UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FERNANDA BIGIO CAVALHIERI

**Adaptação Cultural e Validação para a Língua Portuguesa de um
Instrumento para Mensuração de Gravidez não Planejada (*London
Measure of Unplanned Pregnancy*)**

SÃO PAULO
2011

FERNANDA BIGIO CAVALHIERI

**Adaptação Cultural e Validação para a Língua Portuguesa de um
Instrumento para Mensuração de Gravidez não Planejada (*London
Measure of Unplanned Pregnancy*)**

Projeto de pesquisa apresentado à Escola
de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para o Título de Mestrado em
Ciências da Saúde

Área de Concentração: Enfermagem em
Ciências da Saúde

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Vilela Borges

SÃO PAULO
2011

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cavallhier, Fernanda Bigio
Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa
de um instrumento para mensuração de gravidez não
planejada (*London Measure of Unplanned Pregnancy*) /
Fernanda Bigio Cavallhier. -- São Paulo, 2011.
83 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luiza Vilela Borges

1. Gravidez 2. Saúde reprodutiva 3. Psicometria
I. Título.

Nome: Fernanda Bigio Cavallieri

Título: Adaptação Cultural e Validação para a Língua Portuguesa de um Instrumento para Mensuração de Gravidez não Planejada (*London Measure of Unplanned Pregnancy*)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu querido esposo Fernando, que com muita
admiração, amor e carinho esteve sempre ao meu lado,
com seu incansável apoio em cada momento desta
conquista. Sempre com sua mensagem de otimismo
que no final dará tudo certo!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que me deu saúde e sabedoria para conquistar todas as oportunidades acadêmicas e profissionalizantes e pelas pessoas maravilhosas que ele colocou no meu caminho nessa trajetória do mestrado.

À minha orientadora Ana Luiza, pelo carinho com que me tratou estes anos. Sua amizade, confiança, motivação, apoio, disponibilidade em todas as situações e suas sugestões foram preciosas para a concretização deste projeto.

Aos professores da USP, que participaram da minha qualificação e do Comitê de juízes, obrigada, por enriquecerem meu trabalho com suas observações e possibilitaram-me pensar sobre fatos que ainda não tinha refletido.

Quero agradecer também a minha coordenação e as equipes de USF e UBS do Município de Marília.

Meu agradecimento especial aos meus pais. Mãe, obrigada por sempre reforçar a importância do estudo na vida de uma mulher. Pai, obrigado por ser mais que um pai, ser um amigo e sempre me apoiar. Aos meus irmãos e a minha sobrinha Maria Clara, que sempre me aguardava de São Paulo com seu abraço forte.

RESUMO

Cavallhier F.B. **Adaptação Cultural e Validação para a Língua Portuguesa de um Instrumento para Mensuração de Gravidez não Planejada (*London Measure of Unplanned Pregnancy*)**. São Paulo; 2011. 83 p. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Diante da importância que a gravidez não planejada vem adquirindo no cenário mundial, apesar da melhoria nas tecnologias contraceptivas e ampliação do acesso aos serviços de saúde e métodos contraceptivos, faz-se necessário mensurar com maior precisão este fenômeno. Por esta razão, pesquisadores da área de saúde sexual e reprodutiva têm procurado desenvolver medidas que possam oferecer estimativas confiáveis de mulheres que vivenciam a gravidez não planejada. A maior parte dos instrumentos utilizados para mensurar a gravidez não planejada são unidimensionais e não levam em consideração a parceria, a intencionalidade ou o uso de métodos anticonceptivos de forma simultânea, aspecto não observado no *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), desenvolvido no Reino Unido. Nesse contexto, este estudo transversal tem como objetivo traduzir e adaptar o instrumento LMUP para a língua portuguesa e validar suas propriedades, visando à sua utilização como instrumento de mensuração de gravidez não planejada no Brasil. A adaptação cultural e validação do LMUP foram realizadas conforme o método preconizado pela literatura. O cenário de estudo foram unidades da rede de Atenção Básica do município de Marília-SP. A população de estudo foi composta por 126 mulheres com idade 18 e 42 anos, usuárias dessas unidades, que procuraram a Unidade para confirmação do diagnóstico da gravidez por meio de um teste imunológico para gravidez cujo resultado foi positivo. Os resultados obtidos demonstraram que em relação às propriedades psicométricas, o instrumento apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0,75 para a escala total. A análise fatorial exploratória dos componentes principais do instrumento LMUP na versão Português aqui apresentada resultou em um único fator, que explicou 66,5% da variância total dos dados. As propriedades psicométricas do instrumento foram demonstradas e, portanto ele pode ser utilizado para mensurar a gravidez não planejada na população brasileira.

Palavras-chave: Gravidez Não Planejada; Estudos de Validação; Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

Cavaliheri F.B. **Cultural Adaptation and Validation for the Portuguese language of an Instrument for Measuring unplanned pregnancies (London Measure of Unplanned Pregnancy)**. São Paulo; 2011. 83 p. [Thesis - School of Nursing, University of São Paulo].

Facing the impact that unplanned pregnancy is acquiring world wide, despite the improvement in contraceptive technologies and increasing access to health services and contraceptive methods, it is necessary to measure this phenomenon more accurately. For this reason, researchers in the sexual and reproductive health field have sought to develop measures that can provide reliable estimates of women experiencing unplanned pregnancies. Most instruments used to measure the unplanned pregnancy are unidimensional and do not take into account the partnership, the intent or the use of contraceptive methods simultaneously, a not observed aspect at London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP), developed in the United Kingdom. Thus, this cross-sectional study is aimed to translate and adapt the instrument LMUP to Portuguese and validate its properties, aiming at its use as an instrument for measuring unintended pregnancy in Brazil. Cultural adaptation and validation of LMUP were done according to the method recommended by the literature. The scenery for the study was units of the network of Primary Care in Marília-SP. The studied population consisted of 126 women aged between 18 and 42 years, users of these units, who sought for this Unit to confirm the diagnosis of pregnancy by means of an immunological test for pregnancy and the result was positive. The results showed that in relation to psychometric properties, the instrument has a Cronbach's alpha value of 0.75 for the total scale. The factor analysis of the main components of the LMUP to the Portuguese version presented here has resulted in one factor, which explained 66.5% of the total variance of the data. The instrument's psychometric properties were demonstrated, and, therefore, it can be used to measure the unplanned pregnancy of the Brazilian population.

Keywords: Unplanned pregnancy; Validation Studies; Sexual and Reproductive Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das Unidades da Rede de Atenção Básica do Município de Marília-SP.....	33
Figura 2 – Questionário LMUP versão Brasil. Marília/SP, 2010.....	40
Figura 3 – Distribuição dos escores totais alcançados pelas mulheres.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sugestões realizadas pelo comitê de juízes para a versão B do LMUP. Marília/SP, 2010.....	39
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres com exame positivo para gravidez que preencheram o LMUP. Marília/SP, 2010.....	40
Tabela 2 - Frequência das respostas por item do LMUP. Marília/SP, 2010.....	42
Tabela 3 - Frequência de respostas de acordo com a classificação do planejamento da gravidez. Marília/SP, 2010.....	43
Tabela 4 - Correlações item-total, inter-item e alpha de Cronbach se o item fosse omitido. Marília/SP, 2010.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde

PNA – Pesquisa Nacional de Aborto

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde

PNSMIF – Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar

PRAMS – Pregnancy Risk Monitoring Assessment System

DHS – Demographic and Health Surveys

LMUP – London Measure of Unplanned Pregnancy

TCT – Teoria Clássica dos Testes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal

IFDM – Índice Firjan Desenvolvimento de Desenvolvimento Municipal

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

TIG – Teste Imunológico para gravidez

SPSS – Statistical Package of Social Sciences

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Gravidez não planejada	16
1.1.1 Conceito	16
1.1.2 Relevância	17
1.1.3 Prevalência	18
1.2 Instrumentos de medidas da gravidez não planejada	20
1.3 Apresentação do instrumento	24
2 OBJETIVOS	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	27
3.1 Aspectos teóricos e metodológicos do processo de adaptação cultural de instrumentos de medida	27
3.2 Validação das propriedades psicométricas do instrumento	28
4 MÉTODOS	30
4.1 Adaptação cultural do instrumento	30
4.2 Cenário de estudo	31
4.2.1 Atual sistema de saúde do município de Marília	32
4.3 População de estudo	33
4.4 Coleta dos dados	34
4.5 Análise dos dados	34
4.6 Questões éticas	35
5 RESULTADOS	37
5.1 Procedimentos de tradução e adaptação cultural do LMUP	37
5.2 Validação do LMUP	41
5.2.1 Avaliação das propriedades psicométricas da escala adaptada	44
5.2.1.1 Confiabilidade	44
5.2.1.2 Validade	45
6 DISCUSSÃO	46
7 CONCLUSÕES	54
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	61

1 INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, propiciaram uma reflexão maior sobre as questões de saúde sexual e reprodutiva, com avanços importantes na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos.

Na Plataforma do Cairo, os direitos reprodutivos foram assim definidos:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (§ 7.3).

Na Conferência de 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).

A incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos nas políticas públicas representa um marco histórico, no que tange à conquista da autonomia na vida reprodutiva e sexual, nas dimensões da cidadania e do desenvolvimento das relações democráticas (Pirotta, 2002; Ávila, 2003).

A consolidação da cidadania feminina refere-se, entre outros, ao reconhecimento da capacidade da mulher para regular sua fecundidade, deslegitimando qualquer tentativa no sentido do desenvolvimento de políticas de caráter controlista ou expansionista em relação à natalidade. O reconhecimento dos direitos das mulheres e da sua autodeterminação frente à sua capacidade reprodutiva é um passo importante para o desenvolvimento de relações mais igualitárias (Pirotta, 2002). Segundo Corrêa et al. (2006, p.48):

“Os direitos reprodutivos se opõem, por um lado, a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade e, por outro, a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. Assim, os

direitos reprodutivos implicam que toda pessoa tenha a liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter (incluindo não ter filho algum, isto é, o direito “não-reprodutivo”).

Os direitos reprodutivos são parte do exercício dos direitos à saúde, incluindo-se o acesso aos serviços de saúde e assistência de boa qualidade, que garantam atenção integral, privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito (Corrêa et al., 2006).

O Brasil tem assumido compromissos relacionados à consolidação das resoluções tomadas nas reuniões internacionais e regionais, que ocorreram nos anos seguintes após a conferência do Cairo e 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 e Godoi, 2010).

Passada mais de uma década da definição dos direitos sexuais e reprodutivos em âmbito mundial – com pleno apoio do governo brasileiro –, pode-se afirmar que há ainda várias lacunas cercando a consolidação destes direitos em nossa sociedade. Inegavelmente, as questões que cercam o planejamento reprodutivo representam um dos principais desafios a se enfrentar neste percurso, sobremaneira porque há ainda uma distância considerável a percorrer 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.

No tocante ao planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, constatou ser alta a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais no país, alcançando 80,6% das mulheres unidas e 75,2% das não unidas, contudo sexualmente ativas (Brasil, 2008).

Ademais, a PNDS 2006 revelou que, praticamente, todas as entrevistadas que regulavam a fecundidade utilizavam métodos anticoncepcionais modernos, como esterilização (feminina ou masculina), pílula ou preservativo masculino. No entanto, do total de nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores à pesquisa, apenas 54% foram planejados para aquele momento. Dos 46% restantes, 28% eram

desejados para mais tarde e 18% não foram desejados. À medida que aumenta a idade da mulher no momento do nascimento do filho, cresce a proporção de nascimentos não desejados, chegando a 40% para aquelas acima dos 35 anos (Brasil, 2008; Organização Pan-Americana de Saúde, 2009).

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. Exemplifica-o o fato de que a aquisição da maior parte dos métodos anticonceptivos reversíveis ocorrer em farmácias, e não em serviços de saúde que compõem o SUS – muitas vezes sem qualquer tipo de prescrição médica, ou orientação por parte de profissionais de saúde (Brasil, 2008).

Ante um quadro de vivências de gestações ocorridas fora do momento em que eram desejadas e interrupções voluntárias da gravidez, muitas vezes de forma insegura, as políticas públicas destinadas ao planejamento reprodutivo devem ter como meta os princípios estabelecidos nas Conferências do Cairo e Pequim, objetivando a subsidiar os casais e os indivíduos a satisfazerem seus propósitos reprodutivos, entre os quais evitar que ocorra uma gravidez não planejada (Tavares et al., 2007).

1.1 Gravidez não planejada

1.1.1 Conceito

O reconhecimento do conceito de gravidez não planejada é essencial tanto no âmbito das políticas públicas de saúde quanto nas ações locais nos serviços de saúde, para que se possa estabelecer estratégias de promoção da capacidade de a mulher/casal optar por ter/ não ter filhos e quando tê-los. Ademais, não se definem e se diferenciam bem a gravidez desejada ou não, a gravidez planejada ou não. Não raramente são conceitos obscuros, confusos e usados um pelo outro, sem adequada atenção a seus significados devidamente distintos. 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).

De acordo com Dourado e Pelloso (2007), a gravidez caracteriza-se em quatro perspectivas centrais: A- Gestação não planejada mas desejada, associada à não utilização ou uso incorreto do método contraceptivo; B- Gestação não planejada mas desejada, associada à questão da crença religiosa; C- Gestação planejada e desejada e D- Gestação não planejada e não desejada.

Medidas convencionais que descrevem a intencionalidade da gravidez nas mulheres antes de engravidarem definem a gravidez não planejada como aquela que ocorre quando não se deseja uma criança ou mais crianças, ou em que a concepção sucede inoportunamente. Outro conceito relacionado à gravidez não planejada diz respeito ao uso, pela mulher, de método contraceptivo, porque, se ela a isso recorreu, deduz-se que não lhe ocorria o propósito de engravidar. Em contrapartida, define-se a gravidez planejada quando acontece em momento conveniente, ou mais tardio do que pretendida, dada a infertilidade ou dificuldade de conceber (Santelli et al., 2003). Barrett e Wellings (2002) acrescentaram que uma gravidez planejada também pode levar em consideração o fato de a mulher e seu parceiro terem conversado e concordado com a gravidez, antes de a mulher engravidar. Desta forma, o planejamento da gravidez não é um evento determinado unicamente por um aspecto, mas por uma confluência de situações e contextos.

Optou-se por trabalhar com o conceito de gravidez planejada e não planejada, porque o conceito de gravidez desejada implica uma avaliação feita pela mulher momentaneamente e esta avaliação pode modificar-se ao longo da gravidez. Além disso, mesmo com tais diferenças, os termos são muitas vezes utilizados como sinônimos, embora seja a desejabilidade aqui entendida como um dos componentes do planejamento.

1.1.2 Relevância

Embora frequente, uma gravidez não planejada é condição para que possam decorrer danos à saúde física e sobremaneira, à psíquica da mãe e filho. Muitas vezes permanece indesejada até o nascimento do filho, o que pode acarretar

inclusive muitos prejuízos à saúde, com impacto significativo sobre o psiquismo materno-fetal, o que se mostra crucial; outras vezes implica abortos provocados, que submetem as mulheres a grandes riscos de morbidade e mortalidade (Hoga, 2007; Organização Pan-Americana de Saúde, 2009), já que a indução do aborto é permitida por lei no Brasil apenas em duas situações: para salvar a vida da mulher ou quando a concepção resulta de um estupro (Código Penal, Artigos 126-129, Decreto-Lei nº2848, de 7 de dezembro de 1969). Segundo Fusco e col. (2008), a criminalização do aborto aumenta os riscos de sua prática insegura, principalmente entre as mulheres pertencentes a segmentos mais empobrecidos, que têm como única opção recursos pouco seguros para interromper a gravidez, acarretando graves complicações, como hemorragias, infecções, perfuração uterina e incidindo, de forma intensa, na mortalidade materna.

Ademais, a gravidez não planejada parece ser um dos principais determinantes do início mais tardio no pré-natal. Em uma pesquisa que avaliava o acompanhamento do pré-natal, com 409 mulheres, utilizando o índice de Kessner, observou-se que 22% das mulheres com uma gravidez não planejada não acompanham o pré-natal inadequadamente, proporção superior aos 12% entre as mulheres que relatam gestação planejada (Delgado et al, 1997).

As mulheres que têm gestações não planejadas possuem menos oportunidades de participarem do pré-natal precocemente, de modo que se dificulta a adoção de práticas seguras, como consumo de ácido fólico e redução do tabagismo (Barrett et al., 2004). Em um estudo que relacionava gravidez não planejada a alguns comportamentos maternos antes, durante e após a gestação, observou-se que, em comparação com as mulheres que planejaram a gravidez, mães em situação 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 o pré-natal depois do primeiro trimestre (Mezzomo 2007; Hoga 2007; Cheng et al., 2009). Desta forma, observa-se que é de fundamental importância estudar a gravidez não planejada, visando garantir a promoção e proteção da saúde e o bem estar do binômio mãe e filho.

1.1.3 Prevalência

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

Há poucos estudos a respeito da ocorrência de gravidez não planejada no Brasil. Uma busca bibliográfica na base de dados LILACS, realizada em abril de 2009, 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 34 trabalhos. Analisando os resumos, observa-se que nenhum tinha como objeto de estudo a gravidez não planejada propriamente dita, ou abordava-a mais particularmente. Os estudos referiam-se à sexualidade, a doenças sexualmente transmissíveis, a aborto, a métodos contraceptivos, à gravidez na adolescência, à paternidade na adolescência e à gravidez/ aspectos psicológicos. Evidencia-se a carência de estudos que tomem como objeto o planejamento da gravidez.

Embora não tenha sido mensurado o planejamento da gravidez, mas sim sua desejabilidade, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), conduzidas em 1996 e 2006, permitem constatar que a proporção de gravidez indesejada para as mulheres com a gravidez em curso no momento da entrevista caiu significativamente de 28,2% para 19,0% nesse período (Berquó e Lima, 2009)

Importa ressaltar que a ocorrência da gravidez indesejada permanece ao longo da vida reprodutiva das mulheres. Segundo dados da PNDS de 2006, há uma tendência de aumento da indesejabilidade da gravidez com o aumento da idade da mulher, crescendo de 9,4%, entre 15 a 19 anos, para 20,3%, entre 30 e 49 anos e com o aumento do número de filhos nascidos vivos, sendo 10,7% para as mulheres que ainda não têm filhos até 58,6% para aquelas com mais de dois filhos (Berquó e Lima, 2009).

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 terminaram em aborto, o que de fato revela o quanto elas eram indesejadas. 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).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, cujos propósitos eram análise dos 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 1000 mulheres com idades entre 15-24 anos aumentou de 25 para 48 (Kissin et al., 2008).

Segundo o Pregnancy Risk Assessment monitoring (PRAMS) realizado pela CDC, em 2006, a gravidez não desejada aumentou de 33,4% para 59,5% em 24 estados nos EUA (Center for Disease Control and Prevention, 1987).

Diante da importância que a gravidez não planejada vem adquirindo no cenário mundial, a despeito da melhoria nas tecnologias contraceptivas e da ampliação do acesso aos serviços de saúde e métodos contraceptivos, faz-se imprescindível conhecer com maior profundidade o fenômeno (Brasil, 2001). A ampliação do conhecimento da gravidez não planejada tem ocorrido por meio do desenvolvimento e uso de medidas que possam oferecer estimativas confiáveis fundadas no testemunho de mulheres que vivenciam a gravidez não planejada (Brasil, 2008). Importa, neste estudo, conhecer o fenômeno e poder comparar suas tendências espaciais e temporais.

1.2 Instrumentos de medida da gravidez não planejada

A utilização de instrumentos de mensuração da gravidez não planejada por enfermeiros atuantes na atenção básica pode ser um recurso valioso no acompanhamento pré-natal e puerperal das mulheres residentes no território de abrangência da Unidade de Saúde. Tendo em vista que o Ministério da Saúde recomenda o cuidado multidisciplinar na gestação e no parto, com alternância de consultas e demais ações entre médicos e enfermeiros, além de outros profissionais (Brasil, 2005), entende-se que o cuidado de enfermagem a esse grupo pode ser

mais efetivo, se o profissional puder reconhecer precocemente comportamentos, de certa forma, esperados em mulheres que se deparam com uma gravidez não planejada, inclusive em relação a seus filhos recém-nascidos.

Desse modo, importa a mensuração da intencionalidade da gravidez na medida em que se presta à prevenção e à promoção da saúde sexual e reprodutiva, análise do comportamento relacionado à fecundidade, estimação indireta do conhecimento acerca da contracepção e do uso de métodos contraceptivos, ao desenvolvimento de programas de apoio ao planejamento reprodutivo, à avaliação das ações de prevenção da gravidez não planejada, de sua efetividade e qualidade e ao entendimento do impacto da gravidez não planejada na saúde materno-infantil, especialmente no auto-cuidado da gestante tanto quanto no cuidado ao filho.

A mensuração da intencionalidade da gravidez foi estudada pela primeira vez em 1973, por meio da National Surveys of Family Growth (NSFG), como parte de políticas e programas visando à redução da gravidez não planejada nos Estados Unidos (Klerman, 2000), onde a NSFG é uma fonte de informação disponível sobre a gravidez e utilização de métodos contraceptivos entre as mulheres em idade reprodutiva. Nas pesquisas realizadas, questionam-se os dados relacionados à gravidez durante os últimos cinco anos. Por exemplo, questiona-se:

1. Antes de engravidar, você interrompeu a utilização de todos os tipos de métodos de controle de natalidade? Sim/ Não (Se a resposta for “sim”, vá para a questão 2. Se a resposta for não, vá para a questão 3)

2. O motivo por que você interrompeu o uso de qualquer método foi porque você queria engravidar? Sim/ Não (Se a resposta for “sim”, vá para a questão 5. Se a resposta for “não”, vá para a questão 3)

3. No momento em que você ficou grávida, você desejava ter um (outro) bebê em algum momento? Sim/ Não/ Não sei (Se a resposta for “sim”, vá para a questão 5. Se a resposta for “não”, vá para a questão 6. Se a resposta for “não sei” vá para questão 4)

4. Às vezes é difícil recordar essas coisas, mas, mesmo assim, antes de engravidar, você diria que desejava um (outro) bebê provavelmente em algum momento, ou não? Provavelmente sim/ provavelmente não/ Não se importavam (Se a resposta for provavelmente “sim”, vá para a questão 5. Se a resposta for

provavelmente “não”, vá para a questão 6. Se a resposta for “não se importavam”, vá para questão 6)

5. Você engravidou mais cedo do que você queria, mais tarde do que você queria, ou mais ou menos na hora certa? Cedo/ Posterior/ Hora certa

6. E a respeito de seu parceiro no momento em que você ficou grávida: ele desejava que você tivesse um (outro) bebê em algum momento? Sim/ Não/ Não sei (Se a resposta for “sim”, vá para a questão 7)

7. Você engravidou mais cedo do que ele queria, depois do que ele queria, ou mais ou menos na hora certa? Cedo/ Posterior/ Hora certa/ Não se importavam

Classificam-se gravidezes "desejadas" se a resposta à questão 5 é "mais tarde" ou "momento certo". Gestações em que a resposta à questão 5 era "não se importavam" também são comumente classificadas como "desejadas". Gestações desejadas para mais tarde apontam para a resposta à questão 5 "mais cedo". Finalmente, gravidezes para as quais a resposta à questão 3 foi "não", ou a resposta à questão 4 foi "provavelmente não" são classificadas como "indesejadas" (London et al., 1995). Neste caso, o conjunto dos itens considera o planejamento da gravidez como um evento multideterminado.

Em 1987, ainda nos Estados Unidos, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças e os serviços estaduais de saúde fundaram o PRAMS, um projeto de vigilância da saúde, de base populacional, que coleta dados acerca das atitudes e experiências maternas antes, durante e logo após a gestação. A pergunta realizada para avaliar o desejo da gravidez é a seguinte: "Pensando no passado, justamente antes de você ficar grávida, como você se sentiu ao engravidar?" Respostas: (1) Eu queria estar grávida mais cedo; (2) Eu queria estar grávida depois; (3) Eu queria ficar grávida em seguida; (4) Eu não queria estar grávida em seguida, ou em qualquer momento no futuro; (5) Não sei. No caso da resposta "Não sei", excluíram-se da análise as entrevistadas. O PRAMS está ainda vigente, disponibiliza dados estatísticos, e é facilmente acessado na internet pelo link <http://www.cdc.gov/prams/> (Center for Disease Control and Prevention, 1987).

Em vários países do mundo, a análise de indicadores de planejamento, de monitoramento e de avaliação da saúde sexual e reprodutiva realiza-se por meio da Pesquisa de Demografia e Saúde – DHS (Demographic and Health Surveys).

Desde seu início, a DHS já foi realizada em 79 países em desenvolvimento, localizados na África Subsaariana, África do Norte, Oeste da Ásia, Europa, Ásia Central, Sul e Sudeste da Ásia, América Latina e Caribe (Berquó, 2008).

A DHS baseia-se em levantamentos amostrais com representatividade nacional e com periodicidade variável entre 5 e 10 anos. O questionário compreende uma ficha de domicílio e um questionário individual para coleta de dados das mulheres, independente do estado civil, de 15 a 44 anos, residentes nos domicílios visitados (Berquó, 2008).

A primeira DHS foi realizada no Brasil em 1986 sob a denominação de Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar – PNSMIPF (Brasil, 1987). Posteriormente, repetiu-se a DHS em 1996 e em 2006. Dentre os objetivos, consta a mensuração da gravidez não planejada em âmbito nacional. Contudo, a PNDS aborda apenas uma dimensão, o desejo de engravidar, que se apresenta resumida à seguinte questão – Nesta gravidez, queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo ou não queria mais filhos? (Brasil, 2008). É apenas essa medida com que se pode contar no contexto brasileiro, visto que aborda apenas a dimensão da desejabilidade da gestação.

No que tange aos questionários disponíveis, o *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), construído e validado no Reino Unido em 2002, ainda não possui sua versão em português. Ademais, esse instrumental não foi testado quanto à sua validade e aplicabilidade ao contexto brasileiro. Optou-se por este modelo por abordar, de forma mais completa os elementos que conformam a gravidez não planejada, ao contrário da maior parte dos instrumentos e itens utilizados para medir o planejamento da gravidez, que vislumbram o evento considerando-o unideterminado.

O LMUP aborda três aspectos, cada um deles possuindo duas categorias de análises: a intencionalidade, formada pelo desejo de se tornar mãe e a intenção expressa de engravidar; o contexto, formado pela influência do parceiro e circunstâncias pessoais, como recursos materiais, etapa da vida pessoal e tipo de relacionamento afetivo-amoroso; e, por último, o comportamento, constituído pelo uso de métodos contraceptivos e pelo preparo pré-concepcional para uma gravidez, como a ingestão de ácido fólico, a adoção de dieta mais saudável ou a diminuição

do tabagismo, entre outros. Note-se que o LMUP incorpora o desejo de engravidar como parte do planejamento da gravidez, ratificando que são conceitos diferentes, sendo este último mais amplo.

Tendo em vista a escassez de estudos e a importância da Gravidez não Planejada em âmbito mundial, o presente estudo estabelece a perspectiva de traduzir e validar essa medida de gravidez não planejada, porque parece ser condizente com as tendências e costumes sociais no Brasil, e porque se pode utilizar para estabelecer estimativas confiáveis a respeito da proporção de gravidez não planejada.

1.3 Apresentação do Instrumento

O LMUP foi desenvolvido com o intuito de prover uma nova medida de planejamento/intenção da gravidez que fosse válida, confiável e apropriada ao contexto contemporâneo e útil para estabelecer uma estimativa da população a respeito da gravidez não planejada entre as mulheres britânicas (Anexo I).

Para atingir esse objetivo, seguiram-se as fases **qualitativa** – para delinear o conceito de planejamento da gravidez sob a óptica das mulheres e a **quantitativa** – para estabelecer os meios de medição. Em oito Serviços de Saúde do Reino Unido, construíram-se amostras de forma a incluir, sem se considerar a faixa etária tanto as mulheres cujas gestações continuaram até o parto quanto as que resultaram em um aborto. Quarenta e sete mulheres, com idade entre 15-43 anos, participaram das entrevistas na fase qualitativa. Repetiu-se a entrevista após o nascimento do bebê para vinte dessas mulheres, com o intuito de avaliar se houve mudança de visão com respeito à gravidez ao longo do período da gestação.

A partir dos dados levantados, elaborou-se um instrumento que foi pré-testado em 26 mulheres, com idade entre 16-42 anos. Na fase quantitativa, estabeleceram-se dois campos psicométricos para um total de 390 mulheres no primeiro teste de campo e de 651 mulheres no segundo. Excluíram-se da entrevista os homens, argumentando-se que nem todos eles são informados da gravidez de sua parceira (ou ex-parceira).

Dos dados decorrentes dessa testagem, produziu-se um instrumento com seis medidas para os casos de gravidez não planejada, cuja consistência interna se

fez representar pelo coeficiente alfa Cronbach $> 0,90$. Para definir a classificação da gravidez quanto ao seu planejamento, calcula-se o escore pela soma das questões, variando de 0 a 2 para cada questão. Em um total de 12 pontos, adotou-se o seguinte critério: quanto maior a pontuação, maior a indicação de que se trata de uma gravidez planejada. Estabeleceu-se a segmentação dos pontos obtidos em, no mínimo, três grupos: 10-12 (gravidez planejada); 4-9 (ambivalente quanto ao planejamento da gravidez) e 0-3 (gravidez não planejada).

Após o estudo, concluiu-se que a medida é válida e exequível a qualquer modalidade de gravidez, independente de seu desenlace – ou seja, nascimento ou aborto. Dado que seja uma medida breve (apenas seis itens) e muito aceitável para as mulheres britânicas, ademais por ser de fácil compreensão e de rápido preenchimento, tais atributos a tornaram propícia à utilização em inquéritos (Barrett et al., 2004).

Geraldine Barret, autora do instrumento original em questão, autorizou a adaptação cultural e a validação da LMUP para a realidade brasileira (Anexo II).

2 OBJETIVOS

Traduzir o instrumento *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP) para Língua Portuguesa - Brasil.

Validar as propriedades da medida LMUP, visando à sua utilização, no Brasil, como instrumento de avaliação de gravidez não planejada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Aspectos teóricos e metodológicos do processo de adaptação cultural de instrumentos de medida

Em 1993, Guillemin, Bombardier e Beaton sugeriram a padronização de etapas para o processo de adaptação cultural de instrumentos, especialmente instrumentos de medidas de qualidade de vida, sendo posteriormente adaptada por Guillemin em 1995 para outras medidas de saúde (Guillemin et al, 1993; Guillemin,1995). As etapas compreendem a tradução, retrotradução, revisão por comitê de juízes, pré-teste e validação transcultural. Tais etapas têm sido seguidas na adaptação de instrumentos de medidas relacionados à saúde para a cultura brasileira (Gutierrez, 2000; Sartore, 2007)

Tradução inicial do instrumento original – O instrumento deve produzir várias traduções, efetuadas, por, no mínimo, dois tradutores independentes e qualificados para tal função.

Retrotradução – O procedimento consiste em traduzir do idioma a que se destina a versão alvo (Língua Portuguesa) para a versão de origem (Língua Inglesa), o que aumenta a qualidade do instrumento final. Desta forma, cada tradução deve ter sua retrotradução por indivíduos fluentes no idioma de origem do instrumento, resultando em uma versão final.

Revisão por comitê de juízes – Constitui-se de uma comissão que coteja a versão original e a versão final. O comitê deve ser constituído por profissionais de formação multidisciplinar e por especialistas na área explorada, que conheçam os objetivos do instrumento de pesquisa e seus conceitos. É função do comitê verificar a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as duas versões. Beaton et al. (2000) assim definem essa equivalência:

a- equivalência semântica: relaciona-se à equivalência gramatical e de vocabulário, porque algumas palavras de um determinado idioma podem não possuir tradução adequada para outros idiomas, cujo significado lhes seja desconhecido.

b- equivalência idiomática: refere-se às expressões coloquiais específicas, difícil e raramente traduzíveis, sendo necessária a substituição por expressões equivalentes ou substituições dos itens.

c- equivalência cultural: verifica a coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pela população à qual se destina.

d- equivalência conceitual: avalia se os itens utilizados nos instrumentos têm, além de equivalência semântica, equivalência de conteúdo, capturando os mesmos conceitos.

Pré-teste – Trata-se de uma espécie de teste-diagnóstico ou de uma pré-avaliação que visa certificar-se a respeito da equivalência entre a versão final e a original do instrumento sob adaptação. Na fase do pré-teste, uma amostra da população responde ao questionário, com o propósito de verificar se há compreensão do instrumento na sua versão final. Caso não alcance satisfatório nível de equivalência, o comitê sugere ajustes e revisões.

Validação transcultural – Define-se a validade de um instrumento por sua capacidade de medir aquilo a que o instrumento se propõe como medida. Isso é possível por meio de análise da consistência interna e validação discriminante.

3.2 Validação das propriedades psicométricas do instrumento

Após a adaptação cultural, faz-se necessário avaliar a confiabilidade e a validade do instrumento. Utilizou-se como referencial a Teoria Clássica dos Testes (TCT), uma teoria de medida em ciências que procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas. Seu objetivo é também propor técnicas de medidas dos processos mentais, as quais se fundamentam na explicação da soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa no chamado escore total (Pasquali, 2009).

A avaliação da confiabilidade consiste em verificar o quanto repetida aferição de um fenômeno estável apresenta resultados semelhantes. A aferição deve ser

realizada por pessoas e instrumentos diferentes, em diferentes momentos e lugares (Feinstein, 2006). A confiabilidade de um instrumento, que também pode ser denominada de precisão ou fidedignidade, corresponde ao grau de coerência com que o instrumento mede um atributo (Pasquali, 1997). Na investigação da qualidade de uma medida, a confiabilidade é o principal critério a ser avaliado. Considera-se que, quanto menor a variação produzida pelo instrumento em repetidas mensurações de um atributo, maior sua confiabilidade (Polit et al., 2004).

Uma das medidas de confiabilidade mais comumente usada é a consistência interna, que avalia a consistência entre as variáveis de uma escala múltipla. A idéia da consistência interna é que os itens ou indicadores individuais da escala devem medir o mesmo constructo e, assim, serem altamente inter-correlacionados (Nunnally, 1978).

Como nenhum item isolado é uma medida perfeita de um conceito, devemos confiar em várias medidas diagnósticas para avaliar a consistência interna. Primeiro, há diversas medidas relacionadas a cada item separado, incluindo a correlação item-com-total ou a correlação inter-item (Hair et al., 1998). O segundo tipo de medida diagnóstica é o coeficiente de confiabilidade, que avalia a consistência da escala inteira, sendo o alfa de Cronbach a medida mais amplamente usada (Nunnally, 1978).

A validade refere-se ao grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir, ou seja, quando os resultados de uma aferição correspondem ao estado verdadeiro do fenômeno que está sendo aferido. Uma outra palavra empregada no mesmo sentido de validade é acurácia (Feinstein, 2006).

4 MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos, conduziu-se um estudo quantitativo descritivo do tipo transversal.

4.1 Adaptação cultural do instrumento

Visando ao processo de tradução e validação do instrumento, aplicou-se o modelo proposto por Guillemin (1995).

Tradução inicial do instrumento original – A tradução do LMUP para a Língua Portuguesa foi realizada isoladamente por duas docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: uma do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e outra do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, ambas com grande experiência no ensino e pesquisa na área de saúde sexual e reprodutiva. Essas duas versões foram também comparadas com outra versão produzida por uma brasileira tradutora e professora de Inglês, que não era profissional da saúde, o que gerou a versão A do instrumento na Língua Portuguesa (Anexo III).

Retrotradução – A retrotradução da versão A do instrumento na Língua Portuguesa para o Inglês foi executada por um tradutor britânico, residente no Brasil e fluente em Português (Anexo IV). Após a comparação com o original e os devidos ajustes na versão em Português, havendo consenso entre os tradutores, produziu-se a versão B (Anexo V).

Comitê de juízes – Submeteu-se a versão B do LMUP em Português a uma banca avaliadora constituída de quatro docentes com domínio da Língua Inglesa, entre as quais participaram uma docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, especialista em saúde coletiva e saúde da mulher; uma docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cuja linha de pesquisa é a saúde materna; uma docente que conduz estudos com ênfase na validação de instrumentos de medida de variáveis psicossociais do Departamento Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; e, finalmente, uma docente da

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, especialista em saúde materna.

Aos membros desse comitê, enviou-se um documento explicitando a finalidade, da função do especialista convidado e um modelo de avaliação das equivalências – semântica, idiomática e cultural – conforme proposto por Kimura, 1999 (Anexo VI). Nesta fase, o comitê produziu a versão C do questionário, que foi aplicada no pré-teste (Anexo VII).

Pré-teste – O pré-teste foi realizado com oito mulheres, pertencentes a uma Unidade de Saúde da Família do município de Marília, em novembro de 2009. Essas mulheres aceitaram responder ao questionário após o resultado do TIG positivo, esclareceu-se a respeito do instrumento, sendo elas estimuladas a verbalizar suas dúvidas e fazer sugestões com vistas à melhor compreensão. Ao término da aplicação, as mulheres responderam à pergunta: "Você entendeu o que foi perguntado neste questionário?". As respostas foram do tipo escala Likert: 0 - não entendi nada; 1 - entendi um pouco; 2 - entendi mais ou menos; 3 - entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 - entendi perfeitamente e não tenho dúvidas.

O documento que a respondente recebeu, nessa fase, compôs-se do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo VIII), um instrumento de caracterização sociodemográfica e reprodutiva (Anexo IX) e a versão final do instrumento LMUP em Português. O objetivo principal do pré-teste foi fazer uma análise qualitativa da escala que estava sendo adaptada, com o propósito de verificar se está compreensível para a população alvo.

4.2 Cenário de estudo

As unidades da rede de Atenção Básica do Município de Marília-SP compuseram o campo para o desenvolvimento da coleta de dados desta pesquisa. O interesse em realizar a pesquisa neste município deve-se ao fato de a autora ser natural daquela cidade, por ser a localidade onde desenvolveu a graduação e vivenciou o objeto de estudo em seus estágios curriculares e extracurriculares. Atualmente, trabalha como Enfermeira no Programa Saúde Família do Município.

O Município de Marília localiza-se na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, a 450 km da capital. A contagem populacional feita pelo IBGE- 2010 indica que o Município de Marília conta com uma população de 214.742 habitantes (IBGE-2010). Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,821 (IPEADATA) e, segundo o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM), aponta-se que Marília é o 8º melhor Município do Brasil para se morar (IFDM, 2007).

O processo de municipalização da saúde ocorreu em 1988. Dez anos após, Marília assume a gestão plena do sistema de saúde municipal, quando se torna responsável pelo processo de gestão de todo o sistema municipal de saúde, compreendendo, além da rede básica de saúde e das ações de saúde coletiva, todo processo de organização e regulação dos demais níveis de atenção à saúde.

4.2.1 Atual Sistema de Saúde do Município de Marília

Segundo a Secretaria de Higiene e Saúde de Marília (2007), o município de Marília conta com uma rede pública de 11 unidades básicas de saúde (UBS), 28 unidades de saúde da família (USF), um pronto atendimento, além de outros serviços.

- Unidades Básicas de Saúde: Alto Cafezal, Bandeirantes, Cascata, Castelo Branco, Chico Mendes, Costa e Silva, J.K., Nova Marília, Planalto, São Judas, São Miguel.
- Unidades de Saúde da Família: 1- Aniz Badra/César Almeida; 2- PQ das Nações/Prim./ N. Almeida; 3-Rosália/ Santa Helena; 4-Avenças/ Flamingo; 5-Jardim Cavalari; 6-Vila Real; 7-C.D.H.U; 8-Padre Nóbrega; 9-Jânio Quadro; 10-Lácio/ Amadeu Amaral; 11-Figueirinha; 12-Vila Barros; 13-Aeroporto; 14-Marajó; 15-Santa Paula; 16-Julieta; 17-Santa Antonieta II; 19-Tóffoli, Parques dos Ipês; 20-Santa Augusta; 21-Vila Nova; 22-Vila Hípica; 23-Palmital; 24-Altaneira; 25-Novo Horizonte/Dirceu; 26-Jardim Marília; 27-Jóquei Clube; 28-Três Lagos (Figura 1).
- Pronto atendimento: UAS Santa Antonieta.
- Outros serviços: Atendimento Social em Saúde, Banco de Leite Humano, Central de Esterilização, Centro de Apoio Psicossocial, Unidade Central de Esterilização de Materiais, Centro de Treinamento, Centro de Testagem e

Aconselhamento, Farmácia Fitoterápica, Fisioterapia, Núcleo de Educação Permanente, Núcleo de Vigilância a Saúde, PROCRIA(S.Mental S.Judas), PROID, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência , Serviço Municipal de Saúde do Trabalhador, Transporte Social em Saúde, Unidade Central de Assistência Farmacêutica, Unidade de Prevenção e Educação em Saúde, Departamento Regional de Saúde 9 (DRS-9), Associação Feminina e Maternidade “Gota de leite”, Hospital de Clínicas –Unidade I, Hospital de Clínicas -Unidade II Materno-Infantil, Hemocentro, Hospital Espírita de Marília, Hospital São Francisco, Hospital Universitário de Marília, Instituto Médico Legal ,Núcleo Gestão Assistencial, Santa Casa de Misericórdia de Marília.

Figura 1 – Distribuição das Unidades da Rede de Atenção Básica do município de Marília-SP
Fonte: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília/SP-2007

4.3 População do estudo

Compuseram a população 126 mulheres entre 18 e 49 anos, usuárias das unidades da rede de atenção básica do Município de Marília-SP. Os questionários foram entregues em toda a rede de atenção básica (PSFs e UBSs). Procuraram a unidade para confirmação do diagnóstico da gravidez por meio de um teste imunológico para gravidez (TIG), cujo resultado foi positivo. Os critérios de inclusão foram:

- Realizar TIG com resultado positivo;
- Ter 18 anos ou mais de idade. A idade mínima de 18 anos assegurava maioridade legal às respondentes.

Constituiu-se critério de exclusão:

- Mulheres analfabetas, porquanto o instrumento requer o auto-preenchimento.

4.4 Coleta dos dados

Realizou-se a coleta de dados nas unidades da rede de atenção básica do Município de Marília-SP, no período de dezembro de 2009 a agosto de 2010, nas quais se entregaram os impressos, a saber: instrumento de caracterização sócio-demográfica e reprodutiva das entrevistadas; instrumento LMUP e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tais documentos foram inseridos em envelopes que, após o preenchimento dos dados, foram lacrados para garantir sigilo das respostas. Para cada equipe de Enfermagem (Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem) das Unidades de Saúde, explicou-se a respeito do estudo, seguindo-se a instrução acerca da importância de se solicitar às mulheres que preenchessem o questionário imediatamente após realizarem o TIG e com resultado positivo, visando à veracidade dos dados. Semanalmente, foram recolhidos os questionários preenchidos.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram digitados no Excel e analisados por meio do Statistical Package of Social Sciences (SPSS) 18.0 e Stata 10.0. Procedeu-se à análise descritiva dos dados por meio de número, proporção, média, mediana e desvio-padrão. As propriedades psicométricas foram verificadas pela consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach), correlação item-total e inter-item (por meio do coeficiente de correlação de Spearman) e análise fatorial.

O teste de Alfa de Cronbach fornece um índice que varia de zero a um. Quanto mais próximo de um, mais eficazes os itens que estão sendo testados. São desejáveis os coeficientes de confiabilidade que sejam iguais a 0,70 ou mais elevados (Lobiondo-Wood e Haber, 2001). Considerou-se satisfatória correlação item-total e inter-item os valores acima de 0,20, conforme utilizou e estimou a autora do instrumento original que, por sua vez, seguiu Kline (1986), e Streiner e Norman (1995). Na análise fatorial, por meio da rotação ortogonal (método Varimax), os itens foram submetidos à análise para conhecer o padrão de variação conjunta e a variância de cada fator. No modelo da análise fatorial, pode-se definir cada uma das variáveis como uma combinação linear dos fatores comuns que explicarão a parcela de variância de cada item. As estimativas da variância comum entre as variáveis são denominadas comunalidade. É expectativa que se varie de 0 a 1, numa proporção tal que quanto mais próxima de 1, mais elucidativa e fidedigna será a variável (Hair et al, 2005).

4.6 Questões éticas

Segundo determinações da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, processo nº 858/2009 (Anexo X) e autorizado pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de Marília (Anexo XI). A cada uma das mulheres, solicitou-se seu consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa. Assegurou-se a liberdade de participação, de recusa e o

direito de a mulher retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe causasse prejuízos, ou que houvesse constrangimentos.

5 RESULTADOS

5.1 Procedimentos de Tradução e Adaptação Cultural do LMUP

Na fase de tradução do Inglês para o Português, houve pequenas divergências entre as três traduções, o que induziu tanto a pesquisadora quanto a orientadora a optar por frases com maior clareza, conforme apresentado a seguir. Em relação ao item 3 “Just before” I became pregnant: a) I intended to get pregnant, b) my intentions kept changing e c) I did not intend to get pregnant”, as divergências foram entre adotar a tradução “Logo antes de ficar grávida: a) eu pretendia ficar grávida, b) minhas intenções mudavam e c) eu não pretendia ficar grávida”; ou optar pela tradução “Um pouco antes de ficar grávida: a) eu tinha intenção de engravidar, b) b minhas intenções variavam e c) c eu não tinha intenção de engravidar”. Optou-se pela 1ª tradução. No item 4 “Just before” I became pregnant: a) I wanted to have a baby, b) I had mixed feelings about having a baby e c) I did not want to have a baby”, também houve divergências “Logo antes de ficar grávida: a) eu queria ter um bebê, b) eu tinha sentimentos mistos sobre ter um bebê e c) eu não queria ter um bebê”. A versão traduzida foi: “Logo antes de ficar grávida: a) eu queria ter um filho, b) eu tinha sentimentos confusos em relação a ter um filho e c) eu não queria ter um filho. Considerou-se a 1ª versão a mais adequada. Nos demais itens, não houve divergências entre as traduções.

A versão originada por meio das traduções do Inglês para o Português foi submetida à retro-tradução. A autora original do instrumento comparou a versão original com a versão da retro-tradução e aprovou o seguimento da validação.

No processo de análise das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual realizada pelo comitê de revisões, algumas palavras foram modificadas para melhor compreensão das frases. Apenas o item 4 manteve-se inalterado.

Após a avaliação do comitê de juízes, cujas sugestões de modificação encontram-se no Quadro 1, foram realizadas apenas algumas alterações, seguindo o critério para alterar o item do instrumento quando duas ou mais participantes do comitê de juízes sugeriam a mesma alteração.

Foram realizadas as seguintes alterações: no item 1 do instrumento, acatou-se a sugestão do comitê de juízes e substituiu-se “contracepção” por “método contraceptivo”; no segundo item, excluiu-se a abreviatura OK; no item 3, substituiu-se a expressão “intenções mudavam” por “intenções variavam”; no item 4, substituiu-se a expressão “ter um bebê” por “ter um filho”; no item 5, omitiu-se “tínhamos concordado” substituindo pela forma verbal simples “concordamos”; e, no item 6, em vez da expressão “conselho médico”, empregou-se “assistência médica” e “nada acima” foi modificado para “nada disso”, do que resultou o instrumento em sua versão C. Nos itens 3 e 5, um membro do comitê sugeriu que se trocasse a expressão “ficar grávida” por “engravidar”, mas como foi a sugestão de apenas um membro do Comitê, manteve-se a expressão “ficar grávida”.

Os resultados do pré-teste demonstraram que as participantes não tiveram dúvidas quanto aos itens das questões apresentadas. Considerando a escala de Likert, dos oito instrumentos preenchidos, apenas uma mulher respondeu que entendeu quase tudo, mas que teve dúvidas. Entretanto, como o questionário foi de auto-preenchimento, não tivemos acesso às dúvidas apresentadas.

As outras sete participantes responderam que entenderam perfeitamente e não tinham dúvidas, correspondendo a mais de 85% de compreensão. Consideramos, pois, que o instrumento estava adequado para ser utilizado neste estudo. Assim, a versão final do instrumento utilizada na validação está apresentada na Figura 2. O pré-teste não determinou quaisquer alterações e, dessa forma, o instrumento traduzido e adaptado culturalmente, denominado Instrumento para Mensuração da Gravidez não Planejada, foi aplicado em 126 mulheres.

Quadro 1- Sugestões realizadas pelo Comitê de Juízes para a versão B do LMUP. Marília/SP, 2010.

Questão/ Item	Sugestões dos juízes
<p>1) No mês em que eu fiquei grávida...</p> <p>a) Eu/nós não estávamos usando contracepção</p> <p>b) Eu/nós estávamos usando contracepção, mas não em todas as ocasiões</p> <p>c) Eu/nós sempre usamos contracepção, mas nós sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez</p> <p>d) Eu/nós sempre usamos contracepção</p>	<p>Método contraceptivo</p> <p>Método contraceptivo</p> <p>Método contraceptivo</p> <p>Método contraceptivo</p>
<p>2) Em termos de me tornar mãe (<i>primeira vez ou de novo</i>), eu sinto que minha gravidez aconteceu no.....</p> <p>a) momento certo</p> <p>b) ok, mas não bem no momento certo</p> <p>c) momento errado</p>	<p>Retirar OK</p>
<p>3) Logo antes de ficar grávida...</p> <p>a) eu pretendia ficar grávida</p> <p>b) minhas intenções mudavam</p> <p>c) eu não pretendia ficar grávida</p>	<p>Engravidar</p> <p>Engravidar</p> <p>Intenções variavam</p> <p>Engravidar</p>
<p>4)Logo antes de ficar grávida...</p> <p>a) eu queria ter um bebê</p> <p>b) eu tinha sentimentos mistos sobre ter um bebê</p> <p>c) eu não queria ter um bebê</p>	<p>Antes</p> <p>Ter um filho</p> <p>Dúvidas, ter um filho</p> <p>Ter um filho</p>
<p>5) Antes de eu ficar grávida:</p> <p>a) Meu parceiro e eu tínhamos concordado que nós gostaríamos que eu ficasse grávida</p> <p>b) Meu parceiro e eu tínhamos discutido sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que era para eu ficar grávida</p> <p>c) Nós nunca discutimos sobre ter filhos juntos</p>	<p>Concordamos</p> <p>Concordamos</p> <p>Engravidar</p> <p>ter um filho</p>
<p>6) Antes de você ficar grávida, você fez alguma coisa para melhorar sua saúde como preparação para uma gravidez?</p> <p>a) tomei ácido fólico</p> <p>b) parei ou diminuí o fumo</p> <p>c) parei ou diminuí bebida alcoólica</p> <p>d) comi de forma mais saudável</p> <p>e) procurei conselho médico</p> <p>f) tomei outra atitude, favor descrever</p> <p>g) eu não fiz nada acima antes da minha gravidez</p>	<p>Comi melhor</p> <p>Assistência médica</p> <p>Nada disso</p>

Figura 2- Questionário LMUP, versão Brasil. Marília/SP, 2010.

London Measure of Unplanned Pregnancy

Abaixo estão algumas questões que envolvem as circunstâncias e os sentimentos no momento em que você ficou grávida.

1) No mês em que eu fiquei grávida

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

2 ☐ Eu/nós não estávamos usando método contraceptivo.

1 ☐ Eu/nós estávamos usando método contraceptivo, mas não em todas as ocasiões.

1 ☐ Eu/nós sempre usamos método contraceptivo, mas sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez.

0 ☐ Eu/nós sempre usamos método contraceptivo.

2) Em termos de me tornar mãe (*pela primeira vez ou de novo*), eu sinto que minha gravidez aconteceu no

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

2 ☐ momento certo.

1 ☐ não bem no momento certo.

0 ☐ momento errado.

3) Logo antes de ficar grávida.

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

2 ☐ eu tinha intenção de ficar grávida.

1 ☐ minhas intenções variavam.

0 ☐ eu não tinha intenção de ficar grávida.

4) Logo antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

2 ☐ eu queria ter um filho.

1 ☐ eu tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho.

0 ☐ eu não queria ter um filho.

Na próxima questão, nós perguntamos sobre o seu parceiro – que pode ser (ou ter sido) seu marido, um parceiro com que você more, um namorado, ou alguém com quem você fez sexo uma ou duas vezes.

5) Antes de eu ficar grávida:

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

2 ☐ Meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida.

1 ☐ Meu parceiro e eu tínhamos discutido sobre ter filhos juntos, mas não concordamos que eu ficasse grávida.

0 ☐ Nós nunca discutimos sobre ter filhos juntos.

6) Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/ iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para uma gravidez?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam):

Duas ou mais ações = 2

Uma ação = 1

Nenhuma ação = 0

☐ tomei ácido fólico.

☐ parei ou diminuí o fumo.

☐ parei ou diminuí bebida alcoólica.

☐ comi de forma mais saudável .

☐ procurei assistência médica ou outro serviço de saúde.

☐ tomei outra providência, favor descrever _____

ou

☐ eu não fiz nada disso antes da minha gravidez.

5.2 Validação do LMUP

As 126 mulheres com resultado positivo ao exame de gravidez e que aceitaram responder ao questionário tinham, em média, 24,6 anos de idade ($dp = 6,2$) e 10,5 anos de escolaridade ($dp = 2,4$). A maior parte não trabalhava (67,4%) e vivia com um parceiro (72,2%). Para metade delas, aquela era a primeira gestação (48,4%). As demais características sociodemográficas e reprodutivas encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres com exame positivo para gravidez, que preencheram o LMUP. Marília/SP, 2010.

Variável	Média	(dp)
Idade (anos)	24,6	(6,1)
Anos de estudo (anos)	10,5	(2,4)
Idade do parceiro (anos)	28,4	(7,1)
	N	%
Cor		
Branca	48	38,1
Parda	59	46,8
Preta	16	12,7
Amarela	12	1,6
Indígena	1	0,8
Religião		
Católica	57	45,2
Evangélica	50	39,7
Outras	2	1,6
Sem religião	17	13,5
Trabalho atual		
Não	85	67,4
Sim	41	32,6
Mora com parceiro		
Não	30	23,8
Sim	96	72,2
Gestação anterior		
Não	65	51,6
Sim	61	48,4
Total	126	100,0

O instrumento possui 6 itens e para cada um é atribuída uma pontuação de 0 a 2 pontos, totalizando 12 pontos. Os escores totais alcançados pelas mulheres variaram de 1 a 12, com média de 7,4 pontos, mediana de 7,0 pontos e desvio-padrão igual a 2,9. A Figura 3 apresenta a distribuição dos escores totais.

Figura 3 - Distribuição dos escores totais do LMUP alcançados pelas mulheres. Marília/SP, 2010.

Em relação ao item 1, chama a atenção que 65,1% das mulheres não estavam usando método contraceptivo. No item 2, quase metade das mulheres referiu que a gravidez ocorreu em um momento errado ou não bem no momento certo (47,6%). O item 3 avalia a intencionalidade da gestação, e 34,9% das gestantes revelaram que não tinham a intenção de engravidar. No item 4, uma proporção considerável revelou que não queria ter um filho naquele momento (19,0%).

O item 5 do instrumento analisava se a mulher conversava com o parceiro a respeito de ter filhos. Observa-se que apenas um pouco mais da metade das mulheres tinha discutido com o parceiro e concordado acerca de ter filhos juntos (50,8%). Concernente ao item 6, ou seja, às ações visando a melhorar a saúde e se preparar para engravidar, 56,3% responderam que não realizaram qualquer ação para melhorar a saúde. As frequências de respostas para cada item do instrumento estão dispostas na Tabela 2. Nota-se, ademais, que todas as categorias do instrumento apresentaram respostas válidas.

Tabela 2 - Frequência das respostas por item do LMUP. Marília/SP, 2010.

Item	Resposta	N	%
1. Uso de método contraceptivo no mês em que engravidou	Sempre	12	9,5
	Ocasionalmente ou com falhas	32	25,4
	Não estava usando método	82	65,1
2. Momento em que ocorreu a gravidez	Momento errado	12	9,5
	Não bem no momento certo	48	38,1
	Momento certo	66	52,4
3. Intenção de ficar grávida	Não tinha intenção	44	34,9
	As intenções variavam	29	23,0
	Tinha intenção	53	42,1
4. Desejo de ter um filho	Não queria	24	19,0
	Sentimentos mistos	36	28,6
	Queria	66	52,4
5. Conversa com o parceiro sobre ter filhos	Nunca	20	15,9
	Houve conversa, mas sem consenso	42	33,3
	Concordância em ficar grávida	64	50,8
6. Medida tomada como preparo para uma gravidez	Nenhuma	71	56,3
	Uma medida	39	31,0
	Duas ou mais medidas	16	12,7
Total		126	100,0

Considerando a soma dos escores e sua classificação, observou-se que 11,9% das gestações foram classificadas em não planejadas, 54,7%, em ambivalente e 33,4%, em planejada. Analisou-se a classificação do planejamento da gravidez segundo cada item do instrumento. Algumas respostas aparentemente não condiziam com a classificação do planejamento da gravidez. Por exemplo, no item 1, quatro mulheres responderam que não estavam usando qualquer método contraceptivo, mas a soma de seus escores permitiu que fossem classificadas como tendo uma gravidez não planejada. No item 6, das 42 mulheres cuja soma dos escores permitiu que fossem classificadas como tendo gravidez planejada, 14 não tomaram qualquer medida para melhorar a saúde. Neste mesmo item, verifica-se que, das 15 mulheres cuja soma dos escores permitiu que fossem classificadas como tendo gravidez não planejada, três responderam que tomaram alguma medida visando a melhorar sua saúde antes de engravidar. As respostas dos demais itens (2, 3, 4 e 5) não foram aparentemente contraditórias com relação ao planejamento da gravidez. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre a classificação do planejamento da gravidez e cada uma das situações investigadas nos seis itens ($p < 0,01$). Essas informações podem ser visualizadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Frequência das respostas aos itens do LMUP de acordo com a classificação do planejamento da gravidez. Marília/SP, 2010.

Item	Resposta	Classificação do planejamento da gravidez			P
		Não planejada	Ambivalente	Planejada	
1. Uso de método contraceptivo no mês em que engravidou	Sempre	5	7	-	<0,001
	Ocasionalmente ou com falhas	6	24	2	
	Não estava usando método	4	38	40	
2. Momento em que ocorreu a gravidez	Momento errado	8	4	-	<0,001
	Não bem no momento certo	7	41	-	
3. Intenção de ficar grávida	Momento certo	-	24	42	<0,001
	Não tinha intenção	14	30	-	
	As intenções variavam	1	25	3	
	Tinha intenção	-	14	39	
4. Desejo de ter um filho	Não queria	12	12	-	<0,001
	Sentimentos mistos	3	31	2	
	Queria	-	26	40	
5. Conversa com o parceiro sobre ter filhos	Nunca	8	12	-	<0,001
	Houve conversa, mas sem consenso	7	34	1	
	Concordância em ficar grávida	-	23	41	
6. Medida tomada como preparo para uma gravidez	Nenhuma	12	45	14	0,001
	Uma medida	3	15	21	
	Duas ou mais medidas	-	9	7	

5.2.1 Avaliação das propriedades psicométricas da escala adaptada

5.2.1.1 Confiabilidade

Na análise da consistência interna do LMUP, verificou-se alfa de Cronbach igual a 0,75. Se o item 1 fosse omitido, o alfa de Cronbach aumentaria para 0,78 e, no caso de se omitir o item 6, ele aumentaria para 0,80. Os demais valores de alfa de Cronbach, caso o item fosse omitido, estão na Tabela 5. Observou-se que as correlações item-total variaram de 0,148 a 0,715, e as correlações inter-item variaram de 0,002 a 0,690 (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlações item-total, inter-item e alfa de Cronbach se o item fosse omitido, LMUP. Marília/SP, 2010.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Alfa Conbrach se item for omitido
Q1	1,0						0,782
Q2	0,163	1,0					0,671
Q3	0,284	0,635	1,0				0,645
Q4	0,225	0,569	0,673	1,0			0,691
Q5	0,176	0,690	0,669	0,550	1,0		0,668
Q6	0,013	0,287	0,148	0,002	0,228	1,0	0,801
Item-total	0,217	0,683	0,715	0,585	0,670	0,148	

5.2.1.2 Validade

A análise fatorial exploratória dos componentes principais do instrumento LMUP na versão Português aqui apresentada resultou em um único fator, que explicou 66,5% da variância total dos dados. Todos os seis itens (i1 a i6) confluíram em uma única componente (autovalor = 2,380), com as respectivas cargas fatoriais: 0,241 (i1); 0,598 (i2); 0,804 (i3); 0,976 (i4), 0,605 (i5) e 0,003(i6).

6 DISCUSSÃO

Quando não se dispõe de um instrumento de medida válido para o uso em nossa cultura, pode-se desenvolver um novo, inédito, ou adaptar um instrumento previamente válido, mesmo que, elaborado em outra língua. A maioria dos instrumentos para mensurar variáveis relacionadas à saúde encontra-se em Língua Inglesa e é direcionada às populações que falam esse idioma (Guillemin, 1995).

A utilização desses instrumentos em populações de outras línguas e culturas implica um processo de adaptação cultural. Além da versão do Inglês para outra língua, esse processo envolve a avaliação rigorosa da tradução, uma adaptação cultural e, posteriormente, a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento (Guillemin et al., 1993).

As etapas de tradução e retro-tradução não apresentaram dificuldades. O instrumento é breve, de modo que foi rapidamente preenchido. As mulheres entrevistadas puderam expressar posições em que se encontravam no tocante ao planejamento de sua gestação, incluindo posições ambivalentes, provendo uma informação mais sofisticada e completa do que se tem disponível atualmente no contexto brasileiro. Sua clareza pôde ser verificada mediante a não observação de respostas em branco ou nulas. Neste estudo, demonstrou-se que o LMUP é um instrumento válido e confiável para se mensurar o planejamento de gravidez no Brasil.

A idade média das mulheres foi coerente com a faixa etária em que ocorrem 34,9% das gestações no Brasil (IBGE 2006), ou seja, entre 18 e 24 anos de idade. Infelizmente, a não inclusão das adolescentes neste estudo por conta da necessidade de solicitar a autorização dos pais para participação na pesquisa não nos possibilita dizer que o instrumento seja válido para ser aplicado nesse grupo etário, apesar da magnitude da ocorrência de gestações entre mulheres adolescentes. Ressalta-se, pois, a necessidade de prosseguir a validação do LMUP entre as mulheres adolescentes.

A média da escolaridade das mulheres que responderam ao questionário foi de 10,2 anos, e a média da escolaridade das mulheres brasileiras 7,2 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2008). Tais dados revelam que

as mulheres deste estudo têm uma escolaridade superior à média brasileira, o que pode ter facilitado o entendimento das questões. De fato, importa considerar a escolaridade, uma vez que legitimamente se atesta que estas mulheres, em âmbito geral, têm escolaridade suficiente para entender e preencher o instrumento, entretanto, permanece a dúvida se as mulheres brasileiras em geral e aquelas com menor escolaridade conseguiriam responder ao LMUP, versão Brasil.

Neste estudo, a cor referida predominante foi a parda, que, em conjunto com preta, soma 59,5%. A classificação dos sujeitos por cor revela, mais que um grupo étnico, uma dada condição social. As pessoas da cor branca, juntamente com as de cor amarela, são as que apresentam taxas de escolarização e renda superiores aos pardos, pretos e indígenas (IBGE, 2008), sendo que a população de cor parda e preta são predominantes no Brasil, segundo a PNAD, 2009. Em relação à cor, a população residente estava composta por 48,2% pessoas que se declararam brancas; 61,1% pardas e pretas (6,9% pretas e 44,2% pardas) e 0,7% de amarelas e indígenas. Inegavelmente, a inserção social apresenta impactos diferenciados em inúmeros aspectos do processo saúde-doença de indivíduos e grupos sociais, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (Borges et al, 2010).

As religiões predominantes entre as mulheres deste estudo foram a católica e a evangélica. O tema religião é de fundamental importância quando se analisa a gravidez não planejada, visto que os líderes religiosos, com base nos dogmas de cada segmento religioso, lançam mão de estratégias de prevenção e orientação no âmbito da saúde sexual e reprodutiva ancoradas tanto nos discursos normativo-religiosos quanto nos discursos técnico-científicos (Brandão, 2006; Paiva, 2005). Em uma pesquisa realizada por Silva e col. em 2008, nota-se que rapazes e moças católicas entrevistados tinham mais dificuldade em falar de sua própria sexualidade, embora demonstrassem conhecimento sobre métodos contraceptivos e defendessem o uso de preservativo em desacordo com a posição oficial da Igreja Católica (Silva et al., 2008). Em relação aos evangélicos, embora haja recomendação de uso de métodos contraceptivos, para os seguidores e seus sacerdotes, o exercício da sexualidade deve ser prática permitida apenas no casamento, pois antes disso, sexo significa “pecado” (Silva et al., 2008). Certamente, os valores e as condutas preconizados nos diversos segmentos

religiosos têm impacto nos comportamentos sexuais e contraceptivos (Hoga et al., 2010)

Nesta investigação, menos da metade das mulheres com resultado de TIG positivo responderam que trabalhavam. No que diz respeito à situação da mulher no mercado de trabalho, apenas 42,6 % das mulheres brasileiras declararam estar trabalhando no momento da entrevista (PNAD, 2009). Não se pode negar que a situação de trabalho da mulher interfere no planejamento da gravidez, justamente por ser parte das circunstâncias pessoais em que se encontra. Este contexto da vida pessoal e profissional é marcado pelos recursos materiais, a etapa da vida pessoal e o tipo de relacionamento afetivo-amoroso, conforme referido na apresentação do LMUP.

O perfil reprodutivo das mulheres é diverso, compreendendo desde as que estão na primeira gravidez até as já engravidaram anteriormente, desde aquelas que moram com um parceiro até as que são solteiras. Esta diversidade de inserção em relacionamentos afetivo-amorosos e de história reprodutiva torna-se relevante quando a intenção é validar um instrumento, já que a possibilidade de que todas as categorias dos seis itens sejam preenchidas é maior. Embora não se possa contar com achados sobre o planejamento da gravidez entre as mulheres brasileiras, os resultados sobre indesejabilidade advindos da PNDS 2006 revelam que este aspecto está positivamente associado à idade e ao número de filhos (PNDS 2008).

Chama a atenção o uso inconsistente dos métodos contraceptivos (item 1) no mês anterior à descoberta da gravidez. Mesmo que Caetano (2010), ao comparar os dados da PNDS 1996 e 2006, tenha mostrado que o uso de pílula, do preservativo masculino e dos 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 (Brandão, 2004). Isto ocorre por conta de ser intrinsecamente relacionada ao tipo de relacionamento afetivo-amoroso estabelecido entre os parceiros. Ou seja, o alto índice de uso, não necessariamente, ocorre de forma contínua e consistente, gerando situações de vulnerabilidade contraceptiva e, por isso não pode ser indicativo único de planejamento de uma gravidez.

Em relação ao item 2 – Momento em que ocorreu a gravidez – metade das mulheres referiu que aquele era o momento certo e apenas uma pequena parte declarou ser o momento errado. Pirotta e Schor (2004), ao analisarem as práticas contraceptivas de jovens universitários, observaram que eles planejam a gravidez para um momento em já tenham alcançado uma certa estabilidade profissional, ou seja, em que as circunstâncias pessoais estejam propícias para a chegada de uma criança.

Neste estudo, a intenção de ficar grávida, mensurada no item 3, foi referida por menos da metade das mulheres. Em um estudo desenvolvido por Barret e Wellings (2002), observou-se que as mulheres não tendiam a usar os termos não planejada e não intencionada espontaneamente. Acima de tudo, as mulheres referiram que pode ter tido a intenção de engravidar, mas não necessariamente ter planejado a gravidez, pois a intenção é apenas um passo inicial do planejamento.

O item 4 mede o desejo de se ter um filho. A proporção de indesejabilidade constatada neste estudo foi igual aos 19,0% observados na PNDS (2008) em relação à gravidez em curso. Chama a atenção que, embora os conceitos de gravidez não planejada e não desejada sejam utilizados como sinônimos, mostraram-se com magnitudes diferentes. A proporção de gravidez não planejada foi quase oito pontos percentuais menor do que a proporção de indesejabilidade. De fato, o planejamento da gravidez é um conceito complexo, que considera elementos não apenas concernentes ao desejo e intenção, mas também contextos e circunstâncias pessoais tanto quanto o comportamento contraceptivo em si. Desta forma, parece que mensurar apenas a desejabilidade fornece uma estimativa superestimada do planejamento da gravidez. Os dados reforçam o LMUP como uma medida mais adequada do planejamento da gravidez, sendo que estes conceitos não devem ser tomados como sinônimos.

O item 5 mede o grau de diálogo que se estabeleceu com o parceiro a respeito de ter um filho. Observou-se uma pequena proporção que referiu nunca ter conversado sobre este assunto com o parceiro. Pode ser que sejam justamente as mulheres que se encontravam fora de um relacionamento conjugal ou em relacionamentos afetivo-amorosos ainda incipientes e não estáveis.

Mais da metade das entrevistadas respondeu que não tomou qualquer medida em relação à sua saúde como preparo para uma gravidez (item 6). Neste

contexto, o próprio Ministério da Saúde adverte que não se pode esperar porcentagens expressivas de mulheres que procuram e adotam espontaneamente cuidados pré-concepcionais (Brasil 2006). Assim, faz sentido a implementação da consulta pré-concepcional, cujo objetivo é identificar e modificar as vulnerabilidades que possam afetar negativamente a evolução de uma futura gestação e, deste modo, contribuir ainda mais para a melhoria dos índices de morbimortalidade materna e infantil (Lu, 2007). Em um estudo com 122 puérperas internadas, verificou-se que as principais razões apontadas para a não realização da consulta pré-concepcional foram a existência de uma gravidez não planejada, o desconhecimento da existência desse tipo de consulta e a não importância atribuída a ela (Bacelo e Lopes, 2009).

Segundo a circular normativa da Direção-Geral da Saúde Nº 02/DSMIA de 16/01/06, sobre prestação de cuidados pré-concepcionais, o aconselhamento pré-concepcional deve ser entendido como um processo durante o qual o profissional de saúde deve obter toda a informação possível para estabelecer o risco de anomalia reprodutiva, numa determinada mulher/casal e propor medidas tendentes a minimizar ou eliminar esse risco. Não se deve levar em conta não só fatores genéticos, mas também fatores que podem ter impacto sobre o feto, como, por exemplo, a idade da mulher, hábitos, doenças crônicas maternas, infecções, vários fármacos e poluentes. Proporciona ainda uma excelente oportunidade para discutir assuntos relacionados com os direitos sexuais e reprodutivos e dar algumas informações sobre a fisiologia da reprodução – o ciclo menstrual, a ovulação, o período fértil e o tempo que poderá ser necessário para engravidar. Permite, também, informar sobre os objetivos da vigilância pré-natal, o seu conteúdo, a sua frequência para que o casal possa estabelecer expectativas realistas a respeito da gravidez (Direção Geral da Saúde, 2006).

Em estudo com mulheres da Região Sul do Brasil, apenas 4,3% referiram o uso de ácido fólico antes de engravidar, como prevenção de malformação de tubo neural (Mezzomo et al., 2007). Disso se conclui que são fundamentais a divulgação das medidas pré-concepcionais e a motivação das mulheres em idade fértil para consulta, visando aos cuidados com a pré-concepção. Talvez um aliado na promoção da adoção desses cuidados seja ampliar a possibilidade de que os parceiros participem do planejamento da gravidez.

A proporção de gravidez não planejada entre as entrevistadas foi relativamente baixa. Chama a atenção o alto número de gestações classificadas como ambivalentes, o que reflete que a experiência do planejamento da gravidez é complexa e multidimensional. Deve-se levar em consideração que a gestação é muitas vezes resultado de um número de eventos não esperados, como falha de anticoncepcionais, longo tempo de espera para concepção, uma combinação indesejada de filhos por sexo, divórcio, viuvez ou morte de um dos filhos, recasamentos, enfim, pode ser resultado de uma série de eventos e experiências multirrelacionadas que influenciam as tendências da fecundidade (Camarano, 1996).

A pesquisa normalmente classifica gravidez como planejada ou não. Assim, uma medida puramente dicotomizada do planejamento da gravidez pode vir a ser problemática, pois pode ignorar ou confundir sentimentos dos pais, ocultando aqueles que são ambivalentes sobre a gravidez. Estes pais não podem ser facilmente classificados como uma gravidez planejada ou não, e é este grupo, cuja gravidez parece ser nem planejada, nem não planejada, que, certamente, necessita maiores estudos e ações por parte dos serviços de saúde (Klerman, 2000).

A confiabilidade do instrumento foi verificada por meio do coeficiente de consistência interna para a amostra total. A consistência interna da escala em estudo, com o total de seis itens, mostrou-se confiável tanto na versão original quanto nas traduzidas e validadas em outras línguas (Barret et al, 2004 e Rocca et al., 2010).

Em relação às correlações item-total e inter-item, observaram-se valores abaixo dos que o preconizado pela literatura para o item 6. Especialmente no que concerne a esse item, que enfoca quais medidas haviam sido adotadas para melhorar a saúde, no intuito de se preparar para uma gravidez, observou-se que ele muito pouco contribuiu para a consistência interna da escala (baixa correlação inter-total e correlações baixas inter-item). Não se pode perder de vista que o instrumento original foi elaborado e validado em população de mulheres de uma região desenvolvida, no caso o Reino Unido. No Brasil, em geral, as mulheres parecem não ter o hábito de adotar medidas preconcepcionais e até mesmo submeter-se à consulta médica antes de uma gravidez, a não ser quando há problemas de infertilidade, ou de malformações e perdas fetais anteriores. Isso significa que,

conquanto tenham planejado a gravidez, muitas mulheres não adotaram qualquer medida para melhorar sua saúde, como preparo para ela.

Dessa forma, a permanência do item 6 parece não trazer prejuízos à mensuração do planejamento da gravidez, nem invalidar o uso do instrumento aqui apresentado. O uso do LMUP similar ao original permite comparações com estudos conduzidos em outras culturas. Ressalte-se que o LMUP foi traduzido e validado em outros países, como Estados Unidos (Morof et al., 2009) e Índia (Rocca et al., 2010), e apresentou boas propriedades psicométricas em todas as versões.

De fato, pode-se futuramente investigar de que forma e o quanto as mulheres brasileiras têm se preparado para a gravidez, com vistas a reelaborar o item seis de acordo com os resultados obtidos. Na tradução e validação do LMUP para duas principais línguas faladas da Índia, as opções de medidas adotadas antes da gravidez (foco do item seis) foram previamente adaptadas àquela cultura, tendo sido apresentadas como alternativas à diminuição do consumo de comidas “quentes” e de folhas de mascar típicas (Rocca, 2010).

Os resultados da análise fatorial confirmam que as variáveis confluíram em um único fator. É importante destacar sua unidimensionalidade como instrumento de mensuração do planejamento da gravidez, embora não se deva perder de vista a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre o preparo pré-concepcional e, quem sabe, realizar adaptações das opções de resposta ao cenário brasileiro.

A adaptação cultural e validação do LMUP para a população brasileira foi concluída, tendo sido observadas confiabilidade e validade adequadas. A versão em Português do LMUP aplica-se não somente à investigação da prevalência e determinantes da gravidez não planejada entre mulheres urbanas brasileiras, senão também ao uso em serviços de saúde na atenção básica.

A utilização deste instrumento pode ser um recurso valioso no acompanhamento pré-natal e puerperal das mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. Entende-se que o cuidado a esse grupo pode ser mais efetivo, se o profissional puder reconhecer precocemente e, de certa forma, esperados comportamentos de mulheres que se deparam com uma gravidez não planejada, inclusive em relação a seus filhos recém-nascidos.

Desse modo, importa a mensuração da intencionalidade da gravidez na medida em que se presta à promoção da saúde sexual e reprodutiva, à análise do comportamento relacionado à fecundidade, à estimativa indireta do conhecimento acerca da contracepção e do uso de métodos contraceptivos, ao desenvolvimento de ações de apoio ao planejamento reprodutivo e de prevenção da gravidez não planejada, à avaliação de sua efetividade e qualidade, além do entendimento do impacto da gravidez não planejada na saúde materno-infantil, especialmente no autocuidado da gestante tanto quanto no cuidado ao filho.

7 CONCLUSÃO

O estudo de adaptação cultural e validação do London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP) para a realidade brasileira, com mulheres em idade reprodutiva de 18 a 42 anos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família e das Unidades Básica de Saúde, do município de Marília/SP, indicou que o instrumento apresentou confiabilidade e validade satisfatória para a cultura brasileira.

Em relação às propriedades psicométricas, o instrumento apresentou um valor de alfa de Cronbach considerado bom para a escala total.

A análise fatorial pelo método Varimax, confirmou um único fator conforme a escala original.

O instrumento para mensuração da gravidez não planejada, após as análises realizadas, permaneceu com os 6 itens originais, na qual a graduação dos itens varia de 0 a 2, o escore total é 12 pontos, quanto maior a pontuação, maior a indicação de que se trata de uma gravidez planejada.

8 REFERÊNCIAS

Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cad Saúde Públ. 2003;19(2):465-69.

Bacelo TM, Lopes MS. Antecipar a Vida: Consulta Pré-concepcional – Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André – Leiria. Rev Port Clin Geral. 2009;25:19-29

Barrett G, Wellings K. What is a “planned” pregnancy? Empirical data from a British study. Social Science e Medicine. 2002;55:545-57.

Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. J Epidemiol Community Health. 2004;58:426-33.

Berquó E. Sobre o sistema internacional de pesquisas e demografia e saúde reprodutiva. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(1):72-89.

Berquó E, Lima LP. Planejamento da fecundidade: Gravidezes não desejadas – PNDS 1996 e 2006. Cap 7 pag135-149 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, 2009. 300 p.

Brandão ER. Iniciação sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil. In: Heilborn ML, organizador. Família e sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004. p. 63-86.

Brandão ER. 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 e Garamond Universitária; 2006. p. 61-95.

Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dezembro 1940, alterado pela Lei nº 9.777, de 26 dezembro 1998 [Internet]. 1998 [citado 2. 2010 Fev 19]. Disponível em: http://www.cejamericas.org/doc/legislacion/codigos/pen_brasil.pdf

Brasil. Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, 1986. Rio de Janeiro: Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM; 1987.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

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.

Borges Ana Luiza Vilela, Fujimori Elizabeth, Hoga Luiza Akiko Komura, Contin Marcelo Vieira. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2010 Apr [cited 2011 Mar 27] ; 26(4): 816-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400023&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400023.

Caetano AJ. Acesso a contracepção segura. 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. Organizadores: Villela WV, Saar E.

Camarano AA. A hipótese da convergência dos níveis de fecundidade nas projeções populacionais. São Paulo em Perspectiva. 1996;10(2).

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Department of health and human services. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS); 1987: Home. [Acesso em 11 ago 2009]. Disponível em: <http://cdc.gov/prams/>

Cheng D, Schwarz E, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. Contraception. 2009;79(3):194-98.

Corrêa S, Jannuzzi PM, Alves JED. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: Marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S. (org.) Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNIFAP; 2006. p.27-72.

Direcção-Geral da Saúde: Prestação de cuidados pré-concepcionais. Circular Normativa Nº 02/DSMIA, de 16/01/06.

Delgado RM, Gómez OM, Bueno CA, Gálvez VR. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Prev med.* 1997 Nov – Dec, 26 (6): 834 – 838.

Donini AA, Godoi AMM. 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. Organizadores: Villela WV, Saar E.

Dourado VG, Pelloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(1):69-74.

Feinstein A. Anormalidade. In: Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.37-55.

Fusco CLB, Andreoni S, Souza e Silva R. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(1): 78-88.

Guillemin F. Cross-cultural and validation of health status measures. *Scand. J. Reumatol.* 1995; 24(2):61-63.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417-32.

Gutierrez BAO. Tradução para o português e descrição do processo de validação do “Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire”. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.

Hair JF, Tatham RL, Anderson RE, Black W. *Análise Multivariada dos dados*. 5 ed. Editora Bookman.1998. 112p.Apud Robinson, JP, Shaver PR, Wrightsman LS (1991). “Criteria for Scale Selection and Evaluation”, in *Measures of Personality and*

social Psychological Attitudes Robinson, JP, Shaver PR, Wrightsman LS. San Diego, Calif.: Academic Press.

Hoga LAK. Perspectiva masculina da saúde da mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri : Manole; 2007. p. 288-307.

Hoga LAK, Tiburcio CA, Borges ALV, Reberte LM. Religiosity and Sexuality: Experiences of Brazilian Catholic Women. *Health Care for Women International*. 2010; 31: 700-717.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informação demográfica e socioeconômica número 23. Síntese de indicadores sociais: uma análise das considerações de vida da população brasileira 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

Kline P. A handbook of test construction: introduction to psychometric design. London: Methuen, 1986.

Kimura, M. Tradução para o Português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999.

Kissin DM, Anderson JE, Kraft JM, Warner L, Jamieson DJ. Is there a trend of increased unwanted childbearing among young women in the United States? *J Adolesc Health*. 2008; 43(4):71-364.

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

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados.../index.php?uf=35>.

LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2001.

London K, Peterson L, Piccinino L. The National Survey of Family Growth: Principal source of statistics on unintended pregnancy: supplement to Chapter 2. In: Brown SS, Eisenberg L, editores. The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families, Washington, DC: National Academy Press; 1995. p.95-286.

Lu MC. Recommendations for preconception care. Am Fam Physician 2007 Aug 1; 76 (3): 397-400.

Mezzomo CLS, Garcias GL, Sclowitz GL, Sclowitz IT, Brum CB, Fontana T 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 2007; 23(11): 2716-26.

Morof D, Steinauer J, Haider S, Liu S, Darney P, Barrett G. Evaluation of the reliability and validity of the London Measure of Unplanned Pregnancy in a U.S. population of women. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2009; 107(2): S275.

Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill, 1978.

Rocca CH, Krishnan S, Barrett G, Wilson M. measuring pregnancy planning: an assessment of the London Measure Unplanned Pregnancy among urban, south Indian women. Demographic Research 2010; 23(11): 293-34.

Organização Pan-Americana de Saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe da situação e tendências: demografia e saúde. Brasília; 2009. 39p. (série G. Estatística e Informação em Saúde).

Paiva V. Analyzing sexual experiences through "scenes": A framework for the evaluation of sexuality education. Sex education. 2005;4(5): 345-59.

Paiva V, Calazans G, Venturi G e Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Rev de saúde pública. 2008;42(1): 45-53.

Pasquali L. Psicométria: Teoria e Aplicações. Brasília: Ed. Universidade de Brasília;1997.

Pasquali L. Psicometria. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(esp):992-99.

Pirotta KCM. 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.

Pirotta KMC, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. Rev. Saúde Pública 2004; 38(4):495-502.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 487p.

Santelli J, RoCHAT R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert C, Curtis K, Cabral R, et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2003;35(2):94-101.

Sartore AC. Adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a Língua Portuguesa: estudo em pacientes com doença crônica. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

Silva CG, Santos AO, Licciardi Dc e Paiva V. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. *Psicologia em estudo*, Maringá.2008;13(4):683-92

Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 2nd edn. Oxford: Oxford University Press, 1995.

Tavares LS, Leite IC, Telles FSP. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):139-48.

The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York: AGI, 1999.

Anexo I
Questionário Original
“London Measure of Unplanned Pregnancy”

CIRCUMSTANCES OF PREGNANCY

Below are some questions that ask about your circumstances and feelings around the time you became pregnant. Please think of your current (or most recent) pregnancy when answering the questions below.

1) In the month that I became pregnant.....

(Please tick the statement which most applies to you):

2 ☐ I/we were not using contraception

1 ☐ I/we were using contraception, but not on every occasion

1 ☐ I/we always used contraception, but knew that the method had failed (i.e. broke, moved, came off, came out, not worked etc) at least once

0 ☐ I/we always used contraception

2) In terms of becoming a mother (*first time or again*), I feel that my pregnancy happened at the.....

(Please tick the statement which most applies to you):

2 ☐ right time

1 ☐ ok, but not quite right time

0 ☐ wrong time

3) Just before I became pregnant.....

(Please tick the statement which most applies to you):

2 ☐ I intended to get pregnant

1 ☐ my intentions kept changing

0 ☐ I did not intend to get pregnant

4) Just before I became pregnant....

(Please tick the statement which most applies to you)

2 ☐ I wanted to have a baby

1 ☐ I had mixed feelings about having a baby

0 ☐ I did not want to have a baby

In the next question, we ask about your partner - this might be (or have been) your husband, a partner you live with, a boyfriend, or someone you=ve had sex with once or twice.

5) Before I became pregnant....

(Please tick the statement which most applies to you)

2 ☐ My partner and I had agreed that we would like me to be pregnant

1 ☐ My partner and I had discussed having children together, but hadn=t agreed for me to get pregnant

0 ☐ We never discussed having children together

6) Before you became pregnant, did you do anything to improve your health in preparation for pregnancy?

(Please tick all that apply)

☐ took folic acid

2 = 2 or more
actions

☐ stopped or cut down smoking

☐ stopped or cut down drinking alcohol

1 = 1 action

☐ ate more healthily

☐ sought medical/health advice

☐ took some other action, please describe _____

0 or

☐ I did not do any of the above before my pregnancy

Anexo II

Autorização da autora do instrumento original - LMUP

Autorização da autora

Dear Dr Borges,

It is a pleasure to hear from you. Yes, I am always happy to hear that people want to use the LMUP, so I am happy to authorize you to do so.

Translation of the LMUP needs to use a process to translation into Portuguese (by a native Portuguese speaker), back translation (by a native English speaker) and agreement between the two translators on the final version. Do you have the facility to organise this? If not, I can organise this to be carried out.

A validation study needs to do specific things? Do you have experience of psychometric validation studies? I am always happy to help, either in an advisory role or more actively, depending on your needs. My concern is that the validation study is well carried out.

What are you planning to do? Do you wish to seek grant funding for the validation study, or do you have the ability to run the validation study without grant funding?

Best wishes,
Geraldine

Anexo III
Versão A do LMUP

Questionário

1) No mês em que eu fiquei grávida

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ Eu/nós não estávamos usando contracepção
- ☐ Eu/nós estávamos usando contracepção, mas não em todas as ocasiões
- ☐ Eu/nós sempre usamos contracepção, mas sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez.
- ☐ Eu/nós sempre usamos contracepção

2) Em termos de me tornar mãe (*pela primeira vez ou de novo*), eu sinto que minha gravidez aconteceu no

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ momento certo
- ☐ ok, mas não bem no momento certo
- ☐ momento errado

3) Um pouco antes de ficar grávida.

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ eu tinha intenção de engravidar
- ☐ minhas intenções variavam
- ☐ eu não tinha intenção de engravidar

4) Um pouco antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ eu queria ter um filho
- ☐ eu tinha sentimentos confusos em relação a ter um filho
- ☐ eu não queria ter um filho

Na próxima questão, nós perguntamos sobre o seu parceiro – que pode ser (ou ter sido) seu marido, um parceiro com que você more, um namorado, ou alguém com quem você fez sexo uma ou duas vezes.

5) Antes de eu ficar grávida:

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ Meu parceiro e eu tínhamos concordado que nós gostaríamos que eu ficasse grávida
- ☐ Meu parceiro e eu tínhamos discutido sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida
- ☐ Nós nunca discutimos sobre ter filhos juntos

6) Antes de você ficar grávida, você fez alguma coisa para melhorar sua saúde para se preparar para uma gravidez?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam):

- ☐ tomei ácido fólico
- ☐ parei ou diminuí o fumo
- ☐ parei ou diminuí bebida alcoólica
- ☐ comi de forma mais saudável
- ☐ procurei assistência médica ou outro serviço de saúde
- ☐ tomei outra providência, favor descrever _____

ou

- ☐ eu não fiz nada disso antes da minha gravidez

Anexo IV

Retrotradução da versão final em português para o inglês**CIRCUMSTANCES OF THE PREGNANCY**

Below are some questions that ask about your circumstances and feelings that surrounded you at the time that you became pregnant. Please think about your current pregnancy (or the most recent) when answering the questions below.

1) In the month that I became pregnant

(Please tick the statement that most applies to you):

- ☐ I / we were not using contraception
- ☐ I / we were using contraception, but not on all occasions
- ☐ I / we always used contraception, but we knew that the method had failed (eg, broke, came off, came out, did not work etc) at least once
- ☐ I / we always used contraception

2) In terms of becoming a mother (first time or again), I feel that my pregnancy happened at the

(Please tick the statement that most applies to you):

- ☐ right time
- ☐ Ok, but not quite at the right time
- ☐ wrong time

3) Just before becoming pregnant

(Please tick the statement that most applies to you):

- ☐ I intended to become pregnant
- ☐ my intentions varied
- ☐ I did not intend to become pregnant

4) Just before becoming pregnant

(Please tick the statement that most applies to you):

- ☐ I wanted to have a baby
- ☐ I had mixed feelings about having a baby
- ☐ I did not want to have a baby

The next question we ask about your partner - it can be (or could have been) your husband, a partner who you live with, a boyfriend, or someone with who you had sex once or twice.

5) Before I became pregnant:

(Please tick the statement that most applies to you):

- ☐ My partner and I had agreed that we would like that I become pregnant
- ☐ My partner and I had discussed having children together, but we had not agreed that I would become pregnant
- ☐ We never discussed having children together

6) Before you became pregnant, did you do anything to improve your health as a preparation for a pregnancy?

(Please tick all the alternatives that apply):

- ☐ took folic acid
- ☐ stopped or cut down smoking
- ☐ stopped or cut down drinking alcohol
- ☐ ate in a more healthy way
- ☐ sought medical advice
- ☐ took another action, please describe _____

or

- ☐ I did not do any of the above before my pregnancy

Anexo V

Versão B do LUMP

Questionário

1) No mês em que eu fiquei grávida.....

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ Eu/nós não estávamos usando contracepção
- ☐ Eu/nós estávamos usando contracepção, mas não em todas as ocasiões
- ☐ Eu/nós sempre usamos contracepção, mas nós sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez
- ☐ Eu/nós sempre usamos contracepção

2) Em termos de me tornar mãe (*primeira vez ou de novo*), eu sinto que minha gravidez aconteceu no.....

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ momento certo
- ☐ ok, mas não bem no momento certo
- ☐ momento errado

3) Logo antes de ficar grávida.....

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ eu pretendia ficar grávida
- ☐ minhas intenções mudavam
- ☐ eu não pretendia ficar grávida

4) Logo antes de ficar grávida.....

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ eu queria ter um bebê
- ☐ eu tinha sentimentos mistos sobre ter um bebê
- ☐ eu não queria ter um bebê

5) Antes de eu ficar grávida:

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ Meu parceiro e eu tínhamos concordado que nós gostaríamos que eu ficasse grávida
- ☐ Meu parceiro e eu tínhamos discutido sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que era para eu ficar grávida
- ☐ Nós nunca discutimos sobre ter filhos juntos

6) Antes de você ficar grávida, você fez alguma coisa para melhorar sua saúde como preparação para uma gravidez?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam):

- ☐ tomei ácido fólico
- ☐ parei ou diminuí o fumo
- ☐ parei ou diminuí bebida alcoólica
- ☐ comi de forma mais saudável
- ☐ procurei conselho médico
- ☐ tomei outra atitude, favor descrever _____
ou
- ☐ eu não fiz nada acima antes da minha gravidez

Anexo VI

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA E CLAREZA ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E TRADUZIDA DO "LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY" (LMUP)

Prezada Doutora,

Convidamos você a fazer parte do comitê de especialistas com vistas a avaliar a tradução de um instrumento que é parte do projeto de pesquisa “Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy - LMUP)”.

Trata-se de estudo transversal que tem como objetivo traduzir o instrumento LMUP para a língua portuguesa e validar suas propriedades, visando à sua utilização como instrumento de mensuração de gravidez não planejada no Brasil. Este estudo integra o Projeto de Mestrado desenvolvido no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Para a avaliação proposta nesta metodologia, é necessária a análise por especialistas com reconhecido conhecimento na área, além de habilidade e domínio da língua inglesa, para o reconhecimento das expressões neste idioma e desenvoltura na língua portuguesa.

Desta forma, considerando o seu conhecimento relacionado aos itens acima, gostaríamos de poder contar com sua importante participação neste estudo, ao proceder a análise da tradução do LMUP para nosso idioma.

As instruções para a avaliação da equivalência semântica e idiomática do referido instrumento, além da clareza das questões propostas pelo mesmo, seguem em anexo, juntamente com o formulário para preenchimento.

Informamos que serão realizados, posteriormente, procedimentos para avaliação da confiabilidade e validade do LMUP, por meio de coleta de dados e avaliações estatísticas.

Agradecemos antecipadamente pela atenção e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fernanda Martins Bigio
Pesquisadora

Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges
Orientadora

INSTRUÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA E CLAREZA ENTRE AS VERSÕES DO INSTRUMENTO LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY (LMUP) ORIGINAL E SUA VERSÃO TRADUZIDA

Para auxiliá-la neste trabalho, seguem em anexo:

Anexo 1: London Measure of Unplanned Pregnancy – Instrumento original selecionado para a adaptação;

Anexo 2: Tradução – versão final da tradução para a língua portuguesa do instrumento original, realizada por três tradutores independentes;

Como complementação das orientações e visando facilitar o seu trabalho, recomendamos que sejam seguidas as instruções:

1- Você está participando deste trabalho na qualidade de juiz, com a função de avaliar a tradução realizada do instrumento Anexo.

2- Para realizar esta avaliação, você deve considerar que o instrumento será de auto- preenchimento.

3- Sua avaliação deverá consistir de observar:

a- equivalência semântica: relaciona-se à equivalência gramatical e de vocabulário, porque algumas palavras de um determinado idioma podem não possuir tradução adequada para outros idiomas.

b- equivalência idiomática: refere-se às expressões coloquiais específicas, raramente traduzíveis, sendo necessária a substituição por expressões equivalentes ou substituições dos itens.

c- equivalência cultural: verifica a coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pela população à qual se destina.

d- equivalência conceitual: avalia se os itens utilizados nos instrumentos têm, além de equivalência semântica, equivalência de conteúdo capturando os mesmos conceitos.

4- No campo disponível, escolher e atribuir um dos três conceitos, conforme demonstrado abaixo e proposto por Kimura, 1999.

i. -1 Não equivalente ou não pertinente
ii. 0 Não é possível avaliar
iii. +1 Equivalente ou pertinente

[illegible]

Itens	Palavra atual	Palavra sugerida

Anexo VII

Versão C do LMUP

Questionário

Abaixo estão algumas questões que envolvem as circunstâncias e os sentimentos no momento em que você ficou grávida.

1) No mês em que eu fiquei grávida

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ Eu/nós não estávamos usando método contraceptivo.
- ☐ Eu/nós estávamos usando método contraceptivo, mas não em todas as ocasiões.
- ☐ Eu/nós sempre usamos método contraceptivo, mas sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez.
- ☐ Eu/nós sempre usamos método contraceptivo.

2) Em termos de me tornar mãe (*pela primeira vez ou de novo*), eu sinto que minha gravidez aconteceu no

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ momento certo
- ☐ não bem no momento certo
- ☐ momento errado

3) Logo antes de ficar grávida.

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ eu tinha intenção de ficar grávida
- ☐ minhas intenções variavam
- ☐ eu não tinha intenção de ficar grávida

4) Logo antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ eu queria ter um filho
- ☐ eu tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho
- ☐ eu não queria ter um filho

Na próxima questão, nós perguntamos sobre o seu parceiro – que pode ser (ou ter sido) seu marido, um parceiro com que você more, um namorado, ou alguém com quem você fez sexo uma ou duas vezes.

5) Antes de eu ficar grávida:

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- ☐ Meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida
- ☐ Meu parceiro e eu tínhamos discutido sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida
- ☐ Nós nunca discutimos sobre ter filhos juntos

6) Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/ iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para uma gravidez?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam):

- ☐ tomei ácido fólico
 - ☐ parei ou diminuí o fumo
 - ☐ parei ou diminuí bebida alcoólica
 - ☐ comi de forma mais saudável
 - ☐ procurei assistência médica ou outro serviço de saúde
 - ☐ tomei outra providência, favor descrever _____
- ou
- ☐ eu não fiz nada disso antes da minha gravidez

Anexo VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos - Resolução no 196 de 10/10/96- CNS)

Meu nome é Fernanda Martins Bigio. Sou enfermeira e aluna de Pós-Graduação na área de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo a pesquisa: **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (*London Measure of Unplanned Pregnancy*)**. Este instrumento serve para verificar se uma gravidez foi planejada ou não.

Os objetivos dessa pesquisa são traduzir este instrumento para a língua portuguesa e testar o seu entendimento e aplicação em mulheres brasileiras.

Assim, solicito o seu consentimento para participar deste estudo. Esta pesquisa consiste em responder um rápido questionário sobre sua gravidez.

Ressalto que sua participação é voluntária e que você tem todo o direito de se recusar a participar da pesquisa, inclusive abandoná-la quando desejar, sem que isso lhe traga prejuízos de qualquer espécie.

Não é necessário que se identifique. O seu anonimato e o sigilo dos dados serão mantidos e você receberá uma cópia assinada desse termo, na íntegra.

Você concorda em participar?

Caso concorde, por favor, assine uma via deste Termo e fique com outra para você. Após preencher o questionário, coloque-o dentro do envelope e sele a fita adesiva.

Desde já agradeço a sua colaboração,

Fernanda Martins Bigio

Assinatura da entrevistada

Para maiores informações sobre este estudo, entre em contato com:

Fernanda Martins Bigio: 14 3454 8911 ou fernandabigio@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: edipesq@usp.br

Anexo IX

Instrumento de caracterização sociodemográfica e reprodutiva das entrevistadas

Qual é sua **data de nascimento**? __/__/____

Entre as seguintes alternativas, como você classifica sua **cor**?

- 1 () Branca
- 2 () Parda
- 3 () Preta
- 4 () Amarela
- 5 () Indígena

Você, neste momento, vive com algum **parceiro (marido, namorado, companheiro)**?

- 0 () Não
- 1 () Sim

Se sim – Qual é a idade desta pessoa? __ anos

Qual a **última série** na escola que completou com aprovação?

Você **trabalha** (trabalho assalariado)?

- 0 () Não
- 1 () Sim - **Se sim:** Tem carteira assinada?
 - 0 () Não
 - 1 () Sim

Em que **Estado** você nasceu? __

A **casa** em que você mora é:

- 1 () Própria
- 2 () Alugada

3 () Ocupada

Qual é a **religião** que freqüenta atualmente?

1 () Católica

2 () Evangélica

3 () Espírita

4 () Adventista

5 () Nenhuma

6 () Outra: _____

Com que idade você ficou **menstruada** pela primeira vez? __ __ anos

Com **quantos anos** teve a sua 1ª relação sexual? __ __ anos

Antes desta última gravidez, estava tomando algum cuidado para evitar engravidar?

0 () Não

1 () Sim

Se usou algum método – Qual ou quais?

1 [] Tabelinha

2 [] Coito interrompido

3 [] Pílula

4 [] Pílula do dia seguinte

5 [] Camisinha

6 [] Camisinha feminina

7 [] DIU

8 [] Anticoncepcional injetável

9 [] Diafragma

10 [] Outros: _____

Esta é a sua **primeira** gravidez?

0 () Não

1 () Sim

Se a resposta for sim. Quantas vezes você já ficou **grávida**? __ vezes

Caso esta não seja sua primeira gravidez, responda qual idade tinha quando engravidou pela **primeira vez**? __ anos

De **quantos parceiros diferentes** já engravidou? __ parceiros

Quantos **filhos** você teve? __ filhos

Quantos estão **vivos**? __ filhos vivos

Você já passou por um **abortamento**?

0 () Não

1 () Sim

Se sim: **Quantos** abortamentos já teve na vida? __ abortos

APENAS NO PRÉ-TESTE:

Você **entendeu** o que foi perguntado neste questionário?

0 () Não entendi nada

1 () Entendi um pouco

2 () Entendi mais ou menos

3 () Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas

4 () Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas.

Anexo X

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 03 de novembro de 2009.

Ilm.^a Sr.^a

Fernanda Martins Bigio

Ref.: Processo nº 858/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy)**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo XI

Autorização do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de Marília

Prefeitura Municipal de Marília
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação da Atenção Básica

COMUNICADO INTERNO

DATA: 18 de novembro de 2009
DE: Coordenação da Atenção Básica
PARA: Todas das USFs e UBSs
ASSUNTO: Projeto de pesquisa

*Ana Lúcia
Reunido do
Equipe
24/11/09*

Vimos por meio deste informar que foi autorizada a pesquisa nas Unidades Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, referente ao projeto realizado em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), trabalho científico intitulado: “Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (Londo Measure of Unplanned Pregnancy)”.

Atenciosamente,

Enª Denise Elaine Carrozi
Coordenação da Atenção Básica
Secretaria Municipal da Saúde

Dr. Eduardo Tanajura de Faria
Coordenação da Atenção Básica
Secretaria Municipal da Saúde