

Autoeficácia na amamentação, comportamento parental e papel materno de mães com gravidez planejada e não planejada

Seyhan Çankaya¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0433-2515>

Bihter Akin¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3591-3630>

Yasemin Erkal Aksoy¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7453-1205>

Destaques: (1) Mães com gravidez não planejada têm baixa autoeficácia na amamentação. (2) Mães com gravidez não planejada têm comportamentos parentais inadequados. (3) Mães com gravidez não planejada têm papéis maternos muito inadequados.

Objetivo: comparar a autoeficácia na amamentação, o comportamento parental e o papel materno de mães com gravidez planejada e não planejada no início do período pós-parto. **Método:** estudo transversal realizado com 414 mães por amostra de conveniência, em uma clínica pós-parto de um hospital universitário. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário contendo as variáveis sociodemográficas e obstétricas, a Escala de Comportamento Parental Pós-parto, a Escala Eu como Mãe e a Escala de Autoeficácia na Amamentação - Forma Resumida. **Resultados:** das 414 mães, 163 (39,4%) tiveram gestações não planejadas. As mães com gravidez não planejada obtiveram pontuações significativamente mais baixas em autoeficácia na amamentação, comportamento parental e papel materno do que aquelas com gravidez planejada ($p < 0,001$). De acordo com a análise de regressão, a gravidez não planejada é um fator de risco que afeta negativamente a autoeficácia na amamentação, o comportamento parental e o papel materno das mães ($p < 0,001$). **Conclusão:** a autoeficácia na amamentação de mães com gestações não planejadas foi baixa, e os comportamentos parentais e papéis maternos foram inadequados. Enfermeiras e parteiras devem apoiar as mães com gestações não planejadas em termos de amamentação de seus bebês, tanto durante a gravidez quanto no período pós-parto, e na adaptação ao papel de maternidade e criação dos filhos.

Descritores: Amamentação; Comportamento; Mães; Parentalidade; Autoeficácia; Gravidez Não Planejada.

¹ Selcuk University, Faculty of Health Science, Midwifery Department, Konya, Turquia.

Como citar este artigo

Çankaya S, Akin B, Aksoy YE. Breastfeeding self-efficacy, parenting behavior, and maternal role of mothers with planned and unplanned pregnancies. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4783 [cited _____. Available from: _____].
URL

ano mês dia

Introdução

A gravidez não planejada é definida como uma gravidez não intencional, inoportuna ou indesejada no momento da concepção, incluindo aquelas que ocorrem antes do desejado ou que não são desejadas de forma alguma⁽¹⁻²⁾. É uma grande preocupação de saúde pública; de acordo com o relatório do Fundo das Nações Unidas para a População (*United Nations Population Fund – UNFPA*) de 2022, sendo que aproximadamente 121 milhões de gestações ocorrem de forma não intencional a cada ano, representando 48% de todas as gestações em todo o mundo⁽²⁾. As taxas são mais altas em países de baixa e média renda, onde o acesso limitado a serviços de saúde reprodutiva, o uso inadequado de contraceptivos e a falta de educação são fatores preponderantes⁽³⁻⁴⁾.

As gestações não planejadas têm consequências médicas, sociais e econômicas significativas⁽⁵⁻⁶⁾. Na Turquia, apesar dos esforços de intervenção, a prevalência continua alta⁽⁷⁾ e está associada aos cuidados inadequados no pré-natal, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, morte neonatal e aumento da mortalidade materna e/ou neonatal⁽⁷⁻¹¹⁾. O sofrimento psicológico também é comum, prejudicando a interação mãe-bebê, os comportamentos parentais e o desempenho do papel materno⁽¹²⁻¹³⁾.

As taxas de amamentação, no mundo e na Turquia, são afetadas por vários fatores, entre os quais se destaca a gravidez não planejada. O sucesso da amamentação depende não apenas da saúde física, mas também do bem-estar psicológico da mãe e da autoeficácia na amamentação, ou seja, sua crença em sua capacidade de amamentar efetivamente^(8,13). As emoções negativas decorrentes de uma gravidez não planejada podem prejudicar o vínculo emocional e as práticas de amamentação, levando à interrupção precoce⁽¹³⁻¹⁵⁾, embora alguns estudos não mostrem associação significativa⁽¹⁶⁾.

Mães emocionalmente preparadas e sensíveis às necessidades de seus bebês têm mais chances de estabelecer um vínculo saudável^(7,15), enquanto aquelas com gestações não planejadas podem enfrentar maiores desafios de adaptação e crises pós-parto^(15,17) e podem ter uma interação mãe-bebê de menor qualidade⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. O desenvolvimento da identidade materna começa durante a gravidez e continua durante os primeiros meses após o parto⁽¹⁹⁻²⁰⁾, e as gestações planejadas estão associadas a uma adaptação mais bem-sucedida ao papel⁽²¹⁾. Gestações inoportunas ou indesejadas podem atrasar este processo⁽²²⁻²⁴⁾.

Apesar das evidências existentes, os estudos sobre os efeitos da gravidez não planejada na autoeficácia da amamentação, nos comportamentos parentais e na adaptação ao papel materno são limitados e inconsistentes.

Na Turquia, onde a taxa de gravidez não planejada é de 26%⁽²⁵⁾, são necessárias mais pesquisas. O período pós-parto, marcado por novas responsabilidades, pode ser especialmente desafiador para estas mães. Compreender como o planejamento da gravidez afeta os resultados maternos é essencial para desenvolver programas de apoio e melhorar as taxas de amamentação. Portanto, este estudo tem como objetivo comparar a autoeficácia na amamentação, o comportamento parental e o papel materno de mães com gravidez planejada e não planejada no início do período pós-parto.

Método

Delineamento e local do estudo

Estudo transversal realizado em uma clínica pós-parto de um hospital público na Anatólia Central, Turquia. O hospital atende aproximadamente 4.000 pessoas por mês. O hospital foi selecionado com base em seu *status* de instituição pública, no número de gestantes de vilas e cidades das redondezas que comparecem à maternidade para dar à luz (aproximadamente 1.000 gestantes por mês) e na posse do certificado de hospital amigo da criança.

Período do estudo

O estudo foi conduzido entre setembro de 2022 e fevereiro de 2023.

Participantes

Mães voluntárias que haviam dado à luz recentemente e estavam na clínica pós-parto do hospital foram incluídas no estudo e entrevistadas sobre suas gestações e bebês em seus próprios quartos. Tanto mães que conceberam de forma não planejada quanto aquelas que conceberam de forma planejada foram incluídas no estudo. Gravidez não planejada é definida como uma gravidez que ocorre antes do tempo desejado ou como uma gravidez indesejada. Concepção planejada é definida como uma gravidez que ocorre no tempo desejado ou uma gravidez que era desejada antes da concepção⁽⁶⁾.

Crítérios de elegibilidade

Neste estudo, os critérios de inclusão para mães foram ter 18 anos de idade ou mais, ter ao menos concluído o ensino fundamental, ter dado à luz por parto vaginal e não ter tido aborto espontâneo, perda fetal ou natimorto em gestações anteriores. Os critérios

de inclusão para bebês foram nascer a termo (37 - 42 semanas), ser único, pesar entre 2.500 e 4.000 g e não ter anomalias congênitas. Mulheres que desejaram se retirar do estudo após participar, que receberam alta do hospital antes da conclusão da coleta de dados ou que desenvolveram algum problema de saúde agudo no período pós-parto precoce foram excluídas do estudo. Mães menores de 18 anos não foram incluídas na amostra por razões éticas e legais. Na Turquia, indivíduos menores de 18 anos não são considerados legalmente competentes pela legislação nacional, e sua participação na pesquisa demandaria permissões legais adicionais e supervisão ética, incluindo o consentimento dos pais ou responsáveis. Além disso, mães adolescentes (menores de 18 anos) podem apresentar características de desenvolvimento, psicossociais e legais diferentes em comparação com mães adultas, o que poderia gerar variabilidade significativa e potencialmente confundir os resultados do estudo, razão pela qual foram excluídas. Partos cesáreos e instrumentais foram excluídos, bem como mães com perdas perinatais (por exemplo, natimorto ou óbito neonatal). Portanto, a amostra do estudo foi composta por mães saudáveis que tiveram partos vaginais a termo e participaram ativamente do papel materno pós-parto, permitindo a análise da autoeficácia na amamentação, do comportamento parental e do papel materno em condições mais homogêneas e comparáveis.

Universo do estudo, tamanho da amostra e estratégia de amostragem

A população do estudo incluiu mães que foram hospitalizadas na clínica pós-parto do hospital e que atendiam aos critérios da pesquisa. O tamanho da amostra foi calculado com o programa G*Power-3.1.9.2, considerando a diferença de uma unidade, poder de 90%, margem de erro de 0,05 e tamanho do efeito de 0,16, e determinou-se que 414 mães deveriam ser incluídas⁽²⁶⁾. Assim, a amostra foi constituída por 414 mães que atenderam aos critérios de inclusão por amostragem por conveniência.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2022 e fevereiro de 2023. Os dados foram coletados pelos pesquisadores por meio de observação e entrevistas presenciais, utilizando o formulário contendo as variáveis sociodemográficas e obstétricas das mães, a Escala de Comportamento Parental Pós-parto (PPBS), a Escala Eu como Mãe (MMS) e a Escala de Autoeficácia em Amamentação - Forma Resumida (BSES-SF)⁽²⁷⁾. O

preenchimento dos quatro instrumentos, que incluíram um total de 44 questões, levou em média de 15 a 20 min. Durante o preenchimento dos formulários, qualquer desconforto sentido pelas mães foi atendido, cuidados obstétricos adequados foram prestados e dúvidas foram respondidas. As entrevistas com as mães foram realizadas individualmente, em seus próprios quartos na clínica. Primeiro, as mulheres que engravidaram de forma planejada e não planejada foram identificadas por meio de visitas às salas de parto. Após o parto, a mãe e o bebê foram colocados juntos para permitir o contato ininterrupto. As entrevistas foram realizadas na primeira meia hora após o parto. Os comportamentos em relação ao bebê foram observados e as respostas às questões dos PPBS e o MMS foram registrados. A mãe foi autorizada a amamentar seu bebê, a escala BSES-SF foi preenchida e cuidados pós-parto foram prestados.

Instrumentos de coleta de dados

Formulário contendo as variáveis sociodemográficas e obstétricas

O formulário foi elaborado pelos pesquisadores^(9,28). O formulário contém 13 questões sobre as variáveis sociodemográficas e obstétricas das mulheres e outros dados independentes sobre o estudo. Este formulário contém as variáveis sociodemográficas e obstétricas das mulheres, tais como idade, nível de escolaridade, situação profissional, anos de casamento, tipo de família, nível de renda, dados sobre a gravidez e o processo de parto (número de filhos vivos, problemas de saúde durante a gravidez, conhecimento sobre cuidado infantil) e características do bebê (sexo, peso ao nascer e situação de amamentação).

Escala de Comportamento Parental Pós-Parto (Postpartum Parenting Behavior Scale - PPBS)

A PPBS foi desenvolvida para avaliar o comportamento dos pais em relação ao seu bebê durante o primeiro encontro com o bebê após o nascimento⁽²⁹⁾. A escala só pode ser aplicada aos pais nos primeiros minutos após o nascimento. A validade e confiabilidade da escala em turco foram verificadas, e o valor do coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach foi de 0,97⁽³⁰⁾. A escala consiste em seis itens e é avaliada na forma de pontuação binária, marcando os itens como presentes/ausentes. Para comportamentos observados, foi atribuído um (1) ponto e para aqueles não observados, zero (0). A pontuação total da escala é a soma dos números obtidos em cada item. A pontuação mínima é 0 e a pontuação máxima é 6. Uma pontuação total mais alta indica que o pai tem comportamentos parentais mais positivos em relação ao

seu bebê. Neste estudo, o coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach para o PPBS foi de 0,90.

Escala Eu como Mãe (Myself as Mother Scale - MMS)

A escala foi desenvolvida em 1986, e sua confiabilidade de consistência interna foi encontrada entre 0,81 e 0,85⁽³¹⁾. A validade e confiabilidade da escala em turco foram realizadas em 2003, e o coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach foi de 0,73⁽³²⁾. A escala semântica de onze itens e sete pontos consiste em 11 pares de adjetivos contrastantes. Estes 11 itens foram distribuídos entre os 22 pares de adjetivos contrastantes da escala. Havia três itens com codificação reversa. O terceiro, sétimo e oitavo itens foram avaliados com uma pontuação de "um" ao invés de "sete". Pontuações totais altas na escala indicam uma autoavaliação materna positiva. A pontuação mais baixa é 11 pontos e a mais alta é 77 pontos. Neste estudo, o coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach do MMS foi de 0,88.

Escala de Autoeficácia na Amamentação - Forma Breve (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form - BSES-SF)

A BSES-SF foi desenvolvida em 2003 (33). Sua validade e confiabilidade em turco foram comprovadas, e o coeficiente alfa de Cronbach da escala foi de 0,86 (34). A escala possui quatorze itens do tipo Likert de 5 pontos, todos positivos. A pontuação da escala varia de 70 a 14. Pontuações altas indicam um alto nível de autoeficácia na amamentação. Neste estudo, o coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach para a BSES-SF foi calculado como 0,89.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, Processo nº 2022/877. Após explicar o objetivo e o método do estudo às mães, foi obtido o consentimento informado por escrito daquelas que concordaram em participar. As participantes também foram informadas de que poderiam desistir do estudo a qualquer momento sem fornecer qualquer motivo, que sua participação era totalmente voluntária e que suas identidades permaneceriam confidenciais. Todos os procedimentos foram realizados de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki. A participação no estudo foi voluntária e nenhum incentivo foi dado às participantes.

Análise estatística

Os dados foram analisados com o pacote de programas SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Como os valores de assimetria e curtose de todas as escalas estavam entre -1,50 e +1,50 na análise de normalidade, foram realizados testes *t* para amostras independentes entre os testes paramétricos. Estatísticas descritivas, como frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão (DP), foram utilizadas para resumir as características sociodemográficas e obstétricas das mães. Para comparar as variáveis idade, idade do cônjuge e anos de casamento entre mães com gestações planejadas e não planejadas, foram realizados testes *t* para amostras independentes. Além disso, para variáveis categóricas relacionadas às características sociodemográficas e obstétricas, o teste qui-quadrado de Pearson foi usado quando a frequência esperada era maior que 25, e o teste qui-quadrado com correção de continuidade de Yates foi aplicado quando a frequência esperada estava entre 5 e 25. Para comparar as pontuações médias de autoeficácia na amamentação, comportamento parental e papel materno entre mães com gestações planejadas e não planejadas, também foram realizados testes *t* para amostras independentes. A análise de regressão linear múltipla foi utilizada para avaliar os efeitos da gravidez não planejada na autoeficácia na amamentação, no comportamento parental e na função do papel materno. O nível de significância na avaliação estatística considerado foi $p < 0,05$.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a comparação entre mães com gestações planejadas e não planejadas em relação às variáveis sociodemográficas e obstétricas. Das 414 mães, 163 (39,4%) tiveram gestações não planejadas. A média de idade das mães era de 29,6 anos (DP 5,6) e todas eram casadas. As mães cujos maridos não trabalhavam, que tinham baixa renda, famílias numerosas, três ou mais filhos, que tiveram problemas de saúde durante a gravidez e que amamentaram seus bebês tardiamente após o parto (após 60 minutos) tiveram gestações não planejadas ($p < 0,05$, Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação entre mães com gravidez planejada e não planejada, de acordo com variáveis sociodemográficas e obstétricas. Turquia, 2022-2023

Variáveis	Mães com gravidez planejada n* = 251	Mães com gravidez não planejada n* = 163	t [§]	Valor de p [§]
	Média (DP) [†]	Média (DP) [†]		
Idade (anos), média (DP) [†]	29,4 (5,2)	30 (6,2)	0,950	0,343
Idade do esposo (anos), média (DP) [†]	32,6 (5,6)	33,1 (6,3)	0,758	0,449
Anos de matrimônio	6,8 (5,1)	7,8 (6,1)	1,788	0,075
	n* (%)	n* (%)	χ^2 [¶]	Valor de p [§]
Educação				
Ensino fundamental	42 (51,9)	39 (48,1)	3,855	0,146
Segundo grau	107 (60,8)	69 (39,2)		
Bacharel/Mestrado	102 (65)	55 (35)		
Situação de emprego				
Dona de casa	160 (62,3)	97(35,7)	0,753	0,385
Trabalha fora de casa	91 (58)	66 (42)		
Situação de emprego do marido				
Empregado	240 (63,8)	136 (36,2)	17,592	< 0,001
Desempregado	11 (28,9)	27 (71,1)		
Nível de renda				
Bom	86 (69,4)	38 (30,6)	18,675**	< 0,001
Moderado	157 (62,1)	96 (37,9)		
Ruim ^{††}	8 (21,6)	29 (78,4)		
Tipo de família				
Nuclear	210 (66,9)	104 (33,1)	21,280	< 0,001
Ampliada	41 (41)	59 (59)		
Número de filhos vivos				
1	124 (66,7)	62 (33,3)	12,851	0,002
2	99 (61,5)	62 (38,5)		
3 ou mais ^{††}	28 (41,8)	39 (58,2)		
Teve problemas de saúde na gravidez				
Sim	60 (49,2)	62 (50,8)	9,496	0,002
Não	191 (65,4)	101 (34,6)		
Recebeu informação sobre cuidados infantis				
Sim	174 (61,7)	108 (38,3)	0,427	0,513
Não	77 (58,3)	55 (41,7)		
Sexo do bebê				
Feminino	132 (65,3)	70 (34,7)	3,679	0,055
Masculino	119 (56,1)	93 (43,9)		
Peso do recém-nascido (g)				
2.500-2.999	51 (51,5)	48 (48,5)	5,296	0,071
3.000-3.499	155 (64,9)	84 (35,1)		
3.500-4.000	45 (59,2)	31 (40,8)		
Situação de amamentação do recém-nascido				
Amamentou nos primeiros 60 min	202 (65,2)	108 (34,8)	10,624	0,001
Amamentou após 60 min ou após	49 (47,1)	55 (52,9)		

*n = Número de amostras; [†]DP = Desvio-padrão; [†]t = Amostra independente teste-t; [§]valor de p = Probabilidade de significância; ^{||}% = Percentagem; [¶] χ^2 = Teste de qui-quadrado de Pearson; ^{**}Teste do qui-quadrado com correção de Yates, DP: 1 (5<valor observado< 25); ^{††}O grupo do qual a diferença se originou

A comparação entre mães com gestações planejadas e não planejadas, de acordo com as pontuações médias de autoeficácia na amamentação, comportamento parental e papel materno, é apresentada na Tabela 2. Observou-se

que as mães com gestações não planejadas apresentaram menor autoeficácia na amamentação, comportamento parental e papel materno do que as mães com gestações planejadas ($p < 0,001$, Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação das pontuações médias para autoeficácia na amamentação, comportamento parental e papel materno entre mães com gravidez planejada e não planejada. Turquia, 2022-2023

Medida	Mães com gravidez planejada n* = 251	Mães com gravidez não planejada n* = 163	t [‡]	Valor de p [§]
	Média (DP) [†]	Média (DP) [†]		
BSES-SF	55,1 (9)	50,6 (10)	-4,558	<0,001
PPBS [¶]	5,5 (0,8)	4,9 (1,2)	-5,168	<0,001
MMS ^{**}	86,5 (9)	76,8 (11,4)	-9,132	<0,001

*n = Número de amostras; [†]DP = Desvio-padrão; [‡]t = Amostra independente teste-t; [§]valor de p = Probabilidade de significância; ^{||}BSES-SF = *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (Escala de Autoeficácia na Amamentação - Forma Breve); [¶]PPBS = *Postpartum Parenting Behavior Scale* (Escala de Comportamento Parental Pós-Parto); ^{**}MMS = *Myself as Mother Scale* (Escala Eu como Mãe)

A análise de regressão linear múltipla de acordo com o fator gravidez não planejada que afeta negativamente a autoeficácia da amamentação, o comportamento parental e o papel materno são apresentados na Tabela 3. O modelo de regressão para o fator de risco da gravidez não planejada que pode afetar a autoeficácia da amamentação foi significativo ($F=21,681$, $p < 0,001$) e explicou 4,8% da variância. O modelo de regressão para o fator de risco de gravidez não planejada que pode afetar o comportamento

parental materno foi significativo ($F=31,355$, $p < 0,001$) e explicou 6,9% da variância. O modelo de regressão para o fator de risco de gravidez não planejada que pode afetar o papel materno foi significativo ($F=92,165$, $p < 0,001$) e explicou 18% da variância (Tabela 3). À luz dos resultados de nossa análise de regressão, a gravidez não planejada foi considerada um fator de risco que afetou negativamente a autoeficácia na amamentação, o comportamento parental e o papel materno ($p < 0,001$, Tabela 3).

Tabela 3 - Análise de regressão linear múltipla para o fator gravidez não planejada que afeta negativamente a autoeficácia na amamentação, o comportamento parental e o papel materno. Turquia, 2022-2023

BSES-SF*							
Variável	B [†]	EP [‡]	$\beta^§$	t	p [¶]	95% IC ^{**}	
						Valor Baixo	Valor Alto
Gravidez não planejada	4,439	0,953	0,224	4,656	< 0,001	2,565	6,313
n ^{††} = 414; R ^{2††} = 0,050; R ² ajustado = 0,048, Durbin-Watson=1,357							
PPBS ^{§§}							
Variável	B [†]	EP [‡]	$\beta^§$	t	p [¶]	95% IC ^{**}	
						Valor Baixo	Valor Alto
Gravidez não planejada	0,572	0,102	0,267	5,627	< 0,001	0,372	0,772
n ^{††} = 414; R ^{2††} = 0,071; R ² ajustado = 0,069, Durbin-Watson=1,720							
MMS							
Variável	B [†]	EP [‡]	$\beta^§$	t	p [¶]	95% IC ^{**}	
						Valor Baixo	Valor Alto
Gravidez não planejada	9,737	1,014	0,428	9,600	<0,001	7,743	
n ^{††} = 414; R ^{2††} = 0,183; R ² ajustado = 0,181, Durbin-Watson=1,878							

*BSES-SF = Escala de Autoeficácia na Amamentação - Forma Breve; [†]B = O valor que mostra o quanto a variável dependente mudará quando a variável independente aumentar em 1 unidade.; [‡]EP = Erro-Padrão; [§] β = Coeficiente de regressão; ^{||}t = Amostra Independente Teste-t; [¶]valor de p = Probabilidade de significância; ^{**}IC = Intervalo de Confiança; ^{††}n = Número de amostras; ^{††}R² = Coeficiente de determinação; ^{§§}PPBS = Escala de Comportamento Parental Pós-Parto; ^{||||}MMS = Escala Eu como Mãe

Discussão

Neste estudo, obteve-se que 39,4% das mães tiveram uma gravidez não planejada. A prevalência de gravidez não planejada mostra diferenças regionais notáveis em alguns estudos realizados em todo o mundo. Das 5.110 mulheres incluídas em uma pesquisa realizada no Brasil, 68,1% relataram gravidez não planejada, enquanto na Etiópia, 31% das 3.894 mulheres grávidas referiram gravidez não planejada⁽³⁵⁻³⁶⁾. Na Turquia, de acordo com dados da Pesquisa Demográfica e de Saúde da Turquia (*Turkish Demographic and Health Survey – TDHS*), a taxa de gestações indesejadas é de 26%⁽⁶⁾. Neste estudo, a prevalência ligeiramente maior de gestações não planejadas, em comparação com os resultados do TDHS, pode ser atribuída a diferenças regionais e socioculturais. Além disso, verificou-se que mulheres cujos maridos estavam desempregados, aquelas com baixa percepção de renda, aquelas que viviam em famílias com grande número de membros e aquelas com três ou mais filhos apresentavam taxas mais altas de gestações não planejadas. Em um estudo realizado na Índia, ao se investigar os determinantes das gestações indesejadas, a prevalência foi de 11,1% entre as famílias mais pobres e de 7% entre as ricas, 14% entre as mães com três ou mais filhos e 3,8% entre as mães com apenas um filho, e 10,4% em famílias com mais de oito membros na família nuclear, indicando taxas relativamente altas⁽³⁷⁾. Os resultados desses estudos realizados em diferentes países indicam que as características demográficas das mulheres que têm gestações não planejadas são semelhantes.

No presente estudo, as mães com gravidez não planejada apresentaram autoeficácia na amamentação significativamente menor do que aquelas com gravidez planejada. Além disso, de acordo com a análise de regressão, ter uma gravidez não planejada foi um fator de risco negativo que afetou a autoeficácia das mães na amamentação. As mães que tiveram uma gravidez não planejada e não amamentaram na primeira hora desmamaram seus bebês mais cedo⁽¹⁴⁾. Além disso, mulheres com gravidez não planejada tiveram problemas para amamentar seus bebês após o nascimento⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. As mães com gravidez não planejada começaram a amamentar seus bebês mais tarde do que mães com gravidez planejada e que, nestes casos, a duração da amamentação foi menor⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Ao considerar os benefícios do leite materno tanto para a mãe quanto para o bebê, foi relatado que a entrevista motivacional tem um efeito significativamente positivo no aumento da autoeficácia e na manutenção da amamentação⁽³⁸⁾.

De acordo com os resultados da análise de regressão, foi constatado que os comportamentos parentais das mães

com gravidez não planejada foram afetados negativamente e que seus comportamentos parentais eram inadequados. Além disso, neste estudo, observou-se que em mulheres com gravidez não planejada, em comparação com mulheres com gravidez planejada, seus maridos estavam desempregados, elas tinham baixa renda, tinham uma família numerosa (três ou mais filhos), tiveram problemas de saúde durante a gravidez e amamentaram seus bebês tardiamente após o nascimento. Em estudos semelhantes, a interação entre mulheres que engravidam sem ter planejado e seus bebês é menos satisfatória do que a de mulheres que engravidam tendo planejado a gestação, e que o nível educacional, a renda familiar percebida, o número de gestações e os métodos que fortalecem os laços família-bebê afetam a interação mãe-bebê^(13,15,24). Outro estudo relatou que o *status* de planejamento da gravidez afetou a pontuação do comportamento parental, e as mulheres que planejaram suas gestações tiveram pontuações altas no comportamento parental, ou seja, demonstraram comportamentos parentais positivos em relação aos seus bebês⁽²⁷⁾. Outro estudo mostrou que a gravidez não planejada estava associada a um risco aumentado de resultados ruins na relação pai-filho⁽³⁹⁾.

No presente estudo, verificou-se que o papel materno das mães com gravidez não planejada era significativamente menor do que o das mães com gravidez planejada, e que a gravidez não planejada era um fator de risco negativo para o papel materno das mulheres. As mulheres que passam por uma gravidez não planejada estão expostas a problemas como o aumento de problemas mentais e emocionais durante a gravidez e após o parto, comprometendo a interação positiva entre mãe e bebê e a aquisição do papel materno^(8,12,24). Programas que focalizem a orientação sobre o papel da maternidade podem ser úteis para mães com gravidez não planejada ou mães que rejeitam o papel materno. A orientação para que as mães cuidem de si e de seus bebês tem se mostrado eficaz na redução da ansiedade das mães e no aumento de seu senso de competência⁽⁴⁰⁾.

Com base nos resultados obtidos neste estudo, recomenda-se que parteiras e enfermeiras forneçam aconselhamento necessário às mulheres e seus parceiros sobre gravidez planejada, a fim de ajudá-los a ter filhos no momento desejado e no número que possam cuidar. É importante que parteiras e enfermeiras identifiquem mulheres com gestações indesejadas no estágio mais precoce, identifiquem suas necessidades e, principalmente, apoiem a adaptação à maternidade e a autoeficácia na amamentação destas mulheres. Além disso, recomenda-se que parteiras e enfermeiras dediquem mais tempo e ofereçam apoio às mulheres cujos maridos estão desempregados, aquelas com baixos níveis

de renda percebida, aquelas com um número elevado de filhos, aquelas que tiveram problemas de saúde durante a gravidez e aquelas que demoram a iniciar a amamentação ou relutam em amamentar. Além disso, as parteiras devem elaborar intervenções educacionais destinadas a desenvolver habilidades cognitivas, resolução de problemas e treinamento de autoeficácia para ajudar as mães com gravidez não planejada a adquirir as habilidades necessárias para superar os desafios relacionados à amamentação, ao comportamento parental e ao papel materno.

Este estudo alcançou uma grande população de mães no período pós-parto inicial e observou a prevalência de gestações não planejadas. Além disso, ao identificar as diferenças entre as características das mulheres com gestações planejadas e não planejadas, ele se destaca, até onde sabemos, como o primeiro estudo na Turquia a avaliar o comportamento parental, o papel materno e a autoeficácia na amamentação exibidos por essas mães durante o primeiro contato com seus bebês recém-nascidos.

Como as participantes foram recrutadas em apenas um hospital, os resultados não podem ser generalizados para todo o país; no entanto, como o hospital é um dos maiores da província onde está localizado e muitas mulheres grávidas e mães de províncias e distritos vizinhos visitam a maternidade, nossos resultados podem ser generalizados para o nível provincial. Além disso, o elevado número de mulheres provenientes de aldeias e cidades vizinhas que se deslocam ao hospital para dar à luz pode ter influenciado os resultados através de características sociodemográficas, tais como raça/etnia e *status* socioeconômico. Além disso, uma vez que as mulheres foram informadas sobre o estudo e questionadas sobre se desejavam participar durante o período pós-parto precoce no ambiente hospitalar, esta circunstância pode ter influenciado positivamente os comportamentos que exibiram em relação aos seus bebês.

Conclusões

Neste estudo, 39,4% das mães tiveram gestações não planejadas. Verificou-se que as mães com gestações não planejadas apresentavam autoestima significativamente mais baixa em relação à amamentação, comportamento parental e papel materno do que as mães com gestações planejadas. De acordo com a análise de regressão, a gravidez não planejada é um fator de risco que afeta negativamente a autoestima das mães em relação à amamentação, o comportamento parental e o papel materno. É importante que parteiras e enfermeiras identifiquem mulheres com gestações

não planejadas o mais precocemente possível, determinem suas necessidades e, especialmente, apoiem a autoeficácia na amamentação, a adaptação à parentalidade e o papel materno das mulheres que engravidaram involuntariamente.

Agradecimentos

Os autores são gratos a todos os participantes por fazerem parte deste estudo.

Referências

1. Bearak JM, Alkema L, Kantorová V, Casterline J. Alignment between desires and outcomes among women wanting to avoid pregnancy: a global comparative study of "conditional" unintended pregnancy rates. *Stud Fam Plann*. 2023;54(1):265-80. <https://doi.org/10.1111/sifp.12234>
2. United Nations Population Fund. Seeing the unseen. The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy [Homepage]. New York, NY: UNFPA; 2022 [cited 2025 Jan 02]. Available from: <https://www.unfpa.org/swp2022>
3. Gelaw KA, Atalay YA, Gebeyehu NA. Unintended pregnancy and contraceptive use among women in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med*. 2023;8:55. <https://doi.org/10.1186/s40834-023-00255-7>
4. Coulson J, Sharma V, Wen H. Understanding the global dynamics of continuing unmet need for family planning and unintended pregnancy. *China Popul Dev Stud*. 2023;7(1):1-14. <https://doi.org/10.1007/s42379-023-00130-7>
5. Shankar M, Hooker L, Edvardsson K, Norman WV, Taft AJ. The prevalence and variations in unintended pregnancy by socio-demographic and health-related factors in a population-based cohort of young Australian women. *Aust N Z J Public Health*. 2023;47(3):100046. <https://doi.org/10.1016/j.anzjph.2023.100046>
6. Ayamolowo LB, Ayamolowo SJ, Adelakun DO, Adesoji BA. Factors influencing unintended pregnancy and abortion among unmarried young people in Nigeria: a scoping review. *BMC Public Health*. 2024;24:1494. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19005-8>
7. Türk BÖ, Özcan B. Comparison of postpartum depression and maternal attachment between planned and unplanned pregnancies. *J Gynecol Obstet Health Sci [Internet]*. 2025 [cited 2024 Dec 10];7(1):126-34. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3843193>
8. Barbuscia A, Pailhé A, Solaz A. Unplanned births and their effects on maternal health: findings from the

- Constances cohort. *Soc Sci Med*. 2024;361:117350. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117350>
9. Yong MQY, Yeo Y, Shorey S. Factors affecting unintended pregnancy resolution from the perspectives of pregnant women and people: a systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*. 2023;127:103866. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103866>
 10. Lecumberri AR, Gelabert E, Giménez AT, Solé E, Andrés-Perpiñá S, Roda E, et al. Unplanned pregnancy in women with mental disorder. *Eur Psychiatry*. 2022;65(S1):S331-S332. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.844>
 11. Şahin E, Yazıcı S, Yurtsev E. The impact of unplanned pregnancy on prenatal attachment and subjective happiness. *J Midwifery Health Sci*. 2025;8(1):59-66. <https://doi.org/10.62425/esbder.1596451>
 12. Ohashi Y, Takegata M, Takeda S, Hada A, Usui Y, Kitamura T. Is your pregnancy unwanted or unhappy? Psychological correlates of a cluster of pregnant women who need professional care. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(15):2196. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152196>
 13. Turke KC, Santos LR, Matsumura LS, Sarni ROS. Risk factors for the lack of adherence to breastfeeding. *Rev Assoc Med Bras*. 2021;67(1):107-14. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.67.01.20200510>
 14. Ticona DM, Huanco D, Ticona-Rendón MB. Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: findings of new high-risk newborns in Peru. *Int Health*. 2024;16(1):52-60. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad018>
 15. Hobby E, Mark ND, Gemmill A, Cowan SK. Pregnancy intentions' relationship with infant, pregnancy, maternal, and early childhood outcomes: evidence from births in Alaska, Missouri, and Oklahoma. *Perspect Sex Reprod Health*. 2023;55(1):62-76. <https://doi.org/10.1363/psrh.12222>
 16. Conceição SPD, Fernandes RAQ. Influence of unintended pregnancy on breastfeeding duration. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):600-5. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150080>
 17. Maghalian M, Nikanfar R, Nabighadim M, Mirghafourvand M. Comparison of maternal-fetal attachment, anxiety, depression, and intimate partner violence in Iranian women with intended and unintended pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2024;12:345. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01847-x>
 18. Mahmoudi P, Elyasi F, Nadi A, Shirvani MA. The effect of maternal-foetal attachment-based training programme on maternal mental health following an unintended pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*. 2023;41(1):26-42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1959538>
 19. Cataudella S, Lampis J, Busonera A, Congia F, Melis GB, Zavattini GC. From pregnancy to 3 months after birth: the beginning of mother-infant relationship from a maternal perspective. *J Reprod Infant Psychol*. 2022;40(3):266-87. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1995597>
 20. Seppälä T, Riikonen R, Paajanen P, Stevenson C, Finell E. Development of first-time mothers' sense of shared identity and integration with other mothers in their neighbourhood. *J Community Appl Soc Psychol*. 2022;32(4):692-705. <https://doi.org/10.1002/casp.2592>
 21. Rafii F, Alinejad-Naeini M, Peyrovi H. Maternal role attainment in mothers with term neonate: a hybrid concept analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020;25(4):304-10. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_201_19
 22. Frese BJ, Nguyen MHT. The evolution of maternal role attainment: a theory analysis. *Adv Nurs Sci*. 2022;45(4):323-34. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000422>
 23. Shirzad T, Yazdkhasti M, Rahimzadeh M, Salehi L, Saeieh SE. The relationship between pregnancy intention, pregnancy outcomes, postpartum depression, and maternal role adaptation. *J Holist Nurs Midwifery*. 2022;32(2):152-60. <https://doi.org/10.32598/jhnm.32.2.2200>
 24. Jang M, Molino AR, Ribeiro MV, Mariano M, Martins SS, Caetano SC, et al. Maternal pregnancy intention and developmental outcomes in Brazilian preschool-aged children. *J Dev Behav Pediatr*. 2021;42(9):e15-e23. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000951>
 25. Hacettepe University, Institute of Population Studies (TR). Turkey Demographic and Health Survey 2018 [Internet]. Ankara: Hacettepe University; 2019 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/en/2018_turkey_demographic_and_health_survey-198
 26. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
 27. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
 28. Büyüksarı ST, Çalışır HÇ. Effects of unplanned pregnancies on maternal behavior in the early postpartum period. *J Adnan Menderes Univ Health Sci Fac*. 2021;5(1):37-50. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.707683>
 29. Britton HL, Gronwaldt V, Britton JR. Maternal postpartum behaviors and mother-infant relationship during the first year of life. *J Pediatr*. 2001;138(6):905-9. <https://doi.org/10.1067/mpd.2001.113358>

30. Çalışır H, Karaçam Z. Factors associated with parenting behavior of mothers in the early postpartum period in Turkey. *Nurs Health Sci.* 2011;13(4):488-94. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00646.x>
31. Walker LO, Crain H, Thompson E. Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. *Nurs Res.* 1986;35(6):352-5. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00010>
32. Çalışır H. The examination of the factors that affect the maternal role attainment of first-time mothers [Dissertation]. Izmir: Ege University; 2003 [cited 2024 Dec 01]. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=5mEzSm6bJwS0sc-DErjF_w&no=eVXAHLHmOdyuN6YhSS74A
33. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(6):734-44. <https://doi.org/10.1177/0884217503258459>
34. Tokat MA, Okumus H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery.* 2010;26(1):101-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.002>
35. Costa ACM, Oliveira BLCA, Britto e Alves MTSS. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2021;21(2):461-71. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200007>
36. Zeru MA. Prevalence of unplanned pregnancy and associated risk factors among pregnant women in Ethiopia. *J Biostat Epidemiol.* 2021;7(4):392-402. <https://doi.org/10.18502/jbe.v7i4.10397>
37. Singh A, Chakrabarty M, Singh A, Singh S, Chandra R, Tripathi P. Spatial heterogeneity in unintended pregnancy and its determinants in India. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24:670. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06850-z>
38. Naroe H, Rakhshkhorshid M, Shakiba M, Navidian A. The effect of motivational interviewing on self-efficacy and continuation of exclusive breastfeeding rates: a quasi-experimental study. *Breastfeed Med.* 2020;15(8):522-7. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0252>
39. Claridge AM. Pregnancy intentions of first-time mothers and their children's outcomes: unraveling

reciprocal pathways. *J Marriage Fam.* 2021;83(4):942-60. <https://doi.org/10.1111/jomf.12757>

40. Thabet HA, Eid MFH, Dawoud SESM, Almakarem ASA, Sweelam RKM, Ahmed SI. Effect of awareness program regarding motherhood preparation on first-time mothers' knowledge, practices, and emotional status. *Egypt J Health Care [Internet].* 2024 [cited 2025 Jan 4];15(1):103-22. Available from: <https://scispace.com/pdf/effect-of-awareness-program-regarding-motherhood-preparation-3fbzy7any4.pdf>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Seyhan Çankaya, Bihter Akin, Yasemin Erkal Aksoy. **Obtenção de dados:** Seyhan Çankaya. **Análise e interpretação dos dados:** Seyhan Çankaya, Yasemin Erkal Aksoy. **Análise estatística:** Seyhan Çankaya, Bihter Akin, Yasemin Erkal Aksoy. **Redação do manuscrito:** Seyhan Çankaya, Bihter Akin. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Seyhan Çankaya, Bihter Akin, Yasemin Erkal Aksoy.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Os conjuntos de dados relacionados a este artigo estarão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente.

Recebido: 15.01.2025

Aceito: 23.08.2025

Editora Associada:
Andrea Bernardes

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autora correspondente:

Seyhan Çankaya

E-mail: seyhane32@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0433-2515>