and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.59, n.4, p.428-437, 2014.

FINER, L. B.; ZOLNA, M. R. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001–2008. **American Journal of Public Health**, v.104, n.1, p.S43-S48, 2014.

FINER, L. B.; ZOLNA, M. R. Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008–2011. **New England Journal of Medicine**, v.374, n.9, p.843–852, 2016.

FURTADO, L. C. R.; ASSIS, T. R. Diferentes fatores que influenciam na decisão e na duração do aleitamento materno: uma revisão da literatura. **Revista Movimenta**, v.5, n.4, p.303-312, 2012.

GARCIA, C. R. et al. Breastfeeding initiation time and neonatal mortality risk among newborns in South India. **Journal of Perinatology**, v.31, n.6 p.397-403, 2011.

GRAY, R. H. et al. Postpartum return of ovarian activity in nonbreastfeeding women monitored by urinary assays. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v.64, n.4, p.645-50, 1987.

GRUMMER-STRAWN, L. M. The effect of changes in population characteristics on breastfeeding trends in fifteen developing countries. **International Journal of Epidemiology**, v.25, n.1, p.94-102, 1996.

GUIMARÃES, C. M. S. et al. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.30, n.1, p.109-115, 2017.

GUO, J. L. et al. Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: meta-analysis and structural equation modeling. **Applied Nursing Research**, v.29, p.37-42, 2016.

GUTIERRES, D.V.G. **No colo da ama de leite**: a prática cultural da amamentação e dos cuidados das crianças na província do Grão-Pará no século XIX. 2013. 129f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Pará, Pará, 2013.

HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v.104, n.467, p.30-37, 2015.

JACKSON, R. A. et al. Advance supply of emergency contraception. effect on use and usual contraception-a randomized trial. **Obstetrics & Gynecology**, v.102, n.1, p.8-16, 2003.

JACKSON, S. et al. Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children: a systematic review and meta-analysis. **Croatian Medical Journal**, v.54, n.1, p.110-121, 2013.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, v.362, n.1, p.65-71, 2003.

KLERMAN, L. V. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. **Maternal and Child Health Journal**, v.4, n.3, p.155-62, 2000.

KORNIDES, M.; KITSANTAS, P. Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. **Journal of Child Health Care**, v.17, n.3, p.264-273, 2013.

KOST, K.; LANDRY, D. J.; DARROCH, J. E. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. **Family Planning Perspectives**, v.30, n.5, p.223-230, 1998.

KOST, K.; LINDBERG, L. Pregnancy Intentions, maternal behaviors, and infant health: investigating relationships with new measures and propensity score analysis. **Demography**, v.52, n.1, p.83-111, 2015.

LAMBERTI, L. M. et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. **BMC Public Health**, v.11, n.3, p.1-12, 2011.

LINDBERG, L. et al. Pregnancy Intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. **Maternal and Child Health Journal**, v.19, n.5, p.1087-1096, 2015.

LÖÖF-JOHANSON, M. et al. Breastfeeding associated with reduced mortality in women with breast cancer. **Breastfeeding Medicine**, v.11, n.6, p.321-32, 2016.

LUAN, N. et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. **The American Journal Clinical Nutrition**, v.98, n.4, P.1020–1031, 2013.

MARANHÃO, T. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p.132-139, 2015.

MARMOT, M. et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. **The Lancet**, v.380, n.9846, p.1011–1029, 2012.

MCCOY, S. I. et al. Unmet need for family planning, contraceptive failure, and unintended pregnancy among HIV-infected and HIV-uninfected women in Zimbabwe. **PLOS ONE**, v.9, n.8, p.e105320, 2014.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, s.1, p.128-139, 2014.

MORIN, P. et al. Measuring the intensity of pregnancy planning effort. **Paediatric Perinatal Epidemiology**, v.17, n.1, p.97-105, 2003.

MULLANY, L. C. et al. Breastfeeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. **Journal of Nutrition**, v.138, n.3, p.599-603, 2008.

NUNES, J. T. et al. Autoeficácia contraceptiva entre adolescentes com antecedente gestacional. **Adolescência & Saude**, v.11, n.3, p.77-86, 2014.

ODDY, W. H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, v.89, n.2, p.109-111, 2013.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n.1, p.60-69, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Planejamento familiar: um manual mundial para profissionais e serviços de saúde**. Genebra, 2007.

PASSANHA, A. et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1141-1148, 2013.

PEREIRA, C. R. V. R. et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.2, p.525-534, 2013.

PEREIRA, P. F.; ALFENAS, R. C. G.; ARAÚJO, R. M.; Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. **Jornal de Pediatria**, v.90, n.1, p.7-15, 2014.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; MARTINEZ, J. L.; SEGURA-PÉREZ, S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and childhealth outcomes: a systematic review. **Maternal Child Nutrition**, v.12, n.3, p.402-417, 2016.

QUIGLEY, M. A.; KELLY, Y. J.; SACKER, A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom millennium cohort study. **Pediatrics**, v.119, n.4, p.837-842, 2007.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. p.37-45, 2003.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5s, p.142-146, 2004.

SAMPAIO, Á. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.25, n.2, p.281-290, 2016.

SANTANA, J. M.; BRITO, S. M.; SANTOS, D. B. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. **Revista o Mundo da Saúde**, v.37, n.3, p.259-267, 2013.

SANTELLI, J. et al. The Measurement and meaning of unintended pregnancy. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v.35, n.2, p.94-101, 2003.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.3, p.465-474, 2015.

SCHMIEGE, S.; RUSSO, N. F. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. **BMJ**, v.3, n.33, 2005.

SEN, S. et al. Dietary inflammatory potential during pregnancy is associated with lower fetal growth and breastfeeding failure: results from project viva. **The Journal of Nutrition**, v.146, n.4, p.728-736, 2016.

SILVA, C. M. et al. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Revista de Nutrição**, v.29, n.4, p.457-471, 2016.

SINGH S.; SEDGH, G.; HUSSAIN, R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. **Studies in Family Planning**. v.41, n.4, p.241-250, 2010.

SKINNER, B. F. Visions of politics: regarding method. In: SILVA, T. S. et al. Atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido uma população universitária em relação ao consumo de água: análise à luz da Teoria do Comportamento Planejado. **XIV Colóquio Internacional de Gestão Universitária**, Florianópolis, 2014.

SOUZA, M. F. L. et al. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. **Revista Paulista de Pediatria**, v.29, n.4, p.502-508, 2011.

SOUZA, S. N. D. H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.1, p.29-35, 2012.

STARBIRD, E.; NORTON, M.; MARCUS, R. Investing in family planning: key to achieving the sustainable development goals. **Global Health: Science and Practice**, v.4, n.2, p.191-210, 2016.

TAYLOR, J. S.; CABRAL, H. J. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? **The Journal of Family Practice**, v.51, n.5, p.431-436, 2002.

TELES, J. M. et al. Amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.17n.1, p.94-99, 2015.

TOMA, T. S. REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.2, p.235-246, 2008.

TSUI, A. O.; MCDONALD-MOSLEY, R.; BURKE, A. E. Family planning and the burden of unintended pregnancies. **Epidemiologic Reviews**, v.32, n.1, p.152-174, 2010.

UEMA, R. T. B. 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, p.349-362, 2015.

ULEP, V. G. T.; BORJA, M. P. Association between pregnancy intention and optimal breastfeeding practices in the Philippines: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.12, n.69, 2012.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1, n.1, p.40-49, 1998.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p.317-324, 2010.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R.; MONTEIRO, C. A. Secular trends in breastfeeding in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1205-1208, 2013.

VENANCIO, S. I. et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, n.3, p.e00010315, 2016.

VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infection disease in Brazil. **The Lancet**, v.330, n.8554, p.319-322, 1987.

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**, v.3, n.4, p.199-205, 2015.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v.387, n.10017, p.475-490, 2016.

WHO. World Health Organization; United Nations Children's Foundation (UNICEF). **Code of marketing breastmilk substitute**. Geneva: World Health Organization, 1981.

_____. World Health Organization; United Nations Children's Foundation (UNICEF). **Proteção, Promoção e apoio ao AM: o papel especial dos serviços de saúde**. Genebra: World Health Organization, 1989.

_____. World Health Organization; United Nations Children's Foundation (UNICEF). **Innocenti Declaration**. Florença: UNICEF/WHO, 1990.

_____. World Health Organization. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **The Lancet**, v. 355, p.451-455, 2000.

_____. World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. World Health Organization; United Nations Children's Foundation (UNICEF). **Baby-friendly Hospital Initiative**: Revised, updated, and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization, 2009.

_____. World Health Organization; United Nations Children's Foundation (UNICEF). **100 Core Health Indicators**. Geneva: World Health Organization, 2015.

YILMAZ, E. et al. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. **Turkish Journal Obstetrics and Gynecology**. v.14, n.1, p.1-9, 2017.

QUESTIONÁRIO**I. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE**

“Vou fazer algumas perguntas sobre você.”

1. Qual a sua idade?

II. DADOS FAMILIARES

“Vou fazer algumas perguntas sobre o seu nível educacional e sua família.”

2. Você sabe ler ou escrever?

0. Não

1. Sim

|__|

3. Qual o último grau que você cursou?

0. Nenhum

1. Ensino Fundamental (1º grau)

2. Ensino Médio (2º grau)

3. Ensino Superior (3º grau)

|__|

9. Não sabe informar

4. Última série/ano que você concluiu com aprovação na escola?

|__|

5. Qual é o seu estado civil?

1. Solteira

2. Casada no papel

3. União estável/vive com companheiro

|__|

4. Separada

5. Viúva

9. Não sabe informar

6. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro?

0. Não

1. Sim

|__|

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

“Agora vou lhe fazer perguntas para saber se você já esteve grávida outras vezes antes da gravidez do (nome da criança) e o que aconteceu em cada uma delas.”

7. Antes da gravidez do (nome da criança), quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido?
8. Antes da gravidez do (nome da criança), quantos partos você já teve?

IV. PRÉ-NATAL

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do (nome da criança).”

9. Quando ficou grávida, você: (ler as opções)
1. Queria engravidar naquele momento
 2. Queria esperar mais tempo
 3. Não queria engravidar
 9. Não soube informar
10. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do(a) (nome da criança)? (ler as opções)
1. Satisfeita
 2. Mais ou menos satisfeita
 3. Insatisfeita
 9. Não soube informar
11. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?
0. Não
 1. Sim
12. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome da criança)?
0. Não
 1. Sim
 9. Não soube informar
13. Com quantas semanas ou meses de gestação você começou o pré-natal?
- | semanas
- meses

- 3. Não soube informar
- 20. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto?
 - 0. Não
 - 1. Sim
- 21. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos).

VIII. CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

- 22. Como é classificada a Unidade?
 - 1. Hospital Geral ou de Especialidades
 - 2. Somente Maternidade
 - 3. Hospital Materno-infantil
 - 4. Maternidade e Serviços de Ginecologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**”, de responsabilidade de pesquisadores da FIOCRUZ e de outras instituições de pesquisa.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto, e aos recém-nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal e consultar algumas informações em seu prontuário.

As respostas serão anotadas em um formulário. Esta entrevista terá uma duração em torno de, aproximadamente 30 minutos. Posteriormente, iremos entrar em contato com você por telefone, no período entre 45 e 60 dias após esta entrevista, para saber como estará a sua saúde e do seu filho.

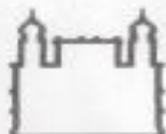
Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper se assim desejar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada

_____, _____ / _____ / _____.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10
CAAE: 0096.0.031.000-10

Título do Projeto: "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 04 / 2010

Data de apreciação: 11 / 05 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PEDRO SERGIO REGO
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP