

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NATALIA CANELLA SANCHES

**Gravidez Não Planejada: A experiência das gestantes de um município do
interior do estado de São Paulo.**

Ribeirão Preto

2013

NATALIA CANELLA SANCHES

Gravidez Não Planejada: A experiência das gestantes de um município do interior do estado de São Paulo.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, inserido na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Sanches, Natalia Canella

Gravidez não planejada: a experiência das gestantes de um município do interior do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013.

122 p. : il ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Mamede, Fabiana Villela.

1. Gravidez não planejada. 2. Gravidez não desejada.
3. Gestação. 4. Medidas anticoncepcionais.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Natalia Canella Sanches

Gravidez Não Planejada: A experiência das gestantes de um município do interior do estado de São Paulo.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, inserido na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dedico este trabalho...

À mulher mais especial da minha vida, minha ***Mãe Elenice***, que com seu amor, dedicação e coragem me ensinou a lutar, a vencer e a seguir em frente em busca de meus sonhos e objetivos.

Ao meu ***pai José Roberto***, pelo apoio, incentivo e pela confiança, colocando minha formação acima de quaisquer valores, fato que proporcionou essa minha conquista.

À minha ***irmã Isabela***, e ao meu ***cunhado Danilo***, pelo amor, afeto, força e companheirismo; pois estiveram muito presentes nas minhas conquistas.

Ao meu ***noivo João Gabriel***, pela cumplicidade, compreensão, pelo carinho, e por ser o amigo de todas as horas, que me apoia e respeita incondicionalmente, como só quem Ama é capaz.

A ***todos os meus familiares***, pelo incentivo, carinho e apoio nesta etapa especial de minha vida.

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

Charles Chaplin

Amo vocês.

Agradecimento Especial

À minha querida Prof^a Dr^a Fabiana Vilella Mamede

Pela amizade e acolhida desde o início de meu interesse pela área de pesquisa, pela confiança em mim e em meu trabalho, proporcionando meu crescimento pessoal e profissional. Por toda competência com que conduziu esse trabalho, por estar ao meu lado em todos os momentos, por tornar este período tão agradável com a sua companhia. Pelo apoio em meu período de estudo no exterior, o qual só foi possível devido a sua confiança e credibilidade, por acreditar que eu era capaz. Por fim, pelo seu esforço e dedicação, os quais nunca conseguirei retribuir. Pelo apoio concreto e efetivo na realização deste mestrado.

Serei sempre grata a você.

Agradecimentos

A *Deus*, toda a honra deste trabalho, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, por mostrar os caminho nas horas incertas e por suprir todas as minhas necessidades, por me incentivar em uma carreira de fé e coragem, por estar sempre guiando meus passos e trilhando meus caminhos, conforme *Sua* vontade, sendo minha proteção e amparo nos momentos mais difíceis.

Obrigada *PAI*, pela fé e esperança que posso encontrar em seu filho *Jesus*, e pela doce presença do *Teu Espírito Santo* consolador!

Às professoras *Dr^a Marislei Sanches Panobianco* e *Dr^a Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza* pelas contribuições apontadas na qualificação deste projeto de pesquisa.

À *Secretaria da Saúde de Sertãozinho*, em especial:

- à *Enfermeira Andreia Karla Rustici*, pela amizade e colaboração, pois sempre se mostrou prestativa e prontificou-se a colaborar com o projeto;

- ao *ex Secretário da Saúde, Fernando Furtado*;

- à *Enfermeira Marina Garandina*, pela presteza e colaboração na autorização através dos secretários da saúde, da coleta de dados;

- à atual *Secretária da Saúde, Enfermeira Rita Montenegro*.

A *todos os docentes da Pós Graduação* da Escola de Enfermagem e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (*EERP/USP*).

À *Pós Graduação* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial à *Shirley*, pela atenção e colaboração a mim dispensadas.

À *Pro Reitoria de Pós Graduação* pela aprovação e apoio financeiro da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na minha ida para a University of Alberta, Canada (intercâmbio).

Às *gestantes* que participaram deste estudo.

Às *enfermeiras e instituições de Saúde do município de Sertãozinho* onde foram realizadas as coletas de dados e entrevistas, pelo apoio e colaboração.

A *toda minha família*: minha avó, meus tios, primos.

A *todos* que, direta, ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

*Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar para além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu
Mas nele é que espelhou o céu.*

(Fernando Pessoa, in Mensagem)

RESUMO

Sanches NC. Gravidez não planejada: a experiência das gestantes de um município do interior do estado de São Paulo (dissertação). Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.

A gestação, o parto e o puerpério são saberes especiais no universo da mulher, do parceiro, da família e de sua comunidade. A gestação pode gerar diversos sentimentos, tais como: o de surpresa, o de castigo, o de prêmio, o de motivação para continuar a viver, o de realização de um projeto antigo, o de competição em família, o de problema, o de estorvo, o de descuido ou de irresponsabilidade. Confirmada a gravidez, a mulher, o parceiro e os familiares podem vivenciar diferentes reações diante dessa novidade. A reação inicial depende do desejo e planejamento da gravidez (gestação), podendo ser desejada, planejada, ou acidental, não planejada e, até mesmo indesejada. Gravidez não planejada é toda a gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. A sua ocorrência tem impacto importante na oferta de cuidados de pré-natal, na orientação sobre aleitamento materno, no estado nutricional infantil e nas taxas de morbimortalidade materno-infantil. Embora pouco estudada, a gravidez não planejada representa risco aumentado de ansiedade e de depressão, sobretudo no período puerperal. Tendo em vista estes aspectos, o objetivo deste estudo foi compreender como as gestantes vivenciaram/experienciaram uma gravidez não planejada e suas consequências à vida familiar/conjugal. O estudo baseou-se na metodologia de análise de dados qualitativos, na análise destes dados, utilizou-se a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por meio do *software Atlas.ti*. A população em estudo foi constituída de gestantes em idade fértil, entre 18 e 49 anos de idade, pois essa faixa etária assegura maioria às mulheres. Foi utilizada para organizar os dados verbais, entrevista semiestruturada, realizada com 11 gestantes. Partindo dos depoimentos das gestantes copiados no software, a análise dos discursos teve início com a identificação das expressões-chave, nas quais estão contidas as ideias centrais de cada discurso que foram escritas de forma breve e objetiva. Foi evidenciado que as gestantes apresentaram reações iniciais negativas com relação à descoberta da gravidez não planejada, vivenciaram conflitos, devido ao medo de enfrentar a família, o companheiro e os pais. Também ficou evidente que a gravidez não planejada tem como principal consequência a problemática nos níveis biopsicossociais. Evidenciaram altos níveis de ansiedade, estresse e depressão no decurso da gestação. Quanto aos métodos contraceptivos, a maioria estava em uso quando da descoberta da gravidez. Considera-se que este estudo ganha relevância pelo impacto que exerce sobre o bem-estar pessoal, familiar e socioeconômico das mulheres e seus companheiros, em virtude das possíveis gestações não planejadas.

Palavras-chave: Gravidez não planejada. Gravidez não desejada. Gestação. Medidas anticoncepcionais.

ABSTRACT

Sanches NC. Unplanned pregnancy: the experience of the women in a municipality in the state of São Paulo (thesis). Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.

Pregnancy, childbirth and the postpartum period are special knowledge in the world of woman's partner, family and your community. Pregnancy can cause many feelings, such as: the surprise, the punishment, the premium, the motivation to continue living, the realization of an old design, the competition in the family, the problem of the hindrance, to carelessness or irresponsibility. Confirmed pregnancy, the woman, her partner and family members may experience different reactions to this news. The initial reaction depends on the planning and desire of pregnancy (gestation), and may be desired, planned or accidental, unplanned and even unwanted. Unplanned pregnancy is any pregnancy that was not planned by the couple, or at least the woman. Its occurrence has important impact on the provision of prenatal care, the guidance on breastfeeding, the nutritional status and rates of maternal and child morbidity and mortality. Although little studied, unplanned pregnancy is increased risk of anxiety and depression, especially in the postpartum period. Considering these aspects, the aim of this study was to understand how pregnant women experienced / experienced an unplanned pregnancy and its consequences for family life / marriage. The study was based on the methodology of qualitative data analysis, the analysis of these data, we used the methodological approach of the Collective Subject Discourse (CSD), using the software Atlas.ti. The study population consisted of pregnant women of childbearing age, between 18 and 49 years of age, because this age ensures age women. Was used to organize the verbal data, semi-structured interviews conducted with 11 pregnant women. Based on the testimonies of the women copied the software, discourse analysis began with the identification of key expressions, in which are contained the main ideas of a speech that was written briefly and objectively. It was shown that pregnant women had initial negative reactions regarding the discovery of unplanned pregnancy, experienced conflict due to fear of facing the family, spouse, and parents. It was also evident that unplanned pregnancy is mainly due to problematic levels biopsychosocial. Showed high levels of anxiety, stress and depression during pregnancy. As for contraception, the majority was in use when the discovery of the pregnancy. It is considered that this study becomes relevant for the impact it has on the well-being, family and socioeconomic status of women and their partners, because of possible unintended pregnancies.

Keywords: Unplanned pregnancy. Unwanted pregnancy. Pregnancy. Birth control measures.

RESUMEN

Sanches NC. El embarazo no planeado: la experiencia de las mujeres en un municipio en el estado de São Paulo (disertación). Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.

El embarazo , el parto y el puerperio son el conocimiento especial en el mundo de la pareja de la mujer , la familia y su comunidad . El embarazo puede causar muchos sentimientos , tales como: la sorpresa , el castigo , la prima, la motivación para seguir viviendo, la realización de un diseño antiguo , la competencia en la familia, el problema de la obstáculos, al descuido o irresponsabilidad. Confirmado el embarazo, la mujer, su pareja y miembros de la familia pueden experimentar diferentes reacciones a esta noticia. La reacción inicial depende de la planificación y el deseo de embarazo (gestación) , y puede ser deseable , planificada o accidental , no planificado e incluso no deseado . El embarazo no planeado es un embarazo que no fue previsto por la pareja , o al menos a la mujer . Su presencia tiene un impacto importante en la prestación de la atención prenatal , la orientación sobre la lactancia materna , el estado nutricional y las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil. Aunque poco estudiado , el embarazo no planificado se incrementa el riesgo de ansiedad y depresión, especialmente en el período posparto. Teniendo en cuenta estos aspectos, el objetivo de este estudio era entender cómo las mujeres embarazadas experimentan / experimentaron un embarazo no planificado y sus consecuencias para la vida de familia / matrimonio. El estudio se basó en la metodología de análisis de datos cualitativos , el análisis de estos datos, se utilizó el enfoque metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo (CSD), utilizando el software Atlas.ti . La población de estudio consistió de las mujeres embarazadas en edad fértil, entre 18 y 49 años de edad, debido a esta edad garantiza a las mujeres de edad. Fue utilizado para organizar los datos verbales , entrevistas semi -estructuradas realizadas a 11 mujeres embarazadas. A partir de los testimonios de las mujeres copiado del software, el análisis del discurso se inició con la identificación de las expresiones clave, en el que se contienen las ideas principales de un discurso que fue escrito breve y objetiva. Se ha demostrado que las mujeres embarazadas tuvieron reacciones negativas iniciales sobre el descubrimiento de un embarazo no planificado , los conflictos experimentados por el temor de enfrentarse a la familia , cónyuge y padres. También era evidente que el embarazo no planeado se debe principalmente a niveles problemáticos biopsicosociales . Mostraron altos niveles de ansiedad, el estrés y la depresión durante el embarazo. En cuanto a la anticoncepción , la mayoría estaba en uso cuando el descubrimiento del embarazo . Se considera que este estudio adquiere relevancia por el impacto que tiene sobre el bienestar de la familia y la situación socioeconómica de las mujeres y sus parejas , debido a posibles embarazos no deseados.

Palabras clave: Embarazo no planeado. Embarazo no deseado. El embarazo. Métodos anticonceptivos.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01:** Apresentação da Análise dos dados de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo 55
- Figura 02** Caracterização das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Sertãozinho/SP, segundo as vivências destas gestantes frente a uma gravidez não planejada e suas consequências à vida familiar/conjugal. Estudo realizado no município de Sertãozinho/SP no ano de 2013. (Atlas.ti 7.0)..... 59
- Figura 03** Caracterização das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Sertãozinho/SP, segundo as vivências destas gestantes frente a uma gravidez não planejada e relacionada aos aspectos psicossociais. Estudo realizado no município de Sertãozinho/SP no ano de 2013. (Atlas.ti 7.0)..... 79
- Figura 04** Caracterização das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Sertãozinho/SP, segundo as vivências destas gestantes frente a uma gravidez não planejada e sua relação com os métodos contraceptivos (planejamento familiar) e planos futuros (vida reprodutiva). Estudo realizado no município de Sertãozinho/SP no ano de 2013. (Atlas.ti 7.0)..... 87

LISTA DE SIGLAS

ACOG	Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões Chave
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GNP	Gravidez Não Planejada
IC	Idéia Central
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PF	Planejamento Familiar
PNDS	Programa Nacional de Demografia e Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO.....	27
2.1 Gravidez Não Planejada	27
2.2 Gravidez Não Planejada - Incidência e Implicações	29
2.3 Gravidez Não Planejada e Métodos Contraceptivos	37
3 OBJETIVOS	43
3.1 Geral	43
3.2 Específicos.....	43
4 METODOLOGIA.....	44
4.1 Desenho do estudo.....	44
4.2 Local do estudo.....	45
4.3 Participantes do estudo	47
4.4 Procedimento de Coleta dos dados	48
4.5 Procedimento de Análise dos dados	50
4.6 Tratamento dos dados	51
4.6.1 Contexto	51
4.6.2 Figuras Metodológicas	52
4.6.2.1 Expressões – Chave (ECHs).....	52
4.6.2.2 Ideia central (IC).....	53
4.6.2.3 Ancoragem	53
4.6.3 Discurso do Sujeito Coletivo: Síntese	53
4.6.4 Instrumento de análise de discurso	54
4.6.5 Construção do Discurso do Sujeito Coletivo.....	54
4.7 Aspectos éticos	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1 Caracterização do grupo estudado	57
5.1.1 Gravidez Não Planejada: A experiência das gestantes	58
5.2 Vivências das Gestantes na gravidez não planejada e a vida familiar/conjugal.....	59

5.2.1	Descoberta da Gravidez.....	60
5.2.1.1	O Susto do não planejado	60
5.2.2	Consequências Gravidez Não Planejada	61
5.2.2.1	Mudança nos planos de vida.....	61
5.2.3	Aceitação Companheiro – Positiva	64
5.2.3.1	O Apoio	64
5.2.4	Aceitação Companheiro – Negativa	65
5.2.4.1	Não ter o bebê.....	65
5.2.5	Aceitação Família- Negativa	65
5.2.5.1	Dificuldade e negação	66
5.2.6	Aceitação Família- Positiva.....	66
5.2.6.1	Felicidade e Apoio.....	66
5.2.7	Aceitação Gestante - Negativa	67
5.2.7.1	Desespero e Choque	67
5.2.8	Aceitação Gestante - Positiva	68
5.2.8.1	A feliz espera do não planejado.....	68
5.2.9	Experiência Positiva	69
5.2.9.1	Felicidade gerada - experiência positiva	69
5.3.1	Experiência Negativa Gestação	69
5.3.1.1	Sufrimento - O não planejado.....	70
5.3.2	Vivências da Gestação.....	70
5.3.2.1	Mudanças na vida da gestante	70
5.3.3	Vivência anterior a Gravidez Não Planejada.....	72
5.3.3.1	Histórico da surpresa de uma gravidez.....	72
5.3.4	História de Vida da Gestante	73
5.3.4.1	Trabalho, familiares e a gravidez não planejada	74
5.4	Gravidez Não Planejada e os Aspectos Biopsicossociais.....	79
5.4.1	Sentimento Gestante frente à Gravidez Não Planejada.....	80
5.4.1.1	Medo do não planejado	80
5.4.2	Sentimentos Casal Vida Reprodutiva.....	80
5.4.2.1	Decisões do casal - prevenção - ter filhos ou não.....	80
5.4.3	Sintomas e doenças na Gestação	81
5.4.3.1	O biopsicossocial.....	81
5.4.4	Falta de suporte familiar	82
5.4.4.1	Não apoiam.....	82

5.4.5 Suporte Familiar	82
5.4.5.1 Apoio da família	82
5.4.6 Suporte Religião	83
5.4.6.1 Apoio nas crenças	83
5.5 Gravidez Não Planejada e a relação com os métodos contraceptivos (planejamento familiar) e planos futuros (vida reprodutiva).....	87
5.5.1 Conhecimento Métodos Contraceptivos.....	88
5.5.1.1 Uso dos métodos contraceptivos	88
5.5.2 Curso de Gestantes – Conhecimento	89
5.5.2.1 Participação no curso.....	90
5.5.3 Cursos métodos contraceptivos – conhecimentos	90
5.5.3.1 Interesse no curso	90
5.5.4 Planos da gestação	91
5.5.4.1 Gravidez não planejada	91
5.5.5 Planos futuros - Vida Reprodutiva	91
5.5.5.1 Escolha do método contraceptivo.....	92
5.5.6 Planos futuros pós-gestação.....	92
5.5.6.1 Planos após a gestação.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	99
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	116
ANEXOS	120

Apresentação

Durante o curso de graduação Bacharel em Enfermagem, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sempre tive interesse e curiosidade pela área de saúde da mulher, mais especificamente a obstetrícia.

Um ano após concluir a graduação, iniciei o Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Sempre tive o interesse em trabalhar com a pesquisa em minha cidade de origem (Sertãozinho/SP). Durante a graduação, nos períodos de férias, realizei estágios extracurriculares em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no município de Sertãozinho e, a partir do que foi observado, surgiu o interesse pelo tema relacionado ao Planejamento Familiar com as gestantes do município. Porém, após pesquisar nas unidades básicas de saúde desse local, deparei de que não há cursos de planejamento familiar nessas unidades e nada relacionado a esse tema para as gestantes.

A partir do que foi observado, o que mais me intrigava era a quantidade de mulheres que se apresentavam grávida embora esta gestação não fosse planejada. Também ao trabalhar em um hospital no município, notei a necessidade das gestantes em obter informações sobre o planejamento da gravidez. Muitas delas que chegavam à unidade hospitalar para a realização do parto não haviam planejado a gestação, não haviam recebido, nas Unidades Básicas de Saúde, informações acerca de métodos contraceptivos, nem durante as consultas ao ginecologista, nem nas consultas de pré-natal, elas apenas relataram conhecer o método contraceptivo receitado pelo médico. Portanto, com base nessas informações, considerei tal assunto como um tema de interesse a ser pesquisado.

Acredito que com esta pesquisa poderei contribuir com os serviços de saúde do município, de modo a aprimorar a assistência de saúde prestada a essas mulheres, difundindo, também, conhecimentos para outros segmentos da área e trazendo subsídios para futuras produções científicas.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definiu o conceito clássico de saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição representou um avanço para a época, na medida em que definiu, de forma ampla e multidimensional, o conceito de saúde.

Assim como ocorreu com a definição de saúde, uma marcante evolução tem acontecido no que se refere aos conceitos de saúde sexual e reprodutiva e saúde da mulher no cenário mundial, especialmente nas últimas duas décadas. Segundo Barsted (2002):

Ao afirmar que os direitos das mulheres são direitos humanos, a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, pela Organização das Nações Unidas, deram alento à introdução da perspectiva de gênero em todas as demais Conferências da ONU da década de 90. Em Viena, as Nações Unidas reconheceram que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional. Consolidou-se, dessa forma, um longo caminho iniciado em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos Humanos (BARSTED, 2002, p.87).

Segundo Bortoletto (1992), se na década de 50 as mulheres tinham uma função materna bem definida, a qual se sobrepunha dentre todos os papéis tidos como femininos, a partir da década de 90 esses valores passaram por uma reestruturação. A maternidade passa a se configurar como uma opção que pode ser adiada, e até mesmo descartada.

Em 1994, durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, representantes de 179 países, entre eles o Brasil, participaram das negociações para elaboração de um plano de ação sobre população e desenvolvimento para os próximos vinte anos. Pela primeira vez um acordo internacional sobre população outorgou um papel primordial à saúde e aos direitos reprodutivos, chamando a atenção da comunidade internacional ao chegar a um consenso sobre a definição de saúde reprodutiva e de direitos reprodutivos (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO, NEW YORK, 1994).

Com a realização da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Pequim, reafirma-se a noção de direitos reprodutivos proposta na Plataforma de Cairo, salientando que a falta de atenção aos direitos reprodutivos limita a oportunidade da mulher na vida pública e privada, bem como no acesso à educação e no exercício de outros direitos sociais e políticos (PIROTTA, 2002).

Dessa forma, a saúde sexual e reprodutiva foi definida como:

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação de fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis” ((CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO, NEW YORK, 1994).

No Brasil, os anos 90 foram dedicados à consolidação das Redes Feministas de Saúde e Direitos Reprodutivos, aspectos como sexualidade e contracepção ganharam relevância (COSTA, 2004).

Desde então, o país tem assumido compromissos relacionados à consolidação das resoluções tomadas nas reuniões internacionais e regionais, que ocorreram nos anos seguintes às Conferências do Cairo e de Pequim, e que apontaram para a necessidade de estabelecer políticas consistentes para atender às necessidades das mulheres, principalmente, no que se refere à demanda insatisfeita por métodos contraceptivos e ao aumento da cobertura de ações de saúde na atenção primária (DONINI; GODOI, 2010).

Passada mais de uma década da definição dos direitos sexuais e reprodutivos em âmbito mundial, pode-se afirmar que há, ainda, várias lacunas cercando a consolidação desses direitos em nossa sociedade. Tais lacunas no planejamento reprodutivo representam um dos principais desafios a se enfrentar neste percurso, pois há, ainda, uma distância considerável entre o que é preconizado nas ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva e o que é, de fato, vivenciado pelas mulheres brasileiras em idade reprodutiva.

A OMS estabelece como primordiais as pesquisas em saúde reprodutiva, sobretudo as relativas à sexualidade, contracepção e à concepção, incluindo a gravidez, o parto e o

puerpério, propondo que os fatores característicos do contexto sociocultural, ou seja, valores, crenças, condições socioeconômicas, entre outros, sejam considerados como eventos importantes (OSIS, 2005).

Nesse sentido, diversas iniciativas voltadas para as ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva vêm sendo desenvolvidas nas últimas três décadas. O Ministério da Saúde brasileiro lançou, no ano de 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) para reforçar e melhorar as questões relacionadas à saúde da mulher. Esse programa teve como ponto crucial, além de outras atitudes, a inclusão da anticoncepção, sendo entendido como uma política para assistência às mulheres no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e compreendendo toda a população feminina em idade fértil. Sua implementação resulta, em última instância, na qualificação dessa assistência e na melhoria dos níveis de saúde da população feminina (OSIS, 1998).

Desde então o PAISM tem se preocupado com as questões sobre saúde sexual e reprodutiva. Atualmente denominado como Sessão da Saúde da Mulher, prioriza suas ações no pré-natal, com especial atenção à gestante adolescente e à portadora do HIV, na assistência ao parto e ao puerpério, na prevenção de câncer do colo uterino e de mama e no planejamento familiar (OLINTO; GALVÃO, 1999), portanto, teve como ponto crucial a inclusão da anticoncepção e descreve que o Estado é responsável por proporcionar meios e informações adequadas aos cidadãos, para que estes sejam capazes de planejar suas famílias (OSIS, 1998).

Reforça-se ainda que o adequado conhecimento e a disponibilidade dos métodos contraceptivos possibilitam, às mulheres, exercer a liberdade de opção pelo método mais apropriado, ou seja, aquele que condiz com as necessidades e expectativas delas, de modo a proporcionar uma maior satisfação, reduzindo as possibilidades de descontinuação da gravidez não planejada, contribuindo, deste modo, para que as mulheres exerçam seus direitos reprodutivos (PIERRE, 2010).

O Planejamento Familiar (PF), definido atualmente como um direito do cidadão, foi extremamente debatido, passando por um processo político, que envolveu vários grupos com diferentes pensamentos sobre a temática da reprodução. A noção de direito reprodutivo como direito humano desenvolveu-se depois de lutas de movimentos sociais, que influenciaram conferências internacionais e foram relacionados às mudanças do papel da mulher e seu valor na sociedade e ao desenvolvimento de tecnologias médicas (VIEIRA, 2004).

O PF foi regulamentado no Brasil através da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, a qual refere que este é um conjunto de ações para a regulação da fecundidade, através de atividades preventivas e educativas que garantam o acesso igualitário às informações, meios,

métodos e técnicas disponíveis, garantindo o direito de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, sendo proibida a utilização de ações para qualquer tipo de controle demográfico (DEPARTAMENTO, 2005).

Em 2001, a última Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2001) do Ministério da Saúde estabeleceu que a assistência em planejamento familiar estivesse entre as ações mínimas que devem ser implementadas em todos os municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Neste contexto, a liberdade de escolha é fundamental no âmbito da regulação da fecundidade. Para optar por um método contraceptivo de forma livre e informada, as mulheres precisam conhecer e ter acesso a todos os métodos anticoncepcionais cientificamente aprovados e disponíveis, escolhendo aquele que seja mais adequado às suas características e às suas condições de vida em cada momento. Dentro dessa proposta, o planejamento familiar tem como objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania: o direito de ter ou não filhos/as (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em relação ao planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, constatou uma alta prevalência de uso de métodos anticoncepcionais no país (81%), reforçando que entre os anos de 1996 a 2006 essa prevalência aumentou, devido à expansão do uso de métodos nos estratos socioeconômicos mais baixos, alcançando 80,6% das mulheres sexualmente ativas e 75,2% das que apresentavam situação conjugal sem companheiro (BRASIL, 2008).

Foi observado, no entanto, que 46% dos nascimentos não foram planejados, sendo que destes, 28% eram desejados para mais tarde e 18% não eram desejados. É importante ressaltar que a ocorrência da gravidez não planejada permanece ao longo da vida reprodutiva das mulheres. Segundo dados da PNDS de 2006, há uma tendência de aumento do não desejo da gravidez com o aumento da idade da mulher, crescendo de 9,4% entre 15 e 19 anos, para 20,3% entre 30 e 49 anos (BERQUÓ; LIMA, 2009) e, ainda, a proporção de nascimentos não desejados chega a 40% entre as mulheres com mais de 35 anos (BRASIL, 2008).

Essa contradição entre a alta prevalência de uso de métodos contraceptivos no contexto brasileiro e a dificuldade em se prevenir uma gravidez não planejada revela que o exercício dos direitos reprodutivos pode não estar sendo plenamente satisfeito (BRASIL, 2008).

Segundo Debray (1988), a mulher consegue identificar quais são seus verdadeiros desejos, mas, na maioria das vezes, não consegue realizar essa tradução. Isto ocorre, segundo

a autora, porque há uma diferença entre aquilo que se deseja e aquilo que se demanda. O desejo, de acordo com a abordagem psicanalítica, corresponde unicamente à esfera inconsciente, enquanto a demanda seria uma vontade pertencente à esfera consciente. É por esta diferenciação que a questão do desejo pela gravidez requer maiores estudos.

Higgins; Hirsch e Trussell (2008) explicam esta situação, por meio das teorias do comportamento, e relatam que sutis benefícios emocionais de características eróticas podem ser identificados, em alguns casais, como negação de uso de métodos contraceptivos, ainda que subliminarmente, pois, apesar de os métodos contraceptivos trazerem às mulheres o sentimento de que dominam perfeitamente sua fecundidade, com a vontade de engravidar sendo realizada apenas no dia e na hora que conscientemente escolherem, há a complexidade da motivação inconsciente quanto à gestação, que muitas vezes culmina nas chamadas “gravidezes não planejadas”.

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém, especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência (TSUNECHIRO, 1999).

A gestação, o parto e o puerpério são saberes especiais no universo da mulher, do parceiro, da família e de sua comunidade. O processo constitui uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor a todos que dela participam (BRASIL, 2001). Para a mulher, a gestação pode gerar diversos sentimentos, tais como: o de surpresa, o de castigo, o de prêmio, o de motivação para continuar a viver, o de realização de um projeto antigo, o de competição em família, o de problema, o de estorvo, o de descuido ou de irresponsabilidade.

O impacto causado pela gravidez não planejada dá origem a inúmeras manifestações, que vão desde euforia a sentimentos como: frustração, temor da censura, preocupação com o corpo, rejeição familiar, bem como da sociedade, do marido ou do namorado. Em relação ao contexto biopsicossocial, a necessária mudança de papel leva à incerteza e o medo do futuro (ÁVILA, 1999; JENERAL, 2000).

Confirmada a gravidez, a mulher, o parceiro e os familiares podem vivenciar diferentes reações diante da novidade. A reação inicial depende do desejo e planejamento da gravidez, podendo ser desejada, planejada, ou acidental, não planejada e, até mesmo, indesejada (BONADIO; TSUNECHIRO, 2006).

O reconhecimento do conceito de gravidez não planejada é essencial tanto no âmbito das políticas públicas de saúde quanto nas ações locais de saúde, para que se possa estabelecer

estratégias de promoção da capacidade da mulher e/ou do casal a optar por ter/não ter filhos e quando tê-los (KLERMAN, 2000).

A cada ano, pelo menos 80 milhões de mulheres, em todo o mundo, experimentam a situação de ter uma gravidez não planejada, número que vem crescendo nas últimas décadas. A ocorrência desse fenômeno é responsável por um risco adicional no número de abortos e, além do episódio em si, aumenta o risco de morbidade e mortalidade ligadas ao aborto. Essa situação é bastante relevante na América do Sul, em que o número de procedimentos abortivos clandestinos está próximo dos quatro milhões por ano (LANGER, 2002).

A gravidez não planejada se for também indesejada, pode se revelar em um grave problema para a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens brasileiras, como atesta o número de atendimentos decorrentes de aborto no SUS, bem como os índices de óbitos maternos juvenis (BRASIL, 2006).

Gravidez não planejada é toda a gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. Pode ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável. Ambas são responsáveis por uma série de agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal. A sua ocorrência tem impacto importante na oferta de cuidados de pré-natal, na orientação sobre aleitamento materno, no estado nutricional infantil e nas taxas de morbimortalidade materno-infantil. Embora pouco estudada, a gravidez não planejada representa risco aumentado de ansiedade e de depressão, sobretudo no período puerperal (GIPSON; KOENIG; HINDIN, 2008).

Mesmo em países desenvolvidos, é elevado o índice de gravidez não planejada, conforme se observa no estudo realizado nos Estados Unidos, o qual apresentou que 56% das gestações não são planejadas naquele país, sendo, portanto, um tema importante a ser pesquisado (KAUFMANN¹; MORRIS; SPITZ, 2011).

Um filho na vida do casal pode ter vários significados, desde um projeto de vida, uma realização, uma autoafirmação, como também poderá significar um transtorno, um rival, uma ameaça à liberdade e, neste caso, sentimentos de dúvidas, inseguranças e raiva podem se misturar o tempo todo (ÁVILA, 1999).

A relação que o parceiro tem com a mulher e com a gravidez contribui para sua aceitação ou rejeição e influencia na forma que a mulher irá vivenciar as mudanças desse período. Sendo assim, a atitude do parceiro quanto à sua participação nesse processo contribuirá para atenuar ou intensificar sentimentos de abandono. A interação por parte dos

familiares é de fundamental importância na medida em que cada membro sofre transformação sobre o impacto da gravidez (DESSEN; BRAZ, 2000).

Em uma análise sobre a exposição de mulheres jovens à atividade sexual, foram demonstrados que essas apresentam baixos índices de utilização de métodos contraceptivos. Essa pesquisa comparou a utilização dos métodos contraceptivos em oito países da América Latina, incluindo o Brasil (ALI; CLELAND, 2005). O resultado desta pesquisa nos faz refletir sobre a importância de estudos nesta área, uma vez que apenas 50% das mulheres jovens brasileiras, sexualmente ativas, usavam métodos contraceptivos.

Tal fato ainda não foi suficientemente explorado e se desconhece a verdadeira influência do pai no fenômeno da gravidez não planejada (ESPÍRITO-SANTO; TAVARES-NETO, 2004).

A transição para a parentalidade descrita por Pittman (1994) pode ser considerada um fator altamente relevante. Segundo este autor, no passado, os casais tinham maior consciência da iminência de serem pais, uma vez que a gravidez ocorria logo após o casamento. Entretanto, em virtude do controle de natalidade e dos vínculos amorosos contemporâneos, em algumas localidades, muitos casais não associam o início da atividade sexual com a parentalidade. Dessa maneira, paradoxalmente, o nascimento dos filhos, que poderia ser planejado com mais cuidado, o planejamento consciente sobre o número e o momento de tê-los, foram relegados a um segundo plano.

A gravidez não planejada parece ser um dos principais determinantes do início tardio na assistência pré-natal. Em uma pesquisa que avaliou o acompanhamento do pré-natal, com 409 mulheres, observou-se que 22% das mulheres com uma gravidez não planejada acompanharam o pré-natal inadequadamente, proporção superior aos 12% entre as mulheres que relataram gestação planejada (DELGADO et al, 1997).

O controle pré-natal, segundo recomendações de organismos oficiais de saúde, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, e deve ser observado um número mínimo de consultas (GRANDI; SARASQUETA, 1997). Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que se inicia o pré-natal e do número de consultas realizadas. Este número varia de acordo com a idade gestacional que iniciou o pré-natal, bem como as intercorrências ocorridas durante a gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988; SANCOVSKI, 1994).

O Ministério da Saúde brasileiro recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, com início precoce, até

o quarto mês de gestação, e o intervalo entre duas consultas não deve ultrapassar oito semanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

O cuidado pré-natal é necessário à saúde da mulher e da criança e para obtenção de resultados adequados; está associado com a redução da morbimortalidade materna e infantil (BALCAZAR; HARTNER, 1993).

As mulheres que têm gestações não planejadas possuem menos oportunidades de participar de pré-natal precocemente, de modo que se dificulta a adoção de práticas seguras, como consumo de ácido fólico e redução do tabagismo (BARRET; SMITH; WELLINGS, 2004).

Estudos que relacionaram gravidez não planejada a alguns comportamentos maternos antes, durante e após a gestação, apresentaram que, em comparação com as mulheres que planejaram a gravidez, mães em situações de gravidez não planejada mostravam-se mais propensas a tomar menos ácido fólico do que o recomendado fumar durante a gestação, relatar depressão pós-parto e a iniciar a assistência pré-natal depois do primeiro trimestre (MEZZOMO, 2007; HOGA, 2007; CHENG et al., 2009).

Faz-se importante destacar que, uma gravidez “não planejada”, em geral, pode trazer, principalmente, sentimentos de rejeição. A reação inicial não se cristaliza para sempre, conforme se observa na fala de Maldonado (1988): “... *uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar a uma atitude predominante de aceitação e vice-versa.*” O que comumente ocorre, segundo Valente (1989), é que a gravidez não planejada passa a ser encarada de maneira passiva, por meio do discurso estereotipado: “*já que estou, vai continuar*”.

Acredita-se que seja necessária a busca por novas estratégias que abordem a singularidade das mulheres/família em relação às gravidezes não planejadas, levando-se em consideração os valores, os aspectos culturais, religiosos e socioeconômicos.

Diante de uma gestação não planejada, a mulher tende a vivenciar conflitos diversos na relação familiar, uma vez que está permeada por um mundo cultural que impõe padrões culturalmente aceitos e que nem sempre são vivenciados como foram transmitidos pelos seus predecessores e contemporâneos.

Há poucos estudos a respeito da ocorrência de gravidez não planejada no Brasil. Uma busca bibliográfica na base de dados LILACS, realizada em Janeiro de 2012, pela pesquisadora, com o uso do descritor: “gravidez não planejada”, (definido pela Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) como “Gravidez acidental, não intencional, incluindo a gravidez resultante de fracassos de medidas anticoncepcionais”) revelou 60 trabalhos. Porém, a maioria dos estudos referia-se às doenças sexualmente transmissíveis, à sexualidade, ao aborto, aos

métodos contraceptivos, à gravidez na adolescência, à paternidade na adolescência e à gravidez relacionada aos aspectos psicológicos. Evidenciando a escassez de pesquisas que utilizam como objeto de estudo, o planejamento da gravidez.

Buscou-se, portanto, desenvolver o estudo por meio de uma pesquisa qualitativa, utilizando como substrato depoimentos das gestantes, obtidos em entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente, com o intuito de compreender como as gestantes vivenciam/experienciam uma gravidez não planejada. Para a proposta, optou-se por uma questão norteadora que embasará nosso estudo: Conte-me como tem sido sua experiência em vivenciar esta gravidez (não planejada).

Entre as abordagens da pesquisa qualitativa, o Discurso do Sujeito Coletivo mostrou-se mais pertinente, por ser uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto. Segundo Lefèvre (2005, p.15), metodologicamente, o discurso do sujeito coletivo “é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, etc.”. Para a construção desse discurso são utilizadas como figuras metodológicas as expressões-chave e as ideias centrais.

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 Gravidez Não Planejada

Muitas vezes, o desejo inconsciente de engravidar se articula com uma escolha consciente, e o desejo da gravidez pode acontecer, o que ocasionaria uma gravidez inconscientemente desejada, resultando conscientemente na Gravidez Não Planejada (GNP) (DUARTE 2006). Para entender melhor esta situação optamos em descrever a definição de GNP e gravidez indesejada.

A GNP é definida como a gravidez inoportuna e gravidez indesejada é definida como engravidar acidentalmente em qualquer tempo. (BARRET e WELLINGS, 2002; OZKAN, 2010; BRITTO, 1997; KRAMER, 2007).

A GNP pode ser considerada a gravidez que foi um acidente ou um erro, uma gravidez que aconteceu no tempo errado e que não foi programada para determinado momento da vida, a que não foi pensada com antecedência, a que se engravidou sem querer ou a que ocorreu devido à falha da contracepção ou não utilização do método contraceptivo. (BARRET; SMITH; WELLINGS, 2002).

Os termos "gravidez planejada" e "gravidez não planejada" são comumente utilizados na política, serviços e pesquisas em saúde, como descritores de intenção de gravidez (BARRET; SMITH; WELLINGS, 2002). Tentativas para a mensuração dessa intenção têm sido numerosas, variando de estudos em que o conceito é assumido por ser auto evidente, para aqueles cujas estratégias sofisticadas de mensuração tem sido mais usadas. (JURICH, 1984; MORIN et.al. 2003)

Gravidezes não planejadas parecem estar a aumentar entre as mulheres solteiras e casadas (DIETZ et al,1999; ROSENFELD & EVERETT, 1996; ZOTTI e SIEGEL, 1995) e tem sido identificada como uma importante área de pesquisa (BROWN & EISENBERG, 1995; LEATHERS & KELLEY, 2000).

No estudo de Barret e Wellings (2002) que analisa a compreensão das mulheres acerca do termo gravidez não planejada, consideraram que algumas mulheres sugeriram que era possível planejar uma gravidez sem um parceiro, mas era visto como incomum. Outras afirmaram que uma gravidez não planejada podia ser causada por uma falha de um método contraceptivo e algumas disseram que poderia a gravidez não planejada incluir a não utilização de contracepção,

no entanto, uma minoria de mulheres aceitou que a não utilização de um método contraceptivo poderia ser um critério válido para definir uma gravidez não planejada.

De acordo com o estudo descrito acima, as mulheres são mais propensas a dizer que uma gravidez "planejada" era aquela onde a mulher e seu parceiro haviam discutido e acordado, de antemão, sobre uma decisão consciente para engravidar, e /ou aquela onde houvesse uma decisão a longo prazo considerando a forma de como um bebê se encaixaria na vida da mulher / casal (BARRET; SMITH; WELLINGS,2002).

Estudiosos têm advertido que a ocorrência de gestações *não planejadas, não desejadas* ou *não intencionais* não tem diminuído ao longo do tempo, mesmo considerando o aumento da escolaridade da mulher e as mudanças nas relações sociais, relacionais ou de trabalho, além da melhoria das tecnologias contraceptivas e da ampliação do acesso aos métodos contraceptivos (PITTMAN & PONZETTI 2003).

Nos Estados Unidos, um estudo realizado cujos propósitos eram analisar dados do inquérito da Pesquisa Nacional de Crescimento Familiar e da pesquisa a respeito das tendências do aumento de gravidez não planejada, constatou-se que, entre 1995 e 2002, cresceu a proporção de nascimentos por gravidez não planejada. Em mulheres com menos de 25 anos de idade, a ocorrência de gravidez não planejada aumentou de 10,4% em 1995 para 18,6% em 2002, e o número de nascimentos não desejados por 1.000 mulheres com idades entre 15-24 anos aumentou de 25 para 48 (KISSIN et. al, 2008).

De acordo com dados da Pesquisa de Saúde da População, na Turquia, em 2003, as gravidezes não planejadas representaram 34% de todas as gravidezes que resultaram no nascimento, nos últimos cinco anos (UNALAN e YAVUZ, 2004).

Em um estudo realizado na Turquia sobre os efeitos da gravidez não planejada na saúde neonatal, que teve como objetivo investigar os efeitos da gravidez não planejada na saúde neonatal constatou que as mulheres com uma gravidez não planejada podem não receber cuidados pré-natal suficiente, podem fumar muito, tomar bebidas alcoólicas e ter uma alimentação insuficiente e desequilibrada e vitaminas insuficientes. Por esta razão, os riscos de complicações obstétricas, que afetam a morbi mortalidade materna e neonatal, aumentam. (CROSBY et. al, 2003 ; SHAPIRO et. al, 2004 ; OSKAN et. al, 2010 ; ROBBINS et. al, 2001).

A gravidez não planejada tem efeitos negativos sobre as crianças, os pais e toda a sociedade e tem dimensões física, emocional e financeira. (BARRET; SMITH; WELLINGS 2002; WHO 2005).

A intenção e o planejamento da gravidez incluem fatores emocionais, cognitivos e culturais (SANTELLI et. al, 2003). Embora esses fatores subjacentes à ocorrência de

gestações não planejadas são complexos, a compreensão desses fatores em diferentes culturas pode melhorar o conhecimento da prevenção da gravidez não planejada das mulheres (JOURNAL OF CLINICAL NURSING, 2009).

Vários estudos sugerem que as mulheres deveriam ter a maior responsabilidade das consequências de uma gravidez não planejada (BOBROVA et. al., 2005; WANG et. al., 2008).

A GNP também está associada a um risco aumentado de ansiedade da mãe durante a gravidez e após o nascimento (GIPSON et. al., 2008).

Segundo Rosenfeld e Everett (1996), a GNP pode estar associada com estresse psicossocial, depressão pós-parto, e futuras gestações não planejadas, podendo ocorrer também o risco de dificuldades com a contracepção. Existe também a hipótese de um ponto de vista minoritário de que uma gravidez "não planejada" poderia incluir algum grau de desejo de engravidar, ou seja, a mulher no seu subconsciente apresentou um dia o desejo de engravidar.

A gravidez é vida, saúde, nascimento e, é claro que para muitas mulheres, pode representar mais perdas do que ganhos, pois, de acordo com o exposto acima, sobre o conceito de Gravidez Não Planejada, também foram apontadas as incidências e implicações desta gravidez. O que podemos notar é que há estudos em muitas partes do mundo sobre a GNP, porém é um tema escasso na literatura, principalmente a brasileira.

As implicações desta gravidez são preocupantes, pois acarreta mudanças tanto positivas quanto negativas, à vida da mulher, bebê, companheiro e família. É preciso salientar o impacto que esta gravidez não planejada exerce sobre o bem-estar pessoal, familiar e socioeconômico de mulheres e homens.

Sendo assim, é de grande importância a pesquisa sobre GNP, pois é um tema que apesar de tecnologias atuais, é escasso, e que vem aumentando a cada dia, sendo notáveis as implicações acarretadas por este tipo de gravidez, portanto, no item a seguir são descritas as consequências acarretadas por esta gravidez não planejada.

2.2 Gravidez Não Planejada - Incidência e Implicações

A Gravidez Não Planejada é um importante problema de saúde pública, pois o índice mundial desse tipo de gravidez é alto e a gravidez não planejada aumenta a morbi mortalidade materna e neonatal (INSTITUT PUBLIC SECTOR MANLIK, 2006).

No mundo contemporâneo, observa-se maior enfoque nas medidas de mensuração da gravidez não planejada como parâmetro que possa ser utilizado para futuras políticas e programas de saúde (KLERMAN, 2000).

Em um estudo realizado em oito prestadores de serviços de saúde no Reino Unido, teve como objetivo desenvolver uma medida de mensuração da gravidez não planejada, que fosse válida, confiável e adequada no contexto das tendências demográficas atuais. O estudo gerou novas estimativas de gravidez não planejada na Grã-Bretanha desde 1991, e a medida de mensuração da gravidez não planejada foi altamente aceitável para as mulheres do estudo (BARRET; SMITH; WELLINGS, 2004).

Como a maioria das questões utilizadas atualmente para avaliar a gravidez não planejada foram desenvolvidas há várias décadas; antes de o aborto legal ser disponível e quando a principal preocupação era com o excesso de fertilidade nas relações conjugais, não é surpreendente que essas questões estão se tornando mais atuais (LUKER, 1999).

Além disso, como os avanços terapêuticos têm aumentado efetivamente o limite máximo de idade para a gravidez e como as oportunidades de emprego aumentaram para as mulheres, o contexto social da maternidade mudou (HARRIS et. al., 1999; CARTWRIGHT, 1970; BONE, 1973; TRUSSELL et. al., 1999).

Segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a ocorrência de casos de gravidez não planejada tem aumentado no mundo todo (OPAS 2009).

Mundialmente, estima-se que, a cada ano, ocorrem aproximadamente 87 milhões de Gravidezes Não Planejadas (GNPs) e que 41 milhões dessas gravidezes resultam em trabalho de parto. (WHO, 2005).

A Gravidez Não Planejada tem sido um problema de saúde reprodutiva de tremenda significância global (KLIMA, 1998; LO, 2002). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que cerca de 200.000 mulheres morrem anualmente como consequência direta da interrupção desta gravidez (MOOS, 2003).

As estimativas indicam que, nos países em desenvolvimento, entre os quais se incluem os da América Latina e Caribe, 36% das gestações anuais ocorridas não foram planejadas e 20% delas terminam em aborto, o que de fato revela o quanto elas eram indesejadas. Estudos similares são relatados na Nova Zelândia e Inglaterra. As maiores taxas de gravidez não planejada (49%) e de aborto (36%) acontecem nos países desenvolvidos, não obstante eles englobem apenas 28 milhões de mulheres grávidas por ano, enquanto nos países em desenvolvimento há aproximadamente 182 milhões de gestações anuais (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999).

Quase a metade das gestações nos Estados Unidos a cada ano são não planejadas, sendo não desejadas ou inoportunas (FINER & HENSHAW, 2006; SANTELLI et. al., 2003). A pesquisa indica que a gravidez não planejada (GNP) é um fator de risco para uma série de problemas maternos e neonatais, sendo que 42% das gravidezes não planejadas terminam em aborto e 14% na perda fetal e apenas 44% terminam no parto. (FINER & HENSHAW, 2006). Estudos descobriram uma associação entre GNP e depressão e sintomas depressivos durante e após a gravidez, incluindo a depressão pós-parto (ORR & MILLER 1997; INSTITUTE OF MEDICINE, 1995).

Segundo o Pregnancy Risk Assessment Monitoring (PRAMS) realizado pelo Center for Disease Control and Prevention, em 2006, a gravidez não planejada aumentou de 33,4% para 59,5% em 24 estados nos EUA (BECK et. al., 2003).

Na Turquia estima-se que exista cerca de 1.286.796 nascimentos cada ano, sendo que destes, 34% resultam de uma gravidez não planejada, 14% resultam de uma gravidez inoportuna e 20% resultam de uma gravidez indesejada (UNALAN & YAVUZ, 2004; TEZCAN, 2008).

As taxas de fertilidade no Brasil vêm diminuindo desde a década de 1970 como um resultado da ruptura dos padrões tradicionais de reprodução (VIEIRA, 2003). O Censo Demográfico Brasileiro de 2000, mostrou que a taxa de fecundidade total foi de 2,44 (BRASIL, 2000).

Desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, (PAISM) em 1984, o Estado reconhece o direito das mulheres de dissociar prática sexual e procriação. Todavia, as dificuldades para exercitar os direitos sexuais e reprodutivos têm exposto as mulheres a uma série de situações que comprometem sua saúde, dentre elas, as consequências de uma gravidez não planejada (COELHO, 2011).

Na perspectiva dos direitos reprodutivos, a escolha de uma gravidez passa pelo plano da racionalidade, sendo resultado do exercício de autonomia e liberdade reprodutiva, de modo que consideramos como não planejada a gravidez resultante de um processo em que inexistiu a decisão consciente da mulher ou do casal para sua ocorrência (COELHO, 2011).

De acordo com o estudo de Hoga (2007) realizado no Brasil, em uma comunidade de baixa renda na cidade de São Paulo, que teve como objetivo obter dados de mulheres que viveram a experiência da gravidez não planejada, demonstrou que as mulheres pobres e com baixa escolaridade são mais propensas a ter gestações não planejadas. Das mulheres com idade entre 15 e 24 anos de idade, 40,7% disseram que a sua mais recente gravidez não foi

planejada e que houve um forte impacto relacionado às dimensões físicas, emocionais, sócio-econômicas e familiares.

Conforme a PNDS - 2006, dos nascimentos ocorridos nos primeiros 5 anos da década atual, 45,8% não foram planejados para aquele momento, havendo maiores dificuldades em planejar a fecundidade entre mulheres com menor escolaridade, negras e residentes em regiões menos favorecidas do Brasil.

Na verdade, quando as mulheres com gravidez não planejada não recebem a atenção adequada durante a gravidez, a possibilidade de complicações obstétricas que causam mortes maternas e infantis é maior (DUNKLEY, 2000; CROSBY et. al., 2003; SHAPIRO-MENDOZA et. al., 2004).

As mulheres com gravidez não planejada e seus cônjuges ou parceiros enfrentam mais problemas quando nascem seus bebês. Na verdade, os pais podem não ter desejado esta gravidez, as mães têm sentimentos negativos, a interação mãe-bebê e a amamentação são afetadas e os pais podem não desempenhar um papel ativo no cuidado da criança. Acresce-se a isto que o apego ideal no período infantil precoce tem sido relatado como parte integrante do crescimento e desenvolvimento das crianças nas fases posteriores da vida (ALHUSEN 2008; HALL et. al., 2004).

Além disto, na gravidez não planejada, as mulheres também têm uma má relação com seus cônjuges, e estão expostas à violência física com mais frequência do que as mulheres com gravidez planejada. Elas e seus esposos também apresentam experiências mais frequentes de problemas financeiros e dificuldades nos estudos e planos de carreira (COLEMAN et. al., 2005; ROBBINS et. al., 2005).

Tem sido relatado que, em comparação com as mulheres com gravidez planejada, uma alta taxa de mulheres com gravidez não planejada tem mais problemas relacionados com a gravidez (SIRIN, 2005), a depressão na gravidez (KARACAM, 2009) no período pós-natal (ERGIN et. al., 2005; KITIS, 2005; ROBBINS et. al., 2005) e o uso de substâncias nocivas para seus filhos (OLDS et. al., 2000; ARSLAN, 2005).

Gravidez não planejada também está associada a um risco aumentado de ansiedade da mãe durante a gravidez e após o nascimento. (GIPSON, 2008). A gravidez não planejada leva a sérios custos econômicos significativos, graves problemas psicológicos e sociais, tais como abandonar uma criança para adoção, ou criar um filho sem apoios financeiro, físico e emocional necessários. (KLIMA, 1998).

Além disso, os altos níveis de angústia e ansiedade foram encontrados entre as mulheres submetidas à interrupção da gravidez por qualquer motivo (MARSHALL, 1994).

Matteson et al. (2006) relataram que, embora as opções de contracepção estejam amplamente disponíveis nos Estados Unidos, 47% das mulheres com um relatório de uma gravidez não planejada não utilizavam método contraceptivo no mês em que ficaram grávidas. Uma pesquisa com 3000 mães, realizada pelo evriwoman.co.uk, informou que quatro em cada dez gestações no Reino Unido é não planejada (BBC News, 2004).

Como era esperado, e de acordo com os achados anteriores (CARTWRIGHT, 1988; ORR & MILLER, 1997), as mulheres que enfrentam uma gravidez não planejada são mais deprimidas, porque a depressão é uma variável menos estável do que a personalidade. É impossível saber se o nível mais elevado de depressão é devido ao carácter da gravidez não planejada ou se as mulheres mais deprimidas são mais propensas a experimentar uma gravidez não planejada.

Algumas semanas antes de nascer o bebê, as mulheres que experimentam uma gravidez não planejada são mais deprimidas do que aquelas que experimentam uma gravidez planejada. Se as mulheres que têm uma gravidez não planejada estavam mais deprimidas antes de ficar grávida, a gravidez não melhora o seu estado. Considerando que a depressão da mulher resulta em impacto sobre os cuidados pós-natal prestado ao bebê, deve ser dada atenção especial às mulheres que experimentam uma gravidez não planejada (BOUCHARD, 2005).

As mulheres com gravidezes não planejadas também percebem suas vidas como sendo mais estressante do que as mulheres que planejaram a gravidez. Estes resultados são particularmente importantes, considerando a convergência impressionante de evidências que revelam que o estresse durante a gravidez é prejudicial (STANTON; LOBEL; DELUCA, 2002).

Por exemplo, altos níveis de estresse durante a gravidez podem aumentar a probabilidade de resultados adversos do parto, como baixo peso do bebe ao nascer, parto prematuro, bem como complicações no parto (STANTON; LOBEL; DELUCA, 2002). Os resultados negativos de gestações não planejadas, tais como baixo peso ao nascer, não só poderia ser devido ao pré-natal inadequado (por exemplo, a partir de pré-natal mais tarde. DELGADO et. al., 1997), mas também ao fato de que, por si só, a gravidez toda foi mais estressante para as mulheres.

Gravidez não planejada e abortos posteriores podem ter consequências negativas para a saúde das mulheres e estão associados com o aumento dos custos médicos, custos sociais e financeiros para a sociedade (TRUSSELL; VAUGHAN; STANFORD, 2009).

Cerca de metade das mais de seis milhões de gravidezes que ocorrem a cada ano nos Estados Unidos não são planejadas, e a metade delas é terminada em aborto (MARTINO et. al., 2006).

O aborto considerado uma das quatro causas de morte materna evitável no Brasil (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; TANAKA, 1998) ocorre principalmente por ocorrer uma gravidez não planejada.

A ocorrência da gravidez não planejada é responsável por um risco adicional no número de abortamentos e, além do episódio em si, aumenta o risco de morbidade e mortalidade ligadas ao aborto. Essa situação é bastante evidente na América do Sul, em que o número de procedimentos abortivos clandestinos está próximo dos quatro milhões por ano, e a taxa de aborto induzido é mais do que 30/100 gestações e quase todos são ilegalmente realizada, com sérios riscos para a vida das mulheres (LANGER, 2002).

Os abortos induzidos aumentam as taxas de mortalidade materna, que é mais de 100/100.000 em metade dos países da América do Sul (ROCHA; ANDALAF, 2003).

No Brasil, grande número de gravidezes não planejadas tem como desfecho o aborto, constituindo fator importante de morbidade e mortalidade materna, e é a principal causa isolada de mortalidade materna em varias regiões do país. Essas mortes atingem, sobretudo, mulheres jovens, pobres e com maior dificuldade de acesso a serviços de saúde devido a questões sociais e econômicas (COSTA, 2007).

