

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO**

LUANA MIRANDA DA SILVEIRA

**DETERMINANTES DO INÍCIO DO USO DE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS APÓS O PARTO EM USUÁRIAS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Belo Horizonte
2022**

LUANA MIRANDA DA SILVEIRA

**DETERMINANTES DO INÍCIO DO USO DE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS APÓS O PARTO EM USUÁRIAS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Mariana Santos Felisbino-Mendes

Belo Horizonte

2022

Silveira, Luana Miranda da.
SI587d Determinantes do início do uso de métodos contraceptivos após o parto em usuárias da Atenção Primária à Saúde [recursos eletrônicos]. / Luana Miranda da Silveira. - - Belo Horizonte: 2022.

96f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Mariana Santos Felisbino-Mendes.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Planejamento Familiar. 2. Anticoncepção. 3. Período Pós-Parto. 4. Intervalo entre Nascimentos. 5. Enfermagem. 6. Dissertação Acadêmica. I. Felisbino-Mendes, Mariana Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WP 630

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 717 (SETECENTOS E DEZESSETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LUANA MIRANDA DA SILVEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 15 (quinze) dias do mês de dezembro de dois mil vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*DETERMINANTES DO INÍCIO DO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS APÓS O PARTO EM USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*", da aluna **Luana Miranda da Silveira**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Saúde Coletiva". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Mariana Santos Felisbino Mendes (orientadora), Flávia Bulegon Pilecco e Fernanda Penido Matozinhos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Heloísa dos Santos de Castro, Servidora do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2022.

Prof. Dr^a Mariana Santos Felisbino Mendes
Orientadora (EE/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Flávia Bulegon Pilecco
(FM/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Fernanda Penido Matozinhos
(EE/UFMG)

Heloísa dos Santos de Castro
Servidora do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 13.02.23

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Discente **LUANA MIRANDA DA SILVEIRA**.

As modificações foram as seguintes:

Revisar o modelo analítico para incluir algumas variáveis sugeridas e excluir outras que possam ter sobreposição; incluir tópico na revisão sobre o modelo e revisar esse capítulo; revisar a discussão para ter maior foco nos determinantes encontrados e incluir os vieses; reformular a conclusão considerando as contribuições do estudo.

Prof. Dr^a Mariana Santos Felisbino Mendes

Prof^a. Dr^a. Flávia Bulegon Pilecco

Prof^a. Dr^a. Fernanda Penido Matozinhos



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Santos Felisbino Mendes, Professora do Magistério Superior**, em 21/12/2022, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Penido Matozinhos, Professora do Magistério Superior**, em 23/02/2023, às 06:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Flavia Bulegon Pilecco, Professora do Magistério Superior**, em 08/03/2023, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Heloisa dos Santos de Castro, Assistente em Administração**, em 09/03/2023, às 07:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1982918** e o código CRC **E4106B5E**.

HOMOLOGADO em reunião do CPU
Em 13/02/23

DEDICATÓRIA

Conceição de Miranda Silveira (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente, agradeço a **Deus** por ter me proporcionado viver mais um momento especial de conquista, dando-me força e sabedoria para vencer os obstáculos destes dois anos de curso.*

*À minha orientadora **Prof^a. Dr^a. Mariana Santos Felisbino-Mendes** pela orientação tão presente, confiança, amizade e ensinamentos compartilhados. Agradeço por ter direcionado os meus passos para a realização dessa pesquisa.*

*Aos meus pais, **Sílvia e Cláudio** pelo apoio incondicional, pela torcida, carinho e amor ao longo de todos esses anos.*

*Ao meu marido, **Pedro**, pelo amor, cumplicidade e incentivo diário, mesmo nos momentos desafiadores. Sua confiança e palavras de motivação significaram muito!*

*Ao meu filho, **Davi**, que mesmo ainda dentro do útero, me fez ter ainda mais fé, confiando e acreditando no “Tempo de Deus”. Gratidão por fazer eu conhecer o amor mais puro, me proporcionando a mais sublime transformação em minha vida!*

*À minha irmã, **Lorena**, pelo companheirismo, amor e carinho! Você é uma das pessoas que mais me causam orgulho e admiração!*

*À Doutoranda **Fernanda Gontijo** que esteve presente na construção dessa pesquisa e em toda a minha caminhada do mestrado. Obrigada por todas as oportunidades e ensinamentos durante essa jornada.*

*À equipe do **NIEPE**, em especial a **Bruna Nicole, Luana Leão e Marimar Dias**, pelo convívio, ensinamentos e carinho, vocês se tornaram essenciais na pesquisa, GRATIDÃO!*

*Aos meus **mestres da UFMG**, pela excelente formação que me proporcionaram, possibilitando que eu alcançasse o mestrado e por consequência esta conquista, em especial, as **Professoras Dr^a. Fernanda Penido Matosinhos e Dr^a. Mery Natali Silva Abreu**.*

*Às **mulheres** que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Sem a contribuição delas, não seria possível a realização desse estudo.*

À todos que direta ou indiretamente participaram dessa caminhada!

RESUMO

SILVEIRA, L. M. **Determinantes do início do uso de métodos contraceptivos após o parto em usuárias da Atenção Primária à Saúde.** 2022. 96p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Introdução: A contracepção após o parto é estratégia essencial para prevenir gestações não planejadas e garantir o intervalo interpartal recomendado, visto que engravidar em um espaço de tempo menor do que 12 meses aumenta os riscos maternos, neonatais e infantis. Sabe-se ainda que características sociodemográficas e assistenciais podem influenciar o início precoce ou tardio de métodos contraceptivos (MC) após o parto. **Objetivos:** Verificar se as características sociodemográficas e assistenciais estão associadas ao tempo até o início do uso de contraceptivos no primeiro ano após o parto em usuárias da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Estudo longitudinal, do tipo coorte prospectiva, de gestantes e puérperas cuja linha de base foi aninhada a um projeto multicêntrico de abrangência nacional e Belo Horizonte foi um centro colaborador. Contou com amostra de 236 mulheres na linha de base, 108 na primeira onda e 68 na segunda onda. As entrevistas da linha de base foram realizadas presencialmente com as gestantes. As entrevistas da linha de base foram interrompidas devido à pandemia de COVID-19. O seguimento deu-se por meio de ligações telefônicas, 6 meses após o parto e 1 ano após o nascimento do bebê. Foram analisados os tipos de MC iniciados e calculado o tempo até o início dos mesmos segundo características sociodemográficas e assistenciais. A fração de mulheres que permaneceram sem usar o método contraceptivo ao longo do primeiro ano após o parto foi calculada usando a estimativa de Kaplan Meier. O teste log-rank foi utilizado para analisar se havia diferença entre os grupos ($p < 0,05$). O Modelo de Riscos Proporcionais de Cox com cálculo do risco relativo (RR) não ajustado e ajustado e seus intervalos de 95% de confiança (IC95%) foi usado para estimar os determinantes sociodemográficos e assistenciais associados ao início do uso de métodos. **Resultados:** Das 108 mulheres, mais de 90% relataram utilizar algum MC, sendo o injetável o mais utilizado (25,9%), seguido das camisinhas (25,0%), das pílulas (23,2%) e do DIU (13,0%). Mais de 48% das mulheres iniciaram o uso de MC 40 dias após o parto. Ou seja, os outros 50% iniciaram após e outras nem iniciaram. A mediana do tempo até o início do MC foi: 39,5 dias (IC95%: 32,1-44). Essa mediana foi menor para mulheres com idade igual ou maior que 35 anos (12,5 dias; IC95%: 0,5-37,3), pardas/pretas (22 dias; IC95%: 4,1-54,1) e que recebiam bolsa família (33 dias; IC95%: 20,3-67,4). Observou ainda que as mulheres que iniciaram o uso de MC mais rapidamente receberam orientações na maternidade (23 dias; IC95% 7,1-42,6); foram atendidas por enfermeiros (32 dias; IC95%: 0,71-48,3), e realizaram mais de 6 consultas de pré-natal (33 dias; IC95%: 27,4-41,0). Após ajuste de todas as variáveis, a idade das mulheres e o número de consultas de pré-natal (PN) foram determinantes do início de uso de MC. Mulheres mais jovens (18 até 34 anos) se associaram ao início mais tardio do uso de MC e o maior número de consultas PN ao início mais rápido do uso de MC. **Conclusão:** Apesar da alta prevalência do uso de MC, persistem desigualdades sociodemográficas e assistenciais em relação ao tempo até o início da contracepção após o parto, como também, uma insegurança contraceptiva. Ressalta-se a necessidade de uma política de promoção do uso de MC eficazes nesse período para reduzir os desfechos adversos associados ao curto intervalo interpartal e os riscos relacionados a ocorrência de gestações pouco espaçadas.

Descritores: Planejamento Familiar; Anticoncepção; Período Pós-Parto; Intervalo entre os nascimentos; Saúde da Mulher; Saúde Sexual e Reprodutiva; Enfermagem.

ABSTRACT

SILVEIRA, L. M. **Determinants of the initiation of the use of contraceptive methods after childbirth in users of Primary Health Care.** 2022. 96p. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Introduction: The postpartum contraception is an essential strategy to prevent unplanned pregnancies and ensure the recommended interpregnancy interval, since becoming pregnant in a period of time of less than 12 months increases maternal, neonatal and infant risks. It is also known that sociodemographic and health assistance characteristics can influence the early or late initiation of contraceptive methods (CM) after the giving birth. **Objective:** To verify whether sociodemographic and assistance characteristics are associated with the time until the initiation of contraceptive use in the first year after giving birth in users of Primary Health Care service. **Methods:** Longitudinal, prospective cohort type of study of pregnant and postpartum women whose baseline was nested in a nationwide multicenter project and Belo Horizonte was a collaborative center. It had a sample of 236 women at baseline, 108 in the first wave and 68 in the second wave. The baseline interviews were conducted face-to-face with pregnant women. The baseline interviews were discontinued due to the COVID-19 pandemic. The follow-up was conducted through phone calls, 6 months after they gave birth and 1 year after the baby's birth. The types of CM that were initiated were analyzed, and the time until the initiation was calculated according to sociodemographic and assistance characteristics. The fraction of women who remained not using a contraceptive method throughout the first year after giving birth was calculated using Kaplan Meier estimation. The log-rank test was used to analyze if there was a difference between the groups ($p < 0.05$). The Cox Proportional Risk Model with unadjusted and adjusted relative risk (RR) calculation and its 95% confidence intervals (95% CI) was used to estimate the sociodemographic and assistance determinants associated with the beginning of the use of methods. **Results:** Out of the 108 women, over 90% reported using some CM, with the injectable one being the most commonly used (25.9%), followed by condoms (25.0%), pills (23.2%) and IUD (13.0%). More than 48% of women started using CM 40 days after giving birth. This means the other 50% started after and others did not start at all. The median time to the start of CM was: 39.5 days (95%CI: 32.1-44). This average was lower for women aged 35 years or older (12.5 days; 95%CI: 0.5-37.3), brown/black (22 days; 95%CI: 4.1-54.1) and receiving family allowance (33 days; 95%CI: 20.3-67.4). It was also noted that women who started using CM more quickly received orientation at the maternity hospital (23 days; 95%CI 7.1-42.6); were seen by nurses (32 days; 95%CI: 0.71-48.3), received, and had more than 6 prenatal visits (33 days; 95%CI: 27.4-41.0). After the adjustment of all variables, women's age and the number of prenatal (PN) appointments were determinants of the beginning of CM use. Younger women (18 up to 34 years old) were associated with a later beginning of CM use, and more prenatal visits were associated with a faster beginning of CM use. **Conclusion:** Despite the high prevalence of CM use, sociodemographic and assistance inequalities persist regarding the time until the beginning of contraception after delivery, as well as contraceptive insecurity. We emphasize the need for a policy to promote the use of effective CM in this period to reduce the adverse outcomes associated with the short intrapartum interval and the risks related to the occurrence of poorly spaced pregnancies.

Keywords: Family Planning; Contraception; Postpartum Period; Interval between births; Women's Health; Sexual and Reproductive Health; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Regionais de Saúde de Belo Horizonte/MG.....	35
Figura 2. Número de mulheres entrevistadas, da linha de base à 2ªOnda.....	38
Figura 3. Tempo (em dias) até início do uso de MC por mulheres após o parto segundo características Sociodemográficas por meio das estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier. Belo Horizonte, 2019 - 2021.....	49
Figura 4. Tempo (em dias) até início do uso de MC por mulheres após o parto segundo características assistenciais por meio das estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier. Belo Horizonte, 2019 – 2022.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres estudadas e das perdas de seguimento – Belo Horizonte, 2019-2022.....	46
Tabela 2.	47
Tabela 3. Tempo (em dias) até o início do uso de MC após o parto segundo características sociodemográficas - Belo Horizonte, 2019 – 2022	48
Tabela 4. Tempo (em dias) até o início do uso de MC após o parto segundo características assistenciais – Belo Horizonte 2019 – 2022.....	51
Tabela 5. Determinantes do tempo até Início de uso de métodos contraceptivos até um ano após o parto - Belo Horizonte 2019 – 2022.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Opções de contracepção disponíveis para o uso durante o período do pós-parto.....	31
Quadro 2. Amostra de gestantes e nutrizes, por Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte – MG.....	40
Quadro 3. Variáveis independentes.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Equipes de Saúde da Família e cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Belo Horizonte, 2015 a 2021.....	36
--	----

LISTA DE SIGLAS

ACO	Anticoncepcional Oral Combinado
AME	Aleitamento materno exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
BPN	Baixo Peso ao Nascer
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CIPD	Conferência sobre População e Desenvolvimento
CMC	<i>Century-Month Code</i>
CMM	Conferência Mundial da Mulher
CPF	Cobertura por Planejamento Familiar
DIU	Dispositivo intrauterino
DN	Data de nascimento
DPFS	Demanda por Planejamento Familiar Satisfeita
DPP	Data provável do parto
DR	Diferença de risco
EMDI	Estudo multicêntrico sobre deficiência de iodo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIV	Fertilização in vitro
GIG	Grande para idade gestacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	Intervalo de 95% de Confiança
ID	Identificação
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAM	Método da Amenorreia Lactacional
LARCS	<i>Long-Acting Reversible Contraception</i>
MBPF	Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade
MC	Métodos Contraceptivos
MS	Ministério da saúde
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds ratio
PAB	Programa Auxílio Brasil
PAISM	Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PIG	Pequeno para idade gestacional
PN	Pré-natal
PNA	Pesquisa Nacional do Aborto
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PR	Planejamento Reprodutivo
RAG	Relatório Anual de Gestão
RC	Rede Cegonha
RPMP	Ruptura prematura de membranas pré-termo
RR	Risco Relativo

SARCS	<i>Short-acting reversible contraception</i>
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIU	Sistema intrauterino
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SSSR	Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de tratamento intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. HIPÓTESES.....	18
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo Geral.....	19
3.2 Objetivos Específicos.....	19
4. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	20
4.1 Políticas de acesso as ações do Planejamento Reprodutivo.....	20
4.2 Intervalo Interpartal.....	25
4.3 Contracepção após o parto.....	28
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
5.1 Tipo de estudo.....	35
5.2 Local do estudo.....	35
5.3 População, amostra e critérios de inclusão.....	36
5.4 Coleta de dados.....	38
5.4.1 Linha de base.....	38
5.4.2 Seguimento.....	40
5.4.3 Instrumento de coleta de dados.....	41
5.5 Variáveis.....	41
5.6 Análise de dados.....	43
5.7 Considerações éticas.....	44
6. RESULTADOS.....	46
6.1 Características da população de estudo.....	46
6.2 Início do uso de métodos e padrão contraceptivo.....	47
6.3 Tempo até o início do uso de métodos contraceptivos (MC).....	48
6.4 Fatores sociodemográficos e assistenciais associados ao tempo até o início do uso de métodos contraceptivos (MC).....	54
7. DISCUSSÃO.....	56
7.1 Uso de métodos contraceptivos e padrão de contracepção das mulheres no período pós-parto.....	56
7.2 Início tardio de métodos contraceptivos.....	61
7.3 Determinantes do tempo de início de uso de métodos contraceptivos após o parto.....	64

7.4 Limitações do estudo.....	67
8. CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES	83

1. INTRODUÇÃO

A contracepção é um direito básico de todo casal e de todo indivíduo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016). Também se constitui em prioridade em saúde estabelecidas na agenda 2030, mais especificamente com os Objetivos De Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONUBR, 2016; TRAN *et al.*, 2018). Trata-se de métodos que quando utilizados corretamente podem prevenir gestações não planejadas e aumentar o espaçamento ideal entre os filhos (RWABILIMBO *et al.*, 2021), o que por sua vez contribui para o aumento da sobrevivência materna e infantil.

Estudo prévio mostrou que a utilização de anticoncepcionais pode prevenir 3,2 milhões em 5,6 milhões (57,1%) de mortes de crianças com menos de cinco anos e 109.000 em 155.000 (70,3%) mortes maternas (ROSSIER *et al.*, 2015). No entanto, 218 milhões de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) não têm acesso a métodos contraceptivos (MC) no mundo (SULLY *et al.*, 2020). Essa situação piorou por causa da pandemia por Covid-19 (STOBE, 2020). O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) projeta que mais de 47 milhões de mulheres em todo o mundo podem ter tido dificuldades de acesso a métodos contraceptivos devido a pandemia, o que poderia resultar em 7 milhões de gestações não planejadas (UNFPA, 2020).

No Brasil, um estudo mostrou que mais de 80% das mulheres relataram utilizar algum método contraceptivo, e os métodos mais utilizados pelas mulheres são os de curta duração (SARCS - *short-acting reversible contraception*), em detrimento dos de longa duração (LARCS) (TRINDADE *et al.*, 2021), dito como mais eficazes. Isso revela um mix contraceptivo obsoleto no país (CAVENAGHI; ALVES, 2019). Em 2013, a pílula foi o método mais prevalente entre as brasileiras, sendo usada por 30,8% das mulheres casadas ou em união estável de 18 a 49 anos (CAVENAGHI; ALVES, 2020) e por 34,2% das mulheres em geral (TRINDADE *et al.*, 2021). Em 2019, do total de usuárias em uso de MC, 71,1% das mulheres usavam SARCS, 5% LARCS e 23,9% métodos permanentes, observando-se uma manutenção do mix obsoleto. A pílula continua sendo o MC mais prevalente entre as brasileiras, sendo usada por 40,6% das mulheres (ARAUJO *et al.*, 2023 no prelo).

Ainda mais preocupante é que esse padrão obsoleto de combinação de MC pode estar relacionado a altas taxas de descontinuidade de contracepção (ALVES *et al.*, 2016; BORGES *et al.*, 2021) e conseqüentemente contribuir com altas

porcentagens de gravidez não planejada, além da mortalidade materna devido a abortos inseguros (OLSEN *et al.*, 2018;). Dados da Pesquisa Nacional do Aborto (PNA), de 2016, evidenciaram que 13% das mulheres entrevistadas tiveram um abortamento provocado por não desejar a gestação (DINIZ *et al.*, 2016).

Estudos internacionais têm demonstrado baixa prevalência de uso de contracepção após o parto (MOORE *et al.*, 2015; PASHA *et al.*, 2015; TEAL; SHEEDER, 2018; TESSEMA *et al.*, 2018). Além disso, foram observadas taxas de 6% a 40% de gravidezes não planejadas no primeiro ano após o parto (MOORE *et al.*, 2015; PASHA *et al.*, 2015; TEAL; SHEEDER, 2018; TESSEMA *et al.*, 2018; ELUWA *et al.*, 2016; PINTO *et al.*, 2021). No Brasil, apesar da variedade de MC seguros após o parto, ofertado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), observa-se uso corriqueiro da pílula do dia seguinte, desinformação quanto aos métodos que são adequados para o período da lactação e uma alta prevalência de uso de contraceptivos hormonais contraindicados para lactantes (CANELAS *et al.*, 2016). Assim, observa-se no Brasil que a prestação do serviço de saúde no pós-parto está associada à baixa qualidade de assistência (CANÁRIO *et al.*, 2020).

A contracepção após o parto e o espaçamento entre nascimentos é essencial para a manutenção da saúde da mulher e de seus filhos, podendo reduzir a probabilidade de prematuridade, baixo peso ao nascer, aborto e óbito fetal (CECATTI *et al.*, 2008; CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; HANLEY *et al.*, 2017; TESSEMA *et al.*, 2018). Além disso, existe a necessidade de um intervalo mínimo para uma adequada recuperação do organismo da mulher, uma vez que ocorrem ajustes anatômicos (KUMAR *et al.*, 2014; LOPEZ *et al.*, 2015b), psíquicos e de inserção social (ABDEL; PIO; CAPEL, 2015) que acarretam acentuadas mudanças no corpo e no padrão de vida da mulher na gravidez, no período após o parto e de lactação.

O intervalo mínimo entre o parto e uma nova gestação é de pelo menos 12 meses para reduzir os riscos à saúde da mãe e do bebê (SCHUMMERS, LAURA *et al.*, 2018). No entanto, vários estudos têm mostrado e consolidado um período ideal de 2 anos garantindo recuperação biopsicossocial materna (XU *et al.*, 2022; RWABILIMBO *et al.*, 2021; LIU *et al.*, 2021; ZHANG *et al.*, 2018). Nesse sentido, garantir que os nascimentos sejam espaçados adequadamente está vinculado ao uso

precoce de um método eficaz de planejamento reprodutivo (OMS, 2013; BARBOSA *et al.*, 2020; ASHEBIR, TADESSE; 2020; REGAN *et al.*, 2020; LEI YE *et al.*, 2019).

Soma-se a isso o fato de que, apesar da alta cobertura ao pré-natal e ao parto alcançada no país (CASTRO *et al.*, 2019; VIELLAS *et al.*, 2014), estudos sobre os indicadores de acesso a consultas na Atenção Primária à Saúde (APS) evidenciam uma baixa cobertura de consultas pós-parto (GONÇALVES *et al.*, 2019; LAGO; LIMA, 2009). Ao mesmo tempo, quando ofertada, a consulta tem um enfoque maior no recém-nascido, sendo os cuidados direcionados à saúde da mulher fragmentados ou negligenciados, e as questões relativas à contracepção são poucas ou não são abordadas nestas consultas (CANÁRIO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Isto demonstra claramente uma interrupção do cuidado longitudinal e integral e a não valorização das necessidades de saúde da mulher no período pós-parto. Essas evidências poderiam corroborar uma demora em iniciar o uso de MC, colocando em risco a vida e a saúde do binômio (mãe e filho), principalmente antes dos seis meses pós-parto e na ausência de aleitamento materno exclusivo.

Portanto, investigar o tempo até o início do uso de MC após o parto tem relevância significativa para a saúde coletiva e poderá contribuir para fortalecer as estratégias de promoção do início precoce da contracepção após o parto. Além disso, contribuir com a promoção do aumento do intervalo interpartal, e conseqüentemente da saúde da mulher e sua família.

Alguns estudos internacionais, em países da África Oriental, sobre o tema mostraram que a maioria das mulheres usaram contraceptivos até um (1) ano após o parto e o tempo de início de MC ocorreu dentro de 45 dias a três meses após o nascimento (JALANG'O *et al.*, 2017; ASHEBIR, TADESSE, 2020). No entanto, este mesmo estudo mostrou que também havia necessidade não atendida de contraceptivos entre as mulheres que não desejavam mais filhos, variando de 86% nos primeiros 5 meses a 76% no final do primeiro ano após o parto (ASHEBIR, TADESSE, 2020). Além disso, dados de 57 países de baixa e média renda demonstraram que 62% das mulheres que deram à luz no ano anterior não iniciaram a contracepção imediatamente após o parto (ROSSIER *et al.*, 2015; GLASSIER *et al.*, 2019). A prevalência de contraceptivos modernos no pós-parto em países de baixa e média renda variou de 8% no primeiro mês, 25% no sexto mês a 30% aos doze meses

após o nascimento (PROJETO TRACK, 2017). Essas evidências também corroboram um cenário de insegurança contraceptiva entre as mulheres após o parto.

Outro estudo transversal com uma amostra de 3.775 mulheres mostrou que o tempo médio de uso de anticoncepcionais após o nascimento foi de 7 meses, enquanto para a retomada do sexo após o nascimento foi de 2 meses (RWABILIMBO *et al.*, 2021). Esse mesmo estudo mostrou fatores como nunca ter sido casada e amamentar associados ao uso mais duradouro de uso de MC após o parto. Pertencer ao quintil de riqueza mais rico e adotar métodos de longa ação aumentaram a probabilidade de as mulheres iniciarem MC mais precocemente após o parto (RWABILIMBO *et al.*, 2021).

Vários são os fatores descritos na literatura, tanto em estudos internacionais quanto nacionais, atribuídos ao não uso de MC após o parto, tais como: menor nível socioeconômico (CANÁRIO *et al.*, 2020; BAWAH *et al.*, 2019), inexistência de um parceiro, tempo de retorno à atividade sexual (BORDA; WINFREY; MCKAIG, 2010), práticas de amamentação e equívocos sobre a amenorreia lactacional (RACCAH-TEBEKA; PLU-BUREAU, 2015), idade materna, escolaridade (ELIASON *et al.*, 2013), religião (MENGESHA; WORKU; FELEKE, 2015), conhecimento sobre o MC (FANTAHUN, 2014), assim como a falta de acesso a serviços de contracepção (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; CANELAS *et al.*, 2016). No entanto, esses estudos, na maioria transversais, mostram correlações entre essas variáveis e o uso de MC no pós-parto, mas não estabelecem possíveis relações de causa e efeito, além de não permitirem uma avaliação dos fatores que podem determinar o tempo até o início da contracepção, no período após o parto, devido à falta de temporalidade.

Adicionalmente, poucos estudos avaliam aspectos assistenciais que poderiam explicar o tempo até o início do uso de MC após o parto. Estudos desenvolvidos em nível local e nacional investigam o Planejamento Reprodutivo (PR) apenas em mulheres casadas ou em união estável, principalmente, quando todas as mulheres podem estar expostas a gestações não planejadas independente do seu estado conjugal (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; EWERLING *et al.*, 2018). Desconsiderar estes fatores alimenta a invisibilidade da demora do uso de métodos contraceptivos após o parto no país e o direito de acesso a MC por todas as mulheres.

Um estudo longitudinal permitiria o acompanhamento após o parto e poderia determinar o tempo até o início da contracepção. Também poderia permitir avaliar

quais os fatores estariam relacionados ao início mais rápido ou tardio do uso de contracepção, incluindo tanto aspectos relacionados às características sociodemográficas das mulheres, quanto àqueles relativos à assistência recebida nos serviços de planejamento reprodutivo.

Portanto, considerando-se os determinantes e a baixa prevalência do início do uso de MC no pós-parto apresentada nos poucos estudos sobre o tema no país (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; BORGES; 2021); o fato da maioria desses estudos serem transversais e não permitirem um estudo ao longo do tempo após o parto; a alta vulnerabilidade a novas gestações no período e suas graves consequências à saúde da mulher e futuro conceito; a baixa cobertura de consulta no pós-parto; os cuidados fragmentados e negligenciados à mulher nesse período; às altas taxas de gestações não planejadas no país; e a pequena diversidade de MC utilizados pelas mulheres brasileiras, este estudo propõe-se investigar o tempo até o início de contracepção entre essas mulheres longitudinalmente por um ano após o parto, independente do seu estado conjugal. Pretende-se também, buscar identificar determinantes sociodemográficos e assistenciais do tempo até o início do uso de MC nesse período da vida da mulher. Assim, propõe-se as seguintes perguntas de pesquisa: Qual o tempo até o início do uso da contracepção até um ano após o parto? Quais são os determinantes sociodemográficos e assistenciais do tempo até o início do uso de métodos contraceptivos em mulheres até um ano após o parto?

Acredita-se que analisar a associação entre o tempo de início do uso de MC após o parto e os fatores sociodemográficos e assistenciais, poderá fornecer informações relevantes para subsidiar melhorias no atendimento das mulheres após o parto no que tange o planejamento reprodutivo.

2. HIPÓTESES

1. As mulheres em geral demoram a iniciar o uso de MC após o parto.
2. As mulheres com vulnerabilidade social demoram mais a iniciar o uso de métodos contraceptivos após o parto.
3. As mulheres que não tiveram acesso a orientações nos serviços de saúde sobre o planejamento reprodutivo demoram mais a iniciar o uso de métodos contraceptivos após o parto.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar se as características sociodemográficas e assistenciais estão associadas ao tempo até o início do uso de contraceptivos no primeiro ano após o parto em usuárias da Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Estimar o tempo até o início da contracepção após o parto por mulheres usuárias da APS;
- Identificar padrões de contracepção até um ano após o parto em mulheres usuárias da APS;
- Verificar se o tempo até o início do uso de MC no primeiro ano após o parto se difere entre as mulheres usuárias da APS segundo características sociodemográficas e assistenciais.

4. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Esta dissertação se insere no campo da Saúde Sexual e Reprodutiva e na garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Destaca-se que essa pesquisa está alinhada ao contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030, mais especificamente o terceiro e o quinto objetivo, com destaque aos objetivos 3.7 e 5.6 que apontam tanto a necessidade de se assegurar o acesso universal aos serviços de SSSR, incluindo o Planejamento Reprodutivo e os Direitos Reprodutivos, quanto sua integração a outras estratégias e programas nacionais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015, 2016; REDE CEGONHA, 2011).

Visando subsidiar as discussões em relação ao objeto do estudo e ainda com a finalidade de organizar e discutir os conceitos teóricos abordados sobre contracepção, bem como as evidências científicas acerca da temática, este capítulo foi subdividido em três principais tópicos: 1) *Contracepção após o parto; Intervalo* 2) *Interpartal*; e 3) *Políticas de acesso às ações do Planejamento Reprodutivo após o parto*.

O primeiro, *Contracepção após o parto*, objetiva discutir a sua implementação para garantia do intervalo interpartal, os cuidados específicos desse período incluindo as especificidades dos métodos contraceptivos seguros e recomendados para o período pós-parto, incluindo o contexto do aleitamento materno. A segunda temática *Intervalo Interpartal* visa abordar como esse fator determinante interfere na saúde de mães e filhos. Além disso, visa discutir qual melhor intervalo, de acordo com a literatura científica. Por fim, a temática *Políticas de acesso às ações do Planejamento Reprodutivo*, visa abordar a SSSR revisitando alguns marcos legais que envolvem os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos no país, em especial, na APS.

4.1 Políticas de acesso às ações do planejamento reprodutivo

Um país com políticas e estratégias bem estabelecidas sobre o planejamento reprodutivo de sua população tem mais chance na melhoria de educação e redução da pobreza (FERREIRA, SOUZA, 2018).

Pensando nisso, em 2015 países membros das Nações Unidas lançaram a agenda 2030 com 17 metas globais para o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável

(ODS), na qual, a meta número 5 refere-se a alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Dentre as ações do ODS 5 encontra-se a garantia de acesso universal a direitos reprodutivos e saúde sexual (IPEA, 2019). Percebe-se, portanto que o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos é uma preocupação mundial.

No Brasil, o início do Planejamento Reprodutivo (PR) tem como marco histórico os movimentos sociais e feministas do início da década de 1980, os quais reivindicaram mudanças e ampliação nas políticas de saúde da mulher, fazendo surgir, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011). Trata-se de uma política que visava a promoção e cuidado com a saúde das mulheres para além do enfoque materno-infantil vigente até então e que previa assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades femininas (ALVES; CORRÊA, 2009). Apesar da proposta, houve dificuldade de implementá-la na sua íntegra devido problemas políticos, financeiros e operacionais (CAVENAGHI; ALVES; 2019).

Na década de 1990, ocorreram importantes mudanças no cenário político do Brasil, decorrentes da Constituição de 1988 e também a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ambos foram responsáveis pela consolidação da descentralização da saúde previdenciária e pela municipalização do sistema de saúde brasileiro (CAMPOS *et al.*, 2008; CASTRO; MACHADO, 2010). O sistema também mudou a forma de organização dos serviços de saúde, aumentando a oferta de cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS) (CASTRO *et al.*, 2019; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O Ministério da Saúde estabeleceu como responsabilidade do Estado a atenção integral ao planejamento familiar no âmbito dos serviços que integram a rede SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 2011).

Em 1996, O PR no Brasil foi regulamentado pela Lei nº 9.263 de 1996 e estabeleceu que é dever do Estado disponibilizar ações e serviços de saúde que promovam o acesso às informações e a todos os métodos de concepção e contracepção disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir a livre decisão dos cidadãos sobre sua reprodução (BEZERRA *et al.*, 2018; RAMOS *et al.*, 2022). Contudo, apenas em 1999, iniciou a oferta gratuita de esterilização voluntária pelo SUS (BRASIL, 1999) e no ano 2000 houve uma primeira ampliação da

oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) (UNFPA, 2018).

Nesse período, as ações de PR consistiram, basicamente, em ações de distribuição maciça de MC entre mulheres em idade fértil (pílulas, DIU, diafragmas etc.) – principalmente entre aquelas de classes menos favorecidas que não poderiam obtê-los com recursos próprios – e na prática sistemática de esterilização cirúrgica de mulheres (BONAN, 2002).

Em 2003, registra-se um avanço importante: a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, que promoveu duas Conferências Nacionais sobre Políticas para as Mulheres, a primeira em 2004 e a segunda em 2007. Esta última, o governo elaborou um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), lançando novos programas e ações na área da saúde e direitos reprodutivos (BRASIL, 2007). Houve uma atualização mais recente dessa política, para 2013-2015, e dentre as ações previstas haviam aquelas de perspectiva intersetoriais relativas ao planejamento reprodutivo forma integral, além de promover os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, de maneira intersetorial (BRASIL, 2013).

Essa Política integra a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e foi desenhada com base na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei de Planejamento Familiar de 1996, estando articulada ao Programa Nacional do Parto Normal e ao Pacto de Redução da Morte Materna e Neonatal (2004). Esse último foi considerado pela ONU um “modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio” e dá relevância à garantia de acesso à contracepção como estratégia de redução da gravidez indesejada e de prevenção do aborto inseguro, quinta maior causa de morte no Brasil (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2019).

Outro programa político de destaque foi o Bolsa Família (PBF), instituído por Lei desde 2004. Ele realizava transferência direta de renda para as famílias em situação de extrema carência. Além disso, para receber o benefício mensal, as famílias cadastradas deviam respeitar condicionalidades, estabelecidas por meio de portaria e apresentadas como estímulo ao exercício de direitos básicos nas áreas de educação e saúde, como por exemplo, fazer o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2004). Um efeito do programa estava relacionado à obrigatoriedade das mulheres nas unidades de saúde – uma das condicionalidades para receber o benefício (BRASIL,

2021; BRASIL, 2004). Além disso, para receber o benefício as famílias deviam ter em sua composição gestantes ou membros com idade entre 0 e 21 anos incompletos. Desde novembro de 2021, o PBF foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil (PAB) (BRASIL, 2021). O novo programa distingue-se do Bolsa Família, no qual apenas famílias em condição de pobreza com adolescentes entre 0 e 17 anos estariam elegíveis. As condicionalidades entre os dois programas são semelhantes, e incluem acompanhamento de saúde e frequência escolar mínima para seus beneficiários, tendo em vista, principalmente, o desenvolvimento infantil (BARBOSA; GERSHON, 2022).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Entre as diretrizes e ações propostas por essa política estão: a ampliação da oferta de métodos contraceptivos reversíveis no SUS; capacitação dos profissionais da APS em SSR; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações (BRASIL, 2005).

No Brasil, em 2007, foi criada a Política Nacional de Planejamento Familiar, que incluiu a oferta de métodos contraceptivos gratuitos fornecidos pelo SUS na Atenção Básica e a venda de anticoncepcionais a um valor reduzido em farmácias populares (BRASIL, 2007). A Política previa o acesso aos métodos contraceptivos para todas as mulheres em idade fértil e salientava que a mulher na fase do puerpério devia ser orientada quanto ao planejamento reprodutivo e início da utilização de métodos contraceptivos na consulta do pós-parto, cabendo ao profissional de saúde informar sobre quais métodos poderiam ser utilizados, auxiliando na escolha de um que corresponda às necessidades da mulher e expectativas reprodutivas, além de orientar sobre o funcionamento do método LAM (amenorreia da lactação) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; BRASIL, 2010; BRASIL, 2016). Atualmente, são distribuídos gratuitamente em todo o território nacional contraceptivos com mecanismos diversos (métodos cirúrgicos, contraceptivos hormonais orais e injetáveis, camisinhas femininas e masculinas, DIU e diafragma).

Em 2009, outro avanço pode ser apontado: formulação de uma Política Nacional de Saúde Integral do Homem, sendo um dos seus objetivos estimular a

implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde (BRASIL, 2009).

Em 2011, visando estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, o MS instituiu, a Rede Cegonha (RC), buscando assegurar a todas as mulheres, sejam adolescentes ou em idade avançada, o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2019). Para isso, a estratégia RC vem priorizando ações relativas à adoção das boas práticas na assistência as parturientes nas maternidades, práticas essas recomendadas pela OMS (WHO, 1996). Porém, foi muito criticada pelo seu reducionismo e pela volta da concepção materno-infantil de saúde da mulher, que se supunha superada desde o surgimento do PAISM (CAVENAGHI; ALVES, 2019).

Embora sejam apresentados vários avanços de políticas de PR no Brasil, ainda existem problemas graves na saúde reprodutiva da mulher brasileira: "informação e escolha de MC extremamente limitada, altas taxas de aborto de risco, altas taxas de câncer de colo de útero, grande número de mulheres com quase nenhuma atenção pré-natal; a segunda taxa mais alta do mundo de nascimento por cesariana, e um risco crescente de bem-estar de mulheres e homens, devido a doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato reprodutivo" (WENDER, MACHADO, POLITANO, 2022; COELHO, LUCENA, SILVA, 2000).

Destaca-se que a assistência ao PR no País tem passado por descontinuidades ao longo dos anos, sendo que as últimas estratégias programáticas que consideraram a SSR das mulheres brasileiras foram a Estratégia Rede Cegonha (2011) e o PNPM (2013-2015). Ainda, no ano de 2016, foram feitos drásticos cortes orçamentários na Pasta de Saúde das Mulheres e, desde então, o PNPM não foi renovado. Além disso, as estratégias estiveram sempre muito voltadas a um restrito cardápio de métodos ou mix contraceptivo, principalmente a laqueadura tubária e os métodos de curta duração, deixando de lado a qualificação das equipes para oferta de todos os métodos que estão disponíveis no SUS, por exemplo.

O ano de 2019 pode ser considerado um marco dos vários retrocessos vivenciados mais recentemente, na SSR, no país. Neste ano, o governo brasileiro pela primeira vez, não assinou o documento da OMS, que firma compromissos acerca da SSR das populações junto aos demais países membros (TRINDADE *et al.*, 2019, no

prelo). O país foi um dos poucos a não apresentar informe do status de implementação da agenda regional de população e desenvolvimento no fórum marcado pelos 25 anos da CIPD (MARTINS, 2019).

Adicionalmente, em dezembro de 2019 o Ministério da Saúde revogou a nota técnica que permitia ao enfermeiro inserir o DIU (COFEN, 2019), prejudicando a implementação equitativa dos LARCs no país no SUS. Trata-se de uma política a ser implementada desde 2013 e que não conseguiu avançar.

As farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção dos MC (pílulas e injeções) e da camisinha masculina. Existem problemas de estrutura e organização da rede de saúde, dificuldades na gestão e gerência das políticas e insuficiência de recursos financeiros (DIAS *et al.*, 2021). Esses problemas interferem na oferta de serviços, insumos e tecnologia apropriada para garantia do direito ao PR.

4.2 Intervalo Interpartal

O intervalo interpartal é a duração de tempo entre dois nascidos vivos sucessivos (DAMTIE Y *et al.*, 2021). A relação entre o intervalo interpartal está recebendo cada vez mais atenção devido a sua associação entre complicações no contexto da gravidez, parto e nascimento (GEBREMEDHIN *et al.*, 2018; WHO, 2007).

Além das implicações para a saúde materno-infantil, nascimentos próximos aumentam o crescimento populacional, desacelera o desenvolvimento econômico do país, diminui a produtividade das mulheres e aumenta a demanda por recursos naturais (DAMTIE Y *et al.*, 2021; Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todas as puérperas e recém-nascido recebam pelo menos três contatos pós-natais: o primeiro entre 48 e 72 horas, o segundo entre sete e 14 dias e o terceiro durante a sexta semana após o nascimento (OMS, 2022). Além disso, esperar entre 18 a 24 meses, após um nascido vivo, antes de tentar outra gravidez (BARBOSA *et al.*, 2020; OMS, 2022; CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMÚDEZ; KAFURY-GOETA, 2007) e pelo menos 6 meses após um aborto espontâneo ou induzido (WHO, 2017). Essas recomendações se baseiam em evidências científicas e visam reduzir o risco de desfechos adversos à saúde materna, perinatal e infantil (XU *et al.*, 2022; AHRENS *et al.*, 2021;

GEBREMEDHIN *et al.*, 2021). Soma-se a isso a recomendação da OMS/UNICEF de que o aleitamento materno deve ser mantido por pelo menos 2 anos (CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMÚDEZ; KAFURY-GOETA, 2007; OMS, 2007). Uma nova gravidez nesse intervalo interromperia o aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses e complementado por dois anos de vida ou mais, contribuindo com um desmame precoce (PAREJA *et al.*, 2015). Vale destacar que o AME é dos principais objetivos de programas de nutrição e saúde pública para reduzir a mortalidade em menores de 5 anos (VICTORA *et al.*, 2016).

Os intervalos entre partos < 24 meses são considerados curtos e os intervalos > 5 anos são considerados longos (BARBOSA *et al.*, 2020; OMS, 2007; RAZZAQUE *et al.*, 2005). Ambos estão associados com um risco aumentado de ruptura prematura de membrana (SHREE, CAUGHEY, CHANDRASEKARAN, 2018; DE SILVA; THOMA, 2020), descolamento prematuro de placenta, placenta prévia (HUTCHEON *et al.*, 2019), ruptura uterina para mulheres que já tiveram cesariana (SHREE, CAUGHEY, CHANDRASEKARAN, 2018; DE SILVA; THOMA, 2020), diabetes gestacional (HUTCHEON *et al.*, 2019), pré-eclâmpsia (LIU *et al.*, 2021; HUTCHEON *et al.*, 2019;), distócia de parto, morte materna (YITAYISH DAMTIE, 2021), parto prematuro (SHAH *et al.*, 2022; AHRENS *et al.*, 2021), natimorto, recém-nascido pequeno para a idade gestacional e morte neonatal (JENA *et al.*, 2020).

Adicionalmente, estudos apontam que intervalos entre as gestações menores que seis meses estão relacionados a um maior risco de distúrbios hemorrágicos (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; SCHUMMERS *et al.*, 2018), além do aumento no risco de desenvolver endometrite e anemia em uma próxima gestação (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; KUMAR *et al.*, 2014; SCHUMMERS *et al.*, 2018). Estes riscos são ainda maiores em mulheres com 35 anos ou mais de idade quando comparado com as mulheres de 20 a 34 anos (SCHUMMERS *et al.*, 2018). O fato dessas ocorrências serem maiores em mulheres mais velhas pode se justificar devido ao índice das mesmas de apresentarem risco aumentado de mortalidade materna ou morbidade grave entre gestações pouco espaçadas quando comparadas com as mais jovens (SCHUMMERS *et al.*, 2018). Ao mesmo tempo, mulheres com primeiro parto aos 30 anos ou mais têm intervalos interpartais mais curtos em comparação com as mulheres que começaram a ter filhos em idades mais jovens (CHESLACK; WINTER *et al.*, 2015; GEMMILL; LINDBERG *et al.*, 2013). A idade materna mais avançada

também está associada a maiores riscos de parto prematuro, incluindo infertilidade, anomalias cromossômicas e resultados adversos no parto (LEAN *et al.*, 2017).

Um estudo de coorte de base populacional que analisou cerca de 150 mil nascimentos no Canadá, com o objetivo de avaliar se a associação entre intervalo intergestacional curto e desfechos adversos da gravidez é modificada pela idade materna, destacou que o intervalo mínimo entre o parto e uma nova gestação seria de apenas 12 meses para reduzir os riscos à saúde da mãe e do bebê (SCHUMMERS *et al.*, 2018). A análise apontou que intervalos intergestacionais curtos (<12 meses) estão associados a riscos maternos, fetais e infantis aumentados para mulheres de 20 a 34 anos e para mulheres com 35 anos ou mais no nascimento índice. Os achados indicaram um intervalo ideal mais curto do que se pensava anteriormente (12-24 meses) para mulheres de todas as idades. Esse achado pode ser tranquilizador particularmente para mulheres mais velhas que devem pesar os riscos concorrentes de aumentar a idade materna com intervalos intergestacionais mais longos (incluindo infertilidade e anomalias cromossômicas) contra os riscos de intervalos intergestacionais curtos (SCHUMMERS *et al.*, 2018).

Esse mesmo estudo aponta diferentes riscos para cada faixa etária das gestantes (SCHUMMERS *et al.*, 2018). Os riscos maternos em intervalos curtos podem ser maiores para mulheres mais velhas, enquanto os riscos fetais e infantis podem ser maiores para mulheres mais jovens. Isso sugere que o aumento da idade materna pode ter efeitos discordantes nas associações entre intervalos curtos de nascimento e desfechos perinatais e maternos adversos (HAIGHT *et al.*, 2019), o que indica a importância de identificar fatores associados aos intervalos de nascimento.

Além das complicações maternas, o espaçamento curto entre os nascimentos tem sido associado a complicações neonatais e infantis, como baixo peso ao nascer, parto prematuro, pequeno para idade gestacional (MARINOVICH *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2018), anomalias congênitas, autismo (CONDE-AGUDE; ROSAS-BERMUDEZ; NORTON, 2016) e mortalidade neonatal (CHEN *et al.*, 2015; MIGNINI *et al.*, 2016; COFER *et al.*, 2016). Uma explicação para essa situação pode advir da falta de recuperação do corpo da mulher para uma próxima gestação, pois existe a necessidade de um intervalo mínimo para uma adequada recuperação do organismo, uma vez que ocorrem ajustes anatômicos (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; KUMAR *et al.*, 2014; LOPEZ *et al.*, 2015b), psíquicos e de inserção social (ABDEL; PIO;

CAPEL, 2015) que acarretam acentuadas mudanças no corpo e no padrão de vida da mulher na gravidez, no período pós-parto e de lactação. Estudos também investigaram a influência do pré-natal na saúde materna e reprodutiva e, por associação, a relação desse fator com o intervalo curto entre nascimentos e desfechos à saúde perinatal e infantil (PANTOJA *et al.*, 2021; JUNIOR *et al.*, 2021; MARTINS, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015).

4.3 Contracepção após o parto

O planejamento reprodutivo (PR) após o parto é definido como o início de métodos contraceptivos nos primeiros 12 meses após o parto, prevenindo gestações não planejadas e pouco espaçadas (DEV, 2019; TRAN *et al.*, 2019; OMS, 2018).

A importância em se reduzir as gestações pouco espaçadas ou não planejadas é uma questão de saúde pública, uma vez que essas gestações estão associadas a uma maior morbimortalidade materna, neonatal e infantil (ROY *et al.*, 2021; AHMED *et al.*, 2012; CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; KUMAR *et al.*, 2014; LOPEZ *et al.*, 2015a; SINGH *et al.*, 2009).

Em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento, altas taxas de abortamento provocado, e das complicações decorrentes a ele, são resultado de problemas de acesso a MC pelas mulheres que necessitam (ANJOS *et al.*, 2013). Estudo epidemiológico realizado em 172 países mostrou que o número de mortes de mulheres durante a gravidez ou após o parto foi de 55,7% e que outras 44,3% mortes maternas foram evitadas com o uso de métodos contraceptivos (AHMED *et al.*, 2012).

Os últimos dados sobre contracepção no mundo foram publicados em 2019 pela Organização das Nações Unidas (ONU) e evidenciam que entre as 1,9 bilhão de mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos), 1,1 bilhão desejava contracepção (ONU, 2019). No entanto, 10% delas não faziam uso de método contraceptivo, principalmente por falta de acesso a esses métodos (CHRISTIN-MAITRE, 2022). Após o parto, dados de 57 países de baixa e média renda demonstraram que 62% das mulheres não iniciaram a contracepção no primeiro ano após o parto (ROSSIER *et al.*, 2015). Apenas cerca de 50% das mulheres no pós-parto em um estudo texano expressando preferência por contracepção reversível de longa duração (LARC) ou esterilização receberam o MC de escolha (POTTER *et al.*, 2017).

Outra análise de 27 países descobriu que, em quase todos os países da amostra, até 9 em cada 10 mulheres no pós-parto queriam adiar a próxima gravidez por pelo menos 2 anos (ROSS; WINFREY, 2001; PROJETO TRACK, 2017). Esse desejo é consistente com as recomendações da OMS de um intervalo de pelo menos 24 meses entre o parto e a tentativa da próxima gravidez para reduzir os resultados negativos para a saúde das mulheres e seus bebês (WHO, 2013). No entanto, essa mesma análise constatou que 65% das mulheres após o parto não estavam usando MC (ROSS; WINFREY, 2001; PROJETO TRACK, 2017).

No Brasil, as mulheres têm acesso gratuito à contracepção por meio do sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece diferentes métodos contraceptivos. Porém, a taxa de uso de métodos contraceptivos por mulheres brasileiras de 18 a 49 anos está em torno de 80%; as regiões mais pobres do país e a baixa escolaridade estão entre os principais fatores associados ao baixo índice de uso (TRINDADE *et al.*, 2021; RODRIGUES; CARNEIRO, 2022).

Estudo transversal descritivo e analítico que comparou dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006) e da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), mostrou um aumento da prevalência de uso de MC entre aquelas com até seis meses de pós-parto (71,0% para 89,0%) (SIQUEIRA *et al.*, 2020; PNS, 2006; PNS, 2013). Porém, esse mesmo estudo brasileiro mostrou que persistem desigualdades regionais no acesso a MC e baixa prevalência de uso de todo o cardápio contraceptivo e MC ofertado pelo SUS, inferindo a manutenção de falhas da assistência, dos meios para regular a fecundidade e que políticas públicas ainda não conseguem garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população mais alijada, como as puérperas (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Estudos em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, associam às características sociodemográficas da população o baixo acesso às ações de PR no período pós-parto, e apontam que as adolescentes, as mulheres solteiras, com baixa renda (CANÁRIO *et al.*, 2020; DO; HOTCHKISS, 2013; TESSEMA *et al.*, 2018), baixa escolaridade, desempregadas (DO; HOTCHKISS, 2013) e residentes em áreas rurais, apresentam maior chance de não usar MC e, conseqüentemente, de gravidez não planejada e de espaçamento curto entre as gestações (DO; HOTCHKISS, 2013; TESSEMA *et al.*, 2018).

Do ponto de vista de Saúde Pública e da garantia de direitos, é crucial proporcionar uma assistência longitudinal durante o pré-natal, parto e puerpério e oferecer aconselhamento sobre PR em todo o ciclo gravídico puerperal (AHMED *et al.*, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Aproveitar todos os contatos das mulheres com os serviços de saúde aumenta a chance de uso de MC no período de pós-parto e, conseqüentemente, tem um forte impacto na redução de gestações não planejadas ou pouco espaçadas (PAIVA; CAETANO, 2020).

Há alguns anos os métodos contraceptivos passaram a ser classificados também de acordo com a duração da sua ação. Existem métodos reversíveis de longa duração, o LARC (*long-acting reversible contraceptive*), que pode durar vários anos, e métodos contraceptivos reversíveis de curta duração (SARCS - *short-acting reversible contraception*). Implantes e DIUs são LARCs (CURTIS, PEIPERT, 2017). Os métodos de ação curta consistem em injeções ou ingestão de pílulas de estrogênio-progestogênio ou apenas de progestogênio. Eles também incluem contracepção de emergência, preservativos masculinos ou femininos e amenorreia secundária à lactação (CHRISTIN-MAITRE, 2022).

Com base nas recomendações da OMS (2015), as mulheres podem utilizar o DIU com segurança durante o período do pós-parto imediato, além de uma gama de outros métodos seguros para mulheres em aleitamento materno exclusivo. Portanto, imediatamente após o nascimento e durante todo o período após o parto, as mulheres podem escolher entre uma ampla variedade de contraceptivos, incluindo métodos hormonais ou não hormonais; de curta, média ou longa ação, além de métodos permanentes (WHO, 2015a) (Quadro 1).

Quadro 1. Opções de contracepção disponíveis para o uso durante o período do pós-parto

Lactantes	DIU de cobre SIU Camisinha Pílulas de progesterona Implantes Injetáveis com progesterona Esterilização Feminina Esterilização Masculina LAM
Não Lactantes	DIU SIU Camisinha Contraceptivos Orais Combinados Injetáveis Implantes Esterilização Feminina Esterilização Masculina Contracepção de Emergência

Fonte – WHO, 2015.

Sobre o tempo em iniciar o uso de métodos contraceptivos após o parto, as puérperas que não amamentam ou quando o aleitamento é misto, o início do uso de MC deve ocorrer até a terceira ou quarta semana após o parto (CALIK-KSEPKA *et al.*, 2022). Na presença de aleitamento materno exclusivo, pode-se iniciar a anticoncepção mais tardiamente, a partir da sexta semana após o parto, sendo aconselhável que não se ultrapasse o período de três meses sem MC (WILSON *et al.*, 2022.). Em mulheres em amenorreia, é recomendável que, antes da introdução de qualquer método contraceptivo, se afaste a hipótese de gravidez (FAÚNDES; FILHO, 2018).

O fornecimento de contracepção imediatamente após o parto e antes da alta da maternidade tem se mostrado mais eficaz na redução de gestações não planejadas e com o aumento do intervalo interpartal (RWABILIMBO *et al.*, 2021; LUÍS *et al.*, 2019). A inserção imediata de dispositivo intrauterino (DIU), por exemplo, pode evitar 88 gestações não planejadas adicionais em 2 anos por 1.000 mulheres (WASHINGTON *et al.*, 2015).

Gifford *et al* (2021) investigaram a associação do tipo de método anticoncepcional pós-parto e o risco de intervalos curtos entre partos nos EUA (menos de 18 meses). Os resultados desse estudo apontaram que as mulheres que receberam LARCS dentro de 60 dias após o parto têm menos probabilidade de

experimentar um curto intervalo entre as gestações. As mulheres sem uso de MC tiveram chances quase cinco vezes maiores de ter um nascimento subsequente após um intervalo interpartal curto e aquelas em uso de injetáveis, pílulas ou anel vaginal tiveram chance 3,5 vezes maior (GIFFORD *et al.*, 2021). Outros estudos também demonstraram que o aumento da captação de LARC pós-parto está associado a um menor risco de intervalo interpartal curto (LIBERTY *et al.*, 2020; THIEL DE BOCANEGRA *et al.*, 2014).

O LAM (Método de Amenorreia Lactacional) é outro método que pode desempenhar um papel importante no aumento do intervalo interpartal e, conseqüentemente, na prevenção de gravidez, mortes maternas e complicações perinatais (BIRABWA *et al.*, 2022; BLANCO-MURILO; LETECHIPIA-MENDOZA; GARCIA-LIMA, 2022). Esse método foi definido em 1988 e a mãe deveria preencher os seguintes critérios para ser eficaz: presença de amenorreia, ausência de suplementação alimentar e menos de 6 meses pós-parto (BELLAGIO, 1988). Quando esses critérios são atendidos, sua eficácia pode chegar a 98% durante os primeiros 6 meses após parto (LABBOK, 2015). É aconselhado que outro método contraceptivo deve ser iniciado quando o bebê atingir 6 meses, ou antes, se a menstruação retornar ou a amamentação exclusiva for interrompida (e suplementos forem introduzidos) (GLASSIER *et al.*, 2019).

A contraindicação de MCs após o parto é divergente quanto ao momento ideal de início da anticoncepção hormonal combinada em mulheres que amamentam. Há preocupações com o risco teórico de que hormônios exógenos possam impactar a lactogênese e afetar o desempenho da amamentação, além do efeito da contracepção hormonal na saúde dos bebês (GLASSIER *et al.*, 2019; FAUNDES; FILHO, 2020). Esses são os principais motivos que levam a não recomendação do início de métodos contraceptivos com estrógeno e progesterona antes de 6 meses pós-parto na mulher que amamenta (WHO, 2015; BRASIL, 2016). No entanto, há também evidências que suportam o início de qualquer método anticoncepcional hormonal durante a amamentação, desde que passadas as primeiras três semanas após o parto, devido ao risco elevado de tromboembolismo venoso (CDC, 2016).

Apesar do uso de anticoncepcionais estar entre as melhores e mais econômicas estratégias para reduzir os efeitos adversos feto-materno do curto intervalo intergestacional, ainda assim, há baixa utilização dos mesmos (TESSEMA *et*

al., 2018). As puérperas estão entre aquelas com maior necessidade não atendida de planejamento reprodutivo (OPAS, 2022). Estudos tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento, estimam que um significativo número de mulheres não utiliza nenhum tipo de contracepção eficaz nos 24 meses após o parto a fim de evitar uma gestação não planejada (BIBI *et al.*, 2019; MOORE *et al.*, 2015; PASHA *et al.*, 2015; TEAL; SHEEDER, 2018; TESSEMA *et al.*, 2018).

Algumas razões que explicam porque as mulheres não usam contracepção eficaz durante o período do pós-parto são bem descritas na literatura, tais como normas socioculturais e relacionadas ao gênero que guiam práticas pós-natais (ABDEL; PIO; CAPEL, 2015), tempo de retorno à atividade sexual (BORDA; WINFREY; MCKAIG, 2010), práticas de amamentação e equívocos sobre a amenorreia lactacional (RACCAH-TEBEKA; PLU-BUREAU, 2015), assim como falta de acesso a serviços de contracepção (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; CANELAS *et al.*, 2016).

O intervalo entre gravidezes inferior a um ano é considerado fator de risco para parto prematuro, morte neonatal (SHAH *et al.*, 2022; JENA *et al.*, 2020; AHRENS *et al.*, 2021), morbidade e mortalidade materna (REGAN *et al.*, 2020; MARINOVICH *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2018). No entanto, em situações de baixa renda, as gravidezes não intencionais geralmente ocorrem durante os primeiros 12 meses após o parto (RWABILIMBO *et al.*, 2021; REGAN *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020).

A contracepção nesse período previne intervalos interpartais curtos (<12 meses após o parto) (ALENI; MBALINDA; MUHINDO, 2020; MAHANDE; OBURE, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2022; TESSEMA *et al.*, 2018), bebês com baixo peso ao nascer, parto prematuro (MARINOVICH *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2018; SHAH *et al.*, 2022; AHRENS *et al.*, 2021) e complicações de saúde materna associadas, tais como riscos de ruptura uterina e necessidade de transfusão de sangue (SHREE, CAUGHEY, CHANDRASEKARAN, 2018; DE SILVA; THOMA, 2020), hemorragia pós parto, anormalidades placentárias, pré-eclâmpsia (LIU *et al.*, 2021), obesidade, diabetes gestacional, descolamento prematuro de placenta (HUTCHEON *et al.*, 2019), internação em unidade de terapia intensiva, falência de órgãos e morte (SCHUMMERS *et al.*, 2018). Mais da metade de todas as gestações com intervalo interpartal curto não são intencionais (GEMMILL; LINDBERG, 2013) e essas gestações estão concentradas entre indivíduos de baixa renda (NSIAH *et al.*, 2022;

RWABILIMBO *et al.*, 2021; REGAN *et al.*, 2020; AHMED *et al.*, 2015; OMS, 2015; GAVIN *et al.*, 2017).

Para isso, o planejamento reprodutivo deve focar na prevenção da gravidez não planejada antes dos primeiros 12 meses após o parto, pois o benefício de sua implementação está associado ao aumento do intervalo interpartal e à sobrevivência materno-infantil (SSHUMMERS *et al.*, 2018; YE *et al.*, 2019; AHRENS *et al.*, 2021; LIU *et al.*, 2021; XU *et al.*, 2022; SILVA; THOMA, 2020). Evidências mostram que este planejamento pode impedir mais de 30% das mortes maternas e 10% da mortalidade infantil (SANTOS *et al.*, 2019).

Portanto, o início do uso de anticoncepcionais após o parto garante uma maior duração do intervalo entre os nascimentos e isso, por sua vez, contribui para aumento da sobrevivência de mulheres e crianças (UNFPA, 2017).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Estudo longitudinal, prospectivo, de gestantes e puérperas cuja linha de base foi aninhada a um projeto multicêntrico de abrangência nacional “*Estado nutricional de iodo, sódio e potássio entre gestantes, nutrizes e lactentes brasileiros: um estudo multicêntrico (EMDI-Brasil)*”. O EMDI- Brasil ocorreu em 13 cidades, e Belo Horizonte foi um dos centros colaboradores. Após a linha de base, foi proposto um seguimento em Belo Horizonte, por telefone, em dois tempos, 6 meses e um ano após o parto.

5.2 Local do estudo

Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, tem 2.530.701 habitantes (IBGE, 2021), sendo o sexto município mais populoso do país, o terceiro da Região Sudeste e primeiro de seu estado (IBGE, 2016). Para gestão e planejamento, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Essa estrutura deu origem às nove Regionais de Saúde – elementos fundamentais na territorialização da saúde conforme figura 1 (PBH, 2018).

Figura 1. Regionais de Saúde de Belo Horizonte/MG.

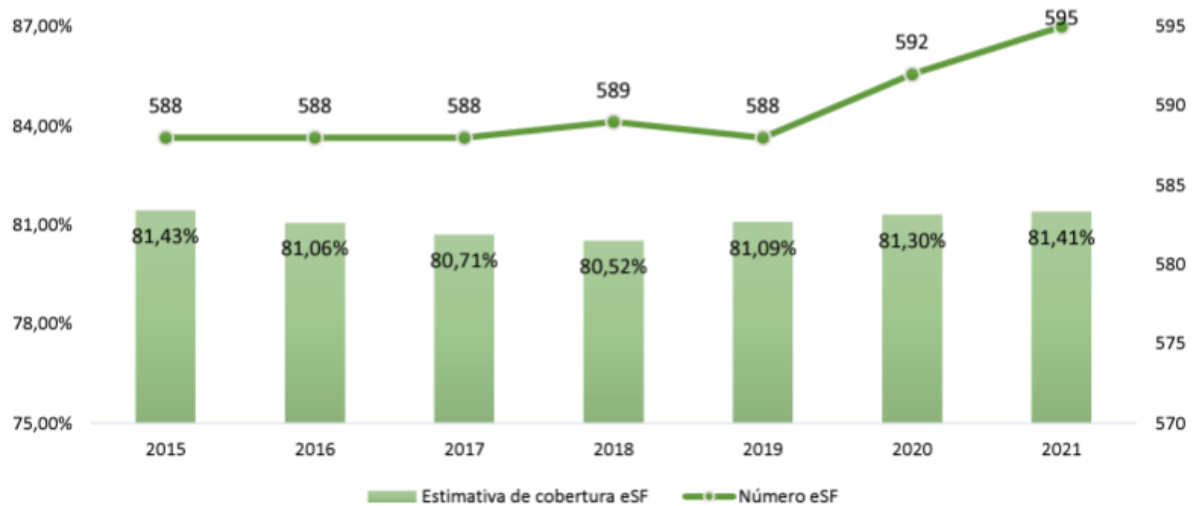


Fonte: PBH, 2018.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG), em 2021, a Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS-BH contou com uma estrutura de 152 centros de saúde, 595 Equipes de Saúde da Família (ESF), 310 equipes de Saúde Bucal, 83 polos de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e 79 Academias da Cidade (PBH, 2022).

A cobertura da atenção básica de é 100% e a cobertura pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, 81,41% da população de Belo Horizonte (Gráfico 1) (PBH, 2022).

Gráfico 1. Equipes de Saúde da Família e cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Belo Horizonte, 2015 a 2021.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados atualizados em 25/01/2022.

5.3 População, amostra e critérios de inclusão

A amostra da linha de base foi constituída de gestantes e nutrizes, a partir de 18 anos de idade, de diferentes idades gestacionais (primeiro, segundo e terceiro trimestres). Foram consideradas elegíveis para a pesquisa as gestantes da zona urbana e usuárias da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Belo Horizonte.

Os critérios de exclusão foram definidos a partir dos objetivos do projeto de abrangência nacional, “Estado nutricional de iodo, sódio e potássio no grupo materno-infantil brasileiro: um estudo multicêntrico”, que excluiu do estudo mulheres com

histórico de doença e/ou cirurgia tireoidiana e diagnóstico referido de hipotireoidismo (FRANCESCHINI; MACEDO, 2018).

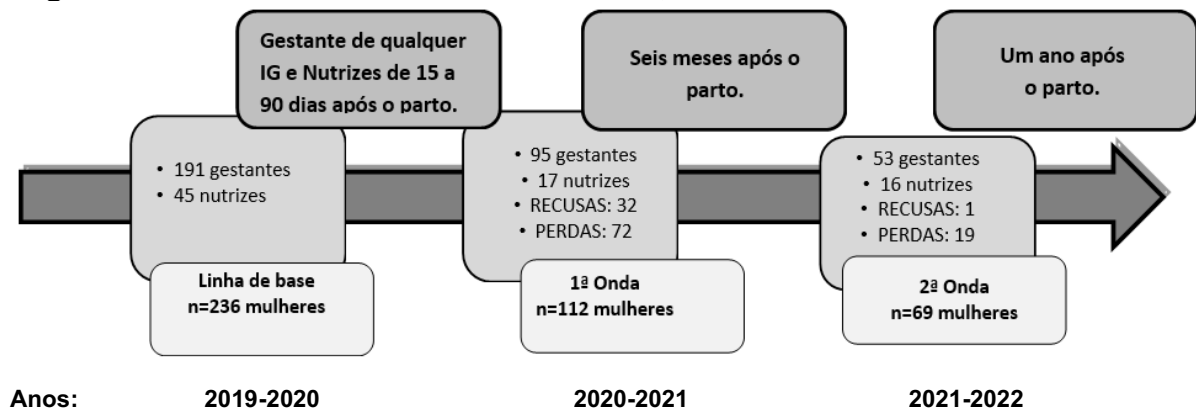
O cálculo amostral foi realizado considerando o desenho amostral por centro (cidade), garantindo-se dessa forma a representatividade local. Assim, para cada centro, a partir do contingente populacional e o número de mulheres com idade entre 15 e 39 anos, ambos de acordo com dados do IBGE (2010), e do levantamento do número de nascidos vivos no ano de 2015, o qual expressa o número de gestantes/ano na referida localidade, pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), calculou-se o tamanho amostral mínimo, que para Belo Horizonte foi de 276 gestantes e 276 puérperas.

O plano de amostragem foi desenvolvido em dois estágios, considerando-se a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) como unidade amostral primária e as listas de gestantes e puérperas sorteadas como unidade amostral secundária. Em Belo Horizonte foram sorteadas 15 Unidades Básicas de Saúde (UBSs). O sorteio das UBS considerou o número médio de consultas de pré-natal realizadas em 2018, sendo consideradas para sorteio apenas as UBS com maiores médias.

Na linha de base onze mulheres responderam a entrevista como gestantes e, posteriormente, como nutrizes, totalizando 236 mulheres entrevistadas, sendo 191 gestantes e 45 nutrizes. Em relação ao seguimento, foram realizadas 112 entrevistas na 1ª onda e 69 entrevistas na 2ª onda até o momento (Figura 2).

Em relação às perdas de seguimento, na primeira onda (6 meses após o nascimento do bebê) houve 32 recusas (14,8%), 43 ligações não atendidas após mais de 5 tentativas em dias e horários diferentes (19,9%) e 29 números telefônicos inexistentes (13,4%), mesmo após busca ativa nas UBSs. Na segunda onda (um ano após o parto) tivemos 1 recusa (1,1%), 12 ligações não atendidas após mais de 5 tentativas (13,4%) e 7 números de telefones inexistentes (7,8%).

Fig.2 – Número de mulheres entrevistadas, da linha de base à 2ªOnda.



5.4. Coleta de dados

A coleta de dados em Belo Horizonte foi iniciada em Janeiro de 2019 e interrompida em Março de 2020, devido a pandemia de COVID-19, sendo retomada em Janeiro de 2021, via contato telefônico. A coleta de dados do seguimento foi realizada após 6 meses e 1 ano da coleta na linha de base

Todas as entrevistas foram realizadas por equipe que recebeu treinamento teórico e prático para a coleta de dados. Os questionários foram aplicados por meio do *software RedCap*, sendo que na linha de base foi utilizado o aplicativo disponível em tablets (*versão off-line*), enquanto no seguimento as entrevistas estão sendo feitas na *versão web* do *software*. Destaca-se que esse *software* tem como vantagem a transmissão das respostas diretamente para o banco de dados, evitando desperdício de tempo e erros com digitação. A duração das entrevistas de gestantes na linha de base variou de 40 a 60 minutos, enquanto a primeira onda teve uma média de 30 minutos e a segunda onda de 15 a 20 minutos.

5.4.1 Linha de base

As entrevistas da linha de base foram realizadas presencialmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) previamente sorteadas. As mulheres foram abordadas na sala de espera enquanto aguardavam atendimento pré-natal. As visitas às UBSs foram realizadas prioritariamente nos dias de consultas pré-natal, puericultura e grupos educativos para facilitar o contato com as gestantes e nutrízes, uma vez que houve pouco sucesso na abordagem das mulheres pelo contato telefônico das listas fornecidas pelas equipes das UBSs e da dificuldade das ESFs

fornecerem as listas solicitadas. Ressalta-se que para obter o contato das nutrizes até 90 dias após o parto, utilizamos o registro dos bebês que realizaram teste do pezinho na UBS. A partir desse registro foi feito contato telefônico e agendamento das entrevistas por meio de visitas domiciliares.

A duração das entrevistas de gestantes na linha de base variou de 40 a 60 minutos, enquanto das puérperas variou de 90 a 120 minutos. Todas as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a entrevista.

Até março de 2020, quando a coleta de dados da linha de base foi interrompida devido a pandemia de COVID-19 haviam sido entrevistadas 216 mulheres, sendo 45 nutrizes. Em janeiro de 2021, sob diretrizes da Coordenação Nacional do estudo multicêntrico, a coleta de dados foi retomada por meio de ligações telefônicas, sendo o contato das mulheres obtidos por listagem de gestantes de cada UBS fornecidas pelos gerentes. A coleta de dados da linha de base foi encerrada no final de março de 2021, prazo final do projeto. Nessa retomada foram coletados dados de mais 20 gestantes.

Ressalta-se que a coleta de dados da linha de base ocorreu aninhada ao projeto EMDI, sendo aplicado um questionário abrangente com questões sobre características sociodemográficos, assistência ao pré-natal, consumo de sal, recordatório alimentar, vacinas e planejamento reprodutivo (somente em BH).

O **quadro 02** apresenta as UBSs sorteadas e o número de entrevistas realizadas em cada uma. Destaca-se que, do total de 15 UBSs sorteadas, não foi coletado dados apenas de uma unidade (UBS Céu Azul), sendo que a amostra de gestantes foi completa para quatro UBSs. Em algumas UBSs foram coletados dados de mais de 20 gestantes para repor perdas, que eram decorrentes da ausência da coleta das amostras de urina e leite materno do estudo multicêntrico sobre deficiência de iodo (EMDI). O Distrito de Venda Nova foi o local com menor número de coletas, pois o processo de coleta nesse distrito sanitário estava iniciando quando as atividades foram interrompidas devido a pandemia. Ainda, uma UBS dessa regional recusou-se a participar e cooperar com a coleta de dados por telefone, considerando-se o contexto da pandemia em curso.

Quadro 02 – Amostra de gestantes e nutrizes, por Unidade Básica de Saúde, Belo Horizonte - MG

Regional	Unidade Básica de Saúde	Gestantes	Nutrizes
Barreiro	Regina	11	0
Barreiro	Pilar Olhos d'Água	21	8
Oeste	Waldomiro Lobo	19	1
Centro-Sul	Conjunto Santa Maria	19	5
Leste	Marco Antônio de Menezes	9	1
Leste	Boa Vista	17	0
Nordeste	São Paulo	20	3
Nordeste	Marivanda Baleeiro	20	0
Norte	Guarani	21	25
Venda Nova	Alameda dos Ipês	3	0
Venda Nova	Visconde do Rio Branco	2	0
Venda Nova	Céu Azul	0	0
Noroeste	Dom Bosco	18	2
Noroeste	Jardim Montanhês	14	0
Noroeste	Bom Jesus	8	0
Total		202*	45

*191 gestantes e 45 nutrizes, devido as 11 mulheres repetidas.

5.4.2 Seguimento

O seguimento do projeto se deu acerca do planejamento reprodutivo das mulheres apenas em Belo Horizonte. Assim, as mulheres que participaram da linha de base, foram convidadas a dar continuidade ao estudo por meio de entrevistas telefônicas, cuja proposta foi a realização de um segundo e terceiro contato após 6 meses e 1 ano do nascimento do bebê. As ligações foram previstas de acordo com a data provável do parto (DPP), informação obtida das entrevistas da linha de base. Foram coletadas informações para contato telefônico da mulher e de três pessoas mais próximas para realização do seguimento. Além disso, quando não conseguimos falar com as mulheres por meio desses contatos, foi realizada a “busca ativa” desses contatos nas UBSs e envio de e-mail informado pela mesma e mensagens padronizadas via WhatsApp. Destaca-se que foram realizadas no mínimo cinco tentativas de contato com a mulher, em horários diferentes para realização das entrevistas. Todas as ligações foram gravadas para registrar o consentimento verbal das mulheres e garantir a idoneidade das informações, após leitura completa do TCLE.

5.4.3 Instrumento de coleta de dados

O questionário utilizado para coleta de dados foi subdividido em três partes, sendo a primeira composta por um conjunto de questões sobre características sociodemográficas e socioeconômicas. A segunda parte do questionário incluiu questões específicas do projeto multicêntrico, como por exemplo, os hábitos de consumo, aquisição e armazenamento do sal de cozinha. A terceira parte do questionário tinha questões sobre a avaliação do perfil de saúde das mulheres, tais como história reprodutiva, morbidades relatadas e acesso aos serviços de saúde, como assistência pré-natal e puerpério. O questionário sobre o planejamento reprodutivo foi aplicado nessa seção do questionário (Apêndice A). Nesse questionário algumas informações foram referentes aos dois últimos anos antes da gravidez/puerpério em curso, além de informações sobre perspectivas futuras em relação ao uso de contraceptivos, planejamento da gestação, acesso aos serviços de saúde e acesso aos métodos contraceptivos na rede pública.

Na primeira e segunda onda foi aplicado o questionário referente ao planejamento reprodutivo e a partir de abril de 2020 foi incluído um questionário segundo características assistenciais ao planejamento reprodutivo devido a pandemia de COVID, o qual as mulheres responderam na 1ª ou 2ª onda. Na primeira onda foram coletados dados sobre o uso de contraceptivos nos dois últimos anos antes da gestação e o uso de contraceptivos desde o nascimento do bebê. Na segunda onda foram coletados dados sobre o uso de métodos desde a última entrevista realizada (seis meses após a 1ª Onda). Ressalta-se que o instrumento de coleta de dados foi construído a partir de questões dos principais inquéritos nacionais, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), sendo realizadas adequações após aplicação de um teste piloto com 10 mulheres (gestantes e puérperas), em dezembro de 2018, não incluídas no estudo.

5.5 Variáveis

Utilizou-se como variável dependente principal o tempo até o início do contraceptivo adotado pela mulher após o parto. A definição dessa variável foi

realizada a partir da data de nascimento do filho e a data de início do uso do método contraceptivo após o parto.

Além disso, também utilizou-se a variável tipo de contraceptivo cujo uso foi iniciado pela primeira vez após o parto (pílula, DIU, injetável, implante, camisinha masculina, camisinha feminina, diafragma, creme/óvulo, tabela/ abstinência periódica, coito interrompido, pílula do dia seguinte e esterilização).

As variáveis independentes abrangeram as características sociodemográficas e econômicas, tais como: idade, cor da pele autorreferida, renda, escolaridade, bolsa família, situação conjugal e situação de trabalho, descritas no **Quadro 3** a seguir. As categorias de renda foram feitas baseadas no salário mínimo do ano de 2020. Segundo Medida Provisória Nº 919 DE 30/01/2020, a partir de *1º de fevereiro de 2020*, o salário mínimo foi de R\$ 1.045,00 (mil e quarenta e cinco reais). A variável cor foi categorizada em dois grupos: brancas e pardas/pretas. Duas mulheres responderam como amarela e outra que respondeu como indígena. Considerando um n pequeno, as mesmas foram excluídas da amostra.

As variáveis sobre características assistenciais aos serviços de saúde incluíram: consulta puerperal, local da consulta pós-parto, se recebeu orientações sobre MC no pré-natal, na maternidade e na consulta após o parto, qual profissional fez o atendimento; dificuldades de acesso aos MC durante a pandemia, oferta de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do recém-nascido, desejo de engravidar e MC usado antes de engravidar (Quadro 3).

Quadro 3 – Variáveis independentes

Variáveis Sociodemográficas	Pergunta	Categorias
Idade	Idade?	0 – Maior ou igual a 35 anos 1 – Entre 25 a 34 anos 2 – Entre 18 a 24 anos
Cor da pele autorreferida	Qual a sua cor ou raça (autodeclarada)?	0 – Branca 1 – Parda/Preta
Renda	No mês passado, qual foi sua renda domiciliar?	0 – Menor que um salário mínimo 1 – Um a três salários mínimos 2 – Maior que três salários mínimos; 3 – Não sabe/Não lembra
Escolaridade	Até que série a senhora estudou com aprovação?	0 – Até 12 anos 1 – Mais de 12 anos
Bolsa Família	A senhora recebe Bolsa Família?	0 – Não 1 – Sim
Situação do trabalho	No mês passado, a senhora tinha trabalho remunerado?	0 – Não 1 – Sim

Continuação – **Quadro 3 – Variáveis independentes**

Variáveis assistenciais	Pergunta	Categorias
Consulta de pré-natal	A senhora sabe quantas consultas foram feitas durante a gestação, até o presente momento? Quantas?	0 – Menor que 06 consultas 1– Maior ou igual 06 consultas
Orientações sobre MC no pré-natal	Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre métodos contraceptivos a serem usados após o parto?	0 – Não 1– Sim
Profissional que fez o atendimento	De qual profissional?	1 – Médico 2 – Enfermeiro
Orientações sobre MC na maternidade	Você recebeu orientações sobre planejamento reprodutivo/métodos contraceptivos na maternidade?	0 – Não 1– Sim
Orientações sobre MC na consulta pós-parto	Você recebeu orientações sobre planejamento reprodutivo/métodos contraceptivos na consulta pós-parto?	0 – Não 1– Sim
Local da Consulta Pós-parto	Onde você realizou a consulta pós-parto?	0 – SUS 1– Convênio ou Privado
Dificuldade de acesso aos MC durante a pandemia	Você teve dificuldades de acesso durante a pandemia?	0 – Não 1– Sim
Oferta de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida	Por quanto tempo você amamentou o seu filho só com o leite do peito?	0 – Não 1– Sim
Desejo de engravidar	Você deseja engravidar novamente	0 – Não 1– Sim
MC antes de engravidar	Nos últimos dois anos, você estava usando algum método (contraceptivo) para evitar filho antes dessa gestação?	0 – Não 1– Sim

5.6 Análises de dados

Primeiramente foi estimado o tempo até o início do uso de MC em um ano (em dias) e calculada a mediana. Utilizou-se o método estatístico não paramétrico de curvas de sobrevivência para estimar a fração de mulheres que permaneceram sem usar o método contraceptivo ao longo do primeiro ano após o parto, por meio das estimativas de Kaplan-Meier (GOEL; KHANNA; KISHORE, 2010; FERREIRA; PATINO, 2016).

Foram censurados 124 sujeitos devido a perdas de seguimento (26,6%) e recusas em continuar o estudo (73,4%).

Essa etapa também foi realizada para os grupos, segundo as características socioeconômicas e assistenciais. O teste log-rank foi utilizado para analisar se havia diferença entre os grupos ($p < 0,05$) analisando o tempo de uso de métodos contraceptivos de acordo com as características dos participantes (GOEL; KHANNA; KISHORE, 2010; FERREIRA; PATINO, 2016). A mediana do tempo até o início do uso do MC após o parto também foi estimada para os grupos.

Em seguida, para estimar os determinantes sociodemográficos e assistenciais associados ao início do uso de métodos foi utilizado o Modelo de Riscos Proporcionais de Cox com cálculo do risco relativo (RR) não ajustado e seus intervalos de 95% de confiança (IC95%) no período de 1 ano do estudo (RIGÃO; MORAES; ZANINI, 2020). Ao final, procedeu-se com a análise ajustada, do modelo multivariado, com a inclusão das variáveis que tiveram significância de até 0,2 na análise não ajustada. Utilizou-se o método forward com entrada das variáveis uma a uma seguindo o nível decrescente de significância.

Além disso, sobre as perdas foi realizada a análise descritiva, sendo comparado as características sociodemográficas dos dois grupos. As análises estatísticas consideraram intervalos de 95% de confiança (IC95%) e teste Qui-quadrado de Pearson para avaliação da significância estatística das diferenças entre os grupos, considerando o nível de significância de 5% (FERREIRA; PATINO, 2019; ASCHENGRAU; SEAGE, 2019; CARVALHO *et al.*, 2011).

Todas as análises dos dados foram realizadas no software estatístico STATA versão 14.0.

5.7 Considerações éticas

O projeto multicêntrico, a partir do qual esse estudo tem início, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV – MG), instituição proponente do projeto multicêntrico, e na UFMG (CAAE: 80172617.0.3001.5140) (Apêndice B). O projeto do seguimento das mulheres denominado “Planejamento reprodutivo de mulheres urbanas: Padrões de concepção e contracepção antes e após gestação” também foi submetido e aprovado ao comitê de ética da UFMG, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), CAAE: 173808188.4.3001.5140 (Apêndice C). Essas aprovações

garantem o acesso às usuárias no tempo zero (linha de base), após 6 meses e 1 ano (seguimento), cuja coleta ainda se encontra em curso.

Todas as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a entrevista na linha de base e forneceram o consentimento verbal no seguimento, registrado por meio da gravação das ligações telefônicas. Ressalta-se ainda que durante as entrevistas foram esclarecidas dúvidas das mulheres sobre o uso de contraceptivos e quando necessário, foram orientadas a procurar o serviço de saúde.

6. RESULTADOS

6.1 Características da população de estudo

Ao final, participaram do estudo, no período de um ano, 108 mulheres. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das mesmas, sendo observado que, em sua maioria, estavam na faixa etária de 25 a 34 anos (56,5%), tinham até 12 anos de estudo (84,7%), eram pardas e pretas (81,8%), com uma renda de um a três salários mínimos (50,0%), não recebiam o benefício bolsa família (89,3%), viviam com o companheiro (81,0%) e não tinham trabalho remunerado (54,5%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres estudadas e das perdas de seguimento – Belo Horizonte, 2019-2022.

Características sociodemográficas	População de estudo (%)	Perdas (%)	Valor-p*
Faixa etária (em anos)	n=108	n=124	0,141
18 a 24	34 (39,5%)	52 (60,5%)	
25 a 34	61 (53,0%)	54 (47,0%)	
Maior ou igual a 35	13 (41,9%)	18 (58,1%)	
Escolaridade (em anos)	n=107	n=122	0,678
Até 12 anos	90 (46,2%)	105 (53,8%)	
Mais de 12 anos	17 (50,0%)	17 (50,0%)	
Cor da pele autodeclarada	n=106	n=112	0,847
Branca	20 (50,0%)	20 (50,0%)	
Parda/Preta	86 (48,3%)	92 (51,7%)	
Renda	n=108	n=124	0,918
Até um salário mínimo	32 (45,7%)	38 (54,3%)	
Um a três salários mínimos	51 (48,6%)	54 (51,4%)	
Maior que três salários mínimos	13 (46,4%)	15 (53,6%)	
Não sabe/Não lembra	12 (41,4%)	17 (58,6%)	
Bolsa Família	n=108	n=124	0,205
Sim	12 (36,4%)	21 (63,6%)	
Não	96 (48,2%)	103 (51,8%)	
Estado Conjugal	n=107	n=122	0,002
Vive com o companheiro	88 (53,0%)	78 (47,0%)	
Não vive com o companheiro	19 (30,2%)	44 (69,8%)	
Trabalho	n=108	n=122	0,757
Sim	50 (48,0%)	54 (52,0%)	
Não	58 (46,0%)	68 (54,0%)	

Nota: * Qui-Quadrado de Pearson

Além disso, analisou-se as perdas de seguimento (1ª e 2ª onda). Observamos que os dois grupos são semelhantes com relação as características sociodemográficas. Observou-se uma diferença entre os grupos quanto ao estado conjugal, pois enquanto no grupo de perdas de seguimento a maioria não vivia com o companheiro (69,8%), na população de estudo a maioria das mulheres viviam com o companheiro (53,0%) ($p=0,002$) (Tabela 1). Destaca-se ainda que a maioria das perdas se constituiu de mulheres jovens (18-24 anos) (60,5%), apesar de não ter havido diferença estatística entre os grupos em relação à distribuição etária ($p=0,141$).

6.2 Início do uso de métodos e padrão contraceptivo

Observou-se que 95,4% das mulheres iniciaram o uso de MC em até um ano após o parto. Quanto ao padrão de contracepção das mulheres o contraceptivo injetável foi o mais utilizado como primeiro método usado após o parto (25,9%), seguido das camisinhas (25,0%), das pílulas (23,2%) e do DIU (13,0%) (Tabela 2).

Em relação às cinco (4,6%) mulheres que não iniciaram o uso do método contraceptivo no período estudado, duas (1,8%) justificaram que não queriam usar, uma (0,9%) engravidou, outra (0,9%) aguardava vasectomia do companheiro e a última (0,9%) afirmou que estava esperando pelo uso do DIU.

Tabela 2 – Início do uso e tipo de método contraceptivo iniciado em até 1 ano após o parto – Belo Horizonte, 2019-2022.

Variáveis	n (%)
Início do uso de método contraceptivo após o parto	
Sim	103 (95,4%)
Não	5 (4,6%)
Primeiro método contraceptivo iniciado após o parto	
Injetáveis	28 (25,9%)
Camisinha	27 (25,0%)
Pílula	25 (23,2%)
DIU	14 (13,0%)
Não usou	5 (4,6%)
Cirúrgicos	5 (4,6%)
Outro (Tabela e Coito)	4 (3,7%)

6.3 Tempo até o início do uso de método contraceptivo (MC)

A mediana do tempo até início do uso do MC foi: 39,5 dias (IC95%: 32,1-44,0) e o tempo médio foi 76,6 dias (IC95%: 55,2- 97,9).

Ao avaliar a mediana de tempo de início segundo as características sociodemográficas das mulheres que iniciaram o uso de MC, observou-se medianas menores entre aquelas que tinham idade igual ou maior que 35 anos (mediana=12,5 dias; IC95%: 0,5-37,3), pardas/pretas (mediana=22,0 dias; IC95%: 4,1-54,1) e que recebiam bolsa família (mediana=33,0 dias; IC95%: 20,3-67,4) (Tabela 3). Observou-se ainda significância estatística da diferença entre as medianas encontradas para as faixas etárias (P=0,001), sendo mais rápido o início dos MC entre as mais velhas.

Tabela 3 - Tempo (em dias) até o início do uso de MC após o parto segundo características sociodemográficas - Belo Horizonte, 2019 – 2022

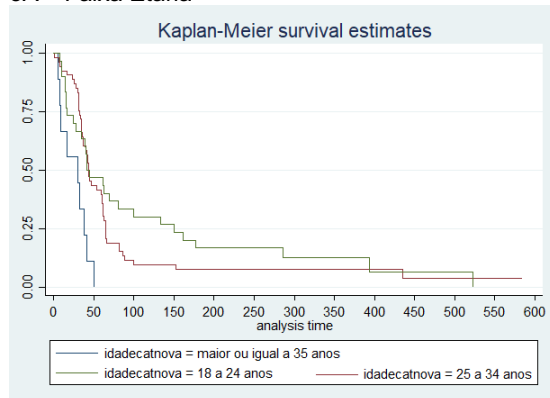
Características sociodemográficas	n (%)	Mediana (IC 95%)	Valor-p*
Faixa etária (em anos)			0,001
18 a 24 (2)	34 (31,48%)	40,5 (16,5-71,5)	
25 a 34 (1)	62 (57,41%)	40,5 (32,7-48,5)	
Maior ou igual a 35 (0)	12 (11,11%)	12,5 (0,5-37,3)	
Escolaridade (em anos)			0,464
Até 12 anos (0)	91 (85,05%)	39,0 (32,0-43,7)	
Mais de 12 anos (1)	16 (14,95%)	40,5 (32,7-48,5)	
Cor da pele autodeclarada			0,681
Branca (0)	20 (19,05%)	41,5 (26,4-59,0)	
Parda/Preta (1)	85 (80,95%)	22,0 (4,1-54,1)	
Renda em salário mínimo			0,829
Menor que um (0)	34 (31,48%)	35,0 (20,0-48,4)	
Um a três (1)	52 (48,15%)	39,5 (32,6-52,4)	
Maior que três (2)	11 (10,19%)	41,0 (9,4-105,8)	
Não sabe/Não lembra (3)	11 (10,19%)	32,0 (3,5-62,8)	
Bolsa Família			0,543
Sim (1)	13 (12,04%)	33,0 (20,3-67,4)	
Não (0)	95 (87,96%)	38,0 (31,0-42,5)	
Estado Conjugal			0,320
Vive com o companheiro (0)	89 (83,18%)	37,0 (31,0-42,0)	
Não vive com o companheiro (2)	18 (16,82%)	44,0 (30,8-81,4)	
Trabalho			0,607
Sim (1)	48 (44,44%)	40,0 (29,4-55,8)	
Não (0)	60 (55,56%)	35,0 (30,0-44,0)	

Nota: IC95%- Intervalo de 95% de confiança * Teste Log-rank

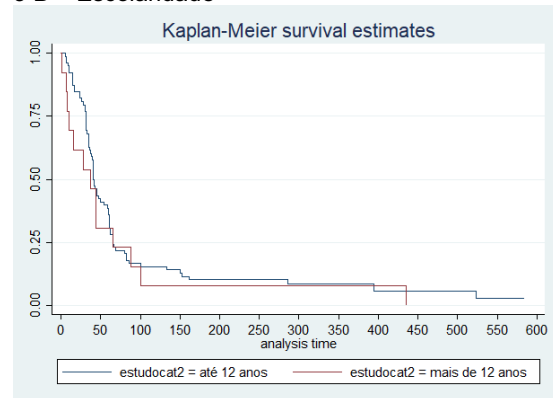
As curvas de sobrevivência com estimativas de Kaplan-Meier mostram em maior detalhe o tempo até o início do uso de MC em mulheres após o parto. A figura 3A mostra que todas as mulheres com 35 anos ou mais iniciaram o uso de MC até 50 dias, o que não foi observado para as demais, pois, cerca de 75% delas na faixa etária de 25 a 34 anos iniciaram em até 60 dias e menos de 50% das mais jovens, 18 – 24 anos iniciaram o MC com aproximadamente 60 dias após o parto. Na figura 2B é observado que em torno de 80% das mulheres com mais de 12 anos de estudo iniciaram o uso de MC em até 100 dias, enquanto 75% de mulheres com menos de 12 anos de estudo iniciaram o MC com 150 dias, ou seja, as mulheres com menor escolaridade demoraram mais a iniciar um MC após o parto. Além disso, 75% das mulheres que recebiam bolsa família iniciaram o uso de MC em até 75 dias, diferente das que não recebiam o benefício, pois, 75% iniciaram o uso de MC em 100 dias (Figura 3E). Na figura 3-F observa-se que mais de 75% das mulheres com companheiro iniciaram o uso de MC em 50 dias, enquanto apenas 50% daquelas sem companheiro iniciaram o uso de MC em 50 dias (Figura 3-F).

FIGURA 3: Tempo (em dias) até início do uso de MC por mulheres após o parto segundo características Sociodemográficas por meio das estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier. Belo Horizonte, 2019 - 2022

3A – Faixa Etária

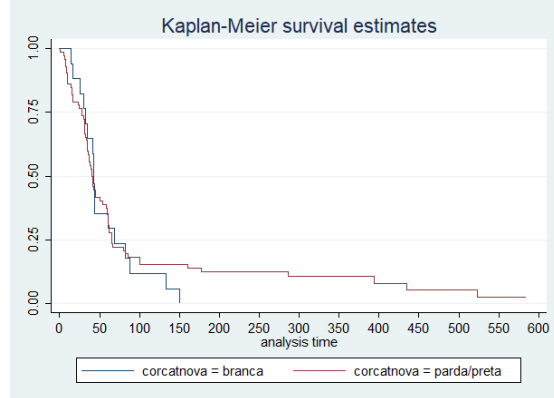


3 B – Escolaridade

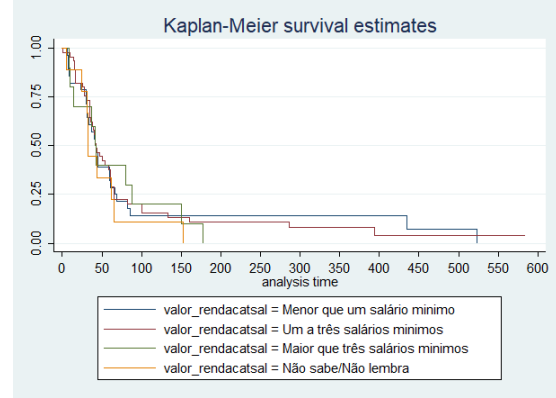


Continuação - **FIGURA 3: Tempo (em dias) até início do uso de MC por mulheres após o parto segundo características Sociodemográficas por meio das estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier. Belo Horizonte, 2019 – 2022**

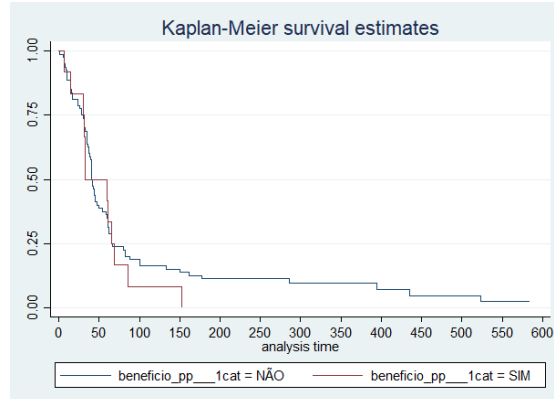
3C – Cor da Pele



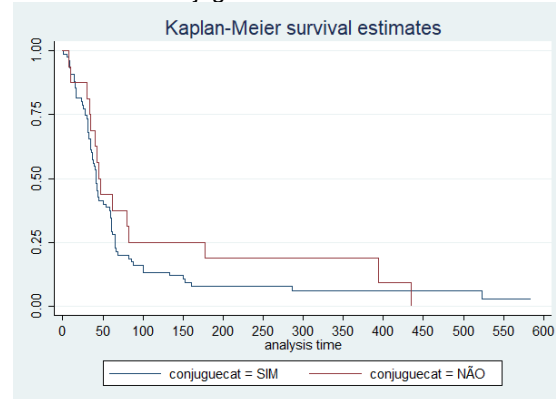
3D – Renda



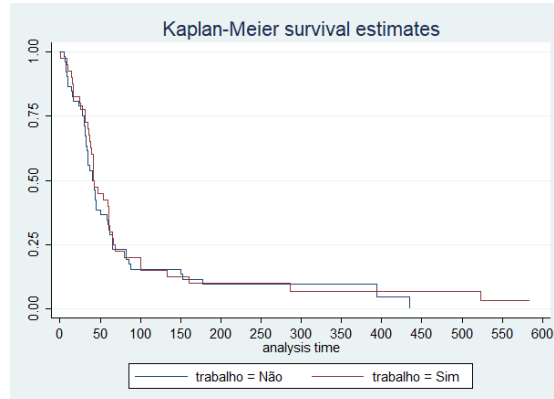
3E – Bolsa Família



3F – Estado Conjugal



3G – Trabalho



A mediana do tempo até o início do uso de MC em relação às características assistenciais observou-se uma mediana menor entre as mulheres que receberam orientação na maternidade (23,0 dias; IC95%: 7,1-42,6); atendidas por enfermeiros (32,0 dias; IC95%: 0,71-48,3) e que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal (33,0 dias; IC95%: 27,4-41,0), para esta última a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,002$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Tempo (em dias) até o início do uso de MC após o parto segundo características assistenciais – Belo Horizonte 2019 – 2022

Características Assistenciais	n (%)	Mediana (IC 95%)	Valor-p*
Orientação no Pré-natal			0,271
Sim	40 (37,74%)	38,0 (15,0-45,0)	
Não	66 (37,74%)	37,0 (31,0-41,4)	
Profissional			0,209
Médico	29 (72,50%)	43,0 (15,0-61,0)	
Enfermeiro	11 (27,50%)	32,0 (0,7-48,3)	
Orientação na Maternidade			0,738
Sim	35 (32,41%)	23,0 (7,1-42,6)	
Não	73 (67,59%)	41,0 (35,0-45,7)	
Orientação na Consulta Pós-parto			0,948
Sim	78 (78,79%)	39,5 (31,8-43,1)	
Não	21 (21,21%)	35,0 (7,2-54,6)	
Local da Consulta Pós-parto			0,331
SUS	94 (94,95%)	37,0 (31,0-42,0)	
Convênio ou Privado	5 (5,05%)	38,0 (0-50,0)	
Nº de consultas de Pré-Natal			0,004
< que 6 consultas	55 (50,93%)	44,0 (34,1-61,0)	
> que 6 consultas	53 (49,07%)	33,0 (27,4-41,0)	
Oferta de aleitamento materno exclusivo até 6 meses			0,179
Sim	46 (42,59%)	36,0 (29,7-44,1)	
Não	62 (57,41%)	40,5 (30,7-55,3)	
Dificuldades de Acesso durante a Pandemia (COVID-19)			0,515
Sim	33 (35,48%)	32 (15,3-63,3)	
Não	60 (64,52%)	39,5 (31,9-45,0)	
Desejo de engravidar			
Sim	21 (19,6%)	40 (10,7-45,6)	
Não	86 (80,4%)	36,5 (31,0-44,2)	
MC antes de engravidar			
Sim	80 (80,8%)	35 (28,0-41,2)	
Não	19 (19,2%)	44 (30,6-70,2)	

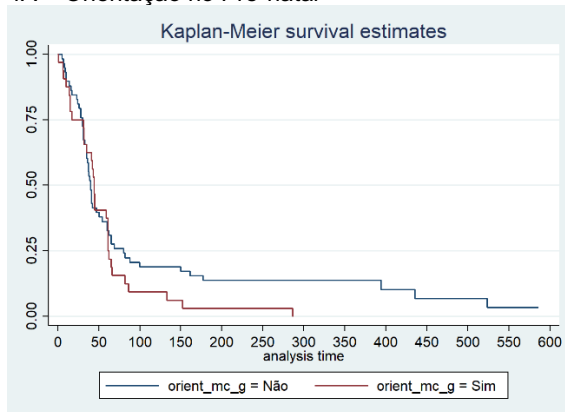
Nota: IC95%- Intervalo de 95% de confiança * Teste Log-rank

Ainda sobre as características assistenciais, o tempo até o início do uso de MC em mulheres após o parto pode ser observado mais detalhadamente nas curvas de sobrevivência com estimativas de Kaplan-Meier. Na figura 4B mostra que 75% das mulheres que receberam orientação por enfermeiros sobre métodos contraceptivos iniciaram o uso de MC mais rapidamente, em até 60 dias após o parto, enquanto 75% das mulheres que receberam orientações de outro profissional (médico) iniciaram o MC após 80 dias. Além disso, foi observado que todas as mulheres que receberam atendimento após o parto na rede privada ou particular iniciaram o MC em até 50 dias,

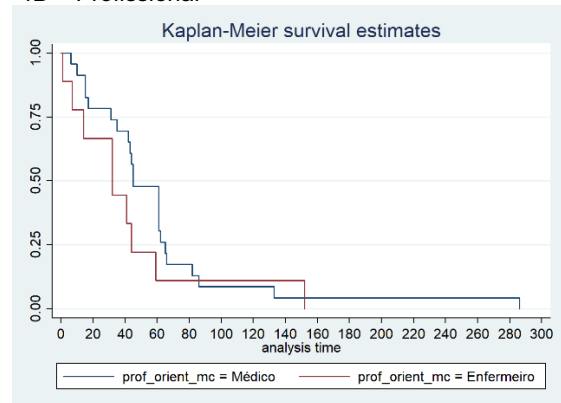
enquanto 75% das demais iniciaram o uso de MC em torno de 70 dias após o parto (Figura 4E). Em relação ao número de consultas de pré-natal, destaca-se na figura 4F que 80% das mulheres que realizaram 6 ou mais consultas iniciou o uso de MC por volta de 60 dias, enquanto 75% daquelas com menos de 6 consultas iniciaram o uso do MC em torno de 100 dias. A figura 4G mostra que 80% das mulheres que ofereceram aleitamento materno exclusivo (AME) até 6 meses iniciaram o uso de MC em torno de 60 dias, enquanto 75% daquelas que não ofereceram AME iniciaram o uso de MC com 100 dias.

FIGURA 4: Tempo (em dias) até início do uso de MC por mulheres após o parto segundo características assistenciais por meio das estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier. Belo Horizonte, 2019 – 2022

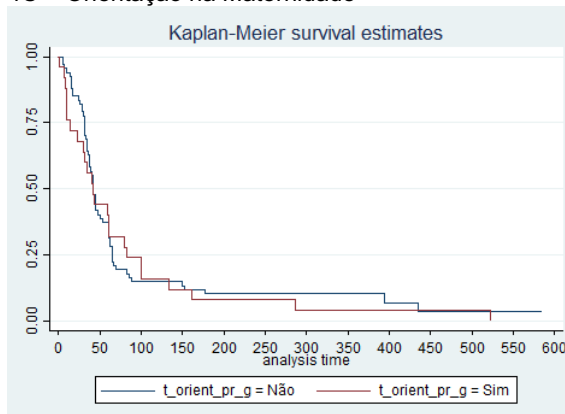
4A – Orientação no Pré-natal



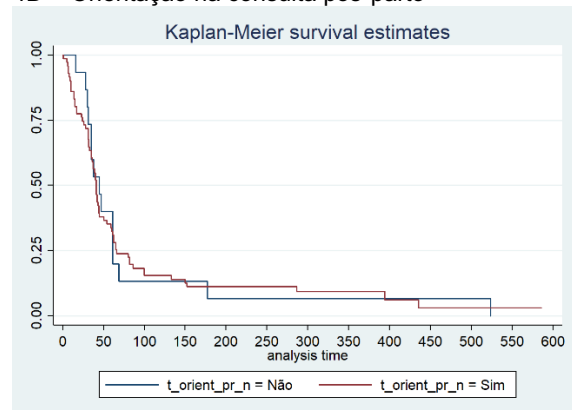
4B – Profissional



4C – Orientação na Maternidade

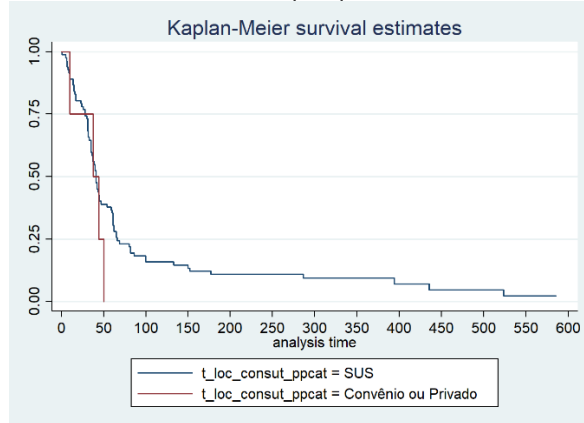


4D – Orientação na consulta pós-parto

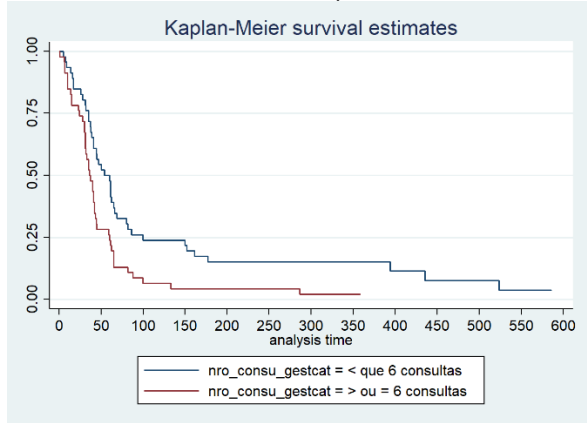


Continuação - **FIGURA 4: Tempo (em dias) até início do uso de MC por mulheres após o parto segundo características assistenciais por meio das estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier. Belo Horizonte, 2019 - 2022**

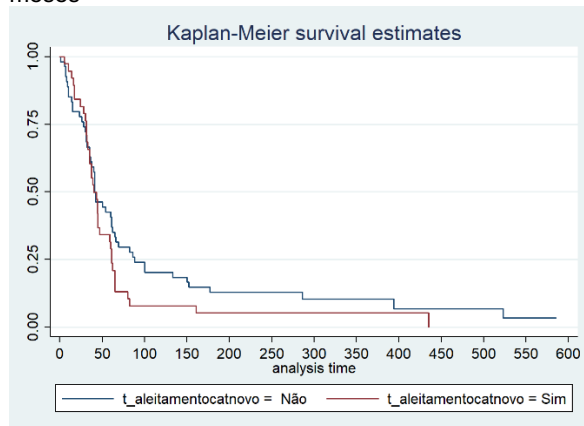
4E – Local da consulta do pós-parto



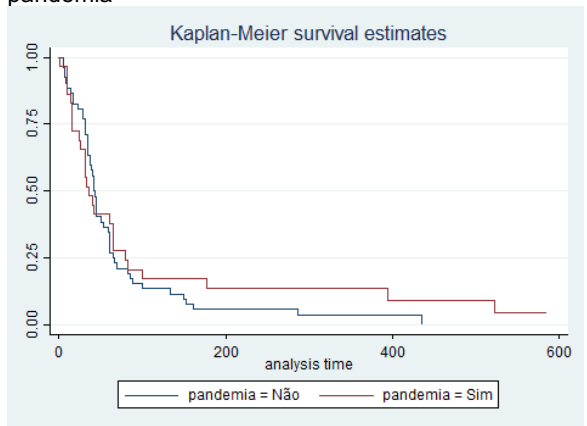
4F – Número de consultas de pré-natal



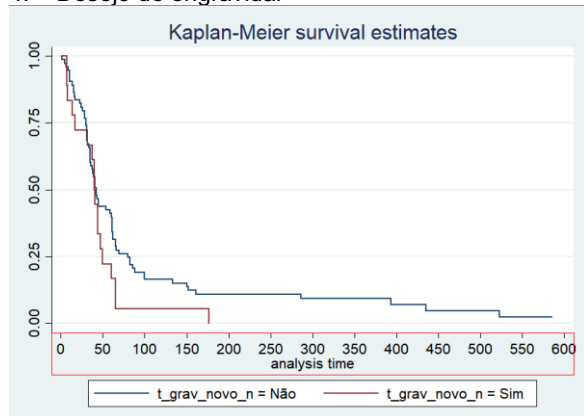
4G – Oferta de Aleitamento Materno Exclusivo até 6 meses



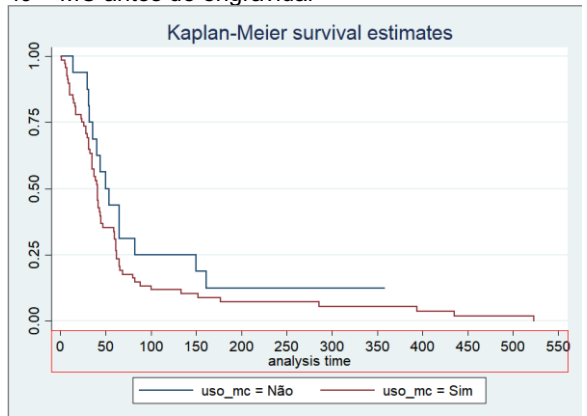
4H – Dificuldades de acesso aos MCs durante a pandemia



4I – Desejo de engravidar



4J – MC antes de engravidar



6.4 Fatores sociodemográficos e assistenciais associados ao tempo até o início do uso de Método Contraceptivo (MC)

Na análise não ajustada, a idade das mulheres e o número de consultas de pré-natal (PN) foram determinantes do início de uso de MC após o nascimento em um ano de seguimento. Após ajustes por todas as variáveis, mulheres mais jovens (18 até 34 anos) se associaram ao início mais tardio do uso de MC e o maior número de consultas pré-natal ao início mais rápido do uso de MC. Assim, as mulheres com 18 até 34 anos tiveram quase 70% menor risco de iniciar o uso de MC mais rapidamente após o parto. Já as mulheres que tiveram pelo menos 6 consultas de pré-natal tiveram quase duas vezes maior risco de iniciar o uso de MC mais rápido após o parto, respectivamente.

Tabela 5 – Determinantes do tempo até Início de uso de métodos contraceptivos até um ano após o parto - Belo Horizonte 2019 – 2022

Características sociodemográficas	RRna (IC 95%)	Valor-p	RRa (IC 95%)	Valor-p
Faixa etária (em anos)				
18 a 24	0,26 (0,11; 0,58)	0,001	0,25 (0,11; 0,57)	<0,0001
25 a 34	0,32 (0,15; 0,67)	0,003	0,28 (0,13; 0,60)	<0,0001
Maior ou igual a 35	Ref.		Ref.	
Escolaridade (em anos)		0,472		
Até 12 anos	Ref.			
Mais de 12 anos	1,24 (0,68; 2,25)			
Cor da pele autodeclarada		0,686		
Branca	Ref.			
Parda/Preta	0,89 (0,52; 1,53)			
Renda				
Menor que um salário mínimo	Ref.			
Um a três salários mínimos	0,98 (0,60; 1,61)	0,956		
Maior que três salários mínimos	1,07 (0,51; 2,23)	0,855		
Não sabe/Não lembra	1,37 (0,63; 2,95)	0,416		
Benefício (Bolsa Família)				
Sim	1,20 (0,65; 2,23)	0,550		
Não	Ref.			
Estado Conjugal		0,328		
Vive com o companheiro	Ref.			
Não vive com o companheiro	0,86 (0,65; 1,15)			
Trabalho		0,613		
Sim	0,89 (0,58; 1,37)			
Não	Ref.			

Continuação –Tabela 5 – Determinantes do tempo até Início de uso de métodos contraceptivos até um ano após o parto - Belo Horizonte 2019 – 2022

Características Assistenciais	RRna (IC 95%)	Valor-p	RRa	Valor-p
Orientação no Pré-natal		0,279		
Sim	1,28 (0,81; 2,01)			
Não	Ref.			
Profissional		0,221		
Médico	Ref.			
Enfermeiro	1,64 (0,74; 3,64)			
Orientação na Maternidade		0,742		
Sim	1,08 (0,67; 1,74)			
Não	Ref.			
Orientação na Consulta Pós-parto		0,949		
Sim	1,01 (0,57; 1,79)			
Não	Ref.			
Local da Consulta Pós-parto		0,342		
SUS	Ref.			
Convênio ou Privado	1,63 (0,59; 4,54)			
Nº de consultas de Pré-Natal		0,005		0,0004
< que 6 consultas	Ref.		Ref	
> que 6 consultas	1,86 (1,20; 2,88)		1,91 (1,22; 2,98)	
Oferta de aleitamento materno exclusivo até 6 meses				
Sim	1,33 (0,86; 2,06)	0,187		
Não	Ref.			
Dificuldades de Acesso durante a Pandemia (COVID -19)				
Sim	0,85 (0,52; 1,38)	0,521		
Não	Ref.			
Desejo de engravidar				
Sim	1,52 (0,89; 2,58)	0,119		
Não	Ref.			
MC antes de engravidar				
Sim	1,47 (0,82; 2,63)	0,188		
Não	Ref.			

7. DISCUSSÃO

Os achados desse estudo apontam que a maioria das mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte/MG iniciaram o uso de método contraceptivo em até um ano após o parto, mas não sua totalidade. Além disso, pode-se concluir que as mulheres estão demorando a iniciar o uso de MC após o parto, pois somente metade delas iniciaram o uso em até 40 dias, conforme apontado pela mediana. Ou seja, os outros 50% iniciaram após e outras nem iniciaram. Outro resultado em destaque foi que alguns fatores sociodemográficos e assistenciais contribuíram para o início mais rápido, tais como ter mais de 35 anos, receber bolsa família, receber até um salário mínimo, até 12 anos de estudos, cor da pele parda/preta, viver com companheiro e não trabalhar. Já em relação as características assistenciais, as mulheres que iniciaram o MC mais rapidamente foram: realizaram mais de 06 consultas de pré-natal, foram atendidas por enfermeiros (as), receberam orientações sobre MC na maternidade, atendidas pelo SUS na consulta pós-parto e ofereceram aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses.

Após ajustes, as variáveis idade das mulheres e número de consultas de pré-natal permaneceram associadas ao início de uso de MC, mais rapidamente para aquelas com 6 consultas ou mais e em maior tempo para as mulheres com 34 ou menos.

Quanto ao padrão de contracepção das mulheres estudadas, o injetável foi o MC mais utilizado, seguido das camisinhas e das pílulas, observando uma concentração de métodos de curta duração, em um período em que a prevenção de uma nova gestação seria crucial para a manutenção da saúde do binômio, garantindo um intervalo interpartal mínimo.

7.1 Uso de MC e padrão de contracepção das mulheres no período pós-parto

A prevalência de uso de MC das mulheres no período pós-parto foi superior ao observado em mulheres no mesmo período em outros 21 países em desenvolvimento (MOORE *et al.*, 2015) e da prevalência global de uso de MC (CHRISTIN-MAITRE, 2022; ALKEMA *et al.*, 2013). Estudo prévio realizado no Brasil mostrou que cerca de 85% das brasileiras utilizavam MC, mantendo-se estável em 2006 e 2013, com uma

alta prevalência de uso de métodos modernos (SIQUEIRA; FELISBINO-MENDES, 2020). Assim, o cenário encontrado em Belo Horizonte foi melhor que a média nacional. Esse resultado pode ser reflexo de amplo investimento do município na organização da atenção básica (PBH, 2020), na alta cobertura e do acesso aos MC. A Comissão Perinatal, por exemplo, tem uma agenda regular de trabalho desde 1999. Têm como premissa promover acordo ético no município para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e recém-nascido com cobrança da assistência universal, resolutiva, integral e equitativa, com garantia dos direitos da mulher e da criança no parto e nascimento (BELO HORIZONTE, 1999). Para fornecer diretrizes atualizadas para a assistência à saúde da gestante e puérpera, a Rede SUS-BH, em parceria com a prefeitura de Belo Horizonte, também lançou, em 2019, a segunda edição revisada e atualizada do Protocolo de Pré-Natal e Puerpério. Essa edição teve destaque em orientações sobre métodos contraceptivos permitidos durante a amamentação e em todo o período puerperal (MARZAGÃO; SILVA; MACHADO, 2019; PBH, 2019).

Apesar da maioria das mulheres usarem algum tipo de contracepção, mais da metade das gestações no Brasil não são planejadas e/ou indesejadas (UNFPA, 2018). Uma possível justificativa para essa incoerência seria a de que os métodos encontrados como mais utilizados são os de curta duração, ou seja, dependem da usuária para garantir sua efetividade, o que pode gerar falhas em maior frequência (PENNA, 2015; CHOFAKIAN *et al.*, 2019; BORGES *et al.*, 2021). Essa alta prevalência por métodos de curta duração, como por exemplo os contraceptivos hormonais orais, preservativos, diafragma, tabela e contraceptivo de emergência, também foi evidenciada em países em desenvolvimento que possuem altas taxas de gestações não planejadas (ALKEMA *et al.*, 2013; NATIONS UNITED, 2018; CROOKS; BEDWELL; LAVENDER, 2022).

Considerando que a escolha do método para regular a fecundidade deve seguir o desejo da mulher e indicações clínicas (WHO, 2015b) e que no Brasil são distribuídos gratuitamente em todo o território nacional contraceptivos com mecanismos diversos (métodos cirúrgicos, contraceptivos hormonais orais e injetáveis, camisinhas femininas e masculinas, DIU e diafragma) (BRASIL, 2013; PBH, 2022), chama a atenção que mais de setenta por cento da contracepção, no período analisado, seja composta apenas por injetáveis, camisinhas e pílulas na população de mulheres com até um ano após o parto. Esse achado pode indicar que existem

fragilidades no aconselhamento das escolhas de métodos de acordo com as necessidades individuais de cada mulher, que existem falhas na assistência e nos serviços em assegurar a oferta de insumos diversificados para possibilitar a escolha livre, informada e segura do método mais adequado para os diferentes momentos da vida reprodutiva e de acordo com as necessidades de saúde das mulheres.

O sucesso do uso das pílulas demanda um cuidado contínuo e longitudinal dos profissionais de saúde focado no aconselhamento e no acompanhamento da satisfação da mulher (WHO, 2015b). Isso aumenta a possibilidade de interrupção, falhas, uso inconsistente, além da descontinuidade (PENNA, 2015; CHOFAKIAN *et al.*, 2019; BORGES *et al.*, 2021). Assim, os métodos de longa duração poderiam ser mais seguros nesse momento da vida das mulheres (CURTIS, PEIPERT, 2017; TRINDADE *et al.*, 2021; PASVOL *et al.*, 2021). A eficácia dos LARCs (*long-acting reversible contraception*) é aproximadamente 20 vezes maior do que a dos métodos de curta ação (CURTIS, PEIPERT, 2017).

Estudos prévios demonstraram que o sucesso do LARC na redução das taxas de gravidez não planejada e aborto poderia ser estendido se iniciado imediatamente após o parto, com efeito adicional na redução do curto intervalo entre as gestações (TRUSSELL *et al.*, 2013; PEIPERT *et al.*, 2012). Com eficácia superior a 99%, o LARC é a forma mais eficaz de contracepção reversível e tem as maiores taxas de continuação entre os métodos reversíveis (ONYEWUCHI *et al.*, 2019; PAZOL *et al.*, 2016; UNFPA, 2020). Por esse motivo tem sido recomendado sua oferta no pré-natal, sala de parto e após o parto (ACOG, 2018).

As camisinhas podem e devem ser utilizadas no período de pós-parto, pois são métodos de barreira, não hormonais, seguros, de fácil acesso e os únicos que protegem contra HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (WHO, 2015b). Além disso, não há contraindicações e podem ser iniciadas assim que a mulher retomar a vida sexual após o parto. Contudo, assim como as pílulas, têm maior taxa de falha, 9% e 13% respectivamente (TRUSSELL, 2011). Estudo prévio com puérperas demonstrou que as mulheres usam camisinhas não porque realmente pretendiam usá-las, mas pela dificuldade em se obter outro método e pela alta disponibilidade das camisinhas em farmácias e no SUS (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018). Apesar das camisinhas ocuparem o segundo lugar no ranking de métodos modernos usados pelas mulheres em até um ano após o parto, ao somarmos

o uso de camisinhas à dupla proteção observamos uma baixa prevalência de uso de métodos que protegem contra IST no pós-parto. Desse modo, constata-se um preocupante descaso quanto a proteção contra IST, visto o aumento expressivo de casos de HIV e sífilis constatados nos últimos anos, especialmente entre as gestantes e mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2019b; SANTOS *et al.*, 2022 no prelo). A invisibilidade das IST se agrava com a crença errônea de que as mulheres no pós-parto não são sexualmente ativas (BORDA; WINFREY; MCKAIG, 2010), principalmente em contexto conservador sociopolítico crescente afetando as políticas públicas no campo da saúde sexual e reprodutiva (MARIANO; GERARDI, 2019; TRINDADE *et al.*, 2019; OMS, 2021).

O DIU, método contraceptivo de longa duração (LARC) e fortemente recomendado para o período pós-parto, estava entre os métodos menos utilizados pelas mulheres no presente estudo. Trata-se de MC que pode ser inserido imediatamente após o nascimento ou dentro de 48 horas após o parto, garantindo a captação precoce da puérpera, ainda na maternidade, e início da utilização do MC, garantindo também que a mesma não esteja grávida (BRASIL, 2018; TAUB, 2017). Mas destaca-se que de todas as mulheres que usaram o DIU em até um ano após o parto, 64,3% delas iniciaram no dia do nascimento e que seu uso nesse estudo está acima da prevalência nacional que foi 4,4% (PNS, 2019; ARAUJO *et al.*, 2023 no prelo), três vezes maior. Esse resultado pode estar relacionado com incentivos às políticas para inserção do DIU após o parto no município (PBH, 2019; PBH, 2022). Nos últimos anos, o uso de LARCs tem sido promovido em âmbito mundial, principalmente no grupo de puérperas, considerando-se que são MC mais eficazes e os riscos do curto intervalo interpartal (BRASIL, 2017).

A baixa prevalência do uso do DIU no pós-parto foi encontrada por outros estudos regionais (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; CANELAS *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016) e pode estar relacionada à falta de informação sobre seus benefícios e ação, os mitos de usuárias e profissionais e à barreiras organizacionais dos serviços públicos de saúde no país, uma vez que mulheres com maior escolaridade utilizam o DIU, seis vezes mais, comparando-as com as de menor escolaridade, e é usado quase quatro vezes mais pelas que têm plano do que por aquelas que não têm (TRINDADE *et al.*, 2019). Esses dados também são encontrados

em outro estudo nacional, onde a prevalência para mais escolarizadas é de 7,2, enquanto para menos escolarizadas é de 1,4 (ARAUJO *et al.*, 2023 no prelo).

Dentre as barreiras organizacionais relacionadas a inserção do DIU tem-se: a não disponibilização do método em todos os municípios brasileiros, o alto tempo de espera para a inserção do método e inserção centrada em um único profissional de saúde especialista (GONZAGA *et al.*, 2017). Também há barreiras assistenciais impostas pelos serviços de saúde que, equivocadamente, por desconhecimento e/ou desatualização, contraindicam o uso do DIU (BARBOSA *et al.*, 2020).

Em 2018, para expandir rapidamente os serviços de inserção de DIU no Brasil, o Ministério da Saúde, certificou que os enfermeiros, profissionais responsáveis pela realização da maioria das consultas de saúde da mulher no país (BRASIL, 2019^a), cerca de 70% ou mais (REIS *et al.*, 2023 no prelo), estão aptos a realizar a inserção do DIU na APS e em maternidades, desde que tenham sido treinados e capacitados para tal (BRASIL, 2018b). No entanto, essa estratégia foi paralisada e revogada (BRASIL, 2019c), prejudicando a implementação equitativa do DIU no pós-parto imediato e os atendimentos dos serviços de saúde sexual e reprodutiva de toda a população que depende exclusivamente do SUS. Trata-se de uma ação classista, não fundamentada e que vai contra os direitos sexuais e reprodutivos cada vez mais em risco atualmente no país (COFEN, 2020).

A Organização Mundial da Saúde recomenda a opção de inserção de DIU por enfermeiros e vários estudos demonstraram que esses profissionais podem inserir o DIU com segurança e efetividade quando é fornecido capacitação e qualificação (WHO, 2012), como já se observa em vários países como Austrália (LOPEZ *et al.*, 2015b), Índia (BHADRA *et al.*, 2018) e Inglaterra (ZIVICH *et al.*, 2019). Também foram evidenciadas melhorias na acessibilidade (FLEMINGLOW *et al.*, 2019) e aumento da satisfação da mulher quando a consulta para a inserção do DIU foi conduzida por enfermeiros (BHADRA *et al.*, 2018).

Assim, para a melhoria da assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres no período pós-parto é importante garantir a acessibilidade e a utilização mais efetiva de métodos seguros de acordo com as individualidades de cada mulher. Além disso, fortalecer o empoderamento dos usuários, sendo a livre escolha informada um ponto chave que deve sustentar o serviço de PR no Brasil.

7.2 Início tardio de métodos contraceptivos

Um avanço desse estudo foi analisar o tempo até o início do uso de MC após o parto. A maioria dos estudos analisam o uso de forma transversal (sim e não), mas não apresentam seguimento e não identificam o momento em que as mulheres iniciam o MC. O tempo, nesse período pode ser determinante, pois o início do uso de contraceptivos no período após o parto pode vir a reduzir tanto gestações indesejadas quanto gestações pouco espaçadas, situações associadas à maior morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil (SHAH *et al.*, 2022; XU *et al.*, 2022; GEBREMEDHIN *et al.*, 2021; AHRENS *et al.*, 2021; REGAN *et al.*, 2020; HUTCHEON *et al.*, 2019).

Nossos resultados mostram que as mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte/MG estão demorando a iniciar o uso de MC, podendo implicar na ocorrência de uma nova gravidez em um curto espaço de tempo, acarretando não só a maior chance de complicações materno-fetais, mas também em repercussões sociais e econômicas na vida dessas mulheres e famílias (FAÚNDES; FILHO, 2018). Assim, nossos achados apontam para uma fragilidade na oferta e no acesso aos MC em tempo oportuno pelas usuárias da APS.

Resultado semelhante aos do nosso estudo foi apontado na pesquisa de Rwabilimbo *et al.*, 2021, que também avaliou o tempo até o uso de anticoncepcionais e preditores desse tempo após o nascimento entre 3.775 mulheres em idade reprodutiva na Tanzânia. O tempo médio para o uso de anticoncepcionais modernos no pós-parto nesse país foi de 7 meses (RWABILIMBO *et al.*, 2021). Apesar da Tanzânia ter condições do Sistema de Saúde subdesenvolvido em comparação com o resto do mundo, mostra uma realidade próxima a encontrada nesse estudo, com a demora do início do uso do MC, mesmo que em Belo Horizonte tenha sido observada uma demora menor.

Após o parto, a primeira menstruação em mulheres não lactantes, é frequentemente precedida por anovulação, mas pela terceira menstruação, mais de 80% das mulheres têm ciclos ovulatórios normais (GLASIER *et al.*, 2019; JACKSON; GLASIER, 2011). Em uma revisão sistemática, Jackson e Glasier (2011) relataram um tempo médio de primeira ovulação entre mulheres não lactantes entre 45 e 94 dias pós-parto. Em 20%-71% das mulheres, a primeira menstruação foi precedida pela

ovulação e até 60% desses ciclos ovulatórios foram considerados potencialmente férteis (JACKSON; GLASIER, 2011). Portanto, as mulheres que não amamentam devem ser orientadas de que, sem o uso de MC, a gravidez pode já ocorrer nos primeiros 2 meses após o parto.

Uma mulher que não esteja em amamentação exclusiva (AME) pode engravidar entre 4 a 6 semanas após o parto (CALIK-KSEPKA *et al.*, 2022; OMS, 2007). Na presença de aleitamento materno exclusivo, não ocorre a função cíclica normal do eixo hipófise-hipotálamo devido à hiperprolactinemia, com consequente alteração nos níveis de gonadotrofinas e na ovulação (FAÚNDES; FILHO, 2018). O método de amenorreia lactacional (LAM) é um dos métodos contraceptivos usado por uma mulher em AME que ainda não teve o retorno menstrual e não alimenta seu bebê com suplementos por até seis meses após o parto (CALIK-KSEPKA *et al.*, 2022; VAN DER; MANION, 2015). Nesse caso, a mulher em AME pode engravidar com 6 meses após o parto (BIRABWA *et al.*, 2022; OMS, 2007). Inclusive resultados do nosso estudo apontam que uma mulher engravidou nesse período. Portanto, uma mulher não deve esperar até o retorno de sua menstruação para começar a usar um MC, mas, ao contrário, pode iniciá-lo no pós-parto imediato (CALIK-KSEPKA *et al.*, 2022; OMS, 2007).

Existem MC compatíveis com a amamentação. Métodos hormonais contendo progestagênios, por exemplo, são geralmente considerados aceitáveis para mães que amamentam em qualquer momento do período pós-parto (PEARLMAN SHAPIRO; AVILA; LEVI, 2022). Tanto o DIU de levonorgestrel quanto o de cobre foram extensivamente estudados em usuárias que amamentam e demonstraram não afetar a produção de leite ou o desenvolvimento infantil (ABDELHAKIM *et al.*, 2019; LEVI *et al.*, 2018; TUROK *et al.*, 2021). A minipílula e o anticoncepcional hormonal oral contendo doses maiores de progestagênio (75 mcg de desogestrel) também podem ser usados durante o aleitamento, sem afetar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido (WHO, 2015). A injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona (150 mg), por via intramuscular (WILSON SF *et al.*, 2022; FAÚNDES; FILHO, 2018) e o implante subdérmico (KRASHIN *et al.*, 2019; CARMO *et al.*, 2017) podem ser inseridos após seis semanas do parto e estudos não detectaram qualquer efeito clinicamente mensurável sobre a saúde de bebês amamentados por mulheres que usaram esses métodos (AVERBACH *et al.*, 2020; WILSON SF *et al.*, 2022).

Assim, apesar da maioria das mulheres iniciar o uso de MC em até um ano após o parto, a maioria tem um risco de engravidar novamente devido à demora em iniciar os métodos contraceptivos. Esses resultados também podem indicar uma ruptura dos cuidados com a saúde da mulher com o passar dos meses do término da gravidez, comprometendo a longitudinalidade do cuidado e podendo causar grandes prejuízos, uma vez que intervalos interpartais curtos tem repercussões negativas para a saúde materno-infantil (CECATTI *et al.*, 2008; CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; TESSEMA *et al.*, 2018).

O intervalo interpartal é definido pela duração entre a data do último parto e a data da próxima concepção (OMS, 2007). Mas até o momento não há um consenso sobre o intervalo adequado entre as gestações. Em 2007 a Organização Mundial de Saúde recomendou esperar pelo menos 24 meses após o parto antes de tentar a próxima gravidez. Em um relatório publicado em 2013, a OMS aconselhou ainda que, se as mulheres esperarem 2 anos para conceber novamente, a mortalidade de menores de 5 anos diminuiria em 13% e em 25% se esperarem 3 anos entre duas gestações (GLASIER *et al.*, 2019; OMS, 2013). No entanto, vários estudos têm mostrado que intervalo entre um parto e outro idealmente deve variar de 12 a 24 meses (SHAH *et al.*, 2022; XU *et al.*, 2022; LIU *et al.*, 2021; GEBREMEDHIN *et al.*, 2021; TESSEMA *et al.*, 2020; REGAN *et al.*, 2020; JENA *et al.*, 2020; HUTCHEON *et al.*, 2019; SHREE, CAUGHEY, CHANDRASEKARAN, 2018; SHUMMERS *et al.*, 2018). Esse intervalo se baseia na associação de desfechos adversos da gravidez para mulheres, riscos fetais e infantis.

Assim, a garantia do intervalo interpartal (entre dois partos consecutivos) é uma estratégia eficaz e segura que favorece não apenas a redução dos intervalos curtos entre os nascimentos, mas também melhora as chances do bem-estar materno, neonatal e infantil (JALANG'O *et al.*, 2017; GARG *et al.*, 2021; MILLER, DARMAWAN, HENKEL, 2022; SHAH *et al.*, 2022). Trata-se de um dos fatores de risco mais modificáveis para as mulheres, contribuindo com a redução de morbidade e mortalidade materna, neonatal ou infantil e, portanto, deve ser priorizada pelos serviços de saúde (REGAN *et al.*, 2020; SILVA; THOMA, 2020; JENA *et al.*, 2020). As mulheres precisam conhecer suas opções anticoncepcionais no pré-natal e profissionais da saúde treinados precisam estar disponíveis para fornecer o MC imediatamente após o parto (CAMERON *et al.*, 2017; FAÚNDES; FILHO *et al.*, 2019).

7.3 Determinantes do tempo de início do uso de métodos contraceptivos após o parto

Neste estudo, dois fatores foram identificados como determinantes do tempo até o início do uso de métodos contraceptivos após o parto, no modelo multivariado: a idade da mulher e o número de consultas pré-natal. As mulheres na categoria de faixa etária mais jovens (18 até 34 anos) se associaram ao início mais tardio do uso de MC. Além da idade, o número de consultas de pré-natal esteve fortemente associado ao uso de MC após o parto; aquelas com pelo seis (06) ou mais consultas pré-natal foram mais propensas a iniciar mais rápido a contracepção após o parto, em comparação com as mulheres que tiveram um menor número de consultas.

Durante as consultas de pré-natal há oportunidades de orientar e aconselhar as mulheres sobre o planejamento reprodutivo e sobre a variedade de opções contraceptivas disponíveis. Assim quanto mais consultas, mais oportunidades para fazer essa intervenção. Assim, nossos achados apontam para a importância do pré-natal na adoção de MC após o parto, destacando esse cuidado longitudinal. Cada visita da mulher a um profissional de saúde oferece uma oportunidade única para identificar necessidades não satisfeitas, aconselhamento e oferecimento de MC para as mulheres no período gravídico puerperal, contribuindo com a redução de gestações pouco espaçadas, não planejadas e com o início do uso de MC após o parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). O período do parto e do puerpério podem ser momentos críticos que podem dificultar essa decisão contraceptiva. Pesquisas apontaram que a educação contraceptiva realizada no terceiro trimestre gestacional, durante as consultas de pré-natal são mais eficazes que as recomendações realizadas apenas no puerpério (LOPEZ *et al.*, 2015; ACHYUT *et al.*, 2016).

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil atingiu proporções próximas a 100% nos anos de 2012 (98,7%) e 2013 (97,4%) de acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil (VIELLAS *et al.*, 2014) e a Pesquisa Nacional de Saúde (NUNES *et al.*, 2017), respectivamente. Ainda, segundo essas mesmas pesquisas, mostram-se como indicadores favoráveis os relacionados ao início do pré-natal antes do segundo trimestre da gestação (75,8% e 92,6%, respectivamente) e a realização de seis ou mais consultas (73,1% e 84%, respectivamente) (VIELLAS *et al.*, 2014; NUNES *et al.*,

2017; MÁRIO *et al.*, 2019). No entanto, os problemas registrados em à oferta de orientações são marcas da realidade brasileira referidas à assistência pré-natal de baixa qualidade, mesmo com elevadas taxas de cobertura (NUNES *et al.*, 2017; VIELLAS *et al.*, 2014; MÁRIO *et al.*, 2019), principalmente as orientações específicas sobre o ciclo gravídico puerperal. Em um estudo regional (Paraíba), por exemplo, verificou que 17,4% das mulheres não receberam visita pós-parto pela atenção básica e o índice de ausência de informações atingiu 55,1%. O não preenchimento do atendimento atingiu níveis de 72,5%, ilustrando que a atenção ao puerpério é bastante desvalorizada (SANTOS *et al.*, 2016).

No presente estudo, os dados corroboram essas estimativas nacionais sobre as informações recebidas, apontando que a maioria das mulheres não receberam orientações no pré-natal sobre o uso de MC após o parto. Essa fragilidade na assistência também persistiu na consulta puerperal (até 42 dias de pós-parto), pois a maioria das mulheres não receberam orientações sobre MC. Esse dado pode indicar que persiste o desafio de melhorar a assistência à saúde da mulher, pois ainda existem problemas na oferta e no direcionamento dos cuidados pré-natais e pós-parto na APS.

Outra discussão importante nesse estudo está relacionada com a associação entre a faixa etária e o tempo de início do uso de MC após o parto. As mulheres mais velhas (maior ou igual a 35 anos) iniciaram os MC numa média de 19 dias, enquanto aqueles com idade entre 25 a 34 anos com uma média de 66,4 dias e as mais jovens, entre 18 a 24 anos, demoraram 112,5 dias. Portanto, quanto menor a faixa etária maior o tempo para iniciar os MC após o parto. Nossos resultados são semelhantes de um estudo prévio que identificou que a população de jovens adultas e adolescentes foi a que menos usa MC em até um ano após o parto e a que mais engravida no Brasil (CANÁRIO *et al.*, 2020; DARSIE *et al.*, 2014).

Por um lado, é de certa forma esperado que nessa idade a fertilidade seja mais alta e as gravidezes mais recorrentes. Mas por outro, ter uma nova gestação imediatamente após o parto não é recomendado, assim como uma gestação na adolescência. Nesses casos, essas jovens estão expostas a complicações maternas e a riscos como baixo peso do recém-nascido, parto prematuro, cesariana associada a laqueadura como medida de planejamento reprodutivo e gestações sucessivas com

intervalo menor que dois anos (EVANGELISTA; BARBIERI; SILVA, 2015), dentre outros comprometimentos em suas vidas.

A maternidade não planejada entre os jovens tem sido associada a uma infinidade de consequências negativas pré-natais e pós-parto, como abuso de álcool, tabagismo pesado e depressão pré-natal e pós-parto. Também tem sido associada à prejuízos na saúde mental das mães, o que pode ser um risco potencial para a saúde do bebê e da criança (PHIRI; NYAMARUZ; AKINTOLA, 2021). Em alguns cenários, podem fazer perpetuar o ciclo de pobreza e interromper os planos de vida das mulheres jovens (FEBRASCO, 2021; UNFPA, 2017; MARANHÃO *et al.*, 2015).

Outro destaque nesse estudo, apesar de não ter sido estatisticamente significativo, foi que as mulheres casadas/viviam com o companheiro tiveram início mais rápido de MC em relação às solteiras/que não viviam com o companheiro. Isso foi consistente com estudos anteriores (FAGBAMIGBE, ADEBOWALE, MORHASON-BELLO, 2015; JALANG'O *et al.*, 2017), o que poderia ser explicado pela diferença das necessidades de contracepção desses grupos e possível conscientização sobre a implicação do coito desprotegido entre as mulheres em seus estados conjugais. Estudos anteriores investigaram somente às mulheres casadas, sua atividade sexual e uso de contraceptivos, deixando de fora esse grupo de solteiras, podendo retroceder o progresso significativo na saúde reprodutiva devido aos riscos associados à gravidez não planejada (RWABILIMBO *et al.*, 2021) e aos direitos sexuais e reprodutivos.

Por outro lado, um resultado relevante na presente pesquisa, embora também não teve significância estatística, está relacionado com as orientações recebidas no pré-natal pelo profissional enfermeiro. As mulheres atendidas por esse profissional iniciaram o MC mais rápido, cerca de 20 dias antes do que aquelas que foram atendidas por outro profissional.

O enfermeiro, além de outras atribuições, possui atuação específica no planejamento reprodutivo (PR), nas consultas de pré-natal e puerpério na UBS (PEREIRA; GRADIM, 2014; COFEN, 2022). A atuação desse profissional é fundamental para o resgate das mulheres, nos primeiros dias que sucedem o parto, e sua inserção no PR, confirmando a sua eficaz participação no puerpério precoce e ação na rede de saúde primária e secundária (COFEN, 2022), contribuindo também com as orientações sobre o início do uso de MC após o parto e o intervalo interpartal.

O profissional de saúde é visto como agente de poder pela usuária, e é por meio de práticas efetivas em saúde que ela estará fortalecida para escolhas adequadas dos MCs e sua prática (PEREIRA; GRADIM, 2014). Além da sua forte atuação na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população, a atuação do enfermeiro tem a educação em saúde como um dos pilares do seu cuidado, confirmando a sua eficaz participação no puerpério precoce e ação na rede de saúde primária e secundária (CAPPIELLO; BOARDMAN, 2022).

Outros estudos corroboram a atuação positiva desse profissional. No estudo de Canário *et al.*, 2020, o predomínio do profissional enfermeiro no seguimento da usuária, no período do primeiro ano após o parto, contribuiu para o acesso da mulher no planejamento reprodutivo durante a consulta ambulatorial puerperal realizada no serviço secundário e na consulta puerperal precoce realizada na atenção primária (CANÁRIO *et al.*, 2020).

Assim, se faz necessário fortalecer e garantir a atuação direta dos enfermeiros no aconselhamento, no acompanhamento, na oferta dos métodos contraceptivos de forma contínua e integrada, além da sua essencial atuação para inserção dos LARC, principalmente para as mulheres após o parto. Também se torna necessário expandir a acessibilidade de todo o cardápio contraceptivo ofertado pelo SUS para as mulheres nesse período, considerando o aleitamento materno para essa escolha, bem como promover a autonomia para a escolha. A capacitação e qualificação de múltiplos profissionais de saúde para a inserção de contraceptivos de alta eficácia e longa duração aumentaria as possibilidades das mulheres obterem métodos contraceptivos seguros e poderia ser a chave para a redução das gestações não planejadas no país e garantia do intervalo.

7.4 Limitações do estudo

Este estudo não é isento de limitações. Em primeiro lugar, tivemos uma perda de seguimento, totalizando 124 entrevistadas, o que corresponde a 52% da amostra total. Várias estratégias foram utilizadas para minimizar essas perdas, como contato por vários meios de comunicação incluindo envio de e-mail, via *WhatsApp*, utilizando um texto padrão, como também pelo menos cinco tentativas de contato telefônico. Além disso, para os números de telefones inexistentes, foi feita uma busca atualizada

nas Unidades Básicas de Saúde dos contatos da entrevistada, até mesmo de seus familiares. As ligações também foram realizadas em horários diferentes com o objetivo de atender à disponibilidade da mulher em responder a entrevista.

Vários estudos prévios têm demonstrado a dificuldade de acessar usuários pelo telefone (FRY, MITCHELL, WIENER, 2021; JUNIOR *et al.*, 2022; SCHMIDT, PALAZZI, PICCININI *et al.*, 2020). As disparidades de acesso à tecnologia podem ocasionar barreiras digitais que reverberam negativamente em diversos aspectos sociais, especialmente em grupos vulnerabilizados socioeconomicamente, indivíduos com menos anos de educação formal, com mais idade, com problemas de saúde física ou menor habilidade no uso da internet (DEURSEN, 2020).

Também tivemos como limitação o Distrito de Venda Nova, pois foi o local com menor número de coletas, pois estávamos iniciando o processo de coleta nesse distrito sanitário quando as atividades foram interrompidas devido a pandemia. Ainda, uma UBS dessa regional recusou-se a participar e cooperar com a coleta de dados por telefone, considerando-se o contexto da pandemia em curso. Nesse caso, em algumas UBSs foram coletados dados de mais de 20 gestantes para repor as perdas.

Diante das dificuldades que surgiram no decorrer da coleta de dados, principalmente devido a pandemia de COVID-19, além de um financiamento insuficiente e fragilidades da APS, como o cadastro desatualizado e a falta de acompanhamento sistemático das mulheres no ciclo gravídico puerperal, a representatividade da amostra de gestantes e nutrízes foi comprometida. A análise de perdas mostrou uma perda diferencial somente para o estado conjugal das entrevistas o que poderia implicar no resultado da análise dessa variável com relação ao tempo de início do uso de métodos contraceptivos. Também perdemos mulheres solteiras e jovens, que são as que têm piores cenários no nosso estudo.

No entanto, a continuidade e viabilidade da pesquisa pelo telefone durante a pandemia foi uma alternativa para não interromper o seguimento assim como foi interrompida a linha de base. Destaca-se a continuidade da coleta de dados, mesmo diante dos desafios, o que proporcionou um acompanhamento longitudinal das mulheres quanto ao início de uso de métodos contraceptivos durante um ano após o parto.

8. CONCLUSÃO

A maioria das mulheres iniciaram o uso de MC em até um ano após o parto, mas não sua totalidade. Conforme apontado pela mediana, somente metade das mulheres iniciaram o uso de MC em até 40 dias. Ou seja, os outros 50% iniciaram após e outras nem iniciaram. A demora em iniciar a contracepção após o parto pode implicar na ocorrência de uma nova gravidez não planejada em um curto espaço de tempo. Dessa forma, acarretando maior chance de complicações materno-fetais e infantis.

Além disso, mesmo diante das altas prevalências de uso de métodos contraceptivos, a maior parte da contracepção no período analisado foi composta apenas por injetáveis, camisinhas e pílulas. Esse achado pode implicar que existem fragilidades no aconselhamento das escolhas de MC de acordo com as necessidades de cada mulher, como também orientações sobre o uso de métodos de longa duração (LARCS).

Os achados desse estudo também mostraram diferenças do tempo até o início do uso de MC no primeiro ano após o parto em usuárias da APS a depender das características sociodemográficas e assistenciais. No modelo multivariado, a idade das mulheres e o número de consultas de pré-natal foram identificadas como determinantes do tempo até o início do uso de MC após o parto. Mulheres mais jovens (18 até 34 anos) se associaram ao início mais tardio do uso de MC e o maior número de consultas PN ao início mais rápido do uso de MC.

Considerando a lacuna do conhecimento do tempo até o início do uso de métodos na população de mulheres no período após o parto, nosso estudo avança ao acompanhar e analisar esse tempo em amostra de mulheres usuárias da atenção básica de um grande município brasileiro. Além disso, avaliou-se se as características sociodemográficas e assistenciais estão associadas ao tempo de início do uso de MC no primeiro ano após o parto e os resultados mostraram que alguns determinantes precisam ser incorporados nas ações programáticas para melhor assistir as mulheres. Tais resultados decorrem do fato de termos utilizado o estudo longitudinal, sendo capaz de detectar mudanças resultantes da medição das variáveis no decorrer do tempo.

REFERÊNCIAS

- ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists. Womens health care physicians. **Committee Opinion, N 670 August 2016** (reaffirmed 2018). Committee on Obstetric Practice.
- Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. **Fortalecimento de políticas e programas de planejamento familiar em países em desenvolvimento** USAID, Washington, DC, EUA: 2005
- AHMED S *et al.* Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. **Lancet**. 2012; 380(9837): 111 – 125.
- ALKEMA, L. *et al.* National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **The Lancet**, v. 381, n. 9878, p. 1642–1652, 2013.
- ALVES, Marcela de Oliveira *et al.* Uso de métodos contraceptivos e fatores relacionados ao planejamento da gravidez entre puérperas. **Rev Enferm UFSM**, 2016 jul/set.;6(3): 424-433.
- ANDRADE RD, *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, 2015; v. 19, n. 1, p. 181–186.
- ASCHENGRAU A. & SEAGE G.R. Essentials of Epidemiology in Public Health. Jones and Bartlett Publishers International, 4^a ed 2019.
- ASGHARNIA M., VARASTEY T., POURMARZI D. Inter-Pregnancy Interval and the Incidence of Preterm Birth. **J Family Reprod Health**. 2020 Mar;14(1):52-56. PMID: 32863839; PMCID: PMC7428415.
- ASHEBIR W, TADESSE T. Associated Factors of Postpartum Modern Contraceptive Use in Burie District, Amhara Region, Ethiopia. **J Pregnancy**. 2020 Mar 21;2020:6174504. doi: 10.1155/2020/6174504. PMID: 32257443; PMCID: PMC7115150.
- BAQUI AH, *et al.* Impact of integrating a postpartum family planning program into a community-based maternal and newborn health program on birth spacing and preterm birth in rural Bangladesh. **Journal of Global Health**, 2018; v. 8, n. 2, p. 020406.
- BARFOOT KL, FORSTER R, LAMPORT DJ. Saúde mental em novas mães: um estudo controlado randomizado sobre os efeitos dos flavonóides dietéticos no humor e na percepção da qualidade de vida. **Nutrientes**. 2021; 13 (7): 2383. <https://doi.org/10.3390/nu13072383>
- BARROS AJD *et al.* Estimating family planning coverage from contraceptive prevalence using national household surveys. **Global health action**. 2015; 8(1): 29735.

BELLAGIO. Declaração de Consenso: Método de Amenorréia Lactacional para Planejamento Familiar. 1988. Disponível em: <http://www.linkagesproject.org/LAMCD/publicationsconE.htm>. Acesso em 21 de outubro de 2022.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal. **Proposta global de melhoria da qualidade da assistência materna, peri e neonatal no município de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 1999.

BENER, ABDULBARI *et al.* The impact of the interpregnancy interval on birth weight and other pregnancy outcomes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2012, v. 12, n. 3 [Accessed 31 March 2022], pp. 233-241. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300003>>. Epub 28 Sept 2012. ISSN 1806-9304. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300003>.

BERQUÓ, E; LIMA, L. P. DE. Planejamento da fecundidade: Gravidezes não-desejadas – PNDS 1996 e 2006. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 135–143.

BIRABWA C. *et al.* Knowledge and use of lactational amenorrhoea as a family planning method among adolescent mothers in Uganda: a secondary analysis of Demographic and Health Surveys between 2006 and 2016. **BMJ Open**. 2022 Feb 22;12(2):e054609. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054609. PMID: 35193915; PMCID: PMC8867379.

BLANCO-MURILLO, Paulina, LETECHIPIA-MENDOZA, Nora, GARCIA-LIMA, Maria Guadalupe. 50 Years Ago in TheJournalofPediatrics: The Evolution of Breastfeeding as a Contraception Method. **J Pediatr**. 2022 Oct; 249:34. doi: 10.1016/j.jpeds.2022.07.026. PMID: 36216477.

BORGES ALV, dos Santos AO, FUJIMORI, E. Concordance between intention to use and current use of contraceptives among six-month postpartum women in Brazil: The role of unplanned pregnancy. **Midwifery**. 2018, V 56, 94-101. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.015>

BORGES, Ana Luiza Vilela *et al.* Descontinuidades contraceptivas no uso do contraceptivo hormonal oral, injetável e do preservativo masculino. **Cad. Saúde Pública**, 2021; 37(2):e00014220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mFskJJHLGX5HJs3YpY7qZfK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BORGES, Ana Luiza Vilela *et al.* Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services* * Supported by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Grant 440577/2014-4) and by Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Grant 2014/02447-5), Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2020, v. 28. Acesso em: 25 set 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>>. Epub 14 Fev 2020. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV / Aids | 2019**. Ministério da Saúde. Brasília: 2019b.

BRASIL. **Decreto n. 5.209**. Regulamenta a Lei n. 10.836, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Lei nº 9.263. **Presidência da República, 12 de janeiro de 1996**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. 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**/Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCu 380A** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 32 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. **Nota Técnica no 38/2019-DAPES/SAS/MS**. Brasília. Diário Oficial da União: 2019c.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. Brasília: 2009a.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2013-2015**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013b.

BRASIL. **PORTARIA No 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Brasília. Diário Oficial da União: 2011.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.265, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2017**. Ministério da Saúde. Brasília: 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html> Acesso em 11/08/2022.

BRASIL. **SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA**. 1a ed. Brasília: 2013, 2013a.

BRASIL. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO MATERNO. In: **Guia de 90 vigilância epidemiológica do óbito materno**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. p. 9. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009c.

CAHILL, N. *et al.* **Modern contraceptive use, un-met need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative**: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. **Lancet**. 2018;391(10123):870-82.

CALIK-KSEPKA, Anna *et al.* Lactational Amenorrhea: Neuroendocrine Pathways Controlling Fertility and Bone Turnover. **Int J Mol Sci**. 2022 Jan 31;23(3):1633. doi: 10.3390/ijms23031633. PMID: 35163554; PMCID: PMC8835773.

CARVALHO, M.S. *et al.* **Análise de sobrevivência**: teoria e aplicações em saúde 2 nd. ed. ver. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. ISBN 978-85-7541-302-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CAVENAGHI, Suzana, ALVES, José Eustáquio Diniz. The everlasting outmoded contraceptive method mix in Brazil and its legacy. **Revista Brasileira de Estudos de População** [online]. 2019, v. 36 [Accessed 17 July 2022] , e0103. Available from: <<https://doi.org/10.20947/S0103-3098a0103>>. Epub 10 Jan 2020. ISSN 1980-5519. <https://doi.org/10.20947/S0103-3098a0103>.

CHRISTIN-MAITRE, Sophie. La contraception à travers le monde. **Med Sci (Paris)** 38 (5) 457-463 (2022). DOI: 10.1051/medsci/2022058

COOPER, Michelle; FREE, Caroline J., CAMERON, Sharon. Contraception after childbirth in the UK: beyond the COVID-19 pandemic. **BMJ Sex Reprod Health**. 2022 Apr;48(2):82-84. doi: 10.1136/bmjsex-2021-201310. Epub 2021 Nov 8. PMID: 34750187.

COUTO, Maria Carolina do Amaral, SAIANI, Carlos César Santejo, KUWAHARA, Mônica Yukie. **Contracepção e autonomia das mulheres na decisão pela gravidez**: efeitos do Programa Bolsa Família. *Economia e Sociedade* [online]. 2022. v. 31, n. 1 Acesso em: 28 de outubro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n1art11>>. Epub 04 Abr 2022. ISSN 1982-3533.

CROOKS, R., BEDWELL, C., LAVENDER, T. Experiências adolescentes de gravidez em países de baixa e média renda: uma metassíntese de estudos qualitativos. **BMC Gravidez Parto** 22 , 702 (2022). <https://doi-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12884-022-05022-1>

CURTIS KM, PEIPERT JF. Contracepção reversível de longa duração. **N Engl J Med** 2017; 376: 461-468.

DAMTIE, Yitayish *et al.* Espaçamento curto entre partos e sua associação com o status educacional materno, uso de contraceptivos e duração da amamentação na Etiópia. Uma revisão sistemática e meta-análise. **PLoS ONE** 16(2): e0246348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246348>

DE SOUZA, Barros JV, Wong LLR. Prevalência, conhecimento e tipos de métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres, segundo o tipo de união: um estudo para Brasil e México. **XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo: ABEP. 2012.

DEV, R. *et al.* A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low- and middle-income countries. **Reproductive Health**, 2019b; v. 16.

DEV, R. *et al.* Acceptability, feasibility and utility of a Mobile health family planning decision aid for postpartum women in Kenya. **Reproductive Health**, 2019a; v. 16.

DEWEY KG, COHEN RJ. O espaçamento entre os nascimentos afeta o estado nutricional materno ou infantil? Uma revisão sistemática da literatura. **Nutrição Materno-Infantil**. 2007; 3:151-173

DINIZ, D. *et al.* Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017; 22: 653-660.

DULLI, L. S. *et al.* Meeting Postpartum Women's Family Planning Needs Through Integrated Family Planning and Immunization Services: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Rwanda. **Global Health: Science and Practice**, 2016; v. 4, n. 1, p. 73–86.

ELIASON, S. *et al.* Fatores que influenciam a intenção das mulheres na zona rural de Gana de adotar o planejamento familiar pós-parto. **Reprod Health**. 2013; 10 (1): 34. doi: 10.1186 /1742-4755-10-34.

ELOY, C. V. B. *et al.* A importância do planejamento familiar e da anticoncepção no puerpério: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, 14, e4274. <https://doi.org/10.25248/reac.e4274.2020>.

ELUWA, G. *et al.* Success Providing Postpartum Intrauterine Devices in Private-Sector Health Care Facilities in Nigeria: Factors Associated With Uptake. **Glob Health Sci Pract**, 2016 Jun 27;4(2):276-83. doi: 10.9745/GHSP-D-16-00072. PMID: 27353620; PMCID: PMC4982251.

ENDERLE, Cleci de Fátima *et al.* Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. maio-jun. 2013; 21(3). Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0719.pdf >. Acesso em: 15 de fev. 2021.

EWERLING, F. *et al.* Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low-and middle-income countries: who is lagging behind?. **Reproductive Health**. 2018; 15(1): 42-46.

FANTAHUN, M. Avaliação da adoção de anticoncepcionais pós-parto e fatores associados no local de vigilância demográfica e de saúde de Butajira (HDSS). Sul da Etiópia: **ADDIS ABABA UNIVERSITY**; 2015.

FAÚNDES A, MORAES FILHO, O. B. Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – Eliminando a perda de oportunidades. São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)**; 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia nº 16/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

FERREIRA, Juliana Carvalho; PATINO, Cecilia Maria. Perda de seguimento e dados faltantes: questões importantes que podem afetar os resultados do seu estudo. **J Bras Pneumol.** 2019;45(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20190091> J. Acesso em: 30 de set. 2021.

FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; MACEDO, Mariana de Souza. **Estado Nutricional de iodo, sódio e potássio no grupo materno-infantil brasileiro: um estudo multicêntrico.** 2018.

GIFFORD, K. *et al.* Postpartum contraception method type and risk of a short interpregnancy interval in a state Medicaid population. **Contraception.** 2021 Sep;104(3):284-288. doi: 10.1016/j.contraception.2021.05.006. Epub 2021 May 21. PMID: 34023380; PMCID: PMC8992691.

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva *et al.* Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde* * Extraído da dissertação “Barreiras organizacionais para disponibilização do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde (macrorregião sul de Minas Gerais)”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2016. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 2017, v. 51. Acesso em: 25 set 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>>. Epub 18 Dez 2017. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>.

GUTTMACCHER, Sully E. A. *et al.* Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019, **New York: Guttmacher Institute,** 2020. <https://doi.org/10.1363/2020.31593>.

HABYARIMANA F, RAMROOP S. Spatial Analysis of Socio-Economic and Demographic Factors Associated with Contraceptive Use among Women of Childbearing Age in Rwanda. **Int J Environ Res Public Health.** 2018 Oct 27;15(11):2383. doi: 10.3390/ijerph15112383. PMID: 30373248; PMCID: PMC6265926.

HELLER, Rebeca *et al.* Contracepção pós-parto: uma oportunidade perdida de prevenir gravidez indesejada e intervalos curtos entre gestações. **J Fam Plann Reprod Health Care,** 2016; 42 : 93 – 8 . [doi:10.1136/jfprhc-2014-101165](https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101165) pmid: [http://www.ncbi.nlm-nih.ez27.periodicos.capes.gov.br/pubmed/26645197](http://www.ncbi.nlm.nih.ez27.periodicos.capes.gov.br/pubmed/26645197)

HOUNTON, S. *et al.* Patterns and trends of postpartum family planning in Ethiopia, Malawi, and Nigeria: evidence of missed opportunities for integration. **Glob Health Action.** 2015 Nov 9;8:29738. doi: 10.3402/gha.v8.29738. PMID: 26562144; PMCID: PMC4642460.

HUTCHEON, J. A. *et al.* Intervalos curtos entre gestações e resultados maternos adversos em ambientes com muitos recursos: uma revisão sistemática atualizada. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2019; 33: O48 – O59. 10.1111 / ppe.12518

Informação e análise epidemiológica [homepage na internet]. **Painel de Mortalidade Materna**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 17 jun 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030**. Brasília: [s.n.].

DA VANZO, J. *et al.* Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. **BJOG**. 2007 Sep;114(9):1079-87. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01338.x. Epub 2007 Jul 6. PMID: 17617195; PMCID: PMC2366022.

JAIN AK, WINFREY W. Contribution of contraceptive discontinuation to unintended births in 36 developing countries. **Stud Fam Plann**, 2017; 48:269-78.

JALANG'O, R. *et al.* Determinantes do uso de anticoncepcionais entre mulheres pós-parto em um hospital municipal na zona rural do Quênia. **BMC Saúde Pública**. 2017; 17 (1):1–8. 10.1186/s12889-016-3954-4.

Kalenga, C. Z. *et al.* The effect of non-oral hormonal contraceptives on hypertension and blood pressure: A systematic review and meta-analysis. **Physiol Rep**. 2022 May;10(9):e15267. doi: 10.14814/phy2.15267. PMID: 35510324; PMCID: PMC9069167.

KUMAR, S. *et al.* Women's experience with postpartum intrauterine contraceptive device use in India. **Reproductive Health**, v. 11, n. 1, p. 32, 23 dez. 2014.

LABBOK, Miriam H. Postpartum Sexuality and the Lactational Amenorrhea Method for Contraception. **Clin Obstet Gynecol**. 2015 Dec;58(4):915-27. doi: 10.1097/GRF.000000000000154. PMID: 26457855.

LIAUW J. *et al.* Short interpregnancy interval and poor fetal growth: Evaluating the role of pregnancy intention. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2019 Jan;33(1):O73-O85. doi: 10.1111/pep.12506. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30326141; PMCID: PMC6378596.

LIBERTY, A. *et al.* Coverage of immediate postpartum long-acting reversible contraception has improved birth intervals for at-risk populations. **Am J Obstet Gynecol**. 2020 Apr;222(4S):S886.e1-S886.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.11.1282. Epub 2019 Dec 14. PMID: 31846612; PMCID: PMC7147501.

LOPEZ, L. M. *et al.* Education for contraceptive use by women after childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 29 jul. 2015b. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001863.pub4>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

LOPEZ, L. M. *et al.* Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015.

LOPEZ, L. M. *et al.* Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. In: LOPEZ, L. M. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.

LOUIS, J. M. *et al.* American College of Nurse-Midwives and the National Association of Nurse Practitioners in Women's Health; American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal–Fetal Medicine/Interpregnancy Care. **Am J Obstet Gynecol**. 2019 Jan;220(1):B2-B18. doi: 10.1016/j.ajog.2018.11.1098. Epub 2018 Dec 20. PMID: 30579872.

MARIANO, R.; GERARDI, A. D. Eleições presidenciais na América Latina em 2018 e ativismo político de evangélicos conservadores. **Revista USP**, São Paulo, v. 120, n. 1, p. 61-76, jan. 2019.

MELO, Celia Regina Maganha e Melo *et al.* Uso de métodos contraceptivos e intencionalidade de engravidar entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol. 28. Ribeirão Preto, 2020. Epub Aug 12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3328.pdf>. Acesso em: 15 de fev. 2021.

MENGESHA, Z.B., WORKU, A.G., FELEKE, S.A. A adoção de anticoncepcionais no período pós-parto prolongado é baixa no noroeste da Etiópia. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2015; 15 (160). doi: 10.1186 / s12884-015-0598-9

MOORE, Z. *et al.* Missed opportunities for Family planning: na analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low-and middle-income countries. **Contraception**, Jul 2015; 92 (1), 31-39.

NATIONS UNITED. **Methods for Estimating and Projecting Key Family Planning Indicators Among All Women of Reproductive Age**. 2. ed. New York: [s.n.].

NIBRET, M. G. *et al.* Postpartum Modern Contraceptive Utilization and Associated Factors Among Women Who Gave Birth in the Last 12 Months in Addis Zemen, South Gondar, Ethiopia: Community-Based Cross-Sectional Study. **Int J Womens Health**. 2020; 12:1241-1251. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/IJWH.S282733>>. Acesso em 24 abr. 2021.

Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (**Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 16/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-natal**).

OLSEN, Julia Maria *et al.* Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.34 no.2. Rio de Janeiro, 2018 Epub Feb 19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019617>. Acesso em: 28 de mar. 2021

OMS, Family Planning: A Health and Development Issue, A Key Intervention for the Survival of Women and Children, **Organização Mundial da Saúde**, 2012.

ONYEWUCHI, Uche F. *et al.* Improving LARC Access for Urban Adolescents and Young Adults in the Pediatric Primary Care Setting. **Clin Pediatr** (Phila). 2019

Jan;58(1):24-33. doi: 10.1177/0009922818805234. Epub 2018 Oct 13. PMID: 30318927; PMCID: PMC6261697.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Glossário de termos do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.** Brasília: ONU BR, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E AGÊNCIA DOS ESTADOS UNIDOS PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL. **Estratégias de programação para o planejamento familiar pós-parto.** Genebra, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/93680>.

Organização Mundial da Saúde, **Estratégias de Programação para Planejamento Familiar Pós-parto, Programa de Reprodução Humana**, OMS, Genebra, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de uma consulta técnica da OMS sobre espaçamento entre partos.** Genebra: Departamento de Reprodutiva, Saúde e Pesquisa; 2021.

PAIVA, .CC.N., CAETANO, R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. **Esc Anna Nery.** 2020;24(1). doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0142>

PASVOL, T.J. *et al.* **Tendências temporais na prescrição de anticoncepcionais na atenção primária do Reino Unido 2000–2018: um estudo transversal repetido.** *BMJ Sex Repro Health* 2021; bmjsrh-2021-201260.

PAZOL, K. *et al.* Tendências no uso de anticoncepcionais reversíveis de ação prolongada em adolescentes e adultos jovens: novas estimativas responsáveis pela experiência sexual. **J Saúde do Adolescente.** 2016; 59:438-442

Pessoas Saudáveis 2020: **Planejamento Familiar.** Washington: Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA; 2017. Disponível em: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/family-planning/objectives>. Acesso em: 25 set 2022.

PONCE DE LEON, Rodolfo Gomez *et al.* Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. **Lancet Glob Health.** 2019 Feb;7(2):e227-e235. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30481-9. PMID: 30683240; PMCID: PMC6367565.

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 de julho de 2022.

PRATA, N. *et al.* Women's Empowerment And Family Planning: **A Review Of The Literature J Biosoc Sci.** 2017 November; 49(6): 713–743.

Prefeitura de Belo Horizonte. **Investimentos, 2020.** PBH, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/investimentos>. Acesso em: 01 ago. 2022.

Prefeitura de Belo Horizonte. **Relatório Anual de Gestão, 2021**. PBH, 2022. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/rag2021.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2022.

RIGÃO, MH, MORAES, AB, ZANINI, RR (2020). Análise de sobrevivência - Aplicação do modelo de Cox. **Ciência e Natura**, 42, e20. <https://doi.org/10.5902/2179460X40480>

ROCHA, R.C. *et al.* Prematuridade e baixo peso ao nascer em adolescentes e adultos jovens brasileiros. **J Pediatr Adolesc Gynecol**. 2010; 23 (3): 142–145.

RODRIGUEZ, M.I. *et al.* Postpartum Contraceptive Use Among US Medicaid Recipients. **JAMA Netw Open**. 2022 Jan 4;5(1):e2145175. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.45175. Erratum in: JAMA Netw Open. 2022 Feb 1;5(2):e223218. PMID: 35080605; PMCID: PMC8792884.

ROSS, JA., WINFREY, WL. Unmet Need for Contraception in the Developing World and the Former Soviet Union: An Updated Estimate. **Int Fam Plan Perspect**. 2002; 28(3).

ROSSIER, C. *et al.* Reassessing Unmet Need for Family Planning in the Postpartum Period. **Stud Fam Plann**. 2015 Dec;46(4):355-67. doi: 10.1111/j.1728-4465.2015.00037.x. PMID: 26643487.

RWABILIMBO, M. M. *et al.* ELEWONIBI BR, YUSSUF MH, ROBERT M, MSUYA SE, MAHANDE MJ. Initiation of postpartum modern contraceptive methods: Evidence from Tanzania demographic and health survey. **PLoS One**. 2021 Mar 25;16(3):e0249017. doi: 10.1371/journal.pone.0249017. PMID: 33765100; PMCID: PMC7993875.

SCHUMMERS, L. *et al.* Associação do curto intervalo intergestacional com desfechos gestacionais de acordo com a idade materna. **JAMA Intern Med**. 2018;178(12):1661–1670. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4696

SILEO, K.M. *et al.* Determinants of family planning service uptake and use of contraceptives among postpartum women in rural Uganda. **International journal of public health**, 2015; v. 60, n. 8, p. 987–997.

STOBE, M. U. S. Births fall, and virus could drive them down more. **Medical x Press**, 20 May 2020. Disponível em: <https://medicalxpress.com/news/2020-05-births-fall-virus.html>. Acesso em: 7 jul. 2021.

TAFERE, T.E. *et al.* Counseling on family planning during ANC service increases the likelihood of postpartum family planning use in Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia: a prospective follow up study. **Contraception and Reproductive Medicine**, 2018; v. 3, 27.

TEGEGN M, AREFAYNIE M, TIRUYE TY. Necessidade não atendida de anticoncepcionais modernos e fatores associados entre mulheres no período pós-parto prolongado na cidade de Dessie, Etiópia. **Contracept Reprod Med**. 2017; 2 (1): 21. doi: 10.1186 / s40834-017-0048-3

THIEL DE BOCANEGRA, H. *et al.* Interpregnancy intervals: impact of postpartum contraceptive effectiveness and coverage. **Am J Obstet Gynecol.** 2014 Apr;210(4):311.e1-311.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.12.020. Epub 2013 Dec 13. PMID: 24334205.

THWAITES, Annette *et al.* Anticoncepção pós-natal imediata: o que as mulheres sabem e pensam. **BMJ Sex Reprod Health**, 2018; 45: 111 – 7. doi:10.1136/bmjsex-2018-200078 pmid: <http://www.ncbi.nlm.nih.ez27.periodicos.capes.gov.br/pubmed/30463845>

TRAN, Nguyen Toan *et al.* Birth spacing and informed family planning choices after childbirth in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: Participatory action research to design and evaluate a decision-making tool for providers and their clients. **Patient Educ Couns.** 2018 Oct;101(10):1871-1875. doi: 10.1016/j.pec.2018.05.004. Epub 2018 May 2. PMID: 30001823.

TRAN, Nguyen Toan *et al.* Post-partum family planning in Burkina Faso (Yam Daabo): a two group, multi-intervention, single-blinded, cluster-randomised controlled trial. **Lancet Glob Health.** 2019 Aug;7(8):e1109-e1117. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30202-5. PMID: 31303298.

TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, M.S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2019/Out). [Citado em 28/03/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TRUSSELL J. Contraceptive failure in the United States. **Contraception.** 2011. May; 83(5):397-4-4. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021. Epub 2011 Mar 12. PMID: 21477680; PMCID: PMC3638209.

UNFPA. New UNFPA projections predict calamitous impact on women's health as COVID-19 pandemic continues. **Press Release**, 28 Apr. 2020. Disponível em: [/press/new-unfpa-projections-predict-calamitous-impact-womens-health-covid-19-pandemic-continues](https://press.unfpa.org/new-unfpa-projections-predict-calamitous-impact-womens-health-covid-19-pandemic-continues) Acesso em: 30 jun. 2021.

United Nations Population Fund. **Fecundidade e dinâmica da população brasileira. Sumário executivo Brasil.** 2018. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br>. Acesso em: 17 de fev. 2021.

VIEIRA, Carolina Sales *et al.* Contracepção no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2008, vol.30, n.9, pp.470-479. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, ago. 2014.

WENDT, A. *et al.* Impacto do aumento do intervalo intergestacional na saúde materna e infantil. *Pediatra Perinat Epidemiol* . 2012 ; **26** : 239-258 . Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22742614/>

WHO. **Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.** Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

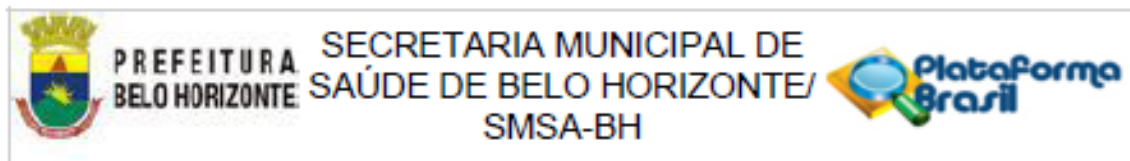
APÊNDICE A – Questionário Planejamento Reprodutivo

Questionário Planejamento Reprodutivo (T2 - 6 meses após primeira onda T1)	
Data da Entrevista (T1):	
Data da Entrevista (T2):	
Nome:	
ID:	
UBS:	
DN (mulher):	
DN (RN):	
Atualização da ficha de contatos:	
Nº	Questão
1	Atualmente você vive com companheiro/companheira? __ Sim (companheiro) __ Sim (companheira) __ Não
2	Você teve relações sexuais nos últimos seis meses, desde a última entrevista (T1)?
3	A senhora está utilizando algum método para evitar a gravidez atualmente?
4	Se sim, qual método? _____ Pílula Qual? Minipílula (somente progesterona) / Combinada (estrógeno + progesterona) DIU. Qual? – Cobre / Mirena Injetáveis. Qual? – Mensal / Trimestral Implantes (Norplant) Camisinha (preservativo) Camisinha feminina Diafragma Creme/óvulo Tabela/ abstinência periódica Coito interrompido/Gozar fora Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência) Outro. Qual?
5	Qual é o motivo PRINCIPAL por não estar usando um método contraceptivo atualmente?
6	Preencher o quadro abaixo com todos os métodos usados atualmente . Método em uso Tempo de uso Quando iniciou (mês/ano) Houve interrupção? Quando? (mês/ano) O que houve? Mudança de método / Abandono. Qual motivo da interrupção? / Esterilização / Falha (gestação)
7	Você faz uso regular (correto) do método contraceptivo que está usando atualmente? Sim Não se aplica (DIU/Implantes);
8	Nos últimos seis meses, desde a última entrevista (T1) , você utilizou algum método contraceptivo?
9	Quais métodos contraceptivos você usou nos últimos seis meses, (desde a última entrevista T1)? (Marcar todos os métodos que a mulher citar. Se mais de um, anotar todos). Pílula Qual? Minipílula (somente progesterona) / Combinada (estrógeno + progesterona) DIU. Qual? – Cobre / Mirena Injetáveis. Qual? – Mensal / Trimestral Implantes (Norplant) Camisinha (preservativo) Camisinha feminina Diafragma Creme/óvulo Tabela/ abstinência periódica Coito interrompido/Gozar fora Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência) Outro. Qual?
11	Apenas para mulheres que interromperam (abandonaram) o uso do método. Qual é o motivo PRINCIPAL para interrupção do método neste período (depois que o bebê nasceu - últimos 6-9 meses)?
12	O método que ela disse que está usando agora é o mesmo método que ela usava na primeira onda (T1)? __ Sim __ Não

Continuação - APÊNDICE A – Questionário Planejamento Reprodutivo

13	Em caso de inconsistência das informações, o entrevistador deve perguntar a mulher: Na última entrevista que fizemos, você referiu o uso do método contraceptivo (descrever qual método). O que houve? __Mudança do método __ Interrupção/Abandono __ Esterilização __ Falha
14	Qual é o motivo PRINCIPAL para interrupção do método neste período?
15	Quando começou a usar o método contraceptivo, que está usando atualmente , consultou um médico ou enfermeira ou participou de um grupo de planejamento reprodutivo?
16	Em qual serviço você teve acesso a esse atendimento?
17	Você recebeu informações sobre outros métodos que poderia utilizar, além do que você estava usando agora?
18	Você escolheu este método ou foi recomendação de um profissional de saúde?
19	Você teve consultas de seguimento/acompanhamento/retorno, após o início do uso do método?
20	Qual profissional? (Pular para questão __)
21	Como você definiu o uso deste método contraceptivo sem o auxílio de um profissional de saúde?
22	Antes de começar a usar o (CITE NOME DO MÉTODO), que está usando atualmente , conversou (ou discutiu o assunto) com seu marido/companheiro ou esposa/companheira à época? (CASO SIM) E ele ajudou na decisão ou você decidiu sozinha?
23	Onde você conseguiu o método contraceptivo que está usando atualmente ?
24	Por que você escolheu este método que está usando atualmente ?
25	Você está satisfeita com o método que está usando atualmente ?
26	Se pudesse escolher, usaria outro método?
27	Qual método?
28	Você tem dúvidas sobre o uso do método que está usando atualmente ?
29	Você já usou a pílula do dia seguinte depois que o bebê nasceu?
30	Onde você obteve a pílula do dia seguinte?
31	Você teve alguma dificuldade para conseguir a pílula do dia seguinte?
32	Você deseja engravidar novamente?
33	Em quanto tempo você pretende engravidar novamente?
34	O entrevistador deve sinalizar se a puérpera foi encaminhada para o serviço de saúde para receber orientações sobre métodos contraceptivos.

**APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP
(CAAE: 80172617.0.3001.5140)**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTADO NUTRICIONAL DE IODO, SÓDIO E POTÁSSIO ENTRE GESTANTES, NUTRIZES E LACTENTES BRASILEIROS: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO

Pesquisador: Sylvia do Carmo Castro Franceschini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80172617.0.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

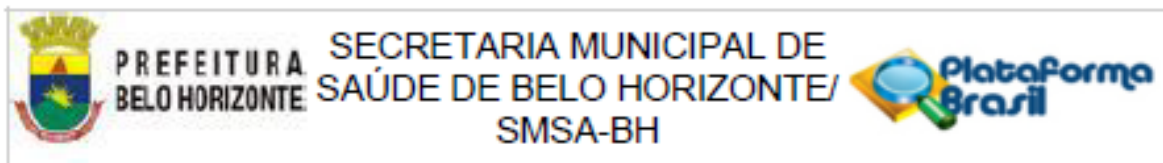
Número do Parecer: 3.092.008

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa configura um estudo multicêntrico a ser desenvolvido nas cinco macrorregiões brasileiras com vistas à avaliação do perfil nutricional de iodo, sódio e potássio no grupo materno-infantil por meio de recortes transversais ao longo de toda gestação e período de lactação. Trata-se de um estudo epidemiológico,

observacional, de base populacional e recorte transversal realizado em 13 centros com representatividade em cada macrorregião brasileira. Serão estudadas por meio de recortes transversais 5430 gestantes em diferentes idades gestacionais e 4911 nutrizes e seus lactentes entre 15 e 60 dias após o parto selecionados por amostragem estratificada em dois estágios. Serão convidadas a participar do estudo as gestantes e nutrizes residentes na zona urbana dos municípios amostrados e usuárias da rede pública de saúde. O levantamento das informações sociais, econômicas, demográfica e de saúde será realizado mediante aplicação de um questionário semi estruturado. Os dados de consumo alimentar serão obtidos por meio de aplicação de um Questionário de Frequência e Consumo Alimentar (QFCA). A análise do conteúdo urinário de iodo, sódio e potássio será realizada pelo método ICP-MS utilizando-se um espectrômetro de massa no Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas da Faculdade de Ciências farmacêuticas da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. Serão consideradas deficientes as gestantes que apresentarem iodúria < 150 µg/L e nutrizes e lactentes com iodúria < 100 µg/L. As análises do teor de iodo no leite materno e alimentos regionais será realizada por

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.092.008

espectrofotometria utilizando-se o método proposto por Sveikina e modificado por Moxon e Dixon (1980) no Laboratório de Análises de Alimentos do Departamento de Tecnologia de Alimentos da Universidade Federal de Viçosa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os fatores associados ao estado nutricional de iodo, sódio e potássio em gestantes, nutrízes e lactentes em diferentes regiões brasileiras.

Objetivo Secundário:

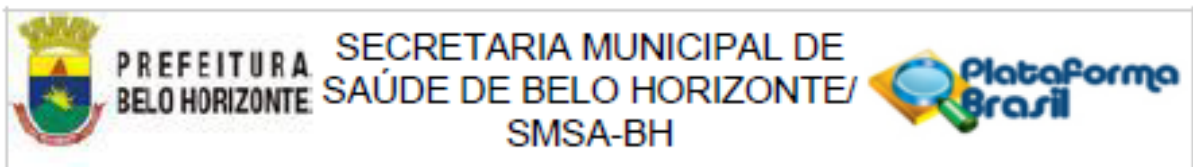
Estimar a prevalência e fatores associados à deficiência iódica entre gestantes em diferentes idades gestacionais; Estimar a prevalência e fatores associados à deficiência iódica entre nutrízes em regime de aleitamento exclusivo; Estimar a prevalência e fatores associados à deficiência iódica entre lactentes exclusivamente amamentados; Analisar os níveis de iodo no leite humano das nutrízes estudadas; Investigar a relação entre iodúria materna e teor de iodo no leite entre nutrízes e excreção de iodo urinário dos lactentes; Analisar o teor de iodo no sal de consumo domiciliar bem como de outras fontes alternativas a este como temperos industrializados e compostos artesanais; Investigar os fatores condicionantes da utilização ou não do sal em sua forma pura no processo de preparo e cocção dos alimentos entre gestantes e nutrízes; Avaliar o consumo alimentar de gestantes e nutrízes com ênfase na quantificação da ingestão de iodo e sódio; Analisar o conteúdo de iodo nos alimentos mais frequentemente consumidos pela população nas diferentes regiões do país, investigando a etiologia ecológica da deficiência de iodo; Investigar o consumo de alimentos processados e ultra processados e fatores correlatos; Analisar o conteúdo de sódio e potássio na urina de gestantes, nutrízes e lactentes e fatores correlatos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Estão, a seguir, apresentados os principais riscos associados à participação dos indivíduos no presente estudo bem como as medidas adotadas para minimização dos respectivos riscos: 1. Risco de constrangimento para responder as perguntas do questionário na etapa de coleta dos dados socioeconômicos, de saúde e consumo alimentar; Medida: As entrevistas deverão ocorrer durante visita domiciliar privativa e por profissional devidamente treinado. Os questionários serão identificados por números, impossibilitando assim a identificação do entrevistado, a não ser pela equipe de pesquisa. 2. Risco de constrangimento na coleta do leite materno; Medida: a coleta do leite será realizada em ambiente privado (na residência da nutriz) pela própria nutriz sob a supervisão de um profissional habilitado, quando necessário. 3. Risco de ferimentos na mama

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.092.008

durante a coleta do leite;Medida: a ordenha necessária à coleta do leite materno será realizada pela própria nutriz sob a orientação de um profissional habilitado e com experiência na técnica. Nos casos em que a nutriz não se sentir confortável ou capaz de executar a ordenha, esta poderá ser realizada pelo profissional.4. Risco de contaminação de amostras (sal, leite e urina);Medida: as amostras de sal, leite e urina serão acondicionadas em tubos plásticos estéreis e específicos para a coleta destes materiais com a devida identificação por códigos. O transporte das amostras será feito sob refrigeração em caixas térmicas até o local de armazenamento. As amostras serão imediatamente aliquotadas e armazenadas em temperaturas adequadas até o momento da análise.5. Risco de mal estar (tonturas e vertigens) decorrentes do jejum necessário à coleta de urina e leite;Medida:

As gestantes e nutrizas serão orientadas a coletar as amostras de urina e leite materno somente se estiverem em condições ideais de saúde e bem estar para realização de tal procedimento. Caso haja necessidade, a coleta das amostras será realizada em data previamente agendada por um membro da equipe devidamente capacitado para a prestação de socorro em caso de mal estar, tonturas ou desmaios decorrentes do

procedimento.6. Risco de reconhecimento dos sujeitos da pesquisa por terceiros.Medida: Os questionários bem como os recipientes com as amostras coletadas serão identificadas por códigos numéricos restringindo qualquer possibilidade de reconhecimento dos participantes por parte de indivíduos alheios à pesquisa.

Benefícios:

Os potenciais benefícios diretos à saúde dos participantes do presente estudo serão:1. Maior compreensão sobre a situação nutricional das mães em

relação ao iodo durante a gravidez e período de amamentação;

2. Maior conhecimento sobre o estado nutricional do iodo dos lactentes nos primeiros meses de vida;

3. Medição do teor de iodo no leite materno ingerido lactentes exclusivamente amamentados;

4. Medição do teor de iodo no sal,tempero industrializado e compostos artesanais consumidos pela família e avaliação de sua qualidade;

5. Estimativa da ingestão de macro e micronutrientes, especialmente iodo e sódio, por meio da avaliação do consumo alimentar de forma a subsidiar orientações dietéticas direcionadas;

6. Avaliação do estado nutricional de sódio de mães e lactentes;Além dos benefícios descritos, esta pesquisa contribuirá com o conhecimento da situação nutricional de iodo em mães e crianças,

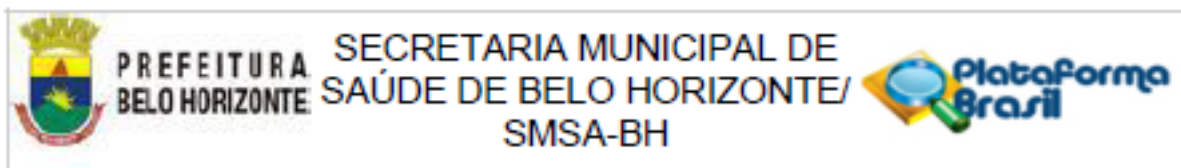
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302

Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.092.008

uma vez que há poucos estudos sobre isso no Brasil. Esta informação poderá orientar medidas de avaliação e intervenção durante a gestação e após o nascimento, para prevenir a ocorrência de deficiência de iodo e suas conseqüências entre as mães e os recém-nascidos. Entre as conseqüências da deficiência de iodo, pode-se destacar o retardo no desenvolvimento neurológico, motor e intelectual nos primeiros anos de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com abrangência nacional que vai avaliar os fatores associados ao estado nutricional de iodo, sódio e potássio em gestantes, nutrízes e lactentes em diferentes regiões brasileiras. Apesar da consolidação da política nacional de iodação do sal destinado ao consumo humano no Brasil, há ainda uma persistência da deficiência de iodo em grupos populacionais específicos, biologicamente mais vulneráveis, tais como gestantes, nutrízes e lactentes. A prevalência da deficiência iódica nestes grupos é elevada e guarda associação com preditores sociais, econômicos, de saúde e hábitos de consumo. Dessa forma, afirma-se ser um estudo de relevância pois a ingestão insuficiente de iodo no período da gestação pode acarretar um amplo espectro de agravos à saúde materna infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo está completo, expõe os riscos e benefícios e assume o caráter voluntário de participação na pesquisa. É um termo padrão será aplicado em vários campos de pesquisa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

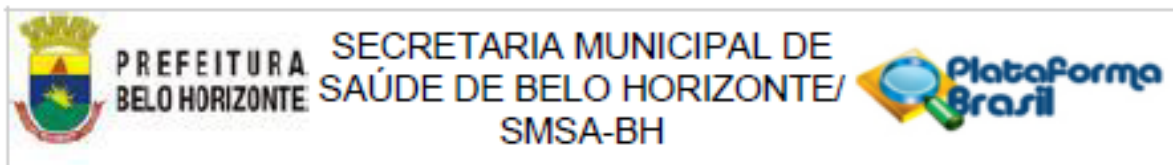
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto ESTADO NUTRICIONAL DE IODO, SÓDIO E POTÁSSIO ENTRE GESTANTES, NUTRIZES E LACTENTES BRASILEIROS: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.092.008

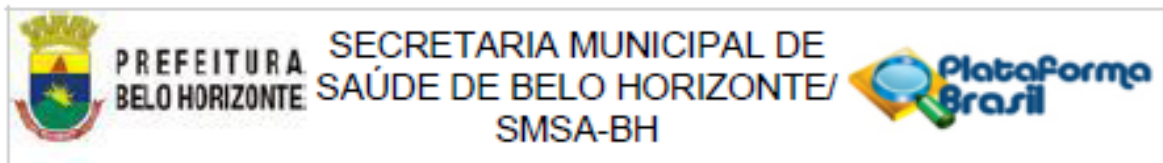
descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1176666.pdf	14/11/2018 16:34:45		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	14/11/2018 16:34:05	Sylvia do Carmo Castro Franceschini	Aceito
Outros	EMENDAinclusaodecentros.pdf	11/06/2018 11:35:59	Mariana de Souza Macedo	Aceito
Outros	Termoaditivoinclusaodepesquisador.pdf	22/03/2018 10:36:32	Mariana de Souza Macedo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPUFVmodificado.pdf	04/01/2018 20:35:14	Mariana de Souza Macedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmulticentriconutrizmodificado.pdf	04/01/2018 20:03:39	Mariana de Souza Macedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmulticentricolactentesmodificado.pdf	04/01/2018 20:03:19	Mariana de Souza Macedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmulticentricogestantesmodificado.pdf	04/01/2018 20:02:48	Mariana de Souza Macedo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMulticentrico.pdf	20/11/2017 21:26:35	Mariana de Souza Macedo	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.092.008

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPUFV.pdf	20/11/2017 21:23:08	Mariana de Souza Macedo	Aceito
---	-------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:
Aprovado

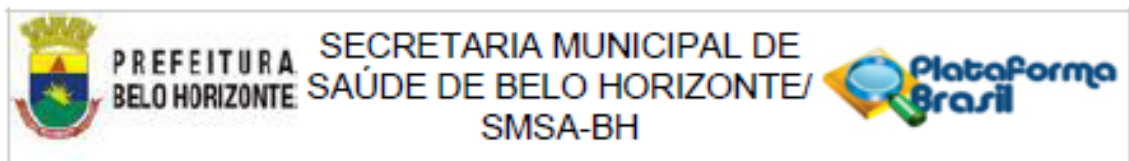
Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

**APÊNDICE C – Parecer Consubstanciado do CEP
(CAAE: 173808188.4.3001.5140)**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento reprodutivo de mulheres urbanas: Padrões de concepção e contracepção antes e após gestação

Pesquisador: Mariana Santos Felisbino Mendes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 173808188.4.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.814.202

Apresentação do Projeto:

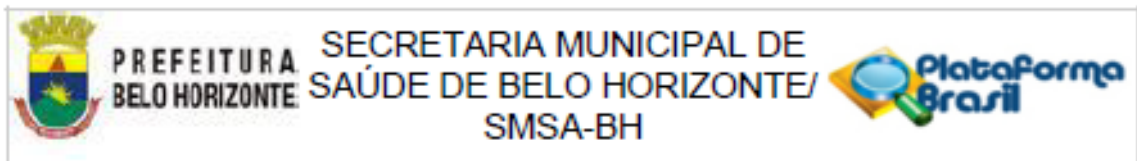
No presente projeto será usada a amostra representativa do município de Belo Horizonte. A partir dela, pretende-se desenvolver um estudo longitudinal prospectivo que irá avaliar o planejamento reprodutivo das mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde, em vários aspectos. Em relação à população de estudo, serão convidadas a participar do estudo gestantes em diferentes idades gestacionais (primeiro, segundo e terceiros trimestres) e nutrízes entre 15 e 90 dias após o parto. Serão considerados elegíveis para avaliação as gestantes e puérperas residentes nas zonas urbanas do município de Belo Horizonte, com mais de 18 anos de idade, usuárias da rede pública de saúde.

Para caracterização da população, serão coletadas informações socioeconômicas, demográficas, ambientais e de saúde das gestantes, nutrízes e lactentes a partir da aplicação de questionário semiestruturado.

O questionário será subdividido em três partes, sendo a primeira composta por um conjunto de questões sobre renda familiar, nível de instrução materna e do chefe familiar, ocupação no mercado de trabalho das mães investigadas, número de cômodos e aglomeração no domicílio, entre outros, cujo objetivo será retratar os perfis social, econômico e demográfico de cada participante da pesquisa.

A segunda parte do questionário corresponde à avaliação do perfil de saúde entre gestantes e nutrízes tais como história reprodutiva, morbidades relatadas e acesso a serviços de saúde como

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.814.202

assistência pré-natal e ao puerpério. O questionário sobre o planejamento reprodutivo será aplicado nessa seção, podendo variar quando a entrevista for feita com as gestantes ou com as puérperas, no momento da entrevista face-a-face.

Nesse questionário algumas informações serão recuperadas referentes ao uso de métodos contraceptivos no período anterior da gravidez/puerpério em curso. Após a aplicação dos questionários às gestantes e puérperas no primeiro momento, haverá um segundo e terceiro contato com as mesmas usuárias após 6 meses e 1 ano, por meio de ligações telefônicas, nas quais será aplicado o mesmo questionário, com pequenas variações referentes ao período, contendo perguntas acerca do planejamento reprodutivo, no intuito de avaliar a continuidade, descontinuidades, escolhas e utilização dos métodos contraceptivos. Todas as entrevistas, inclusive àquelas do seguimento, irão ocorrer por meio de questionários a serem preenchidos pelos entrevistadores diretamente em tablets por meio de software que favorece a transmissão das respostas diretamente para o banco de dados, evitando desperdício de tempo e erros com digitação. Para minimizar possíveis perdas de seguimento, será solicitado a cada participante, além do seu endereço, e-mail e contato telefônico, além de três contatos de pessoas que poderiam ajudar a entrar em contato com ela, caso o contato inicial com a própria mulher não seja possível. Ressalta-se ainda o período curto de seguimento (um ano) e a possibilidade de realizar busca ativa, através das UBSs, uma vez que a mulher está adscrita em sua área de abrangência, o que pode facilitar sua localização, caso não seja possível fazer o contato telefônico com os dados informados na linha de base. Em relação à população de estudo, serão convidadas a participar do estudo gestantes em diferentes idades gestacionais (primeiro, segundo e terceiros trimestres) e nutrizes entre 15 e 90 dias após o parto. Serão considerados elegíveis para avaliação as gestantes e puérperas residentes nas zonas urbanas do município de Belo Horizonte, com mais de 18 anos de idade, usuárias da rede pública de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

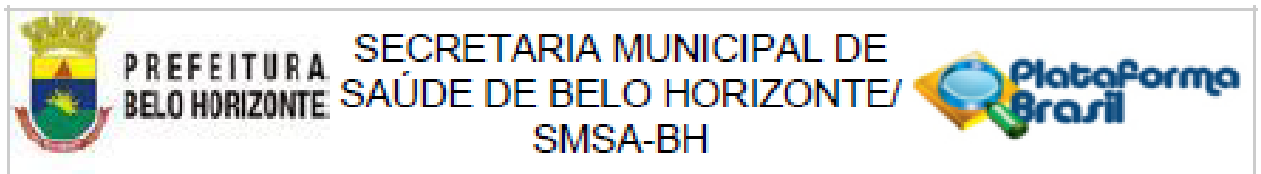
Existe uma alta proporção de descontinuidade do uso de métodos contraceptivos no período pós parto.

Objetivo Primário:

Determinar os padrões de concepção e contracepção das mulheres usuárias da rede pública de Belo Horizonte antes e após a gestação, bem como seus determinantes.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.814.202

- Estimar as proporções de uso de contraceptivos e de abandono dos métodos antes da gravidez das mulheres usuárias da rede pública de Belo Horizonte;- Estimar as proporções de uso de contraceptivos e de abandono dos métodos no puerpério, bem como 6 meses e 12 meses após o puerpério das mulheres usuárias da rede pública de Belo Horizonte;- Estimar as proporções dos tipos de métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres (antes e após a gravidez);- Testar modelos de variáveis associadas ao uso, ao tipo de método e ao abandono do método contraceptivo pelas usuárias, separadamente;- Testar modelos de variáveis associadas ao tempo até a descontinuidade de uso de contraceptivos;- Estimar o tempo até o início da contracepção após o nascimento do bebê.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Estão, a seguir, apresentados os principais riscos associados à participação dos indivíduos no presente estudo bem como as medidas adotadas para minimização dos respectivos riscos:1. Risco de constrangimento para responder as perguntas do questionário na etapa de coleta dos dados socioeconômicos, de saúde e sobre o planejamento familiar; 2) Risco de reconhecimento dos sujeitos da pesquisa por terceiros. Medida: Os questionários bem como os recipientes com as amostras coletadas serão identificadas por códigos numéricos restringindo qualquer possibilidade de reconhecimento dos participantes por parte de indivíduos alheios à pesquisa.

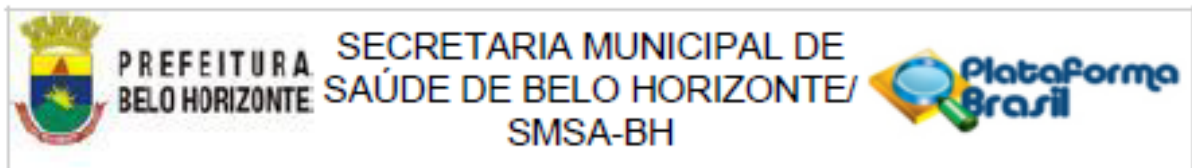
Benefícios:

Não haverá benefícios diretos aos participantes do estudo. Porém, o estudo beneficiará a população assim como os governantes devido a possibilidade do mesmo preencher lacunas e contribuir para o conhecimento da proporção de uso de contracepção, dos tipos de contracepção utilizados, do abandono dos métodos contraceptivos em diferentes tempos, antes e após a gravidez, durante e após o puerpério. Também irá identificar quais são os fatores associados ao uso e ao abandono da contracepção e o tempo até o estabelecimento de contracepção após o nascimento, e o tempo até o abandono dentro dos 12 meses de seguimento também serão mensurados. Essas informações poderão subsidiar melhorias nessa área prioritária de atenção à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa bem fundamentada e que poderá contribuir para aprofundamento sobre a compreensão sobre o Planejamento reprodutivo de mulheres urbanas.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.814.202

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Mariana Santos Felisbino Mendes e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Termo de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentado.

Após o cumprimento do diligenciado por meio dos Pareceres Consubstanciados n°s 3.784.8070 e 3.804.120, o TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador responsável e dos CEPs envolvidos em sua revisão ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, constando o cumprimento do diligenciado por meio dos Pareceres Consubstanciados n°s 3.784.8070 e 3.804.120 e não encontrando mais objeções éticas, verificou que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considerando, portanto, aprovado o projeto Planejamento reprodutivo de mulheres urbanas: Padrões de concepção e contracepção antes e após gestação.

Considerações Finais a critério do CEP:

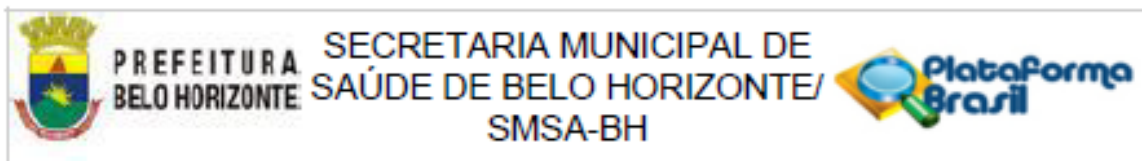
Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.814.202

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1433649.pdf	28/01/2020 19:12:39		Aceito
Outros	Carta_resposta_COEP_SMSA_.pdf	28/01/2020 19:11:24	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Revisado_PBH_27_01_2020_.pdf	28/01/2020 19:08:38	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
Outros	Carta_resposta_COEP_Pesquisa_SMSA.pdf	07/01/2020 21:47:26	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Revisado_PBH.pdf	07/01/2020 21:40:52	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaPBH.pdf	06/12/2019 00:19:32	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_SMSBH.pdf	02/09/2019 09:38:01	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
Outros	Carta_Resposta_COEP_UFMG.pdf	02/09/2019 09:26:33	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	27/08/2019 21:42:57	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	13/06/2019 23:02:04	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
Outros	Parecer_camara.pdf	18/09/2018 11:43:21	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
Parecer Anterior	carta_COEP_UFMG.pdf	18/09/2018 11:42:04	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_COEP_UFMG.pdf	18/09/2018 11:41:07	Mariana Santos Felisbino Mendes	Aceito

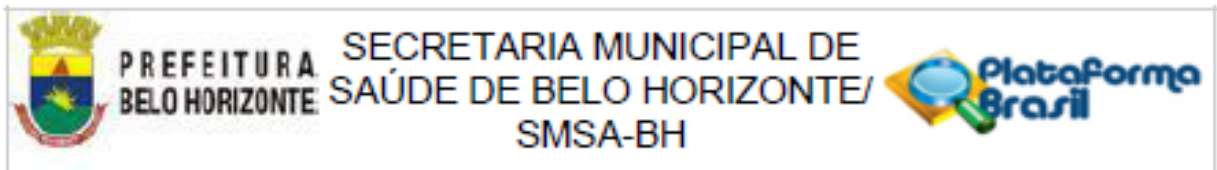
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.814.202

BELO HORIZONTE, 29 de Janeiro de 2020

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br