Estas gestações não planejadas que resultam em aborto têm um custo financeiro para o sistema de saúde e / ou para a própria mulher, bem como um custo pessoal/ emocional e risco físico (ainda que pequeno com o aborto legal) para a mulher. Além disso, as mulheres que têm gravidezes não planejadas, que continuam a gestação têm menos oportunidades de se beneficiar de cuidados pré-natais pré-conceitual e no início (cuidados e orientações pré-natal) (FERGUSON, 1983; BAYDAR, 1995).

A gravidez não planejada interfere no preconceito e cuidados pré - natal como o uso de ácido fólico e deixar de fumar (DELGADO et. al., 1997; DELVAUX et. al., 2001; COLEMAN et. al., 2005; ROBBINS et. al., 2005).

Também tem sido relatada que a gravidez não planejada afeta as crianças, os pais e todos os membros da família, causando problemas físicos, emocionais e financeiros (DUNKLEY, 2000; BARRETT; SMITH; WELLINGS, 2002).

Pode-se sugerir que os bebês nascidos de mulheres com gravidez não planejada precisam de cuidados especiais, pois são mais propensos a ter um baixo peso ao nascer e mortalidade elevada nos primeiros anos de vida, serem expostos à violência e privados do

acesso à saúde, eles podem ter problemas de nutrição e as interações mãe-bebê podem ser menos intensas do que as de bebês nascidos de mulheres com gravidez planejada. A esses bebês deve ser dada prioridade nos cuidados e devem ser tomadas medidas para promover a saúde deles (CROSBY et. al., 2003; ROBBINS et. al., 2001; SAFONOVA, 1998; SANTELLI et. al., 2003).

Esses bebês que não recebem cuidados suficientes são mais propensos a desenvolver infecções e adoecem com mais frequência. Todos os fatores acima mencionados têm efeitos negativos sobre o crescimento e desenvolvimento no período perinatal e na infância. Na verdade, o atraso de crescimento tem um impacto negativo sobre as funções de desenvolvimento cognitivas e neuromotoras das crianças, o que diminui o desempenho profissional e acadêmico na juventude. (CROSBY et. al., 2003 ; SHAPIRO, 2004 ; GOTO et. al., 2006 ; GRUSSU et. al., 2005).

No estudo realizado na Turquia sobre os efeitos da gravidez não planejada na saúde neonatal, que teve como objetivo investigar os efeitos da gravidez não planejada na saúde neonatal constatou que os pais com sentimentos negativos em relação a uma gravidez não planejada e não desejada, não podem fornecer às crianças uma nutrição adequada e equilibrada e não atendendo às necessidades de saúde das crianças (CROSBY et. al., 2003; ROBBINS et. al., 2001; SAFONOVA, 1998; SANTELLI et. al., 2003).

De acordo com o estudo de Bouchard (2005), o qual analisou os fatores demográficos, individuais e relacionais que diferenciam casais adultos que enfrentam uma gravidez não planejada levada a termo a partir de pessoas que enfrentam uma gravidez planejada, os homens que se deparam com uma gravidez não planejada não estavam mais deprimidos do que os outros pais cuja gravidez foi planejada e não percebem suas vidas como sendo mais estressante. Pelo menos duas hipóteses foram levantadas para explicar essas diferenças de gênero, pois as mulheres que enfrentaram uma gravidez não planejada encontravam-se deprimidas. Por um lado, pode ser devido à gravidez, que, sobretudo quando não é planejada, tem mais efeitos físicos e psicológicos sobre as mulheres do que sobre seus parceiros. Por outro lado, a partir de uma abordagem sistêmica, pode-se supor que os homens enfrentam um nascimento não planejado e tentam contrabalancear o humor depressivo de suas parceiras. Eles também apresentam as dificuldades relacionadas à contracepção, devido à interferência no uso ou não do método contraceptivo.

Neste mesmo estudo de Bouchard (2005) descrito acima, os resultados mostraram que os fatores de risco demográficos de nascimentos não planejados foram idade, escolaridade, renda anual, a duração do relacionamento e estado civil. Além disso, os altos níveis de

angústia e ansiedade, além de baixos níveis de satisfação, foram fatores individuais associados a gravidezes não planejadas entre gestantes. Os resultados sugerem claramente que o ambiente psicossocial de casais com gravidez não planejada é problemático.

É difícil descartar a hipótese de que níveis mais elevados de sintomas depressivos tornam as mulheres mais vulneráveis a uma gravidez não planejada, por exemplo, esquecendo a sua contracepção ou evitando o cuidado em pensar em seus objetivos de vida. Essa direção da causalidade seria apoiada pelos numerosos estudos que documentam os déficits cognitivos associados à depressão. Por outro lado, pode-se argumentar que a gravidez não planejada teria provocado os sintomas depressivos, por exemplo, comprometendo, pelo menos a curto prazo, alguns dos objetivos destas mulheres (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

Em resumo, uma combinação de fatores demográficos, individuais e relacionais está associada com gravidezes não planejadas entre os pais de primeira viagem. Embora alguns estudos tenham mostrado que muitos casais aceitam a gravidez, quando ocorrem, mesmo que ela não fosse prevista (CARTWRIGHT, 1988; WILLIAMS et. al., 2001), os resultados dos presentes estudos indicam claramente que o ambiente psicossocial de casais com gravidez não planejada é problemático (ORR & MILLER, 1997). Por exemplo, pesquisas anteriores demonstraram que altos níveis percebidos de neurose, estresse, ou ansiedade ambivalente estão associados com problemas pessoais ou conjugais (BOUCHARD; LUSSIER; SABOURIN, 1999; COHEN et. al., 1983; LAPOINTE et. al., 1994). Como mostra o estudo, todas essas condições estão associadas com gravidez não planejada.

Conclui-se que a experiência de uma gravidez não planejada significa "incerteza para o futuro". As mulheres sofrem instabilidade relacionada ao social, familiar e aspectos sócio-econômicos. Elas temem a reação do marido/companheiro durante a notícia da gravidez, porque, culturalmente, a prática contraceptiva é considerada responsabilidade da mulher (HOGA, 2004).

No Brasil, vivemos em um tempo "sexualmente ativo" protegido por anticoncepção de apenas 50% e destes, pode-se esperar que a minoria faz o uso correto do método em uso. O acesso à anticoncepção, direito garantido constitucionalmente, não é amplamente atendido. Existem problemas na produção, controle de qualidade, aquisição, logística de distribuição dos insumos e manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais. O resultado é uma atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades (ALI; CLELAND, 2005).

De acordo com os estudos acima nos quais se menciona sobre os métodos contraceptivos, no item abaixo discutiremos as questões relacionadas a gravidez não planejada e a ocorrência do uso destes métodos contraceptivos.

2.3 Gravidez Não Planejada e Métodos Contraceptivos

A não utilização de contraceptivos ou a falha do método contraceptivo foram as causas mais comuns identificados entre as mulheres jovens em risco de gravidez não planejada (CHENG et. al., 1.997; SUM, 2002). Apesar do conhecimento na contracepção ter emergido como um fator importante no uso de contraceptivos, vários estudos que exploraram o impacto do aconselhamento contraceptivo que visa aumentar o conhecimento, demonstraram resultados inconsistentes e inconclusivos (BOYLE, 1997; LEVINSON et. al., 1998; SOMA, 2002; JOHNSON et. al., 2003; BBC NEWS, 2004).

Segundo Goto et. al., (2002) e Wang et. al., (2003) razões para a ocorrência de uma gravidez não planejada não faltam, dentre elas, estão incluídas, a falta de fornecimento de contraceptivos, a falta de conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, a oposição dos outros significativos e pouca percepção do risco de gravidez.

A Gravidez Não Planejada pode decorrer também, da falta de informações sobre os métodos contraceptivos, do uso inadequado deles, da descontinuidade na oferta do contraceptivo pelo serviço, da oferta limitada na variedade dos métodos e dos efeitos colaterais adversos que levam ao abandono e ao limite de eficácia (FERRAND, 2007).

Embora a tecnologia contraceptiva tenha sido desenvolvida para as mulheres prevenirem as gravidezes não planejadas, estas são uma ocorrência comum na vida delas. Pelo menos metade de todas as mulheres nos EUA irá experimentar uma gravidez não planejada pela idade até os 45 anos (JONES et. al., 2006).

A maioria das evidências sobre a avaliação da gravidez não planejada como um fator determinante no uso pré-natal vem dos Estados Unidos. As mulheres que utilizaram os serviços de planejamento familiar eram significativamente mais propensas a receber um pré-natal adequado e de início mais precoce do que aquelas que não tinham usado tais serviços (MELNIKOW, 1993; JAMIESON; BUESCHER, 1992).

Uma pesquisa em Hong Kong realizada no ano de 2007 que estudou a auto eficácia e o conhecimento dos métodos contraceptivos das mulheres chinesas, referiu que o conhecimento

das chinesas tinha melhorado em comparação com estudos anteriores (FPAHK, 2007) e mais de 90% dessas entrevistadas na pesquisa demonstraram conhecimento adequado sobre contracepção e sabiam onde conseguir estes contraceptivos.

Nesta mesma pesquisa descrita acima, em Hong Kong, cerca de 30 centros de saúde materno-infantil e sete clínicas da Associação de Planejamento Familiar de Hong Kong (FPAHK) fornecem consultas sobre contraceptivos e serviços de saúde de check-up para o público em geral. Os principais métodos contraceptivos relatados pelo público jovem feminino em Hong Kong foram preservativo masculino (48%), pílula oral (29%), dispositivo intra-uterino (DIU) (15%) e injeção de contracepção (6%), respectivamente (FPAHK, 2007). Apesar da eficácia semelhante destes métodos contraceptivos, comparados aos de outros países, um número considerável de gravidezes em Hong Kong não é planejado (SUM, 2002).

De acordo com o levantamento da Associação de Planejamento Familiar de Hong Kong (2007), os preservativos eram os métodos mais populares de contracepção para as mulheres do país. A taxa de prevalência da utilização do preservativo foi de 63% em 2007, sendo mais elevada do que nas mulheres americanas.

Em um estudo realizado na Turquia no ano de 2007 sobre os efeitos da gravidez não planejada na saúde neonatal, que teve como objetivo investigar os efeitos da gravidez não planejada na saúde neonatal e o Estudo em Saúde em 2008 deste país revelou a razão para a elevada taxa de gravidez não planejada, apesar de 67,2% das mulheres de 15-49 anos, não quererem dar à luz mais, apenas 46% delas usam modernos métodos contraceptivos (TEZCAN, 2008). Também foi relatado que as mulheres e seus cônjuges não usam contraceptivos porque são contra o uso deles, não têm informação sobre os contraceptivos, acreditam que eles são caros e prejudiciais à sua saúde delas. (UNALAN et. al., 2004)

O estudo de Ip et al. (2008), que pesquisou sobre a auto eficácia e o conhecimento dos métodos contraceptivos das mulheres com gravidezes não planejadas, sugeriu que as mulheres mais jovens, solteiras, no grupo de menor renda, que adotaram preservativos masculinos estão em risco de gravidez não planejada. A amostra demonstrou um nível de conhecimento e auto eficácia acima da média na contracepção. No entanto, não foi encontrada nenhuma relação significativa entre auto eficácia e conhecimento contraceptivo.

Neste mesmo estudo de Ip et al. (2008), apenas 17% dos participantes nunca usaram um método contraceptivo durante o momento da concepção, reforçando a noção de que o uso de anticoncepcionais não é o único fator a causar gravidez não planejada e, portanto, apenas a avaliação dos métodos de contracepção não pode ser suficiente para explorar os fatores de risco de uma gravidez não planejada. Há uma necessidade de olhar para a consistência do uso

de contraceptivos também. O método contraceptivo preferível para as mulheres difere por país, dependendo da acessibilidade, valores econômicos e culturais.

Ainda no estudo de Ip et al. (2008), 79,5% de mulheres usaram preservativos como contracepção. Os autores concluíram que as mulheres de Hong Kong que utilizavam preservativos são um grupo de risco para a gravidez não planejada, como mencionado anteriormente, o risco de gravidez não planejada pode ser devido ao uso incorreto dos métodos contraceptivos ao invés do uso ou não do preservativo.

O estudo de Kristen et al., (2006) que analisou o conhecimento e a adesão de mulheres jovens aos métodos contraceptivos, sugeriu que as mulheres jovens, solteiras, no grupo de menor renda, que adotou o coito como método contraceptivo dependente, estão em risco de uma gravidez não planejada. Nota-se que as participantes neste estudo eram sexualmente ativas, e que 50% delas tinham experimentado aborto anterior. As relações insignificantes encontradas entre auto eficácia do anticoncepcional e história da gravidez e aborto neste estudo podem fornecer um indício de que provavelmente, as mulheres não aprendem com a experiência anterior do aborto e nem com a falha do método contraceptivo delas.

Flammer (1995) apontou que as habilidades físicas, as competências psicológicas e as habilidades sociais que dependiam da idade e do estágio de desenvolvimento, permitiram às pessoas aumentar o número de domínios em que poderiam exercer auto eficácia. As mulheres jovens podem achar que é mais difícil negociar com sucesso o uso de preservativo com o companheiro ou cônjuge por causa da idade e provável da inexperiência de tal negociação. Além disso, o fato de as participantes solteiras demonstraram menor nível de auto eficácia do que as casadas podem indicar que as mulheres que tiveram relações sexuais em curso mais estáveis, com um parceiro, têm maior nível de confiança no controle de seu uso de anticoncepcionais.

O relatório de Associação de Planejamento Familiar de Hong Kong (FPAHK 1999) revelou que cerca de 52% das usuárias de contraceptivos obtiveram o anticoncepcional em locais de abastecimento de farmácias, lojas de conveniência e supermercados. Apesar do aumento e domínio de lojas de conveniência na oferta de anticoncepcionais, as lojas são, em grande parte, limitadas à venda de preservativo masculino. No entanto, o preservativo masculino, foi relatado pelas mulheres como a forma predominante de contracepção neste estudo, sugerindo que a utilização de preservativo masculino não era suficientemente eficaz para prevenir a gravidez não planejada.

A confiabilidade do preservativo masculino como uma prática segura de contracepção é questionável (VESSEY et. al., 1992).

Segundo Branden (1998), cerca de 3-12% das mulheres que engravidaram faziam apenas o uso do preservativo masculino para a contracepção. Isto é visto, em um estudo que relatou que menos de um quarto das mulheres que se submeteram a interrupções de gravidez já haviam utilizado preservativos corretamente em todas as ocasiões durante a relação sexual (CHENG et. al., 1997).

Ao explorar as razões para a falha do método contraceptivo de 1520 mulheres chinesas que procuram o aborto na China, Cheng et al. (1997), concluiu que os usuários de preservativos registraram o maior número de falha do método contraceptivo. As causas mais comuns de acidentes de preservativos incluíram pausas, deslizamentos, vazamentos e esquecimento ao uso do preservativo (CHENG et. al., 1997).

De acordo com a teoria da auto eficácia, o domínio sobre a decisão na tomada do desempenho sexual, habilidades de comunicação sexual, anticoncepcional e uso de contraceptivos devem ser integrados na intervenção sexual para as mulheres (VISSER; SMITH, 2001; EHRHARDT et. al., 2002). Além disso, Abdullah et. al., (2002) sugerem que intervenções futuras devem explorar e dissipar os mitos comuns sobre o preservativo, particularmente entre a população chinesa como “pedidos de utilização de preservativos representam desconfiança”, a “culpa pessoal,” os casais não devem usar preservativos “e desejabilidade social de não pedir ao marido o uso de preservativos”.

Vários estudos sugerem que as mulheres deveriam ter a maior responsabilidade das consequências de uma gravidez não planejada (BOBROVA et. al., 2005; WANG et. al., 2008).

Bobrova et al., (2005) relata que o uso do preservativo para o sexo feminino era a prevenção da gravidez. Além disso, o maior valor ao prazer sexual pode contribuir ainda mais para o sexo masculino resistir ao uso do preservativo (FLOOD, 2003; CROSBY et. al., 2005).

Dada a eficácia da maioria das opções de contraceptivos, é de grande preocupação que 23% de todas as gravidezes levadas a termo são gravidezes não planejadas (HENSHAW, 1998).

Além de reduzir o preparo das mulheres e casais para a parentalidade, as gravidezes não planejadas oferecem maior risco para os cuidados inadequados, a morbidade perinatal, pós-natal e problemas significativos (CARTWRIGHT, 1988; DELGADO; GOMEZ; BUENO; GALVEZ, 1997; ROSENFELD, 1996). Por exemplo, os estudos mostram que os bebês resultantes de gravidezes não planejadas são desfavorecidos tanto fisicamente quanto socialmente (CARTWRIGHT, 1988; CORKINDALE, 1997). Além disso, as mães relatam

que um nascimento indesejado também acarreta em maior propensão um problema psicológico (CARTWRIGHT, 1988; COUROS; KELLEY, 2000).

Watkins (1968) relata que a primeira visita pré-natal tardia foi associada com sentimentos negativos em relação à gravidez entre um grupo de mulheres negras de baixa renda. Polónia et. al., (1987), em um estudo de 111 mulheres (maioria negras), encontraram resultados semelhantes: a atitude negativa inicial sobre a gravidez foi associada significativamente com o uso inadequado do pré-natal. Sable et al. (1990) analisaram diversas variáveis relacionadas com gravidez não planejada (gravidez não planejada, sentimentos quando aprendizagem da gravidez, sentimentos sobre outros dizendo da gravidez, etc), entre 1.484 mulheres (metade negras).

A detecção precoce da gravidez está associada com um início precoce do pré-natal (GOLDENBERG, 1992).

A GNP é um dos principais preditores para o uso inadequado do pré-natal entre as mulheres grávidas. Pode-se estabelecer, com isso, uma ligação entre dois programas de cuidados de saúde: planejamento familiar e pré-natal durante a gravidez. Isso pode implicar que o aumento do conhecimento sobre planejamento familiar pode também melhorar o atendimento pré-natal. Dois outros relatórios descobriram que o uso de anticoncepcionais e o uso de serviços de planejamento familiar estão relacionados ao uso adequado do pré-natal (MELNIKOW, 1993; JAMIESON; BUESCHER, 1992).

Estudos realizados no sistema público de saúde brasileiro mostram que a variedade de métodos anticoncepcionais é limitada, com provisão irregular e distanciamento de outras demandas das mulheres, com contradição entre as proposições das políticas públicas de saúde e a prática desenvolvida nas instituições (MOURA et. al., 2007; BAHAMONDES, 2006).

Pesquisas também evidenciam que mulher de raça/cor parda e preta, de baixa escolaridade e baixa renda familiar, em função do restrito acesso à informação e aos contraceptivos e do baixo poder de negociação do uso de preservativo com o parceiro estão mais expostas a uma gestação não prevista (MATTOS, 2004; BRASIL, 2004).

Estudo conduzido na Região Nordeste do Brasil, no qual foi analisada a visão masculina sobre métodos contraceptivos, sugere que os homens têm grande influência na escolha do método contraceptivo usado pelo casal, e reconhecem que a responsabilidade da anticoncepção seja do casal. Tal fato ainda não foi suficientemente explorado e se desconhece a verdadeira influência do pai no fenômeno da gravidez não planejada (ESPÍRITO; TAVARES, 2004).

Com uma melhor compreensão da correlação dos conhecimentos, atitudes e auto eficácia na contracepção entre as mulheres com gravidez não planejada, os programas de intervenção em melhorar a saúde sexual das mulheres seriam capazes de melhorar a eficiência e a eficácia do aconselhamento contraceptivo e isto poderia reduzir as gravidezes não planejadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Identificar como as gestantes vivenciam/experenciam uma gravidez não planejada e as consequências dessas à vida familiar/conjugal.

3.2 Específicos

- Evidenciar, através do discurso das gestantes, a ocorrência da gravidez/gestação não planejada acerca dos aspectos psicossociais;
- Evidenciar, através do discurso das gestantes, a ocorrência da gravidez/gestação não planejada quanto aos conhecimentos relacionados aos métodos contraceptivos (planejamento familiar) e aos planos futuros (vida reprodutiva).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

A busca pela compreensão do processo vivenciado/experenciado de uma gravidez não planejada e a vivência das gestantes perante a “surpresa” da gravidez não planejada levou-nos a eleger a pesquisa como qualitativa.

Para buscar a vivência e a experiência de uma gravidez/gestação não planejada, o presente estudo teve como proposta metodológica, a caracterização na linha qualitativa, pois, segundo Minayo et. al., (2000), a abordagem qualitativa, aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, medias e estatísticas.

Ainda para Minayo (2000), essa abordagem *é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes ao ato*; e por possuir modo e instrumental próprios de abordagem da realidade, torna-se importante para a compreensão dos valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, as relações que se dão entre os atores sociais e também para avaliação das políticas públicas e sociais pelos usuários a quem se destina.

As pesquisas qualitativas desenvolvem-se numa situação natural, rica em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. Buscam na realidade, informações e dados que possam ser manipulados cientificamente, permitindo sua melhor compreensão. Os dados são, sobretudo, “construídos” e não apenas “colhidos”, pois esta abordagem parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o subjetivo, uma interdependência viva entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (BOGDAN; TAYLOR, 1984; LUDKE; ANDRÉ, 1986; CHIZZOTTI, 2003; DEMO, 2004).

Este estudo ocupa-se com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Daí, o tratamento do material gerado na pesquisa e sua interpretação conduzirem a uma busca da *lógica peculiar e interna* do grupo, analisada de maneira contextualizada, ou seja, a análise qualitativa não é uma mera classificação de opinião dos informantes, mas é, também, a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações (MINAYO, 2007).

Como base teórica metodológica para direcionar este estudo, obtivemos os dados através de entrevistas e posterior, para análise destas entrevistas, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC segundo Lefèvre e Teixeira (2000) é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal. É uma das principais figuras metodológicas, que busca tornar mais clara uma dada representação social, resgatando assim o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos e proporcionando uma maneira de fazer a coletividade “falar” diretamente, como se fosse apenas um emissor.

A opção pelo Discurso do Sujeito Coletivo se deu devido à crença de que através da análise do DSC seja possível visualizar as vivências e experiências das gestantes frente a uma gravidez não planejada e identificar as implicações desta gravidez na vida das gestantes.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Sertãozinho-SP, sua área geográfica é de 405 Km² população de 112.401 habitantes no ano de 2012, com estimativas do IBGE para 114.023 habitantes para ano 2013 (SEADE, 2013). Segundo o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal, Sertãozinho é a 7^a melhor cidade do país para morar (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERTÃOZINHO, 2012).

A cidade de Sertãozinho está situada na região nordeste do estado São Paulo, a 325 quilômetros da Capital do Estado e é uma das cidades mais importantes da região. Embora conte com um significativo parque industrial é conhecida principalmente em todo o Brasil por ser grande produtora de açúcar e álcool merecendo por isso, grande projeção.

Vislumbra um forte crescimento para os próximos anos em virtude do interesse nacional e internacional na produção de biocombustíveis tendo em vista suas condições climáticas e de solo ideais para o cultivo da cana-de-açúcar e sua vocação para a mecanização da produção agrícola e da agregação de valor ao produto. O Produto Interno Bruto (PIB) do município é estimado em R\$ 4.776,75 milhões e a renda per capita anual é de R\$ 29.863,00 (SEADE, 2013).

O município pertence à Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto- DRS XIII, integrante do Colegiado de Gestão Regional Horizonte Verde, juntamente com os municípios de Barrinha, Pontal, Pradópolis, Pitangueiras, Monte Alto, Dumont, Guariba e Jaboticabal.

O referido município possui 09 Unidades Básicas de Saúde, 08 unidades no município de Sertãozinho e uma no Distrito de Cruz das Posses, distribuídas equitativamente na extensão territorial, onde são realizados os atendimentos no nível de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os atendimentos realizados nas UBS incluem consultas nas áreas básicas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, embora algumas unidades também realizem Pronto atendimento e ou atendimento de Especialidades Médicas.

As instituições de saúde do município estudadas foram: UBS Plinio de Lima Rubião – Central, UBS Dr. Fauze Ali Mere – Shangri-lá (PACS), UBS Antônia Canhoto Spigolon – Alto do Ginásio, UBS Jose Joaquim Bonfim – Alvorada (PACS), UBS Olivia Mendes Mossim – Jamaica, UBS Jose Pereira de Carvalho – Cohab III, UBS Francisco Xavier de Carvalho – Cohab VIII e Centro de Saúde II “Aparecida Maria Germana Martins” .

As Unidades Básicas de Saúde também desenvolvem ações de promoção e prevenção da Saúde que se somam as atividades desenvolvidas pelas 02 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (Alvorada e Cruz das Posses) e 02 equipes de Estratégia de Saúde da Família (Jardim Helena) que, além de desenvolverem as ações de promoção e prevenção da saúde, realizam visitas domiciliares que incluem ações de tratamento e reabilitação.

O município de Sertãozinho conta ainda com o Hospital Irmandade de Misericórdia de Sertãozinho (Santa Casa de Sertãozinho) de referência para internação, consultas e atendimentos de urgência e emergência, assim como para assistência ao parto. A Santa Casa de Misericórdia de Sertãozinho é referência regional para os demais municípios.

A Santa Casa de Sertãozinho é considerada um Hospital modelo no atendimento do SUS e teve sua qualidade reconhecida recentemente ao ser incluído como referência regional da DRS XVIII do Estado de São Paulo, prestando assistência a pacientes oriundos dos municípios da região Horizonte Verde.

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2010, no município, foi de 0%. As gestantes com sete ou mais consultas pré-natal foram 78,5%. Em 2010, no Município, 100% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde (DATASUS 2010).

Em 2012, o município apresentava-se com 37.571 mulheres em idade fértil, ou seja, na faixa etária de 10 a 49 anos e contava com 1.682 Nascidos Vivos. (SINASC 2013). Apresenta ainda uma elevada taxa de gestantes adolescentes (15 a 19 anos), porém, o Sistema de Saúde Municipal tem investido em ações para redução deste indicador através de ações educativas

em parceria com a Secretaria de Educação, além da disponibilização de consultas ginecológicas, orientação e distribuição gratuita de métodos contraceptivos.

De acordo com o DATASUS 2012, da população total do município, 56.542 correspondem ao sexo feminino, o que representa 50,30% da população do município. Tal levantamento revelou também que 36.840 habitantes do sexo feminino encontravam-se entre a faixa etária de 10 a 49 anos, ou seja, 32% da população estavam em período fértil, 35,26% a resolução da gestação foi através do Parto Normal e 64,74% de Parto Cesárea.

Em relação aos indicadores apresentados acima, Sertãozinho em comparação aos demais municípios da DRS XIII Ribeirão Preto, apresenta taxas significativas por possuir 08 Unidades Básicas de Saúde e 01 Unidade de Especialidades Materno Infantil que asseguram consultas de pré-natal, com solicitação de exames de rotina, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, assim como desenvolve orientações quanto à necessidade de retorno no puerpério, importância e adesão ao calendário vacinal, puericultura e teste do pezinho.

4.3 Participantes do estudo

Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, o número de mulheres participantes não foi predeterminado, foi definido ao longo da coleta dos dados, ou seja, à medida que foram ocorrendo repetições de conteúdos. Para essa abordagem, o critério fundamental não foi o quantitativo e, sim, sua possibilidade de incursão (MINAYO, 2006).

Foram constatadas um total de 126 gestantes cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde no momento da pesquisa, porém, somente 52 encontravam-se dentro dos critérios de inclusão e destas, fizeram parte do estudo, um total de 11 gestantes.

Para seleção, participaram do estudo, gestantes do município de Sertãozinho-SP cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde em estudo, que apresentaram 18 anos ou mais no momento do estudo e aptas a se expressarem verbalmente.

Foram excluídas as gestantes que não aceitaram participar do estudo, com idade abaixo de 18 anos, após a terceira tentativa de contato, durante os dias úteis da semana, e que, em mais uma tentativa de contato aos sábados, não foram encontradas.

As entrevistas se encerraram quando se tornou possível a compreensão do fenômeno estudado sobre as gestantes que se depararam com uma gravidez não planejada, suas vivências, experiências e implicações.

4.4 Procedimento de Coleta dos dados

Para a coleta de dados utilizamos entrevistas individuais a fim de responder a seguinte questão norteadora: Conte-me como tem sido sua experiência em vivenciar esta gravidez (não planejada).

Para Brandão (2000) entrevista é trabalho, e como tal “reclama uma atenção permanente do pesquisador aos seus objetivos, obrigando-o a colocar-se intensamente à escuta do que é dito, a refletir sobre a forma e conteúdo da fala do entrevistado” (p. 8) – além, é claro, dos tons, ritmos e expressões gestuais que acompanham ou mesmo substituem essa fala – e isso exige tempo e esforço.

A proposta do estudo foi apresentada à Secretaria da Saúde de Sertãozinho com o objetivo de solicitar a autorização para sua realização. Após a autorização assinada, iniciou-se a coleta dos dados.

Primeiramente foram coletados os dados dos prontuários, sendo realizado um levantamento das gestantes cadastradas nas unidades no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sis Pré – Natal), programa este que se refere ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (MS, 2000), programa este encontrado nas instituições de saúde em estudo, que se relaciona diretamente ao tema da pesquisa, sendo de grande importância para realização do início da coleta dos dados, pois sem o cadastro das gestantes nas UBS's, fica praticamente impossível iniciar a coleta, devido à falta de informações e registro das gestantes.

Uma única UBS em estudo não apresenta o programa Sis Pré-Natal, não possibilitando a realização da coleta dos dados, pois, segundo informações dos recursos humanos da unidade, as gestantes vão, aleatoriamente, à instituição, pois todos os dias da semana têm médicos ginecologistas e obstetras, e podem ser realizadas as consultas de pré-natal. Por isso, não obtivemos, de apenas uma Unidade de Saúde, cadastros de gestantes e, sem o cadastro, não tínhamos o número do prontuário da gestante para coleta de dados socioeconômicos demográficos, como contato inicial.

A coleta de dados das gestantes dividiu-se em duas partes: Parte A: *Identificação das Gestantes*, para realizar a caracterização do ponto de vista sócio-econômico-demográfico e Parte B: *Entrevistas* (Questões Norteadora e Complementares).

Para Queiroz (1988), a entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos. Desse modo, da vida do informante só interessa aquilo que vem se inserir diretamente no domínio da pesquisa. A autora considera que, por essa razão, existe uma distinção nítida entre narrador e pesquisador, pois ambos se envolvem na situação de entrevista movidos por interesses diferentes.

Foram utilizadas entrevistas individuais a fim de responder a seguinte questão norteadora: Conte-me como tem sido sua experiência em vivenciar esta gravidez (não planejada). As entrevistas foram guiadas por um roteiro (Apêndice B) elaborado pela autora. O roteiro foi dividido em duas partes:

- Parte A: caracterização das participantes do estudo (iniciais dos nomes, idade, estado civil, idade gestacional, Gestação, Parto, Aborto, uso de método contraceptivo, ocupação, procedência, plano de gravidez).
- Parte B: questão norteadora: Conte-me como tem sido sua experiência em vivenciar esta gravidez (não planejada).

Nesta investigação, a questão norteadora apenas direcionou o ponto de estudo explorado (experiência em vivenciar a gravidez não planejada), durante a entrevista, quando houve necessidade realizamos novas questões com o intuito de esclarecer a experiência e vivência destas gestantes, que foram: Como foi para você (gestante) descobrir que estava grávida? Como está sendo vivenciada a gestação/gravidez? Como foi/está o processo de aceitação desta gestação/gravidez? Quais as consequências desta gestação para você, sua família, companheiro? Quais os planos futuros em relação à vida reprodutiva?

Após a realização do levantamento, no transcorrer das ligações para critérios de seleção das gestantes a serem entrevistadas, obtivemos um índice baixo de aceitação, pois destas 52 gestantes incluídas, algumas não tinham quase informações disponíveis nos prontuários e precisamos de antes de dar início às entrevistas, coletar com a própria gestante alguns dos dados socioeconômico-demográficos, que não foram encontrados como dados nos prontuários.

Para a realização das entrevistas, foram realizados até três contatos telefônicos com as gestantes, após minha ida às UBS`s para coleta dos dados socioeconômicos demográficos nos prontuários das gestantes cadastradas na instituição. A primeira ligação, após a coleta dos dados das gestantes nos prontuários e, após, mais duas tentativas por contato telefônico para tentativa da participação da gestante.

Durante o contato telefônico, surgiram dificuldades, tais como, algumas das gestantes relataram que a gravidez havia sido planejada sendo, portanto, excluída da entrevista, algumas estavam cadastradas em mais de uma UBS, outras estavam com telefones cadastrados errados, dificultando, deste modo, o contato, outras se recusaram a participar, não querendo se quer, ouvir a proposta da pesquisa, sem quaisquer motivos, outras que estavam cadastradas, já eram puérperas, outras trabalhavam o dia todo e aos sábados e não tinham disponibilidade para participar da pesquisa, outras ainda, após o agendamento das entrevistas, não compareceram, mesmo após a terceira tentativa, algumas relataram que iriam comparecer à entrevista, porém, não compareciam, outras estavam morando fora da cidade, outras mudaram de endereço. Sendo assim, resultando no total de 11 gestantes conforme explícito acima.

De acordo com o contato firmado por telefone com as gestantes, as entrevistas foram agendadas nos locais e horários de preferências delas, nenhuma gestante pôde participar ou escolheu a realização das entrevistas aos sábados, todas foram realizadas durante a semana, no período da tarde, que foi período de preferências delas. Destas 11 gestantes que participaram do estudo, 10 das entrevistas ocorreram nas Unidades Básicas de Saúde, pois no contato por telefone, as gestantes preferiram o encontro nas UBS's. Somente uma gestante preferiu que a entrevista fosse realizada em sua própria residência.

As entrevistas duraram, em média, 25 minutos, e foram realizadas sem a presença de familiares ou outras pessoas que pudessem influenciar nas respostas. Elas foram gravadas, armazenadas no notebook e HD externo e transcritas literalmente, com o consentimento de cada gestante.

4.5 Procedimento de Análise dos dados

Antes de iniciarmos a análise dos dados, cada entrevistada (E) recebeu uma codificação a partir de uma numeração crescente (E1...Ex) e, desta forma, as entrevistas realizadas com as gestantes cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde receberam a codificação E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados, permitindo a caracterização socioeconômica demográfica das gestantes do estudo.

Após o término da coleta dos dados, as entrevistas gravadas foram digitadas no Programa Microsoft Word e, transcritas, categorizadas e analisadas por meio do programa do software ATLAS.ti.

O software Atlas.ti é um programa poderoso para a análise qualitativa dos dados textuais, gráfico, de áudio e vídeo. Ferramenta de análise de dados, cuja principal característica é a interatividade com os mais diversos formatos de arquivos (FRIESE, 2012).

O objetivo do ATLAS.ti é ajudar os pesquisadores a descobrir e analisar sistematicamente fenômenos complexos escondidos em textos e dados multimídia. O programa fornece ferramentas que permitem ao usuário localizar, codificar, e anotar resultados em matéria de dados primários, para pesar e avaliar a sua importância, e para visualizar as relações complexas entre eles (FRIESE, 2012).

O treinamento do uso deste software foi realizado no período de Maio a Agosto de 2012 na Universidade de Alberta – Canadá (University of Alberta), através do Programa de Pesquisa aos alunos internacionais, denominado International Internship Research Program, para o qual a pesquisadora foi selecionada a fim de realizar tal treinamento.

4.6 Tratamento dos dados

Os dados resultantes das 11 entrevistas compuseram 35 páginas, digitadas em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço simples, e foram organizados segundo o modelo do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Após a organização e tabulação dos dados houve uma reflexão geral acerca dos DSCs e seus temas sobre a gravidez não planejada para a conclusão do trabalho.

4.6.1 Contexto

O DSC é uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre dado assunto (DUARTE, 2007).

O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa, na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos, sem reduzi-los a quantidades. A técnica consiste, basicamente, em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave.

Com as Idéias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE, 2003).

Um dos objetivos da técnica, a partir dos procedimentos que adota, é reduzir a variabilidade naturalmente presente nos discursos, visando com isso validar o conhecimento que o autor do discurso representa em sua fala. É em face disso, que na obtenção de qualquer discurso, mas, sobretudo do discurso verbal, a liberdade de falar, pensar livre e argumentar dos depoentes deve ser valorizada. E isso não prescinde de um conjunto de questões diretrizes formuladas para aplicação, na coleta dos discursos, sob pena de se dificultar a captura do que é a fala coletiva.

Resumindo, no DSC a coletividade fala como se fosse um só indivíduo.

4.6.2 Figuras Metodológicas

4.6.2.1 Expressões – Chave (ECHs)

Expressões-chave representam uma etapa em que se busca “o resgate da literalidade do depoimento” (LEFÈVRE, 2003 p.17) Esta associada à extração das ideias-centrais de um discurso. Para Lefèvre (2003), “são uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das ideias centrais e das ancoragens e vice-versa”.

São pedaços ou trechos de material (discurso) que formam descrições literais dos depoimentos, revelando a essência do conteúdo das representações ou das teorias subjacentes a estas que estão presentes nesses depoimentos.

4.6.2.2 Ideia central (IC)

A Ideia Central é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou o tema das ECHs de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC (LEFÈVRE, 2002).

São elaboradas pelo pesquisador diante do discurso do entrevistado utilizando a fala que indica “fortemente” a ideia central. É um critério que justifique a ideia central. A partir disso, o pesquisador faz uma síntese daquilo que foi justificado.

4.6.2.3 Ancoragem

A ancoragem para Lefèvre (2003) é a “manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica”.

A ancoragem deve ser sempre redigida no positivo. Os valores estão embutidos (por trás), na fala, na crença. Trata-se do valor forte que está no grupo.

A ancoragem, não necessariamente, está respondendo à pergunta, enquanto as ideias centrais têm de respondê-la. É uma ideia básica que sustenta o discurso.

4.6.3 Discurso do Sujeito Coletivo: Síntese

É a reunião, num discurso único, redigido na primeira pessoa do singular, das expressões-chave que apresentam ideias centrais ou ancoragens semelhantes.

4.6.4 Instrumento de análise de discurso

É uma forma de organizar as figuras metodológicas, para posterior confecção do Discurso do Sujeito Coletivo.

4.6.5 Construção do Discurso do Sujeito Coletivo

As categorias para análise e construção do Discurso do Sujeito Coletivo são estabelecidas a partir da identificação, nos instrumentos de análise do discurso, *das expressões-chave, ideias centrais e ancoragens* correspondentes.

Nossa proposta consistiu basicamente em analisar o material verbal transcrito das entrevistas, buscando as seguintes figuras metodológicas: as Expressões Chave (ECH) e as Ideias Centrais (IC) para a constituição do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo foi composto pelas *Expressões-Chave* que tem a mesma *Ideia Central*.

Em nosso estudo, demonstraremos a análise dos resultados e discussão, na seguinte sequência:

- *DSC*: Sua construção foi agrupada em blocos temáticos;
- Figuras: representam os blocos do DSC, formados a partir da análise dos dados, gerados pelo software Atlas.ti;
- *ECHs*: A união dos recortes do discurso (entrevistas) formaram as expressões chave e revelaram a essência do discurso;
- *IC*: resultou no nome ou expressão linguística que revelou da maneira mais sintética a fala mais “fortemente” utilizada no discurso da entrevistada;

A figura a seguir exemplifica a maneira como utilizaremos a análise dos dados do DSC na apresentação de nossos achados:

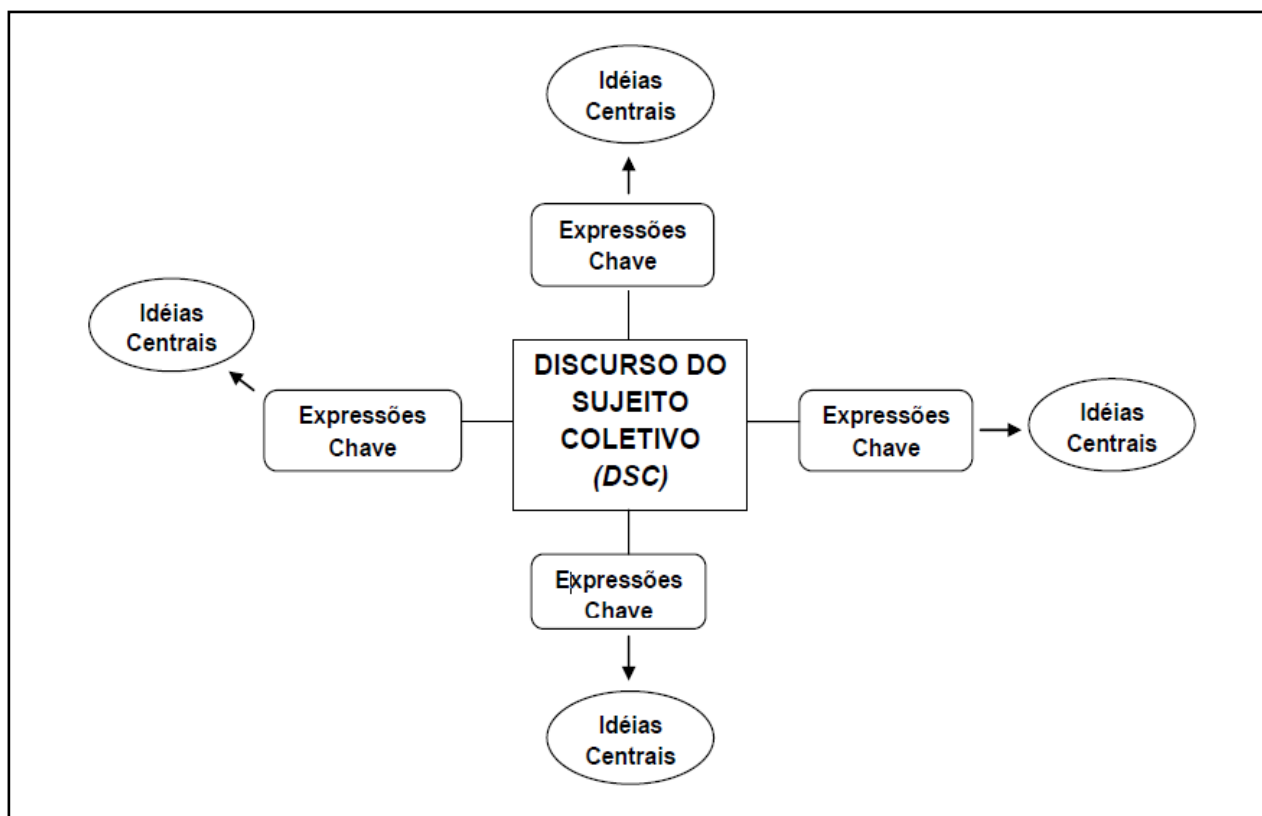


Figura 1: Apresentação da Análise dos dados de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo.

Na análise dos dados, primeiramente após apresentar os blocos do DSC, na sequência apresentamos as figuras em forma de diagrama, formados pelo software Atlas.ti. Após a apresentação destas, apresentaremos os recortes do discurso (entrevistas) que formam as expressões chave e, em seguida, o nome ou expressão linguística que revelou a fala mais “fortemente” utilizada no discurso da entrevistada.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi enviado para apreciação à Secretaria de Saúde do Município, sendo autorizada a pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sertãozinho/SP (ANEXOS A e B).

Em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, sob o protocolo número 02713713.3.0000.5393 (Anexo C).

A coleta de dados iniciou-se somente após a aprovação do referido Comitê e da autorização das gestantes em participar e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por elas (Apêndice A), Vale lembrar que uma via deste Termo ficou com a entrevistada e a outra com a pesquisadora.

Todas as participantes do estudo foram esclarecidas quanto ao anonimato e sigilo das informações, bem como sobre a liberdade de interromper a participação na pesquisa, caso desejassem, sem que isso lhes acarretasse qualquer tipo de dano.

As gravações das entrevistas foram transcritas na íntegra e serão arquivadas por cinco anos. Após esse período serão inutilizadas, conforme recomendação da Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2009).

Para sigilo em relação à identificação das participantes, foram atribuídas a cada uma delas, uma sigla, com a sequência das entrevistadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização do grupo estudado

A idade das 11 gestantes variou de 18 a 36 anos com média de 26,8 anos e desvio-padrão de 6,3 anos. As gestantes com 25 anos ou mais totalizaram 06 (54,5%) mulheres.

Observamos que, dentre as mulheres, a maioria (07 – 63,6%) relatou exercer ocupação remunerada, as quais se relacionavam a atividades domésticas – 02 (18,1%) e comércio – 05 (45,4%). As demais (04 - 36,3%) afirmaram que não realizavam ocupação remunerada.

Quanto ao estado civil, 02 (18,1%) gestantes eram casadas, 04 (36,3%) solteiras e 05 (45,4%) viviam em união estável.

Todas as gestantes estudadas realizaram o pré-natal.

A idade gestacional das gestantes do estudo, no momento da entrevista, esteve assim representada: 6 (54,5%) gestantes com idade gestacional entre 22 a 30 semanas de gestação e 5 (45,4%) gestantes com idade gestacional entre 30 a 37 semanas de gestação.

Em relação à gestação, parto e aborto, verifica-se que o número máximo de gestações foi de 4 e o número mínimo de 1, com média de 1,90 gestações. A maioria das gestantes (7 – 63,3%) estava na primeira gestação, sendo assim, a maioria nunca apresentou parto anterior. O número de partos variou de 0 a 3 e o número máximo de abortos resultou em 1.

Quando questionadas quanto ao uso de métodos contraceptivos, a maioria (8 – 72,7%) estava fazendo uso de algum método contraceptivo quando descoberta a gravidez não planejada.

O perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres envolveu desde jovens na primeira gravidez a mulheres até 36 anos de idade com história de gravidez anterior, solteiras e aquelas que moravam com parceiro. Essa diversidade de inserção em relacionamentos afetivo-amorosos e de história reprodutiva torna-se relevante quando a intenção é mensurar o planejamento da gravidez, pois a idade e o número de filhos estão positivamente associados à indesejabilidade da gravidez (BERQUÓ, 2009).

No estudo de Santos (2010) verificou-se, que entre as mulheres em idade fértil, a maioria se encontrou em união estável. Essa realidade reafirma-se em nosso estudo, pois as mulheres que vivem a experiência da gravidez, em sua maioria, apresentam essa condição

conjugal. Verificando-se associação entre a ocorrência de gravidez não planejada e estado civil das mulheres, tanto às solteiras com parceiro fixo, como às aquelas sem parceiro fixo.

Meiksin et. al., (2010) afirmam que a primeira visita pré-natal, que é a mais profunda, é uma oportunidade fundamental para a comunicação entre a gestante e seu provedor. Ela dá aos provedores uma oportunidade de aprender sobre o contexto da gravidez da paciente e sobre o ambiente psicossocial do paciente, bem como para dar apoio e oferecer encaminhamentos necessários.

Mesmo que o estudo de Caetano (2010) ao comparar os dados da PNDS 1996 e 2006, tenha mostrado que o uso de pílula, do preservativo masculino e de outros métodos considerados modernos, como a laqueadura tubária e a vasectomia, aumentou substancialmente no Brasil, não se deve desconsiderar que a prática contraceptiva está fundada na subjetividade e não na racionalidade (BRANDAO, 2006).

Ou seja, o uso de métodos contraceptivos não necessariamente ocorre de forma contínua e consistente, gerando situações de vulnerabilidade contraceptiva, assim como o não uso nem sempre significa que as mulheres ou casais estejam planejando uma gravidez; por isso, não pode ser indicativo único de planejamento de uma gravidez (ROCCA, 2010).

5.1.1 Gravidez Não Planejada: A experiência das gestantes

De acordo com as entrevistas, na análise das 11 narrativas, formaram-se 03 blocos de Discurso do Sujeito Coletivo (*Primeiro Bloco* : Vivências das Gestantes na gravidez não planejada e a vida familiar/conjugal; *Segundo Bloco*: Gravidez Não Planejada e os Aspectos Biopsicossociais e *Terceiro Bloco*: Gravidez Não Planejada e sua relação com os métodos contraceptivos (planejamento familiar) e planos futuros (vida reprodutiva)), em cada bloco, apresentamos as ideias centrais que resumiram a essência das expressões-chaves presentes nas falas das gestantes que se depararam com uma Gravidez Não Planejada.

A seguir apresentamos os blocos do Discurso do Sujeito Coletivo com os respectivos resultados e análise dos dados.

5.2 Vivências das Gestantes na gravidez não planejada e a vida familiar/conjugal

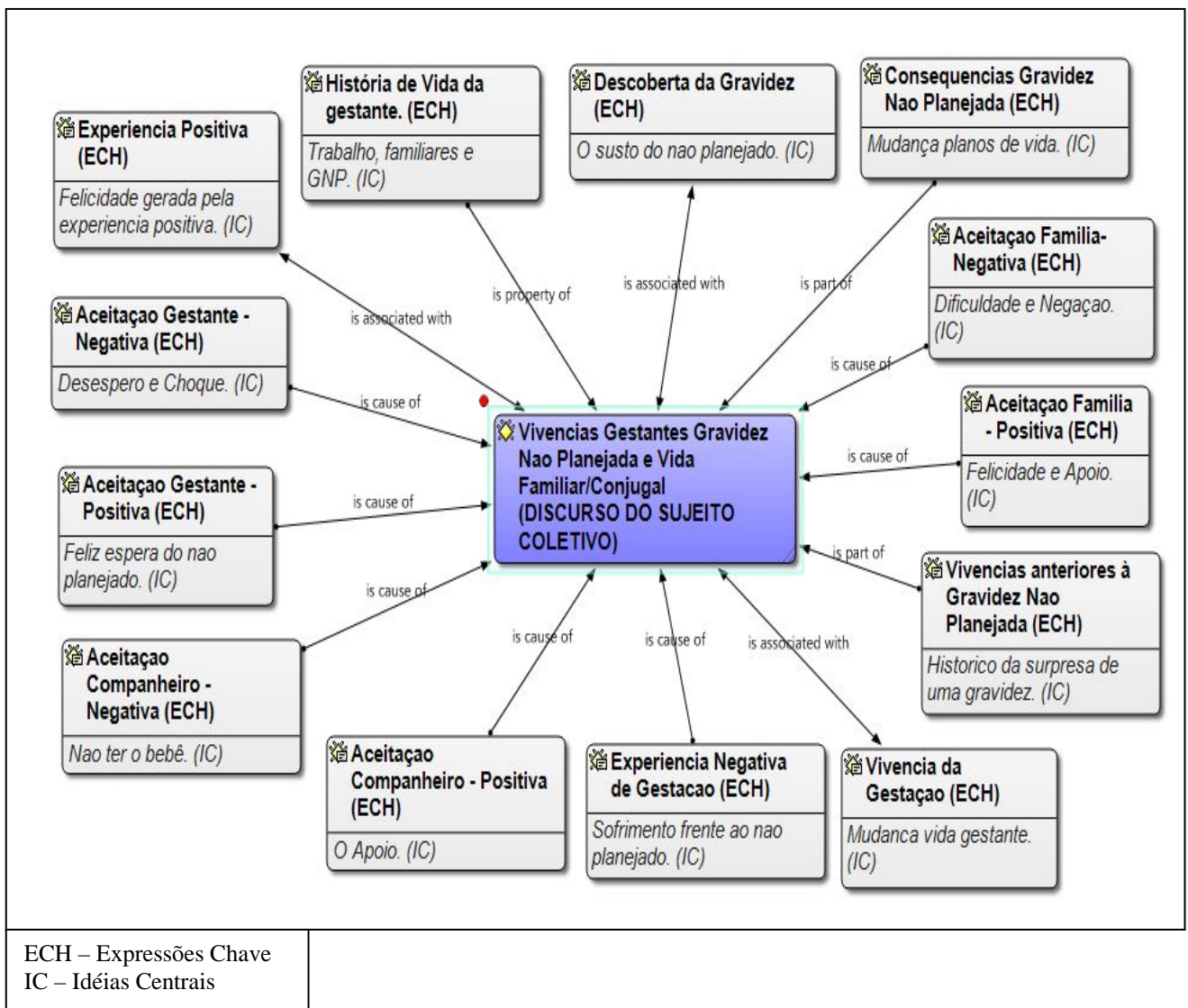


Figura 02: Caracterização das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Sertãozinho/SP, segundo as vivências destas gestantes frente a uma gravidez não planejada e suas consequências à vida familiar/conjugal. Estudo realizado no município de Sertãozinho/SP 2013. (Atlas.ti 7.0)

A figuras apresentadas neste estudo foram resultados da análise qualitativa dos dados da pesquisa, realizados através da ferramenta de análise de dados do software Atlas.ti 7.0.

A figura 02 nos mostra as vivências das gestantes do estudo frente a uma gravidez não planejada e suas consequências à vida familiar/conjugal, demonstrando no centro o bloco temático, as idéias centrais e as expressões chave descritas. Cada relação esta representada acima com sua devida descrição (esta associada com, é causa de, é parte de, é propriedade de). Relação esta, produzida pelo software Atlas.ti.

5.2.1 Descoberta da Gravidez

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10 e E11

5.2.1.1 O Susto do não planejado

“Foi um susto grande né.

No começo você é pega de surpresa né, na hora, eu aceitei porque eu adoro criança, pra mim foi muito tranquilo.

A minha gestação foi sem esperar né, eu tava tomando antibiótico.

Foi um choque.

Não, não....porque passa né....mais é o começo mesmo... `continua chorando`.

É que assustou muito essa (gestação)... Assustou muito.

Eu vou começar a me prevenir porque eu não quero, mas aí foi o que aconteceu... eu tomei antibiótico e aí cortou o efeito mesmo, com cinco dias de atraso eu já tava grávida....aía minha pequena tem seis anos...e então, eu falo, tá tudo moço né, mas a gente só não espera.

Aí quando eu soube que estava grávida... Ah passou mil coisas na minha cabeça.

Foi um choque. Ah foi sim, mais para as outras pessoas do que pra mim.

Não, eu esperava já, mas não sabia ainda.

Não, não tomei nada, nem sabia que eu tava grávida nada, aí foi de repente mesmo.

Depois de um mês, peguei e fiquei grávida de novo.

Mas não tinha planejado, aí aconteceu de repente.

Ah me pegou de surpresa, eu só fui acreditar mesmo depois dos 3 meses, quando a barriga tava crescendo.

Eu tava trabalhando né, e já com alguns dias, aí eu comecei a me sentir mal, e também a regra não desce né, a menstruação não desceu, aí atrasouaí eu comecei já achar que tinha alguma coisa diferente...aí eu fiz o teste aquele da farmácia, aí deu positivo, mas como dúvida né...aí a gente fica achando que não, que não, aí fui fazer o normal, fui no medico, aí fiz um teste de laboratório e deu positivo. É uma reação muito estranha, diferente... que você... com uma gravidez que você não tá planejandovocê sempre leva aquele susto, porque é uma coisa assim, que você não quer.

Então pra mim foi um susto muito grande.

Fiz o exame e deu positivo...aí fiz lá no laboratório...aí descobri que eu tava grávida...

No começo eu levei um susto...e falei:...nossa tomei tanta coisa né, será que o bebê vai nascer inteiro.

Aí eu descobri que eu tava, aí aceitei numa boa.

Foi assustadora a descoberta.

Não, porque eu não tinha atividade sexual...mas quando eu tive, já engravidei...

Quando eu descobri foi um choque, cheguei a fazer bastante pesquisa na internet de besteira, pensei em besteira mesmo...pensei em retirar.

Aí parei de tomar...aí quando aconteceu...eu não estava tomando...

Ele assustou, porque a família dele é mais rígida que a minha.

Foi bastante tranquila.

A reação que eu esperava do meu pai, eu tive na minha mãe, e a reação que eu esperava da minha mãe, eu tive no meu pai e no meu irmão....Porque o meu pai virou as costas pra mim...ele queria que eu casasse.

Quando eu peguei o resultado, que tava atrasado e tudo, eu assustei....e liguei pra ele....eu assustei, assustei tanto que me deu até diarreia...e tive que sair correndo do laboratório. Foi um choque.

Mas eu acho que foi um susto, foi....mas não encaro como um trauma.”

5.2.2 Consequências Gravidez Não Planejada

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10- e E11

5.2.2.1 Mudança nos planos de vida

“Deixar um pouco o trabalho.

Só que aí depois, você começa as preocupações, como eu vou criar? Eu trabalho! Com quem vou deixar? O que eu vou fazer, então, é nisso que mais me pegou.

Preocupada com algumas coisas né... É você fica preocupada, porque tive que mudar alguns

planos que eu tinha neste momento.

Eu vou parar de trabalhar, eu vou cumprir o tempo da maternidade, o que tem que ser cumprido pela lei né, e eu vou parar, e depois quando ele tiver maiorzinho, eu volto....

Aí eu volto, porque não tenho agora no momento com quem deixar.

Depois quero retomar, voltar a estudar, eu ia tá começando este ano a faculdade.

Eu terminei já o colegial, eu ia está começando a faculdade, e agora parar, depois retomar.

Inclusive eu fazia faxina...aí eu falei, vou parar de fazer faxina. Eu ia parar de fazer faxina e arrumar um serviço registrado, aí arrumei um serviço, registrei e fiquei grávida..

Então assim, é uma coisa que você não espera né, você procura melhorar de vida, melhorar a situação, e aí, é um choque, foi isso de eu ter entrado... meio que em depressão.

A família já é grande, nós somos em cinco, agora vai aumentar mais um, aí eu comecei a querer puxar pra lá....porque como eu trabalho, minha mãe me ajuda muito, porque ela fica com as crianças, mas agora também, como eu vou parar de trabalhar, eu falei pra ela, arruma um serviço e vai você.

É não tem jeito, vou ter que parar de trabalhar, porque também é contrato né, e aí eles pode me mandar embora. Pode mandar embora... só depois ver se eles pagaram certinho...mas também, depois eu não vou poder voltar mesmo.

Aí veio uma gravidez, acelerada, estressada e nervosa, e aí em casa não. Amanha eu tenho que voltar a trabalhar, aí já fico tensa.

Agora não tenho nada, vou começar tudo de novo, comprar tudo.

Então isso acalma, meus outros filhos vão poder me ajudar mais, porque vão tá tudo moço.....

Eu já tava com plano de fazer uma faculdade, agora vai demorar um pouco....

Eu saí do serviço agora, eu tô recebendo um dinheiro porque me mandaram embora grávida, aí eu tô recebendo um dinheiro, aí eu vou receber depois da maternidade, e vai me ajudar muito.

Tá normal, não mudou em nada por enquanto...., mudou assim que eu queria trabalhar...e logo já fiquei sabendo que tava grávida.

Eu já perdi um, agora vou procurar alguma coisa pra mim pelo menos distrair...aí não deu tempo...engravidai de novo.

Aí engravidai e ele me deixou com dois meses...não quis saber de mim, aí a empresa me mandou embora..

Eu engravidai na empresa... só que eles não podiam me mandar embora, mas como o pai do meu filho ficou falando que eu não ia levar a gravidez adiante, que não sei o que, que eu ia passar vergonha, que eu ia ser presa, aí ficou falando um monte de coisa na minha cabeça, aí

como é que você vai explicar isso pra empresa, a empresa pode te processar, e não o sei o que, tanta coisa e eu não parei no momento de desespero que eu tava ali, e eu tava apavorada, e aí eu deixei a empresa me mandar embora...aí fui lá no dia, no acerto de contas, falei com o pessoal que tava grávida e mesmo assim me mandaram embora.

A empresa me mandou embora...aí fui embora.

Quando chegou no médico da ultrassom, descobriu que eu estava com diabete altíssima.

Porque acho que era pra ter feito com cinco meses e aí...não foi feito...E aí foi tratando e estou tratando até hoje, com comprimido..

Voltei no meu ginecologista, ele viu que a coisa tava feia porque eu tava com diabetes altíssima.

Mudou o rumo da minha vida, fiquei sem trabalhar, passei umas dificuldades, tenho bastante amigos que me ajudaram, ainda tô passando um processozinho... porque o problema é o susto que você toma na hora, porque você tem outros planos na vida e muda tudo. Chorava bastante.

Então, acho que minha patroa vai fazer acordo comigo...porque eu acho que não vou querer trabalhar quando ela nascer e tiver muito nova né.

Não vou querer trabalhar quando ela nascer e tiver muito nova né, porque da outra eu deixei e ficava doente e eu tinha que sair do serviço ou faltar pra levar no médico, então eu vou ficar com ela no começo....e depois quando ela tiver maior eu volto a trabalhar.

No caso eu vou trabalhar até os oito meses, eu vou trabalhar até os oito meses, meu marido trabalha....e eu vou parar de trabalhar.

Eu tava estudando quando eu fiquei grávida a primeira vez, aí eu parei.

Pensei em retirar, fiquei com medo dos meus pais...eu moro com meus pais. Assustou também, porque ele tem a mesma idade que eu. No começo foi um choque...um sustão...

Depois que nascer, vou continuar, vou ficar um tempo afastada, depois vou voltar trabalhar.

Até hoje tenho dificuldade de aceitar, porque eu tava tirando carta, aí tive que abdicar, aí tive que mudar os planos. E a maior dificuldade é que não tenho minha casa ainda né, tenho que ficar aqui... e meu companheiro fica na casa dele...estamos terminando nossa casa...temos planos de casar..

Eu assustei na verdade, porque como meu companheiro assustou... eu não sentia confiança dele, aí eu queria tomar algum método pra me livrar, pesquisei na internet, chá abortivo, mas não fiz nada, não conseguia fazer....era desespero mesmo, na hora a gente não sabe o que faz....até arrependida de colocar uma criança no mundo de hoje eu fiquei...

Eu trabalhava, eu tava afastada por causa de uma cirurgia no braço...aí já continuei em casa.

Eu comecei a trabalhar de babá...tô cuidando de uma criança e também sou manicure, aí atendo algumas clientes nas horas livres...eu vou nas casas das pessoas.

Ela (sogra) pegou e me falou no telefone, que se ele tivesse com dúvida... pra pedir exame de DNA...eu fiquei muito abalada...e na hora tive uma dor muito forte....

Eu comecei ano passado fazer o técnico de enfermagem e muita gente jogou na minha cara...o meu sofrimento na minha gestação, um dos pontos foi esse...

Por eu ser de igreja e por estar entrando na área da saúde... me condenaram, condenaram minha família....

Não participei... porque como eu tava fazendo unhas das clientes, aí nem tinha tempo....e também eu trabalhava de baba, agora já parei....então, não dava tempo.”

5.2.3 Aceitação Companheiro – Positiva

E3, E4, E5, E7, E9, E10 e E11

5.2.3.1 O Apoio

“E o marido... aceitou também. Ele éele fala sempre que queria 11.....aí eu falo pra ele assim...só se for com outra...`risadas`.

Agora tá todo mundo feliz.

A reação... meu marido ainda, ficou mais feliz, do que eu, mas graças a Deus ele me deu força.

Gosta também, tá todo mundo muito feliz.

Meu esposo também, meu filho também aceitou, ficou contente que ia ganhar uma irmãzinha...

Ele tem a mesma idade que eu, mas aceitou bem, hoje está tudo tranquilo.

Foi mais alegria...o companheiro

Sim, a maior alegria é que ele tem dois filhos já, o mais velho tem 27 e a caçula tem 21 e agora tá vindo esse.

Meu companheiro ficou meio em cima do muro, ele sabia que era dele, porque eu não tinha saído com ninguém, mesmo separados, ele sempre ia me ver, a gente tava sempre junto...tinha sempre contato.

Fui sozinha, aí liguei pra ele....aí a gente conversou, aí ele falou que ia assumir,...que ele acreditava em mim, que ele ia assumir

Ele ia assumir... aí eu falei que era só isso que eu queria...que eu não ia casar por causa da gestação...aí ficou assim

Ele ficou uns dias sem conversar comigo, mas agora ta normal...conversou com minha mãe, com meu pai....falou que ia assumir tudo.”

5.2.4 Aceitação Companheiro – Negativa

E6

5.2.4.1 Não ter o bebê

“Quando eu descobri, o pai dele não aceitou, de jeito nenhum...”

Era um namoro né... e aí ele não aceitou...

Ele falou que não queria mais saber de mim, que não queria conta mais comigo, aí enrolou depois, falou depois que o filho não era dele.

Eu não, o pai dele sim, pensou na hipótese de não ter o bebe...”

5.2.5 Aceitação Família- Negativa

E1, E11

5.2.5.1 Dificuldade e negação

“Só minha mãe que ficou meio apreensiva, porque foi ela que ajudou a cuidar da primeira nè... provavelmente ela vai precisar ajudar nesse também...

Ele (meu pai) queria que eu casasse e eu falei que eu não ia casar por causa de uma gravidez porque eu estava separada...já mesmo que a gente tinha contato...com meu ex namorado...mas eu não ia casar por conta disso. Eu já tinha duas profissões....eu podia mesmo que eu tava desempregada....e aí meu pai não aceitou a gravidez.

Meu irmão me virou as costas, foi muito humilhante o início da gestação.

Meu pai continua com a mesma atitude, disse que quando nascer a criança ele vai ver o que fazer...

Quando ele (ex namorado) falou que não ia casar, aí meu pai bateu a porta na cara dele, porque meu pai queria casamento.”

5.2.6 Aceitação Família- Positiva

E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10

5.2.6.1 Felicidade e Apoio

“Todo mundo gostou né.

Mas todo mundo aceitou, mas está todo mundo feliz...

Todo mundo aceitou, porque as duas partes...dele, do pai dele e a minha parte não tem netos, então tem só o meu primeiro e esse já é o segundo e como já era muito mimada, ...eles estão feliz...

Ela (mãe) me ajuda, por enquanto eu moro com ela. Ficou feliz, ela me ajuda a cuidar...

Aceito por mim, pelo meu acompanhante, pela minha família, família dele, foi super tranquilo....

Tranquilo, minha mãe, meu pai, minha sogra tá super feliz.....normal...inclusive minha mãe

tem 18 netos, então....um a mais, um a menos, ah família grande....então assim, passou né. Aceitou minha família é grande, tem um monte de sobrinho, aí então, a gente vai acostumando com isso.

Agora tá todo mundo feliz, ainda mais que vai ser um menino...todo mundo queria, fala que vai ficar dois casal, então tá tranquilo....

Estão super feliz, ainda mais que descobriu que vai ser um menino...todo mundo esperando. Aceitou...aceitou até demais. Tá todo mundo muito feliz. Todo mundo aceitou bem, parte da família dele, porque ele é o único que não tem nenhum filho....então todo mundo espera..

Todo mundo aceitando bem...

A maioria ficou contente, apoiô, a maioria pede pra batizar, mas não tem como dar pra todo mundo né.

Ah eles aceitaram, a gente vai casar mais pra frente...meus pais aceitaram.

Foi ótima, melhor do que eu imaginava.

Meu pai, mas ele fez festa, aceitou mais que todos.

A família dele aceitou bem...assustou no começo...é o primeiro netinho da parte deles.... mas aceitaram bem.

Família, todos aceitaram muito bem...

Tá todo mundo radiante, na expectativa..

Não esperava tanta aceitação, tanta ajuda família, amigos, todos querendo ajudar.”

5.2.7 Aceitação Gestante – Negativa

E3, E6, E8, E9

5.2.7.1 Desespero e Choque

“Daí aconteceu de engravidar antes né... `começou a chorar`....não teve jeito, tudo é por Deus...mas aí, tô aí, tô levando, mas aí, foi um choque.

Foi um choque, entrei quase que em depressão...porque eu não queria...foi um choque... permaneceu chorando.

Não queria mesmo.

Porque é uma coisa assim, que você não quer...né...aí no momento eu fiquei triste quando eu descobri porque foi um susto muito grande porque eu não planejava ter filhos no momento, porque eu tinha planos, e uma gravidez indesejada, atrapalha um pouco você...porque você não tá esperando...e um projeto de vida que você tem ou que você faz e uma meta que você quer alcançar, aquele objetivo e acaba atrapalhando, porque vem a gestação, e aí vem o bebe pra cuidar e tudo mais.

Eu não queria e pra mim foi assim, é difícil os momentos, eu passei um momento muito difícil na minha vida.

Porque o desespero é grande, o choque é grande.

Foi difícil aceitar, pra mim foi, chorei bastante, porque eu não queria...

Ah não foi muito bom não, saber que estava grávida de novo, foi bem complicado...quando eu soube que estava grávida....

Foi assustador, assustei bastante, no início eu não queria.

Não, no início eu não queria....

Assim, até hoje tenho dificuldade de aceitar.

O processo de aceitação... meu medo foi mais da minha parte.”

5.2.8 Aceitação Gestante – Positiva

E1, E2, E4, E5, E7, E10, E11

5.2.8.1 A feliz espera do não planejado

“Fiquei muito feliz, porém não era esperado, não era pra dezembro do ano passado, era pra ser este ano em dezembro, mas como eu disse, fiquei muito feliz, porque na verdade eu já tinha planos pra ter dois filhos, sempre tive a intenção de ter dois, e como aconteceu eu fiquei feliz.

Na hora, eu aceitei porque eu adoro criança, pra mim foi muito tranquilo.

Mas quanto na hora que eu descobri a gravidez, foi muito feliz, aceito por mim.

Não planejei, aconteceu, mas foi bem aceito.

Aí aconteceu, eu fiquei feliz pra caramba...

Já era desejada...

Ah bastante, tá sendo bastante esperada.

Cada dia eu fico sonhando pra ver como que é....como que vai ser...Tô tranquila.

Ai eu descobri que eu tava, aí aceitei numa boa, comecei a comprar as coisas, contei pra minha patroa...que eu tava, ela ficou feliz também.

Foi uma felicidade. Foi mais alegria.

Não foi planejada, mas desejo muito essa criança após o resultado positivo... sigo certinho, faço o pré- natal.”

5.2.9 Experiência Positiva

E1

5.2.9.1 Felicidade gerada - experiência positiva

“Fiquei muito feliz...e estou muito feliz com esta experiência de gravidez.

Fiquei muito feliz, porque na verdade eu já tinha planos pra ter dois filhos, sempre tive a intenção de ter dois, e como aconteceu eu fiquei feliz.”

5.3.1 Experiência Negativa Gestaçã

E5, E6, E11

5.3.1.1 Sofrimento - O não planejado.

“Porque pra mim eu não acreditava, eu achava que nunca ia conseguir ter um filho de novo... porque fiquei assustada da primeira vez.

Foi difícil.

Sofri muito, só que assim, que uma parte, eu não tô acusando, mas fui um descuido do meu medico.

Tenho bastantes amigos que me ajudaram, ainda tô passando um processozinho...porque o problema é o susto que você toma na hora.

Já que tô eu sabia que ia ser difícil e é difícil, mas já que já tá....eu não posso fazer mais nada, porque o que Deus faz, eu não posso desfazer...então o que aconteceu.

Errei mesmo.”

5.3.2 Vivências da Gestação

E1, E3, E5, E6, E10, E11

5.3.2.1 Mudanças na vida da gestante

“Trabalho o dia todo, eu não confio em deixar com outras pessoas. Mas esse eu quero aproveitar mais....cuidar dele mais.

Não, não....tranquilo, tranquilo, hoje é tranquilo, hoje eu tô relevando assim, vindo com saúde.

Não, não, por enquanto não, ela falou que não ia passar nada durante a gravidez, porque ela falou que mexer com calmante durante a gravidez é um processo que você acaba acostumando.

Porque, por exemplo, amanhã eu tenho que voltar a trabalhar, aí já fico tensa....só que eu não vou, porque ela falou que se eu não tiver bem, era pra voltar aqui pra pegar outro atestado..

Fico preocupada mais com a hora do parto, igual, de vez em quando, me dá umas cólicas, igual quando começou a mexer, fiquei bastante assustada.

Tô fazendo pré-natal...aí fiquei bastante assustada, aí qualquer coisinha eu ligo pra minha mãe...mãe é normal sentir isso.

Não, era recente que eu tinha entrado na empresa...eu tava quase no período de experiência e ... eles não podiam me mandar embora porque eu tava grávida....porque eu entrei na empresa e não tava, eu engravidei na empresa...só que eles não podiam me mandar embora, mas como o pai do meu filho ficou falando que eu não ia levar a gravidez adiante, que não sei o que, que eu ia passar vergonha, que eu ia ser presa, aí ficou falando um monte de coisa na minha cabeça, aí como é que você vai explicar isso pra empresa, a empresa pode te processar, e não o sei o que, tanta coisa e eu não parei no momento de desespero que eu tava ali, e eu tava apavorada, e aí eu deixei a empresa me mandar embora...aí fui lá no dia, no acerto de contas, falei com o pessoal que tava grávida e mesmo assim me mandaram embora...

Porque ele passou todos os exames pra mim, no comecinho da gravidez e no meio da gravidez, ele não passou...exame nenhum...e eu sempre pedia pra ele.

Aí ele (medico)...falava que não, que era assim, assim mesmo, que não sei o que, e tal...e não passava exame, eu pedia ultrassom e ele não me dava, tanto que pra mim saber qual é o sexo, eu já tava de seis meses...e pouco...aí eu tinha que fazer um chá de fralda...foi recente eu tava de seis meses e pouco...e pra saber o sexo eu tive que fazer uma ultrassom particular só pra saber o sexo.

Ia no médico, tava direto no plantonista, tava direto no pronto socorro...passando mal e nada e nada....aí quando foi na próxima semana, semana retrasada...fui no ginecologista e ele percebeu que a coisa tava feia, aí pediu um monte de exames e uma ultrassom

Aí o medico que fez o ultrassom ficou bravo porque era irresponsabilidade do médico e perguntou se o médico nunca tinha passado nenhum outro exame...e eu disse que não...aí o médico ficou bravo e xingou porque o outro médico não pediu os exames.

Passei no posto do Shangri-lá e lá me encaminharam pro HC pra fazer seguimento e tô fazendo lá...aí passou insulina, tô tomando insulina pra controlar.

Tomei medicação pra amadurecer o pulmão do nenê...e depois voltei pra casa.....e acho que semana que vem já nasce.

Será que tô grávida mesmo...?! porque não passa mal igual eu passei na gravidez da primeira que fiquei até internada, e dessa aqui tô normal, pressão tá boa, não vomitei

Eu tava desempregada, mas tinha minhas economias e ia colocar no meu plano assim que

fizesse...então o nenê ia ficar comigo....mas não pedi nada pra ele...

Sim, ele estava namorando outra... depois que eu engravidei, ele começou a namorar.”

5.3.3 Vivência anterior a Gravidez Não Planejada

E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11

5.3.3.1 Histórico da surpresa de uma gravidez

“A gente já tinha conversado, eu e meu esposo, que ele ia operar né, porque eu não ia voltar né, porque jamais eu ia cair na faca de novo. Ele tinha medo e eu comecei a conversar, todo mundo da minha família, praticamente todo mundo é operado, meus irmãos né, aí eu peguei e falei pra ele operar, aí ele falou que ia, porque como minhas gravidez é de risco, então....aí a gente conversou e ele falou que ia, daí aconteceu de engravidar antes né.

Tô, eu fico mais tranquila, mas como eu te falei, minha vida é corrida, eu que levo, eu que busco na escola, então, como nos mora lá em cima, e eles estuda pra cá, então eu fico mais tempo pra baixo do que na minha casa...entendeu.

E quando eu tava trabalhando, eu saia de casaeu acordo as 4, porque eu faço marmitta pro meu marido, aí eu levantava cinco e meia, e tinha que levantar depois de novo pra ir chamando as crianças, porque 6:00 tinha que tá levando eles na escola...o mais velho, que estuda de manha...as outras duas estuda a tarde, aí quando era 6:30 eu tinha que tá no serviço....aí já tinha que trazer as duas meninas na minha mãe, ir pro serviço, aí eu resolvi, eu e meu marido, pagar a van, pelo menos pra levar elas, porque fica muito puxado, porque não tinha quem levar, aí eu só pegava, porque eu saia 16:20...aí dava tempo de pegar as duas...então assim, era muito corrido.

Porque antes de engravidar eu não tava no convênio, eu tinha convênio, mas ai como aqui é perto da minha casa, eu optei por vir aqui, pra não ter que ficar indo lá...

Ah pra foi muito difícil quando eu tive o aborto né, porque eu nem sabia que eu tava grávida ainda... foi no dia que eu descobri....aí no dia que eu fiquei sabendo que eu tava grávida, aí no outro dia eu perdi...

Trabalhei...trabalhei antes, aí parei.

E eu não voltei... não voltei, porque me dei bem com esse comprimido, aí falei, vou ficar com esse mesmo....acabei ficando com ele e passei treze anos sem engravidar, aí desse eu fui e tomei, aí no dia eu pedi pro pai, que ah, não sei, alguma coisa da intuição da gente né, pedi que ele usasse preservativo nesse dia e ele não aceitou..

Era recente que eu tinha entrado na empresa...eu tava quase no período de experiência e ... eles não podiam me mandar embora porque eu tava grávida.

Tem um primo e uma prima, uma tia....e vim pra cá por causa de emprego....meu primo já tinha um tempinho que morava aqui....e como aqui tem mais facilidade, mais oportunidade e a gente procura ter mais oportunidade e onde eu morava é uma cidade com 90 mil habitantes e lá muito interior era difícil ter oportunidade e lá não tem muita indústria...e aqui tem muita indústria, mais oportunidade....aí meu primo me apoiou e eu acabei ficando aqui.

Então eu descobri quando eu já tinha três meses de gravidez já... aí eu achava que era estomago ruim, tomei remédio...tomei loro...tomei tudo quanto é pra estomago e aí não melhorou.

Fui no médico, achei ate que tava com dengue...aí ela deu um exame pra fazer não deu dengue, aí eu falei, ah eu acho que tô grávida então... aí ela passou uma injeção mas falou que se eu tivesse grávida ia prejudicar, ai eu falei pra não passar não...aí eu fiz o exame e deu positivo.

Não, porque eu já tive um, cheguei a perder ele, nasceu com probleminha e só viveu 18 dias, aí então, já faz dois anos que eu perdi ele, e eu não tava pronta pra ter outro não....

Eu ia fazer o exame das trompas, aquela de pincelar as trompas, eu tava esperando descer a menstruação pra fazer esse exame, pra fazer o exame das trompas pra ver o jeito que as trompas tava, porque eu ia engravidar mais pra frente.

Totalmente diferente da gravidez da minha menina, porque eu passei muito mal na primeira gravidez.

Eu tinha saído de um relacionamento de cinco anos, eu estava há nove meses separada e nesse meio de tempo, teve um flash back, aí acabei engravidando desse namorado.”

5.3.4 História de Vida da Gestante

E3, E6, E11

5.3.4.1 Trabalho, familiares e a gravidez não planejada

“Olha, eu não sei se vai ser fácil trabalhar não, minha vida já é corrida.

Não aceitou usar preservativo não, diz que não aceitava de jeito nenhum e aí eu cai na besteira... a gente pra fazer gracinha e tal...a gente acaba cedendo.

Porque eu entrei lá, trabalhei dois meses e pouco, quase três meses, e eles não registraram minha carteira... não fecharam contrato comigo.

Não pedi pensão, nada... mas porque hoje o que vai preso é pensão, e eu já tinha passado isso na minha família, e por eu ser de igreja, minha mãe falou que não quer pro filho dos outros, não quer pra ela....aí entramos em comum acordo...eu acho que nesse caso da minha gravidez, o diálogo prevaleceu.

Não, cada um na sua casa... só que tudo que eu compro pro nenê, eu ligo pra ele, e falo o valor, e dividimos na metade....tudo dividido....foi assim e está sendo a gestação.

Ai entra a sogra... com cinco meses de gestação....o meu sogro aceitou...ano passado no Natal...todo mundo com coração bom né....meu sogro falou que a porta da casa dele tá aberta...que o filho dele ia assumir...aí eu falei que a gente já tinha conversado.

Eu tava entrando com cinco meses de gestação, minha sogra me ligou... eu já tava com um pouco de dor...aí perguntei pra ele se ele podia me levar, porque eu só tenho uma moto...aí ela falou que ele tava na casa da namorada...e que ela conversou com ele...que se essa criança....que se ele tava com dúvida que essa criança não se dele, que era pra pedir exame de DNA.

Já era manicure, já trabalhava em lojas...já sou independente...madurapor isso que eu não quis casar...se eu fosse dependente...pode ser que ia forçar pra casar... pra mim nesse caso, eu queria o que...?!!! eu não quero dinheiro, eu não quero presente de pai...eu quero pai presente.”

Os discursos desse bloco tratam do conceito da vivência das gestantes frente a uma gravidez não planejada e suas consequências à vida familiar/conjugal. Observa-se que a maioria das gestantes apresentou uma boa aceitação frente à descoberta e ao inesperado ao se deparar com uma gravidez que não estava nos planos naquele momento da vida. É importante ressaltar também que grande parte dos companheiros/marido, família e amigos das gestantes em estudo teve uma boa aceitação da gestação.

Ao questionar sobre a reação no momento da descoberta da gravidez, a maioria relatou que os parceiros tiveram uma boa aceitação, mas relataram enfrentar certa dificuldade no começo, por se tratar de um fator do qual decorreram várias mudanças na sua vida.

Nessa condição, uma gravidez não planejada pode gerar sentimentos distintos na gestante. O fato de não ter sido planejada, implica direta e indiretamente em uma surpresa iminente, quer seja positiva ou negativa. Quando o diagnóstico da gestação é confirmado pode provocar maiores emoções: desde alegria e bem estar intensos, até a tristeza profunda e a sensação de desamparo. A gestação não planejada pode trazer, dentre alguns sentimentos: a culpa, a frustração e a vergonha (COSTA et. al., 2005; FERNANDES et. al., 2004; PADILHA et. al., 2006).

Estes sentimentos são percebidos nas falas das gestantes entrevistadas, quando se observa que algumas delas relataram que a descoberta da gestação foi bem aceita e que foi uma alegria para elas, companheiros e família, como por exemplo, a fala das gestantes *E1* e *E2* “... foi bem aceita... fiquei feliz...” enquanto outras relataram a tristeza profunda, o susto, o medo e o desamparo que sofreram devido ao abandono, do companheiro, dos familiares, quando, por exemplo, o relato da gestante *E6*, a qual refere “ele não aceitou, me abandonou, disse que o filho não era dele...” acarretando assim, sentimentos ambivalentes, ora prazerosos, ora conflitantes.

Maldonado (2002) destaca, principalmente, sentimentos de rejeição como reação inicial em relação à gravidez não planejada, o que pode dar lugar a uma atitude predominante de aceitação em uma fase posterior, fato que ocorreu com as gestantes do estudo como podemos observar quando elas relatam que no início foi tudo muito assustador, porque não estavam preparadas, não queriam a gravidez, pois os planos naquele da vida momento eram outros e devido ao medo da reação dos pais e dos companheiros, houve também o pensamento em não ter este bebe, em abortar. E, numa fase posterior, após toda essa problemática, com a vivência e apoio de familiares, companheiros e possíveis realizações de sonhos futuros, a vida foi se organizando e a gestação foi sendo mais bem aceita e esperada.

Segundo Soifer (1980), o sentimento de aceitação, por parte da gestante, em relação à gravidez, varia conforme o reforço ou não do ambiente social imediato, dentre o qual a figura do pai do bebê se destaca, em consonância com os achados dos relatos das gestantes em estudo quando se evidencia a ocorrência da rejeição da gestação por parte do companheiro, acarretando o término do relacionamento e abandono da gestante por parte do mesmo.

Dados sobre os fatores associados à gravidez não planejada entre casais adultos são escassos (ROSENFELD, 1996). Segundo o estudo de Bouchard (2005) uma das hipóteses é

que a maior parte dos casais adultos não está enfrentando uma gravidez não planejada por acidente. Na verdade, é a hipótese de que uma combinação de fatores relacionais, individuais e demográficos predispõe esses casais a enfrentar este tipo de situação.

De acordo com o estudo de Meiksin et. al., (2010), observa-se que as mulheres com gravidez não planejada relatam maior exposição a fatores de estresse e menor satisfação com a vida em geral, além de tenderem a ter menos apoio do pai do bebê, do que as mulheres com gestações planejadas.

Quanto aos fatores relacionais, os dados revelam diferenças em estilos de apego entre os dois grupos de casais, para homens e mulheres. Homens e mulheres que relatam uma gravidez não planejada são menos seguros, mais ansiosos, e mais “defensivos” do que os que relataram uma gravidez planejada. (BOUCHARD, 2005)

Harris e Campbell (1999) sugerem que os casais que enfrentam uma gravidez não planejada já estavam em relacionamentos conjugais mais problemáticos antes dessa gestação chegar. Esta gravidez não planejada é suscetível de um estresse adicional na vida conjugal destes pares (ORR & MILLER, 1997). Casais com uma gravidez planejada tendem a se casar, enquanto os casais com uma gravidez não planejada tendem, simplesmente, a conviver sem serem casados.

Embora as mulheres com gravidez não planejada e seus esposos amem seus filhos, após ter acontecido a gestação, eles são mais propensos a experimentar as crises do que as mulheres com gravidez planejada e seus cônjuges (OLDS et. al., 2000).

Assim, homens e mulheres que enfrentam uma gravidez não planejada têm mais dificuldades em confiar um no outro e estão mais propensos a se perguntarem sobre o amor de seu parceiro. Além disso, eles apresentam medo da intimidade e estão mais relutantes em se tornarem emocionalmente mais próximos de seus (suas) parceiros (as) (BOUCHARD, 2005).

Algumas gestantes estudadas relataram o grande estresse que passaram frente a esta gravidez não planejada, pois, além da perda do companheiro, com finalização do relacionamento, vivenciaram a humilhação por parte da família, devido a não aceitação da gestação, outras devido às crenças religiosas, outras porque os próprios familiares (pais, mães, irmãos) não aceitam a gestação sem que aconteça o casamento, ou porque o relacionamento era apenas um namoro (conforme relatos). Também houve a própria negação por parte da gestante, que visualizou esta gestação como sendo uma negativa em sua vida, relatando ter passado por um momento de desespero, choque e dificuldade de aceitação, devido toda a mudança de planos que gerou na vida delas. Uma das gestantes cogitou a hipótese de não ter o bebê, de não levar a gestação adiante, sobre a possibilidade do aborto, que não foi efetivado.

Pode-se pensar que, talvez pelo fato de ser mais jovem e ainda dependente dos familiares (pais), conforme relatado pela gestante *E8*, a qual não tem a autonomia financeira desejada ainda e pelo fato de a gestante não assumir um casamento, pois “apenas namorava”, resultou na maior dificuldade de os familiares aceitarem a gravidez.

Evans et al. (2005) reforçam a visão de que pode haver determinadas constelações de valores e crenças que influenciam as decisões sobre o resultado da gravidez. Da limitada literatura, parece que as decisões sobre o resultado da gravidez dependem de uma variedade de fatores, como atitudes em relação ao aborto e maternidade e paternidade aparecem como influentes na maioria dos estudos. Crenças sobre as consequências de uma gravidez não planejada, se idealizada ou realista, também podem desempenhar um papel importante na tomada de decisão em prosseguir ou não com a gestação. É relatado que em uma gravidez não planejada, os envolvidos, como o companheiro ou esposo podem ter atitudes tradicionais, sendo altamente responsáveis e leais, no sentido de apoiarem a companheira grávida, enquanto outros rejeitam se envolver e assumir a responsabilidade, e tem outras prioridades, mais autocentrados para determinada fase da vida.

O comportamento da mulher que não programava e não desejava a gestação reforça a ideia de que as condições sociais em que a mulher encontra-se inserida, o número de filhos, a idade, a situação financeira e o estado conjugal são aspectos determinantes para a aceitação da gravidez (BARUFFI, 2004).

As mulheres com gravidezes não planejadas também percebem suas vidas como sendo mais estressante do que as mulheres que planejaram a gravidez. Esses resultados são especialmente importantes e revelam que o estresse durante a gravidez é prejudicial (STANTON et. al., 2002). Por exemplo, altos níveis de estresse durante a gravidez podem aumentar a probabilidade de efeitos adversos no nascimento, como a baixa taxa de natalidade, parto prematuro, bem como complicações no parto (STANTON et. al., 2002).

Os resultados negativos da gravidez não planejada, tais como baixo peso ao nascer, não só poderiam ser devido ao pré-natal inadequado (por exemplo, quando ele é iniciado mais tardiamente), mas também devido ao fato de que, por si, toda a gravidez é mais estressante para as mulheres (DELGADO et. al., 1997).

As gestantes com gravidez não planejada, que ainda residem com os pais, enfrentam dificuldades em relação ao diagnóstico, pois os pais, geralmente, sentem-se decepcionados, traídos e frustrados. Eles são obrigados, pela situação imposta, a reavaliar suas condutas e posturas. Tudo isso leva a um grande sofrimento, pois as estruturas, os valores que julgavam corretos, desfazem-se e eles são forçados a assimilar novos conceitos. Isto é claramente

observado na entrevista da gestante *E 11*, a qual relatou a dificuldade que enfrentou com o pai, devido às condutas conservadoras e religiosas dele.

A religião pode influenciar nas práticas, crenças e orientações das pessoas e estas podem ter impacto nas decisões e/ou atitudes delas em relação ao modo de vida, assim como também em relação à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008).

Ainda nesse bloco, evidenciamos que a gravidez não planejada gerou muitas consequências à vida das gestantes, por exemplo, foi quase unanimidade a fala delas de terem que deixar o trabalho, pois elas não têm quem possa cuidar da criança enquanto trabalham, ou não querem optar pela escola quando o bebê ainda é muito pequeno. Muitas tiveram que mudar totalmente os planos de vida naquele momento. Tem-se, por exemplo, a perda do emprego de algumas, outras tiveram que parar de estudar, adiar os planos de cursar uma faculdade ou outros cursos de interesses, a não conclusão da carta de motorista, outras tiveram que começar a trabalhar por conta própria para poder gerar o próprio sustento.

Em decorrência da gravidez não planejada, ter os seus sonhos colocados em segundo plano, ficou evidente nos relatos da maioria das gestantes estudadas, pois com a gravidez, o bebê assume a condição de maior importância na vida da gestante. Os estudos, o trabalho, são adiados e até abandonados em decorrência da gravidez. A função social daquela mulher também é alterada. Ela deixa de ser filha e passa a ter responsabilidade de mãe, assumindo o papel de uma pessoa adulta. É uma mudança que acarreta, muitas vezes, a perda da identidade, a perda da confiabilidade da família, do namorado ou companheiro, e a falta de expectativa de futuro.

5.4 Gravidez Não Planejada e os Aspectos Biopsicossociais

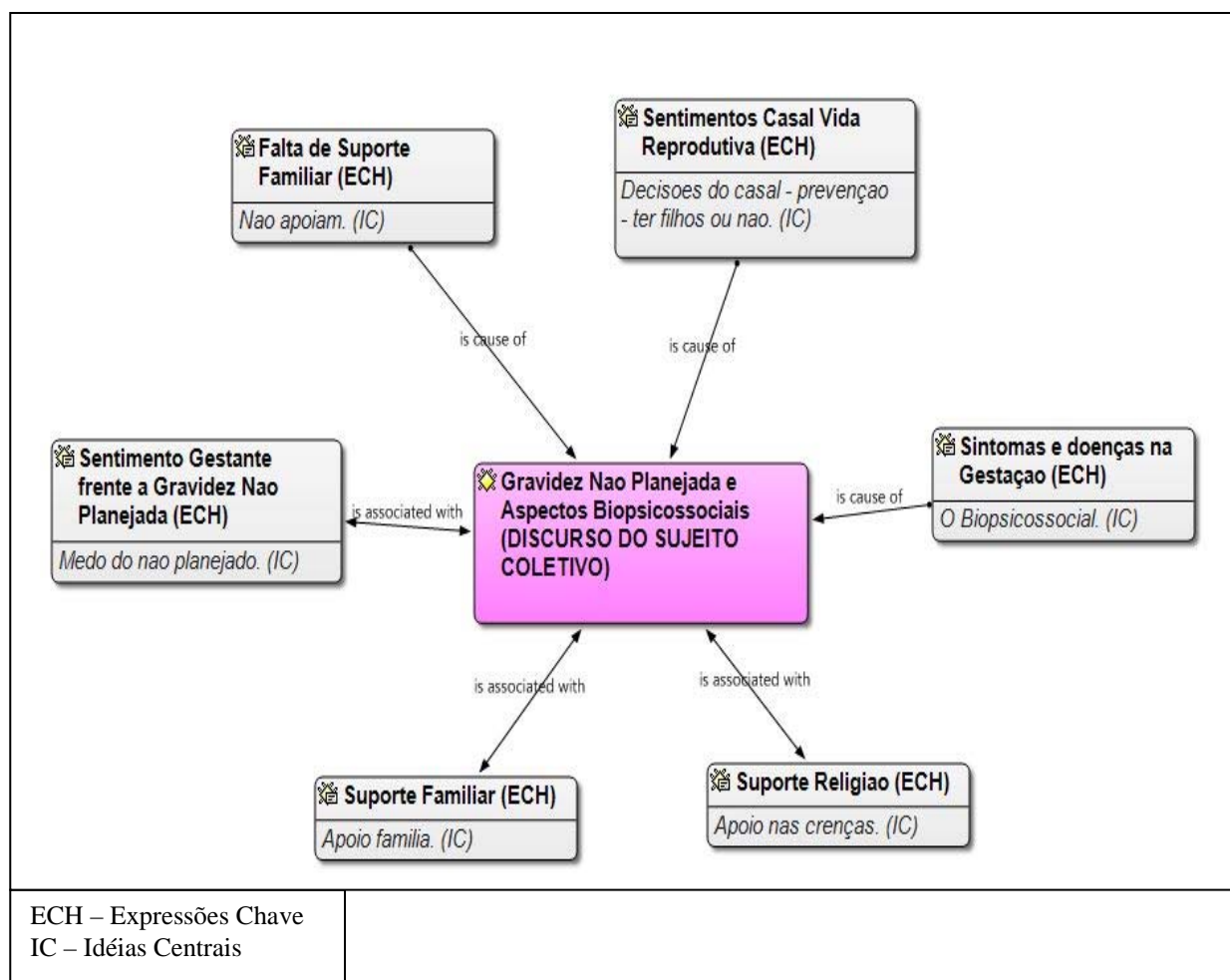


Figura 03: Caracterização das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Sertãozinho/SP, segundo as vivências destas gestantes frente a uma gravidez não planejada e relacionada aos aspectos biopsicossociais. Estudo realizado no município de Sertãozinho/SP 2013 (Atlas.ti)

A figura 03 nos mostra as vivências das gestantes do estudo frente a uma gravidez não planejada relacionada aos aspectos biopsicossociais, demonstrando no centro o bloco temático, as idéias centrais e as expressões chave descritas. Cada relação está representada acima com sua devida descrição (esta associada com, é causa de). Relação esta, produzida pelo software Atlas.ti.

5.4.1 Sentimento Gestante frente à Gravidez Não Planejada

E2, E4

5.4.1.1 Medo do não planejado

“É, você fica preocupada com tudo... É, enquanto acho alimentação, essas coisas, eu acho que é uma coisa que a gente não se preocupa, eu penso mais, no mais pra frente, no futuro da criança, o mundo de hoje tá difícil... Tá preocupante pra criar um filho... Isso, então acho que mais é isso. Dá um aperto no coração de criar um filho nesse mundo violento... Como ia falar pro meu marido, como eu ia falar pra minha família toda. Não sabia o que eu sentia, medo ou alegria, no início. Fiquei com medo se meu marido e minha família ia gostar...”

5.4.2 Sentimentos Casal Vida Reprodutiva

E3

5.4.2.1 Decisões do casal - prevenção - ter filhos ou não

“Eu já vou te opera aqui mesmo, você já tá aberta.... Porque ele com essa mania de falar que não sobe mais né, aí eu falei pra ele, aí acho que eu prefiro eu operar, porque por causa do psicológico, não sobe mesmo, aí eu quero ver né, aí ele começa a rir, só que acho que agora ele tá tranquilo....acho que ele pôs na cabeça...porque chega de filho...esse aqui já deu um susto grande, não queria, mas já que veio né.... Acho que ele pôs na cabeça que é melhor ele opera, porque é mais fácil que eu... o médico

falou que não vai me opera no parto, que vou ter que voltar mais pra frente, dai falei pro meu marido pra ele opera, porque os irmãos dele são tudo operado e é mais rápido e mais tranquilo...não quero mais filho não, já falei pra ele, e comprimido me faz mal...e ele também não quer mais, chega já...”

5.4.3 Sintomas e doenças na Gestação

E3, E4, E5, E6, E9

5.4.3.1 O biopsicossocial.

“Ah pressão alta, agora essa tô com sangramento, tenho que fazer muito repouso, a pressão tá alta, tô tomando remédio, então assim... tô tomando três por dia.

Mais é os problemas mesmo, que é a pressão, se fica preocupada né....

É, é a quarta né, a gente sempre fala que é um risco né,....então, mas do resto, vai....vai passando né....o resto a gente releva.

Só Metildopa... agora um pra anemia. 24 semanas, tô entrando no sexto mês...

Não tô passando mal, tá sendo ótima, graças a Deus...tudo normal...minha saúde e do neném tá bem.

Eu já tava entrando nos 02 meses... aí comecei a passar mal.

Isso começou com sangramento, senti muita dor...

Aí eu passei esse período, aí pra acabar de me fechar, aí minha gestação é de alto risco...

É assim, eu acho que eu já tava com problema desde o começo da gravidez, porque eu passava muito mal... Eu inchava bastante, logo no começo, eu sentia mal, eu sentia mal estar, queria só viver deitada, não comia direito, eu sentia dor de cabeça, teve uma vez, que já quase chegando já com três, quatro meses, o bebê endureceu na minha barriga, foi aquele processo todo...

Aí eu inchei bastante, fiquei muito inchada... muito inchada e eu sentia dor, sentia dor...

Não, minha pressão não subia. Aí foi onde que tá... aí eu sentia dores e dores e dores e não dormia,

Eu estava com diabete altíssima.

A coisa tava feia porque eu tava com diabetes altíssima. Tô tomando insulina pra controlar...

Passei mal até os quatro meses.”

5.4.4 Falta de suporte familiar

E6, E9

5.4.4.1 Não apóiam

“Tenho uma amiga que sempre me leva nas consultas e no pronto atendimento. Eu moro sozinha. Eu vim pra trabalhar e acabei ficando e comecei a namorar e engravidei, sem planejar e sem querer, eu tomava comprimido.

Não tenho ninguém da minha família aqui na cidade, meu pai e minha mãe são separados e moram em outra cidade... bem longe daqui.”

Meu pai e minha mãe não apoiam a gravidez, porque não sou casada...”

5.4.5 Suporte Familiar

E5, E11

5.4.5.1 Apoio da família

“Tem minha mãe, minha sogra, tá todo mundo já brigando... pra ver quem que vai ficar comigo...”

Minha mãe me acolheu, ficou brava, mas acolheu.

Tô tendo ajuda de muita gente. Minha mãe já quer até batizar. Minha família me apoiou e tô até ganhando roupinhas, presentes da família e amigos...tô muito feliz.”

5.4.6 Suporte Religião

E6, E9, E11

5.4.6.1 Apoio nas crenças

“Fui pra igreja e encontrei uma pessoa na igreja que me ajudou e busquei forças em Deus e eu lembrava de um promessa que Deus me fez...que um dia eu ia ter outro filho, mas eu não imaginava que ia ser desse jeito....

Parei de ter relação e comecei a participar bastante da igreja.

Como eu ia na igreja eu parei mesmo de tomar....eu usava mais assim, pra não vir a menstruação mesmo...porque como eu ia na igreja...daí eu afastei da igreja, e quando aconteceu eu não tomava mesmo...aí acabou acontecendo.

Fiquei cinco meses sem tomar, aí aconteceu.

A família dele é mais rígida que a minha, aquela família tradicional de igreja crente... então ele ficou com medo, assustou um pouco pela atitude dele.

Eu sempre tive um bom relacionamento com meu pai, mesmo com minha mãe também... só que eu fui criada dentro da igreja... católica, mas eu fui criada dentro da igreja....

A única pessoa que foi muito importante na gestação...mais no início, foi o padre...porque ele conversou muito comigo, pedia pra eu orar bastante e não deixar passar nada pro nenê....agora já sei que é uma menina....o padre falava que se eu não quisesse essa criança não ia sentir nada desses problemas...e é o que eu tento fazer ate hoje... já que tá no final da gestação.”

A gravidez é um período de transição marcado por mudanças físicas e biopsicossociais que define novos papéis para a mulher, podendo ser fruto da livre escolha reprodutiva ou ser

referida como não planejada, e este período é permeado por situações de dificuldades psicossociais, como o estresse, a baixa autoestima, o inexpressivo apoio recebido do companheiro e de outras pessoas. (MORANDIN, 2010)

A literatura indica que este período gravídico é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na vida da mulher. (MORANDIN, 2010)

Nota-se em relação aos aspectos biopsicossociais, de acordo com a fala das gestante, que a importância da gestão de problemas psicossociais é dupla: problemas psicossociais estão associados a resultados adversos para a gravidez (MEIKSIN, 2010), e comprometimento do bem-estar da grávida.

As entrevistadas mostram nesse DSC que os sentimentos delas frente a uma gravidez não planejada, podem estar relacionados ao medo do não planejado, às dificuldades de se criar um filho no mundo de hoje, pois, segundo elas, a preocupação está relacionada à violência. Porém, algumas das gestantes relataram outras preocupações tais como as doenças decorrentes da gestação, como diabetes, pressão alta, sangramento, inchaço pelo corpo todo, os quais foram mais motivos de tensão acarretados pela gravidez não planejada, ocasionando, à gestante, desânimo, momentos depressivos e sentimentos de negação em relação à gravidez.

A gestação e o nascimento de uma criança são eventos psicossociais, que afetam profundamente a vida dos pais e das famílias (MOURA; SILVA, 2006). Estes eventos são essenciais, do ponto de vista da mulher e de sua família, para a construção da ideia de gestação e são favoráveis à adaptação, tanto da mulher quanto de sua procedência, às transformações decorrentes da gravidez, além de ajudá-la a manter sua saúde e prepará-la para o nascimento de seu filho (MOURA; SILVA 2006; BRANDEN, 2000; CAMACHO et. al., 2010).

Dentre os fatores biopsicossociais, podemos destacar: dificuldades financeiras, desemprego da gestante ou do companheiro, falta de um parceiro ou de apoio dele ou de suporte familiar, conflitos conjugais, eventos estressantes ocorridos ultimamente na vida da gestante ou cônjuge e também os fatores relacionados aos sinais e sintomas que uma gravidez acarreta, tais como: náuseas, vômitos, inchaço no corpo, mudanças dos níveis de hormônios, trazendo tanto a irritabilidade, quanto a sonolência, dentre outros.

As gestantes do estudo também relataram sentimentos de apreensão no momento de transmitir a notícia da gestação ao companheiro e à família, devido à insegurança em não saber se a reação seria positiva ou negativa, se iria haver o acolhimento ou a rejeição, porém, com a maioria das entrevistas, pode-se inferir que foi positiva a aceitação dos familiares e companheiros.

Dentre as alterações gestacionais, destacam-se as *emocionais*, que se caracterizam por oscilações de sentimentos e repercutem nas relações familiares, na satisfação dos casais e de seus filhos (FREITAS et. al., 2003; CAMACHO et. al., 2010).

Os sentimentos do casal em relação à vida reprodutiva também foram discutidos, pois, na maioria dos relatos das entrevistadas, esta gestação não seria a primeira do casal ou do companheiro, ou seja, ambos já tinham filhos, seja com esta companheira ou de outros relacionamentos, acarretando assim, em momentos de estresse, de dificuldades e insegurança à relação, pois o não planejado acarreta mudanças, de uma maneira em geral, na vida do casal. No entanto, algumas gestantes relataram intensos momentos de realização, devido esta nova gravidez, porque, segundo algumas gestantes, os filhos já estão grandes e a vinda de uma criança está (é) um motivo de felicidade para toda família, para o companheiro e para os filhos mais velhos.

" É difícil, se não impossível" demonstrar o nexo de causalidade entre a gravidez não planejada e os resultados negativos de saúde materna (GIPSON et. al., 2008), e nem todas as mulheres com a gravidez não planejada vai encontrar dificuldades psicossociais. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) recomenda a realização de avaliação psicossocial para todas as mulheres (ACOG, 2009) e ajuda às mulheres no gerenciamento de estressores psicossociais" como parte do atendimento integral para as mulheres" (ACOG, 2006).

Em 2006, o Comitê de Opinião " Fatores de Risco Psicossocial: Triagem Perinatal e Intervenção" ACOG recomendou a triagem psicossocial em profundidade para todas as mulheres que procuram assistência pré-natal em uma gravidez (ACOG, 2006). Alguns elementos s recomendados incluem triagem para depressão, estresse, apoio psicossocial e intenção de gravidez. As recomendações do ACOG também incluem o acompanhamento após a triagem, a fim de identificar áreas de interesse, dar as informações à paciente, e sugerir possíveis alterações, se indicado (ACOG, 2006).

O apoio social é um fator importante na saúde psicossocial da mãe durante e após a gravidez. Baixa satisfação marital e baixos níveis de suporte social percebido são ambos associados com humor deprimido durante a gravidez. (ESCRIBA et. al., 2008; RUDNICK et. al., 2001). Falta de apoio social e discussões com o parceiro acima do normal são fatores de risco para a depressão pós-parto (CAMACHO et.al., 2010; LINCOLN et. al., 2008). Uma grande percentagem de mulheres com GNPs relatam baixos níveis de apoio do pai do bebê (ORR E MILLER, 1997), e as mulheres com GNPs e seus parceiros estão especialmente em

risco de dificuldades de relacionamento (INSTITUTE OF MEDICINE, 1995; SIMMONDS; LIKIS, 2005).

Em relação ao suporte familiar, a maioria das gestantes teve o apoio dos pais e familiares, relatando que foram totalmente apoiadas e a felicidade predominou com esta gestação. Mas, também houve a falta de apoio ou falta de suporte familiar de algumas das gestantes, cuja família reside em outra cidade ou cuja família não apoiou a gravidez.

Segundo Maldonado (1997), de acordo com o contexto e com a subjetividade, os papéis de mãe e de mulher alteram-se e, conseqüentemente, em uma gravidez não planejada, a participação e o apoio da família são determinantes para o desfecho dessa crise e para o desenvolvimento mais sadio da gravidez. Além da família, a presença de um companheiro envolvido neste processo de gestação é fundamental para a segurança e estabilidade, tanto da grávida quanto do novo membro da família.

Tivemos relatos relacionados ao suporte religioso, em que a crença religiosa confere fator de encorajamento diante da situação. Algumas das gestantes mencionaram que buscaram forças na Igreja, com apoio dos religiosos (padres, pastores), nas crenças, para vivenciar e aceitar esta gravidez.

Por fim, uma gravidez não planejada desenvolve-se melhor quando a mulher recebe apoio e atenção, trazendo momentos de felicidade, não somente para ela, mas para todos que a cercam. Este fato deve-se, também, a fatores emocionais, que interferem diretamente na concepção da gestação, pois, além de gerar um novo ser, gera-se, também, uma mulher mãe que nunca havia tido sentimentos dessa natureza, que são intensos e transformadores (MOURA; SILVA, 2006; CAMACHO et.al., 2010; LUZ et. al., 2007).

5.5 Gravidez Não Planejada e a relação com os métodos contraceptivos (planejamento familiar) e planos futuros (vida reprodutiva).

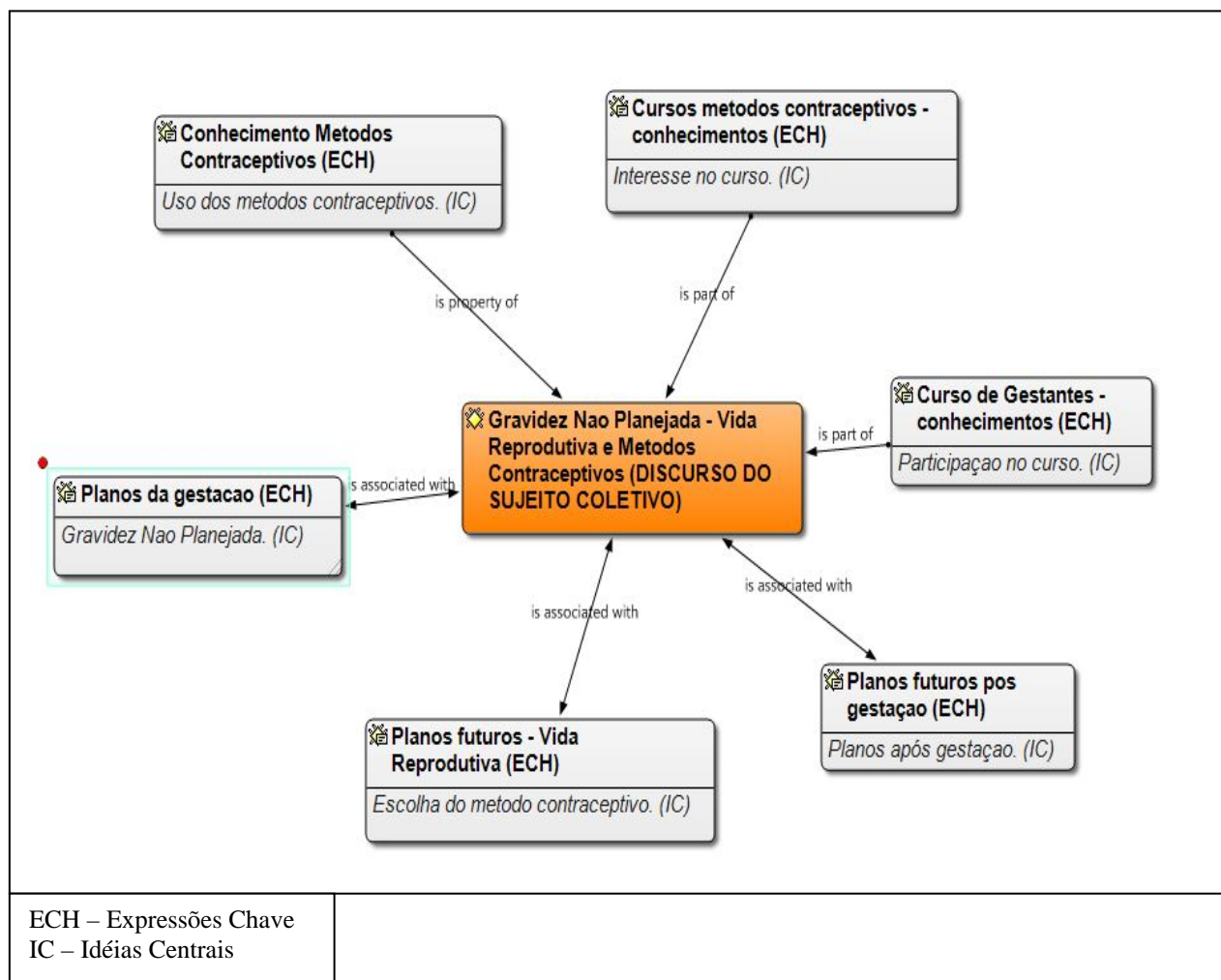


Figura 04: Caracterização das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Sertãozinho/SP, segundo as vivências destas gestantes frente a uma gravidez não planejada e sua relação com os métodos contraceptivos (planejamento familiar) e planos futuros (vida reprodutiva). Estudo realizado no município de Sertãozinho/SP 2013.

A figura 04 nos mostra as vivências das gestantes do estudo frente a uma gravidez não planejada e sua relação com os métodos contraceptivos (planejamento familiar) e planos futuros (vida reprodutiva), demonstrando no centro o bloco temático, as idéias centrais e as expressões chave descritas. Cada relação esta representada acima com sua devida descrição (esta associada com, é parte de, é propriedade de). Relação esta, produzida pelo software Atlas.ti.

5.5.1 Conhecimento Métodos Contraceptivos

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10- e E11

5.5.1.1 Uso dos métodos contraceptivos

“Já tomei comprimido.

Já tomei, não tinha reação...tudo bem, não tinha nenhum sintoma...

Não, não tive problemas. E como já faz um tempo que eu sempre tomo, passei bastante mal no início, até eu achar um que deu certo...

DIU não, ah eu não queria porque é, eu tenho muita espinha, principalmente, agora na gravidez, então, anticoncepcional ajuda né...

Ele fala que pode ser que eu tive um problema nas costas e tive que tomar um medicamento muito forte e pode ser que pode ter inibido o efeito...isso mesmo...aí, neste momento que engravidei...

Pretendo voltar a tomar o comprimido mesmo.

Conheço vários métodos de contracepção, mas prefiro o comprimido....

Não, nunca estudei, mas prefiro o comprimido.

Eu fiz o curso de gestante e na primeira aula fala de todos os métodos contraceptivos.

Não, eu não tomo direto, porque, uma que eu sou esquecida, mas dessa eu falei, vou tentar tomar certinho porque é pra não correr o risco, porque da minha menina do meio pra outra é diferença de cinco anos, e também eu não tomava remédio.

A gente sempre evitava com camisinha ou ele tirava né.

Mas acontecia um problema, aos finais de semana eu esquecia sempre...eu mais esquecia do que tomava....

Ah porque às vezes eu saía de manhã e chegava a noite e nem lembrava do comprimido.

É eu vou optar pela injeção...

Não, porque o remédio me faz mal, aí eu tava pra passar no médico ainda pra eu começar a tomar injeção.

Já tomei comprimido, mas faz mal...

Não sei, eu prefiro a injeção, porque como eu passo muito mal com o remédio né.

Não, também nunca tomei.

Foi, eu usava, só que eu tava usando, o anticoncepcional errado...eu nunca imaginava que há treze anos eu estava usando este anticoncepcional errado...

Porque eu não me dou com anticoncepcional nenhum, só um único que eu tava usando, porque foi desde quando a minha filha... que é pai diferentes... aí eu tava usando, a médica passou pra mim, porque tem os hormônios, aí ela falou... eu vou te passar esse e você vai se dar bem, aí eu me dei bem, e aí , é pra pessoas que tá amamentando e aí eu passei treze anos tomando errado, porque ela me passou até o período que eu tivesse amamentando...

Eu tinha parado porque a cartela tinha acabado...Então....pra pegar aqui no postinho, tinha que passar no médico de novo...né, porque meu contínuo já tinha acabado....

Ah nunca usei o DIU, mas vou voltar no comprimido...

Não usava certinho, eu usava umas três vezes na semana...aí os outros dias eu não usava, eu esquecia, não tomava mesmo, não ligava muito...

Eu sabia sim que tinha que tomar certinho, todo dia, no mesmo horário, minha mãe falava bastante, mas eu não ligava muito não....

Eu usava preservativo, só que às vezes acontecia de não usar, aí aconteceu...

Pretendo usar algum método contraceptivo depois que o bebê nascer.

Eu usava, mas usava errado.

Usava comprimido....eu esquecia...era instruída que tinha que tomar todo dia, mas esquecia mesmo.

Conheço os métodos, conheço a pílula, conheço o DIU...já tomei a pílula, a injeção.

Eu não tava tomando, porque assim... já várias vezes, eu ficava meses sem menstruar..

Eu usava comprimido desde os dezessete anos por causa das espinhas....aí parei mesmo por conta que não tava namorando....e aí nesse meio tempo....foi onde aconteceu.

Eu era instruída total....porque eu tava fazendo estágio na maternidade ano passado...e ajudava a preparar o curso de gestante ano passado...mas aí bebi do próprio veneno.

Conheço todos os métodos, o único que não indico, é o coito interrompido....porque muitos médicos falam que é método, mas não é eficaz...

Tomava o comprimido certinho, não esqueço....só que nunca tive efeito colateral.”

5.5.2 Curso de Gestantes – Conhecimento

E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11

5.5.2.1 Participação no curso

“Eu quero parto normal... eu opto, porque eu fiz o curso, e eles falam que o parto normal é bem melhor.

Fiz o curso aqui, adorei, aprendi muito.

Não, não fiz curso de gestantes ainda... mas já cuidei de todos os meus sobrinhos.

Fiz curso de gestante na Santa Casa... e gostei, aprendi bastante coisa...

O curso de gestante não fiz não, ah não tinha tempo no começo... não consegui fazer... aí não deu certo....

Não, não fiz nenhum curso de gestante, porque eu ficava o dia todo na loja e fecha as sete da noite ou as oito... e nem fui mesmo.

Fiz o curso de gestante sim, achei bem legal, aprende bastante, bastante dica que a gente não sabe do dia-a-dia... a gente aprende no curso

Não participei do curso de gestantes, não tive tempo.”

5.5.3 Cursos métodos contraceptivos – conhecimentos

E4, E7, E8, E9, E10

5.5.3.1 Interesse no curso

“Não tem curso de métodos contraceptivos no postinho, só no curso de gestante que a gente tem um dia que aprende, seria legal ter um curso aqui sobre método contraceptivo... com certeza, seria ótimo...

Acho que seria bem legal... curso de método contraceptivo na unidade pra orientar e ensinar.

Acho que seria muito bom algum curso de método contraceptivo, porque muita gente tem dúvidas...

Seria legal ter cursos de métodos contraceptivos, pra orientar, ensinar, mas no fundo todo mundo sabe né.

Nas unidades não tem curso de métodos contraceptivos... acho que seria interessante ter esses cursos nas unidades básicas.

Não fiz, não tem aqui... acho que seria uma boa ter esses cursos, principalmente pra instruir as adolescentes.

Acho que seria uma boa ter esses cursos, principalmente pra instruir as adolescentes, porque às vezes, a mãe tem até vergonha de conversar sobre o assunto... nas escolas quando eu estudava a gente fazia bastante palestra a respeito do assunto..."

5.5.4 Planos da gestação

E1, E4, E10, E11

5.5.4.1 Gravidez não planejada

"Não foi planejada, não era esperado, não era pra dezembro do ano passado, era pra ser este ano em dezembro.

Aí mais ou menos eu tava querendo.

Eu mesmo que parei, parei um tempo, tomava um pouco, parava... mas eu mesmo nem tava querendo.

Mas não esperei pra aquele momento...

Eu queria mesmo... aí eu dei uma parada de tomar o remédio...aí aconteceu.

Porque eu ia engravidar mais pra frente.

Eu ia fazer o tratamento pra tentar engravidar, porque eu tenho ovário policístico... mas aí não deu tempo de começar....Graças a Deus não passei por aquele exame dolorido...

Só que eu acho que eu já queria ser mãe, não assim desse jeito, mas eu já queria."

5.5.5 Planos futuros - Vida Reprodutiva

E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11

5.5.5.1 Escolha do método contraceptivo

“Eu pretendo usar algum método contraceptivo após a gestação... Ah sim... Eu queria que ele fizesse a vasectomia né... É eu queria que ele fizesse, mas ele tá meio apreensivo, com medo e tal, e acho que vou ficar no anticoncepcional...

Porque é assim, como eu sou uma gravidez de risco já e agora não opera mais quando você vai fazer a cesárea, então assim, eu não vou voltar depois. Eu já falei isso pra ele, então ele já tá ciente, né porque daí seis meses, eu ter que voltar, tomar anestesia, tudo de novo... e ele é rápido.

A gente conversou isso aí, que ele vai né, e vamos ver se vai né, eu espero que ele vai.

Eu também não pretendo tomar remédio de novo...

Ah eu queria tomar injeção, porque falam que é muito bom e eu não tenho o risco de esquecer.

Com certeza vou voltar a tomar remédio, por enquanto não quero mais não, só um só.

Não sei, eu prefiro a injeção,

Já conversei com o medico e já entrei com os papéis pra operar...não quero comprimido, porque eu tenho reação, eu passo mal....então eu vou operar.

Após a gestação vou usar o comprimido.

Gosto do DIU... só que eu vou tomar comprimido após a gestação.

Eu pretendo tomar a injeção depois da gestação, que é melhor né.

Eu pretendo tomar algum método mesmo depois que o bebe nascer.

Agora no momento, quando eu tiver esse nenê, quero tomar a pílula.

Não quero ter mais filhos não, chega ... prefiro tomar a pílula.

Após essa gestação.... sim, pretendo tomar medicação, mas pretendo ter mais filhos, mas não deste modo que foi, sem planejar.”

5.5.6 Planos futuros pós-gestação

E1, E3, E4, E5, E8, E9

5.5.6.1 Planos após a gestação

“Em relação aos planos futuros, não pretendo ter mais filhos, pretendo encerrar por aqui. Se eu tivesse condições, tudo e fosse mais fácil, eu teria sim, com certeza, porque eu adoro criança, teria sim, três, quatro, era essa minha intenção, mas hoje em dia como tá muito difícil, dois tá ótimo.

Então....não vou falar de planos futuros, porque só Deus sabe.

Então, depois que nascer eu já quero trabalhareu já tava com plano de fazer uma faculdade.

Assim, que eu tiver o nenê, vou ficar um pouco com ele, é menino, aí depois eu vejo se eu faço faculdade.

Vou ter que trabalhar lógico, depois que o nenê nascer.

Depois que o bebê nascer eu pretendo continuar meu estudo, pra mim trabalhar e pretendo fazer alguns cursos.

Vou voltar a trabalhar, mas vou afastar, pretendo voltar depois dos quatro meses...e aí meu marido vai ficar com ele, porque meu marido trabalha a noite, das 16h às 2h da manhã, e eu trabalho das 7 às 13h....então aí vai dar pra ele olhar....e eu fico a tarde com o bebê...

Por enquanto vou esperar mais pra frente, quando o nenê tiver maiorzinho, eu pretendo voltar a estudar, pra terminar os estudos, o colegial.

Depois que nascer, vou continuar a trabalhar, vou ficar um tempo afastada, depois vou voltar...eu trabalho aqui com meus pais...”

A gravidez não planejada decorre da falta de informações e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, do uso inadequado deles, da descontinuidade na oferta do contraceptivo pelos serviços de saúde, da oferta limitada na variedade dos métodos e dos efeitos colaterais adversos, que levam ao abandono e ao limite de eficácia (FERRAND, 2007).

Somam-se a essas questões, problemas no relacionamento, ambivalência do desejo e falta de educação sexual (NADER et. al., 2008). A gravidez não planejada não se restringe a fatores do consciente, há associação entre motivos conscientes e inconscientes na ocorrência dessa (TACHIBANA et. al., 2006), mas, ainda que tais motivações sejam valorizadas, é importante considerar que o acesso à informação e aos métodos contraceptivos facilita para

que as mulheres possam ter controle sobre a própria fecundidade e façam escolhas, conforme os desejos delas.

Nos discursos das gestantes em estudo, fica evidente que as mulheres com gravidez não planejada têm conhecimento sobre os métodos contraceptivos, que a maioria delas estava em uso destes quando descobriram a gravidez. Porém, nota-se que, de acordo com os relatos, muitas das gestantes faziam uso incorreto do método contraceptivo que estava sendo utilizado, tem-se como exemplo o uso do método hormonal. Elas relataram não fazer o uso diariamente, relataram, também, esquecimento e que sabiam que, devido ao uso incorreto, estavam sujeitas a engravidar. Disseram que a gravidez ocorreu inesperadamente e sem planejamento. Sendo assim, a gravidez não era esperada para o momento em que aconteceu, havendo uma contradição na fala destas gestantes, pois se há o uso incorreto do método contraceptivo, há o risco de engravidar, pois algumas relataram que sabiam que faziam o uso incorreto.

Chama a atenção o uso inconsistente ou o não uso propriamente dito dos métodos contraceptivos no mês da descoberta da gravidez. O uso de métodos, não necessariamente, ocorre de forma contínua e consistente, gerando situações de vulnerabilidade contraceptiva. Assim como o não uso nem sempre significa que as mulheres ou casais estejam planejando ou desejando uma gravidez; por isso, não pode ser indicativo único de planejamento de uma gravidez (ROCCA et. al., 2010).

Contraditoriamente a nosso estudo, o estudo de Matteson et. al., (2006) relata que, apesar das opções de contraceptivo estarem amplamente disponíveis nos Estados Unidos, 47% das mulheres com um relatório de uma gravidez não planejada não usavam nenhum método contraceptivo no mês que engravidou.

De acordo com o estudo de Paniz (2005) é possível que o uso incorreto e inadequado de métodos anticoncepcionais responda pela maioria dos casos de insucesso na prevenção da gravidez, e não a falta de conhecimento sobre o método em si. O que pode ser confirmado com os relatos do nosso estudo, sendo possível afirmar que a gravidez para, algumas mulheres, foi acidental, entretanto, foi previsível e intencional, pelo uso negligenciado do método contraceptivo.

Houve relatos de que as gestantes conhecem vários métodos contraceptivos, porém, há a preferência pelo uso do comprimido. Temos, então, uma discordância, pois elas preferem o uso do comprimido, todavia não o utilizam corretamente, afirmando que o utilizam quando se lembram. Quando questionadas sobre os outros métodos, relatam conhecer, porém, dizem não ter utilizado nenhum outro, pois, preferem o comprimido. Uma única gestante relatou que

engravidou porque não conseguiu adquirir o método contraceptivo na unidade básica, sendo esta circunstância uma facilitadora, que encontramos em alguns estudos, para a ocorrência da gravidez não planejada.

Em nosso estudo, não tivemos como causa principal da gravidez não planejada, a dificuldade em adquirir o método contraceptivo. No entanto, apesar da melhoria das tecnologias contraceptivas e da ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, estudiosos têm advertido que a ocorrência de gestações *não planejadas*, não tem diminuído ao longo do tempo (OPAS, 2009; BECK et. al., 2003).

Gestantes com gravidez não planejada podem se beneficiar de consideração inicial de um método contraceptivo futuro. Gravidez não planejada anterior é um fator de risco para a GNP futura (KUROKI et. al., 2008) e as mulheres com GNPs tendem a ter mais problemas com a contracepção do que as outras mulheres grávidas. Em comparação com as mulheres com gestações planejadas, as mulheres com GNPs relatam menor satisfação com a contracepção e maior dificuldade em lembrar-se de tomá-lo (ROSENFELD, 1996). Fato que concluímos com os relatos das gestantes deste estudo.

Sendo assim, a prática contraceptiva é um importante fator na prevenção da gravidez não planejada, e sendo precisa e consistente é importante na prevenção da gravidez não planejada (JACCARD et. al., 1996). Mais de metade das gravidezes não planejadas ocorrem entre as mulheres que não usam contraceptivos como preconcepção. Um adicional de 40% das gravidezes não planejadas ocorre entre as mulheres que usam método de contracepção delas de forma inconsistente ou incorretamente (FROST et. al., 2008).

Quando do questionamento sobre o curso de gestante ministrado nas unidades de saúde do município, muitas não participaram, relatando que não tiveram tempo de comparecer, devido ao trabalho ou outros compromissos, sendo este o relato da maioria. Porém, as que participaram, disseram ter aprendido muito e relataram ter gostado do curso. E, quando do questionamento sobre a possível existência do curso de métodos contraceptivos, a resposta de que seria muito positivo e de que compareceriam, foi unânime, porém, ficamos na dúvida sobre a adesão e o comparecimento, pois, de acordo com o curso de gestantes, a adesão e comparecimento foram mais negativos do que positivos.

De acordo com o estudo de Moreira et al. (2008) os discursos das gestantes demonstram a ansiedade própria da gravidez, relacionada à falta de informação e, por conseguinte, o medo do desconhecido, como do parto e de não saber cuidar bem do bebê. Nesse sentido, o curso de gestantes representa para elas um espaço onde essas dúvidas serão dirimidas ou pelo menos minimizadas, o que as tornará mães mais seguras.

As vantagens das atividades com o curso de gestantes estão ligadas, principalmente, à *aprendizagem* e, decorrente desta, à autoconfiança, segurança e tranquilidade da gestante, bem como a ter um espaço onde possam expressar e compartilhar os sentimentos que permeiam essa fase de suas vidas, a gravidez, havendo diminuição de medos, tensões e ansiedades (MOREIRA et. al., 2008).

E por fim, em relação aos planos futuros pós-gestação e vida reprodutiva, os discursos destacam que a maioria das gestantes pretende voltar a usar algum método contraceptivo. Uma delas pretende recorrer ao companheiro na questão da cirurgia (vasectomia). Sendo quase unânime a decisão da gestante, ou do casal, de não ter mais filhos ou de não querer mais filhos após esta gestação. Tendo como planos futuros, após esta gestação, a volta ao trabalho, a volta aos estudos, ou seja, o retorno aos planos de vida que foram interrompidos ou modificados com a descoberta de uma gravidez não planejada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi evidenciado que a experiência de uma gravidez não planejada pelas gestantes que compuseram o presente estudo foi relacionada às vivências desta gravidez à vida familiar e conjugal, aos aspectos biopsicossociais e aos conhecimentos dos métodos contraceptivos.

De acordo com os relatos das gestantes deste estudo, reações iniciais negativas com relação à descoberta da gravidez foram manifestadas por elas, contudo, as mulheres deste estudo, em sua maioria, enfrentaram as dificuldades impostas por esta gravidez não planejada.

Percebeu-se também que os conflitos vivenciados pelas gestantes com a descoberta da gravidez se dão na percepção dessa gestação como um acontecimento indesejado, no medo de enfrentar esta situação perante a família ou companheiro e nas reações dos pais com a descoberta da gravidez.

Ao receberem a notícia de uma gravidez que não estava nos planos naquele momento da vida, nem sempre a gestante consegue o apoio do parceiro, tendo, em muitos casos, que recorrer à família para ajudar a criar seu filho, ou tem que conseguir um emprego para o próprio sustento e do seu filho, comprometendo os estudos, as perspectivas profissionais e, conseqüentemente, a condição econômica.

É evidente que a gravidez não planejada tem como principal consequência essa problemática nos níveis biopsicossociais. Entre estas consequências é preocupante a interrupção da escolarização e da formação profissional. As entrevistas demonstraram baixa escolaridade e falta de profissionalização frequentes entre as gestantes, o que dificulta a inserção dessas mulheres no competitivo mercado de trabalho, implicando em empregos de baixa remuneração e desqualificação.

Os DSCs evidenciaram que níveis elevados de ansiedade, estresse e depressão no decurso da gestação, devido à descoberta de uma gravidez não planejada, implicou em negativas para a saúde e bem estar da mulher, pois, houve relatos de sintomas físicos, tais como náuseas, vômitos e fadiga, que foram agravados, ocasionando o aumento da pressão e o surgimento de diabetes gestacional, os quais são fatores de risco para a saúde da mulher e do bebê.

Embora os relatos das participantes do estudo demonstrassem que elas têm acesso aos métodos contraceptivos e conhecimentos sobre estes, e que elas estavam utilizando-os quando da descoberta da gravidez, a maioria ainda não consegue colocar em prática a informação assimilada para evitar a gestação.

A alta prevalência de gravidez não planejada parece contradizer o fato estabelecido de que o uso crescente de métodos anticoncepcionais é uma intervenção eficaz para reduzir o número de gestações, quando estas não deveriam acontecer. Este aspecto precisa ser considerado ao se avaliarem programas de planejamento familiar em funcionamento no município, sendo igualmente importantes informações sobre as taxas de conhecimento e de utilização de métodos contraceptivos pela população feminina sexualmente ativa.

Finalizando o estudo, concluímos que, de acordo com as literaturas lidas, e de acordo com os relatos das gestantes em estudo, está claro que a gravidez não planejada não tem diminuído ao longo do tempo, apesar das tecnologias contraceptivas e do maior acesso da população às informações. Este estudo ganha relevância pelo impacto que exerce sobre o bem-estar pessoal, familiar e socioeconômico das mulheres e seus companheiros, em virtude das possíveis gestações não planejadas.

7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Acreditamos que os importantes resultados evidenciados neste estudo deveriam ser divulgados e informados aos administradores dos serviços de saúde de assistência materna e também àqueles responsáveis pela definição de políticas relacionadas ao campo da saúde materna e infantil do município, para um aprimoramento das questões envolvidas em estudo sobre a gravidez não planejada. A equipe de saúde necessita estar capacitada a desenvolver continuamente ações de promoção da saúde junto a estas mulheres, no que pesam as intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro no cenário da saúde.

Sugerimos que as conclusões deste trabalho devam estar disponíveis às mulheres e em particular às gestantes de forma a capacitá-las à familiaridade com o assunto e à tomada de decisão consciente sobre uma possível gravidez não planejada, com a finalidade de realizar o seu plano de gestação, a fim de uma melhor condução a este processo.

Desta forma, considera-se importante a realização de outros estudos que investiguem mais profundamente diferentes aspectos da vida dessas mães que apresentam gestações não planejadas, tais como processo de escolarização, projeto de vida profissional, relacionamento conjugal, relacionamento com os pais, entre outros; além da realização de estudos que acompanhem tanto as gestantes como outras pessoas significativas envolvidas na vivência desse fenômeno, pois se observa pequeno número de estudos relacionados às mulheres acima de 18 anos ao tema da gravidez não planejada.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH et al. Reasons for not using condoms among the Hong Kong Chinese population: implications for HIV and STD prevention. **The Journal of Sexual Health & HIV** 78, 180–184, 2002.

ALI M, CLELAND J. Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis. **Soc Sci Med** 2005; 60:1175-85. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *JOGNN* 2008; 37: 315–328.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. **Obstet Gynecol** 2006; 108: 469–77.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE. ACOG Committee Opinion No. 452: primary and preventive care: periodic assessments. **Obstet Gynecol** 2009; 114: 1444–51.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

ARSLAN, I. The Relation Between Prenatal Behaviour and Planned/Unplanned Pregnancy. Master Thesis. **Institute of Health Sciences**, Dokuz Eylül University, İzmir. 2005

ÁVILA A.M. Socorro doutor: atrás da barriga tem gente. São Paulo: **Atheneu**; 1999

BALCAZAR H, HARTNER J. The effects of prenatal care utilization and maternal risk factors on pregnancy outcome between Mexican American and non-Hispanic White. *J Natl Med Assoc.* 1993; 85(3): 195-202.

BAHAMONDES L. A escolha do método contraceptivo. **Ver Bras Ginecol Obstet.** 2006; 28(5): 267-70.

BARRET G, SMITH S.C, WELLINGS K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. **J Epidemiol Community Health.** 2004; 58: 426-33.

BARRET G, SMITH SC, WELLINGS K. What is a ‘planned’ pregnancy? Empirical data from a British study London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London, Health Promotion Research Unit. **Social Science & Medicine** 2002; 55: 545–557/ Available online 25 June 2002.

BARSTED, L. Gênero e direitos humanos. **In: Proposta, FASE**, ano 31, março/maio de , 2002.

BARUFFI L.M. O cuidado cultural à mulher na gestação. Passo Fundo: **Ed. da UPF**; 2004.

BAYDAR. Consequences for children of their birth planning status. **Family Planning Perspectives**, 27, 228–234, 245, 1995.

BBC NEWS. 40% of pregnancies ‘unplanned’. Retrieved July 11, 2008, from <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3515400.stm>, 2004.

BECK L.F et. al., Pregnancy Risk Assessment Monitoring System: PRAMS 1999 Surveillance Report. **Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention**; 2003.

BERQUÓ E, LIMA LP. Planejamento da fecundidade: Gravidezes não desejadas – PNDS 1996 e 2006. Cap 7 pag 135-149 In: 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. – Brasília: Ministério da Saúde. 300 p. 2009.

BITTO A, GRAY R.H, SIMPSON J.L *et al.* Adverse outcomes of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning: A prospective study. **American Journal of Public Health**; 87: 338–343, 1997.

BOBROVA N, SERGEEV O, GRECHUKHINA T & KAPIGA S. Social cognitive predictors of consistent condom use among young people in Moscow. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health** 37, 174–178, 2005.

BOGDAN R, TAYLOR S.J. Introduction to qualitative research methods the search for meanings. **2ª Ed. New York**: John Wily & Sons; 1984.

BONADIO I.C, TSUNECHIRO M.A. Diagnóstico de gravidez. In: Barros SMO. Enfermagem no ciclo gravídico – puerperal. **São Paulo: Manole**. p. 3-18, 2006.

BORTOLETTO, Marisa C. O que é ser mãe? **Revista Viver Psicologia**. São Paulo. (3): 25-27, 1992.

BONE M. Family planning services in England and Wales. London: **HMSO**, 1973.

BOUCHARD, G. 2005. Adult Couples Facing a Planned or an Unplanned Pregnancy: Two Realities *Université de Moncton. Journal of Family Issues* /July 2005. Downloaded from jfi.sagepub.com at CAPES on May 16, 2012.

BOUCHARD, G, LUSSIER, Y. & SABOURIN, S. Personality and marital adjustment: Utility of the Five-Factor model of personality. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 651-660, 1999.

BOYLE M. Re-thinking Abortion: Psychology, Gender, Power and the Law. **Routledge**, London, 1997.

BRANDEN P.S. Contraceptive choice and patient compliance. The health care provider's challenge. *Journal of Nurse-Midwifery* 43, 471-482, 1998.

BRANDEN P.S. Enfermagem materno-infantil. 2a ed. Rio de Janeiro: **Reichmann & Affonso editores**; 2000.

BRANDAO, Z. Fluxos escolares e efeitos agregados pela escola. **Em Aberto, Brasília**, v. 17, p. 41, 2000.

BRASIL. Indicadores e dados básicos – 2000. **IDB**, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira**. Ver Promoção da Saúde. 6:53-6, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Demografia e Saúde 2006: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Relatório. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília; 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Nota Técnica: Plataforma Brasil. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. 2009 [acesso 10 maio. 2013]. http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/resumo_plataforma_brasil.pdf.

BRANDÃO E.R. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: Heilborn ML, Aquino EML, Knauth DR, Bozon, organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**. p. 61-95, 2006.

BRANDÃO, Z. Entre questionários e entrevistas. In: NOGUEIRA, M. A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. (orgs.). **Família & escola**. Rio de Janeiro: Vozes. p. 171-83, 2000.

BROWN, S. S., & EISENBERG, L. *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families*. Washington, DC: **National Academic Press**. 1995.

CAETANO A.J. Acesso à contracepção segura. In: Villela WV, Saar E, organizadoras. Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Rumos para Cairo +20. Brasília: Presidência da República, **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**; 2010

CAMACHO K.G, VARGENS O.M.C, PROGIANTI J.M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. enferm. UERJ**. 18(1):32-37, 2010.

CAMPOS C.J.G. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Ver **Bras Enferm**. setembro-outubro; 57(5): 611-4, 2004.

CARTWRIGHT, A. Unintended pregnancies that lead to babies. **Social Science and Medicine**, 27, 249-254, 1988.

CHENG D, et. al., Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. **Contraception**. 79(3): 194-98, 2009.

CHENG Y, et. al. Contraceptive practice of women requesting termination of pregnancy: a study from china. **Contraception** 55, 15–17, 1997.

CHIZZOTTI A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. **6ª Ed. São Paulo: Cortez**. 2003

COELHO E.A. Ocorrência de gravidez não planejada em áreas de cobertura do Programa de Saúde da Família – Salvador (BA). Salvador: 2011. 93 p. [**Relatório Técnico de projeto financiado pelo CNPQ**]

COHEN, S., KAMARCK, T, MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, 24, 385-396, 1983.

CONDON, J. T., & CORKINDALE, C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. **British Journal of Medical Psychology**, 70, 359-372, 1997.

COSTA, A.M. *Atenção integral à saúde das mulheres: QUOVADIS? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. Tese (Doutorado)* – Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, Brasília, 2004. *Ciênc. saúde coletiva*. 10(3): 719-727, 2005.

COSTA F. Ministro enfrenta ato contra aborto. *Correio da Bahia* [Internet]. 2007 [citado 2009 Abr 19]. Disponível em: <http://www.camacarinoicias.com.br/leitura.php?id=10325>

Cleland J, et. al.,. Family planning: the unfinished agenda. **Lancet**. 368:1810-27, 2006.

COLEMAN, P.K., REARDON, D.C., COUGLE, J.R. Substance use among pregnant women in the context of previous, reproductive loss and desire for current pregnancy. **British Journal of Health Psychology** 10, 255–268, 2005.

COMMENTARY ON IP WY SIN LL & CHAN DS. Contraceptive self-efficacy and contraceptive knowledge of Hong Kong Chinese women with unplanned pregnancy. **Journal of Clinical Nursing**. 18, 2416–2425 Ruey-Hsia Wang, 2009.

CROSBY R.A, et. al., Correlates of unplanned and unwanted pregnancy among African-American female teens. **American Journal of Preventive Medicine**. 25: 255–258, 2003.

DEBRAY, R. Do projeto de filho ao filho real: um percurso semeado de emboscadas. In: Debray, R. *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1988.

DELGADO-RODRIGUEZ, M., GOMEZ-OLMEDO, M., BUENO-CAVANILLAS, A., et al. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate of prenatal care. **Preventive Medicine**. 26, 834–838, 1997.

DELVAUX, T., BUEKENS, P., GODIN, I., et. al. Barriers to prenatal care in Europe. **American Journal of Preventive Medicine**. 21, 52–59, 2001.

DEMO P. *Pesquisa e informação qualitativa*. 2ª Ed. São Paulo: **Papirus**; 2004

DEPARTAMENTO PLANEJAMENTO FAMILIAR. Disponível em: <http://drcarlos.med.br/planfaindmat.html>. Acesso em: 18 ago. 2005.

DESSEN MA, BRAZ MP. Rede social de apoio durante transição familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicol Teor e Pesq* [periódico na internet]. 2000 [citado 2005 set.20]; 16(3): 221-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf>

DE VISSER R.O & SMITH A.M.A. Inconsistent users of condoms: a challenge to traditional models of health behaviour. **Psychology, Health & Medicine** 6, 41–46, 2001.

DIETZ, P. M. et. al., Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of American Medical Association*, 282, 1359-1364, 1999.

DONONI A.A, GODOI A.M.M. Legislativo e o Programa de Ação da CIPD. In: Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento: Rumos para Cairo + 20. Brasília: Presidência da República, **Secretaria especial de políticas para as mulheres**, 2010.

DUARTE S. J. H, ANDRADE S.M.O. Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Campo Grande, MS. V.11, 2 ed. 373-376, 2007.

DUNKLEY J. *Health Promotion in Midwifery Practice*. London: **Bailliere Tindall**, 2000.

EHRHARDT A.A, et. al. HIV/STD risk and sexual strategies among women family planning clients in New York: **project FIO. AIDS and Behavior** 6, 1–13, 2002.

ERGIN, F; ARSLANTAS, H; OKYAY, P et. al. The prevalence of post partum depression and risk factors in the Province of Aydın. In: Congress Book. **Third National Congress of Maternal and Child Health**, _Izmir, Turkey, 2005.

ESCRIBA-AGUIR V. et. al., . Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? **J. Epidemiol Community Health**. 62: 410–4, 2008.

ESPÍRITO-SANTO D.C.; TAVARES-NETO J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 20: 562-9, 2004.

EVANS, A. Psychosocial aspects of teenage pregnancy resolution. Report No. 96. Canberra: **Australian National University**. 2005.

FAMILY CARE INTERNATIONAL. ACCIÓN PARA EL SIGLO XXI SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS PARA TODOS. **Conferencia Internacional sobre La Población y El Desarrollo**, New York, 1994.

FAMILY PLANNING ASSOCIATION OF HONG KONG. Report on the Survey of Family Planning Knowledge, Attitude and Practice in Hong Kong, 1999.

FAMILY PLANNING ASSOCIATION OF HONG KONG, Hong Kong. Family Planning Association of Hong Kong. **FPAHK Annual Report** 05–06. Family Planning Association of Hong Kong, Hong Kong, 2007.

FERGUSSON & HORWOOD; FERGUSSON D. M; HORWOOD L. J. Childhood disadvantage and the planning of pregnancy. **Social Science and Medicine**, 17 pp. 1223 – 1227, 1983.

FERNANDES J.F.P; SOUZA L.B; BARROSO M.G.T. Repercussões da gravidez no contexto sócio-familiar da adolescente – uma experiência. **Acta Paul. Enf.** 17(4): 400-6,2004.

FERRAND M. Sociologia da contracepção e do aborto: a contribuição da análise das relações de gênero [Internet]. In: 11º Curso de Metodologia da UFSC; 2007 [citado 2009 Jan 2]. Disponível em: www.clam.org.br/publicue/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm.

FINER L.B; HENSHAW S.K. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States. **Perspect Sex Reprod Health.**38: 90–6, 2006.

FLAMMER A. Development analysis on control beliefs. In *Self-Efficacy in Changing Societies* (Bandura A ed). Press Syndicate of the University of Cambridge, **New York**, pp. 69–113, 1995.

FLOOD M. Trust and latex: why young heterosexual men do not use condom. **Culture, Health & Sexuality** 5, 353– 369, 2003.

FREITAS F, et. al. Rotinas em obstetrícia. 2a ed. Porto Alegre: **Artmed editora**; 2003.

FRIESE S. *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. 2012.

FROST J.J ; DARROCH J.E & REMEZ L . Improving Contraceptive use in the United States. Brief. New York, Guttmacher Institute, pp. 1–8. Available at: http://www.guttmacher.org/pubs/2008/05/09/2008_Improving_Contraceptive_Use.pdf (accessed 15 May 2009).

GIPSON J.D; KOENIG M.A; HINDIN M.J. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. **Stud Fam Plann.** 39:18-38, 2008.

GOLDENBERG R.L; PATTERSON E.T; FREESE M.P. Maternal demographic, situational and psychosocial factors and their relationship to enrollment in prenatal care: a review of the literature. **Women Health.** 19:133–51. 1992.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes. p. 79-108, 2009.

GOTO A, et. al. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. **Social Science & Medicine**. 54, 1065–1079, 2002.

GOTO A, et. al. Addressing Japan's fertility decline: Influences of unintended pregnancy on child rearing. **Reproductive Health Matters**.; 14: 191–200, 2006.

GRANDI, C; SARASQUETA, P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el dano perinatal. **J. Pediatr (RJ)**; 73 (Suppl 1): 515-20, 1997.

GRUSSU, P; QUATRARO R.M; NASTA M.T. Profile of mood states and parental attitudes in motherhood: Comparing women with planned and unplanned pregnancies. **BIRTH**; 32: 107–114, 2005.

HALL L. A. et. al.. Parental bonding: A key factor for mental health of college women. **Issues in Mental Health Nursing**. 25: 277– 292, 2004.

HARRIS K; CAMPBELL E. The plans in unplanned pregnancy: secondary gain and the partnership. **Br J Med Psychol**. 72:105–20, 1999.

HENSHAW, S. K. Unintended pregnancy in the United States. **Family Planning Perspectives**. 30, 24-29, 46, 1998.

HIGGINS J. A; HIRSCH J. S; TRUSSELL J. Pleasure, prophylaxis and procreation: a qualitative analysis of intermittent contraceptive use and unintended pregnancy. **Perspect Sex Reprod Health**. 40: 130-7, 2008.

HOGA L.A.K. Perspectiva masculina da saúde da mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri: Manole. p. 288-307, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE ON UNINTENDED PREGNANCY. In: Brown SS, Eisenberg L, editors. The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families. Washington, DC: **National Academy Press**; 1995.

JACCARD J, et. al. The prediction of accurate contraceptive use from attitudes and knowledge. **Health Education Quarterly**. 23(1), 17–33, 1996.

JAMIESON D. J; BUESCHER P. A. The effect of family planning participation on prenatal care use and low birth weight. **Fam Plann Perspect**. 24:214–8, 1992.

JURICH J. The relationship of modernity of sex roles to pregnancy planning. **Sociological Focus**. 17:223–42, 1984.

JENERAL R.B. R. Vivendo um futuro incerto: a vivência da gravidez em uma comunidade [dissertação]. São Paulo: **Escola de Enfermagem**, Universidade São Paulo; 2000.

JOHNSON L. K; EDLEMAN A & JENSEN J. Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. 188, 1202–1204, 2003.

JONES R. K; SINGH S; FINER L. B & FROHWIRTH L. F. Repeat Abortion in the United States. Occasional report. New York, **Guttmacher Institute**. No. 29, 2006.

KARACAM, Z; ANCE, G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. **Midwifery**. 25,344–356, 2009.

KAUFMANN R. B; MORRIS L; SPITZ A. M. Comparison of two question sequences for assessing pregnancy intentions. **Am J Epidemiol** 1997; 145:810- 6. 1916 Prietsch SOM et al. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(10):1906-1916, out, 2011.

KITIS, Y; KARACAM, Z. Postpartum depression frequency and influencing factors. In: Congress Book. **Fourth International Congress of Reproductive Health & Family Planning, Ankara, Turkey, 2005**.

KISSIN DM, et. al. Is there a trend of increased unwanted childbearing among young women in the United States? **J Adolesc Health**. 43(4):364-71, 2008.

KLERMAN LV. The intendedness of pregnancy: a conception transition. **Matern Child Health J**. 4(3): 155-62, 2000.

KLIMA C. S. Unintended pregnancy: consequences and solutions for a worldwide problem. **Journal of nurse- Midwifery**. 43, 483–491, 1998.

KRAMER M.R; HOGUE C.J.R; GAYDOS L.M.D. Noncontracepting behavior in women at risk for unintended pregnancy: What's religion got to do with it? **Annals of Epidemiology**. 17: 327–334, 2007.

KRISTEN M, et. al. Unplanned pregnancy: does past experience influence the use of a contraceptive method? **Obstetrics & Gynecology** 107, 121–127, 2006.

KUROKI L. M, et. al. Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy? **Am J Obstet Gynecol**. 199: 517. e1–7, 2008.

LANGER A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. **Rev Panam Salud Pública.** 11:192-203, 2002.

LAPOINTE, G.et. al. La nature et les corrélats de l'attachement au sein des relations de couple [Nature and correlates of attachment styles in conjugal relationships]. **Canadian Journal of Behavioural Science.** 26, 551-565, 1994.

LEATHERS S. J; KELLEY, M. A. Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. **American Journal of Orthopsychiatry.** 70, 523-531, 2000.

LEVINSON R. A; WAN C. K & BEAMER L. J. The contraceptive self-efficacy scale: analysis in four samples. **Journal of Youth & Adolescence.** 27, 773-793, 1998.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed., Caxias do Sul: **Educs**, 2005.

LINCOLN A et. al. Maternal depression after delivery in Oklahoma. **JOkla State Med Assoc.** 01:307-11, 2008.

LO SST. Current perspectives on emergency contraception. **Hong Kong Medical Journal.** 8, 435-439, 2002.

LUDKE M, ANDRÉ M. Pesquisa em educação abordagens qualitativas. São Paulo: **EPU**; 1986.

LUKER K. Contraceptive failure and unintended pregnancy: a reminder that human behavior frequently refuses to conform to models created by researchers. **Fam Plan Perspect.** 31: 248-9, 1999.

LUZ A.M.H; BERNI N.I. O, SELLI L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. **Rev Bras Enferm.** 60 (16): 42-8, 2007.

MALDONADO M. T. P. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Petrópolis: **Vozes**, 1988.

MALDONADO, T. Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério, 16 ° ed. São Paulo: **Saraiva**. 2002.

MARSHALL S. L; GOULD D & ROBERT J. Nurses' attitudes towards termination of pregnancy. **Journal of Advanced Nursing.** 20, 567-576, 1994.

MARTINO S.C. et. al. Exploring the Link Between Substance Use and Abortion: The Roles of Unconventionality and Unplanned Pregnancy Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 38 (2) :66–75, 2006.

MATTESON KA, et. al. Unplanned pregnancy: does past experience influence the use of a contraceptive method? **Obstetrics & Gynecology** 107, 121–127, 2006.

MATTOS J. G. Direitos sexuais e reprodutivos: como incluir os homens? [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Curso de Enfermagem, **Departamento de Saúde da Mulher**, 2004.

MEIKSIN R. et al. Now is the chance: Patient–provider communication about unplanned pregnancy during the first prenatal visit. **Patient Education and Counseling**. 81, 462–467, 2010.

MELNIKOW J, ALEMAGNO S. Adequacy of prenatal care among innercity women. **J Fam Pract**. 37: 575–82, 1993.

MEZZOMO C. L. S, et al. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**. 23(11): 2716-26, 2007.

MINAYO M. C. S; DESLANDES S. F; GOMES R. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: **Vozes**; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal. Brasília (DF) 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sis Pré- Natal), 2000.

MOOS M. K. Unintended pregnancies: a call for nursing action. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**. 28, 24–30, 2003.

MORANDIN K.M. M. Avaliação do perfil psicossocial das gestantes atendidas na rede básica de saúde do município de Catanduva – SP. **Tese de Doutorado**. 2010

MOREIRA D.A. Algumas variantes do método fenomenológico na pesquisa empírica In: O método fenomenológico na pesquisa São Paulo: **Thomson Pioneira**. Cap 10.p.117-125, 2002.

MOREIRA, T.M.M; et.al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista Escola Enfermagem da USP**; 42(2): 312-320, jun. 2008.

MORIN P; PAYETTE H; MOOS MK, et al. Measuring the intensity of pregnancy planning effort. **Paediatr Perinat Epidemiol.** 17:97–105, 2003.

MOURA E.R.F; SILVA R.M. Assistência humanizada ao parto a partir de uma história de vida tópic. **Acta Paul.** 17(2): 141-7, 2006.

MOURA ER, SILVA RM, GALVÃO MT. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad Saúde Pública.** 23(4): 961-70, 2007.

NADER P. R, et. al. Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade do município da Serra, ES. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 12(4):699-705, 2008.

OLDS, S.B; LONDON, M.L; LADEWIG, P.W. Maternal Newborn Nursing: a Family and Community Based Approach, Sixth edn. Prentice-Hall, Inc., **Upper Saddle River, NJ.** 2000.

OLINTO M.T; GALVÃO L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev Saúde Pública.** 33:64-72, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe da situação e tendências: demografia e saúde. Brasília;. 39 p. série G. **Estatística e Informação em Saúde.** 2009

ORR S.T; MILLER C.A. Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women. **Womens Health Issues.** 7:38–46, 1997.

OSIS M.J. D. Abordagens qualitativas em saúde reprodutiva.74 Dourado VG, Pelloso SM. **Acta Paul Enferm.** 20 (1):69-74.In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, organizadores. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Komedi; 2005. p. 121-33, 2007.

ÖZKAN I.A; METE S. Pregnancy planning and antenatal behaviours: Findings from one maternity unit in Turkey. **Midwifery.** 26: 338–347, 2010.

PADILHA M.I.T; HELENA H.V; GLADYS B. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev enferm UERJ.** 14(2):292-300, 2006.

PANIZ V. M. V; FASSA A. C. G; SILVA M.C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública.** 21:1747-60, 2005.

PIERRE, L. A. S; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, Dec. 2010.

PIROTTA K.C. M. Não há guarda chuva contra o amor: estudo de comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP. [tese] São Paulo (SP): **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**. 2002.

PITTMAN F. Mentiras privadas. 3a Ed. Porto Alegre: **Editora Artes Médicas**; 1994.

POLAND M.L; AGER J.W; OLSON J.M. Barriers to receiving adequate prenatal care. **Am J Obstet Gynecol**. 157:297–303,1987.

PONZETTI J. J. Family planning. In: Ponzetti Jr. J, editor. International encyclopedia of marriage and family. **New York: Thomson Gale**. p. 612-5, 2003.

PIROTTA K.C.M; SCHOR N. Intenções Reprodutivas e Práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**. 38(4) : 495-502, 2004.

PITTMAN F. Mentiras privadas. 3a Ed. Porto Alegre: **Editora Artes Médicas**; 1994.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. (org. e intr.). Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, **Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais**, v.5., p. 68-80. 1988.

ROBBINS A.S; CHAO S.Y; FROST L.Z; FONSECA V.P. Unplanned pregnancy among active duty service women, U.S. Air Force, 2001. **Military Medicine**; 170: 38–43. 2005.

ROCCA C.H; KRISHNAN S; BARRETT G; WILSON M. measuring pregnancy planning: an assessment of the London Measure Unplanned Pregnancy among urban, south Indian women. **Demogr Res**. 23 (11) :293-34. 2010

ROCHA, M.I.B. & ANDALAFT NETO, J. A questão do aborto – aspectos clínicos, legislativos e políticos. In *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil* (Berquó, E., org.). **Editora da Unicamp, Campinas**, pp. 257–318. 2003.

ROSENFELD, J & EVERETT, K. D. Factors related to planned and unplanned pregnancies. **The Journal of Family Practice**, 43, 161-166. 1996.

RUDNICKI S.R; GRAHAM J.L; HABBOSHE D.F; ROSS RD. Social support and avoidant coping: correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. **Women Health**. 34:19–34, 2001.

SABLE M.R; STOCKBAUER J.W; SCHRAMM W.F; LAND G. H. Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri, 1987–88. **Public Health Rep.** 105:549–55, 1990.

SANCOVSKI M. Consulta pré-natal. In: Zv Gaib M, Sancovski M. O pré-natal. São Paulo: **Atheneu**;p. 13-20. 1994

SAFONOVA T; LEPARSKY E. A. The unwanted child. **Child Abuse & Neglect.** 22: 155–157. 1998.

SCHUTZ A. El problema de La realidad social. Escritos I. **2ª Ed. Buenos Aires:** Amorrortu; 2003.

SCHUTZ, A. Fenomenologia Del mundo social. Introducción a La sociologia comprensiva. Paidos: **Buenos Aires;** 1972.

SCHUTZ A, LUCKMANN T. Las estructuras Del mundo de La vida. Buenos Aires: **Amorrortu;** 2003.

SANTELLI J; ROCHAT R; HATFIELD-TIMAJCHY K *et al.* Other members of the unintended pregnancy working group. The measurement and meaning of unintended pregnancy. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health;** 35: 94–101. 2003

SANTOS AP. Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, **Departamento de Saúde da Mulher;** 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR. Plano Municipal de Saúde, 2006-2009. Salvador: Assessoria Técnica da Saúde; 2009

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERTÃOZINHO. <http://www.sertaozinho.sp.gov.br/2010/index.php/conteudo/visualizar/programas-e-servicos-da-secretaria-municipal-de-saude>. Índice Firjan 2010-2012.

SHAPIRO-MENDOZA C; SELWYN B.J; SMITH D.P; SANDERSON M. Prenatal pregnancy intention and early childhood stunting: Findings from Bolivia. **International Journal of Epidemiology;** 34: 387–396. 2004

SIMMONDS K.E; LIKIS F.E. Providing options counseling for women with unintended pregnancies. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**34:373–9. 2005.

SIRIN, A., GÖZÜKÜYÜK, E.Y. Depression of the pregnant and the analysis of the factors which affect the depression. In: Congress Book. Third International Congress of Reproductive Health & Family Planning, Ankara, Turkey. 2005

SOIFER, Raquel. Psicologia da gravidez, do parto e do puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

STANTON, A. L.; LOBEL, M.; SEARS, S. & DELUCA, R. S. Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 70, 751-770, 2002.

SUM S. Factors Associated with Contraceptive Use in Hong Kong Women. Unpublished master's thesis, university of Hong Kong, **The Hong Kong**. (2002)

TACHIBANA M; SANTOS L.P; DUARTE CA. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psyche** (São Paulo). 10(19):149-67. 2006.

TANAKA, A.C.A. Saúde da Mulher Brasileira. In: Cinciarullo, T.I., Gualda, D.M.R., Melleiro, M.M. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone, p. 15-31. 1998

TEZCAN S (Manager of Project). *Turkey demographic and health survey 2008, preliminary report*. 2009. Available from URL:http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa-2008-on_rapor_sonucular.pdf. Accessed 10 June 2009.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York: AGI, 1999.

TRUSSELL J; VAUGHAN B; STANFORD J. Are all contraceptive failures unintended pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth. **Fam Plan Perspect**. 31:246-7, 260. 1999

TSUNECHIRO M. A; BONADIO I. C. A família na rede de apoio da gestante. **Fam Saúde Desenvol**. 1(1/2):103-6. 1999

ÜNALAN T, KOÇI; TEZCAN S. Family planning. In: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (ed.). *Turkey Demographic and Health Survey 2003*. Ankara, Turkey: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, 61-80. 2004

ÜNALAN T, YAVUZ S. Fertility preferences. In: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (ed.). *Turkey Demographic and Health Survey 2003*. Ankara, Turkey: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, 99-108. 2004

VALENTE; MARIA L.C. Sintomas apresentados pela gestante e sua correlação com a menarca vivida problemáticamente. **Perfil. Assis.** (2): 23-37, 1989.

VESSEY M; LAWLESS M & YEATES D. Efficacy of different contraceptive methods. **Lancet** **13**, 40–45. 1992.

VIEIRA, E.M. Políticas públicas e contracepção **no Brasil**. In **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil** (Berquó, E., org.). Editora da Unicamp, Campinas, pp. 151–196. (2003)

VIEIRA, E. M; FORD, N. J. Oferta da esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v.20, n.5, p.1201-1210, set./out. 2004.

WAGNER HR. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos **de Alfred Schutz**. **Rio de Janeiro: Zahar; 1979**.

WAN-YIM IP; LOUISE LY SIN; DOMINIC SK CHAN. Contraceptive self-efficacy and contraceptive knowledge of Hong Kong Chinese women with unplanned pregnancy. **Journal of Clinical Nursing**, 18, 2416–2425 doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02829.x. 2008.

WANG RH, CHENG CP & CHOU FH. A causal model of contraceptive intention and its gender comparison among Taiwanese sexually inexperienced adolescents. **Journal of Clinical Nursing**. 17, 930–939. 2008

WATKINS E. L. Low-income negro-mothers. Their decision to seek prenatal care. **Am J Public Health**. 58:421–4. 1968

WILLIAMS, L; SOBIESZCZYK, T. & PEREZ, A. E. Consistency between survey and interview data concerning pregnancy wantedness in the Philippines. **Studies in Family Planning**. 32, 244-253. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Chapter four: Unwanted pregnancy / unsafe abortion*. available from URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reproductive_Health_Profile_Chapter4ver2-up.pdf. Accessed 31 October 2005.

ZOTTI, M. E. & SIEGEL, E. Preventing unplanned pregnancies among married couples: Are services for only the wife sufficient? **Research in Nursing and Health**, 18, 133-142, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Meu nome é Natália Canella Sanches. Sou enfermeira e aluna de Pós Graduação na Área de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Juntamente com minha orientadora, Prof^a Dr^a Fabiana Villela Mamede, estamos desenvolvendo uma pesquisa com gestantes do Município de Sertãozinho-SP que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município e que possuem idade entre 18 e 49 anos, com o objetivo de compreender como as gestantes vivenciam/experienciam uma gravidez não planejada e suas consequências à vida familiar/conjugal. Para tanto, você está sendo convidada para participar desta pesquisa através de uma entrevista realizada por mim nas Unidades Básicas de Saúde ou na sua residência, peço também autorização a você para consultar seu prontuário na Unidade Básica para poder coletar seus dados socioeconômicos demográficos. A escolha do local da entrevista será a seu critério. Sua entrevista será gravada em áudio (somente voz) e posteriormente digitada. A digitação será revisada pelas pesquisadoras e qualquer informação pessoal de identificação citada durante a entrevista será removida. Há inconvenientes quanto à sua participação na entrevista, como por exemplo, o tempo dedicado à realização da entrevista, no qual você levará aproximadamente 50 minutos para conceder a entrevista. Sua entrevista e suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição

que está realizando atendimento pré-natal. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Poderá haver riscos de alguma natureza relacionados à sua participação, tais como: stress emocional relacionado à experiência vivenciada de acordo com o tema da pesquisa, modificações nas emoções, desconforto em relatar sobre o tema, devido a esses riscos, como pesquisadora, antes da realização da entrevista, será realizada uma conversa com cada participante com o intuito de clarificar o objetivo da pesquisa e os procedimentos adotados, e de conhecê-la melhor, também anterior à entrevista, firmarei a concordância em manter as informações trazidas, em sigilo, e respeitarei as opiniões e os sentimentos, tendo a responsabilidade de monitorar e interceder, apropriadamente, quando as informações se tornarem muito particulares ou mobilizarem sentimentos desagradáveis, minimizando o desconforto e levando em consideração a vulnerabilidade do tema. A preocupação com o bem-estar das participantes será constante. Como também, o reforço em manter a confiabilidade do sigilo das informações trazidas. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem. Caso aceite participar, você receberá uma via assinada pela pesquisadora, com telefone e endereço de contato dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Pesquisadoras responsáveis

Profa Dra Fabiana Villela Mamede (famamede@erp.usp.br)

Enfa Natália Canella Sanches (nataliacanella@yahoo.com.br)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Tels: (16) 3602-3405 / 3602-3391/ 3942-5230

Sertãozinho, ____ de _____ de 20__.

Eu, _____RG_____, declaro estar
ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar
do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer
qualquer punição ou constrangimento.

Participante

Endereço CEP: Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São Paulo- Brasil – CEP
14040-902. Fone: 55 16 3602.3382 – 55 16 3602.3381 – Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br – eerp@edu.usp.br. Horário de funcionamento: De Segunda a Sexta-feira
das 8 às 17hrs.

APÊNDICE B

Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada

PARTE A: IDENTIFICAÇÃO

- a) Nome fictício
- b) Idade
- c) Estado Civil
- d) Idade Gestacional
- e) G P A
- f) Uso de Método Contraceptivo
- g) Ocupação
- h) Procedência
- i) Plano de Gravidez

PARTE B: QUESTÃO NORTEADORA E COMPLEMENTARES

- Conte-me como tem sido sua experiência em vivenciar esta gravidez (não planejada).
 - Como foi para você (gestante) descobrir que estava grávida?
 - Como está sendo vivenciada a gestação/gravidez?
 - Como foi/está o processo de aceitação desta gestação/gravidez?
 - Quais as consequências desta gestação para você, sua família, companheiro?
 - Quais os planos futuros em relação à vida reprodutiva?

ANEXOS

ANEXO A



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERTÃOZINHO



Sertãozinho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sertãozinho, 19 de abril de 2012.

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DE CAMPO:

Eu, Jorge Fernando Furtado, Secretário Municipal de Saúde de Sertãozinho, autorizo a enfermeira e aluna Natália Canella Sanches de Pós Graduação na área de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo a realizar sua pesquisa de campo, com gestantes do município de Sertãozinho que realizam pré-natal em nossas Unidades Básicas de Saúde.

JORGE FERNANDO FURTADO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERTÃOZINHO



Sertãozinho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE
"Secretaria da Saúde de Sertãozinho"

Carta CONEP Nº 0212/10.

"Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar."

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Rita Rosana Montenegro
Secretária Municipal de Saúde
RG: 11.863.930-4

Prefeitura Municipal de Sertãozinho
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Aprígio de Araújo, 864 – Centro – Sertãozinho-SP.
Fone: (16) 3945-6479 – Fone Fax: (16) 3942-4579
E-mail: secretariadasaude@sertaozinho.sp.gov.br

ANEXO C



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 126/2013

Ribeirão Preto, 10 de maio de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 10 de maio de 2013.

Protocolo CAAE: 02713713.3.0000.5393**Projeto:** Gravidez Não Planejada: A experiência das gestantes de um município do interior do estado de São Paulo.**Pesquisadores:** Fabiana Villela Mamede
Natalia Canella Sanches

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,



Prof^ª. Dr^ª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof^ª. Dr^ª. Fabiana Villela MamedeDepartamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP