UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

NATÁLIA DE CASTRO NASCIMENTO

O PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE MULHERES COM GRAVIDEZ PLANEJADA

São Paulo
2016

NATÁLIA DE CASTRO NASCIMENTO

O PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE MULHERES COM GRAVIDEZ PLANEJADA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Luiza Vilela Borges

São Paulo

2016

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:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Nascimento, Natália de Castro
O preparo pré-concepcional entra mulheres com gravidez planejada / Natália de Castro Nascimento. São Paulo, 2016.
137 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Luiza Vilela Borges
Área de concentração: Cuidados em Saúde

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

Nome: Natália de Castro Nascimento

Título: O preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Ao meu bom Deus e a minha mãe Maria.

Aos meus pais Cirilo e Marta e ao meu irmão Augusto.

A todas as mulheres e homens que desejam um filho.

AGRADECIMENTOS

Á Deus que, pelo seu infinito amor e bondade, me presenteou com a graça de realizar mais um sonho - me guiando, consolando e agraciando ao longo de todos esses anos.

Á minha querida orientadora, Ana Luiza, que com muito carinho me deu a oportunidade de estar sob a sua supervisão desde a graduação, conduzindo-me ao longo da pesquisa com seu vasto conhecimento e experiência acadêmica. Ana, obrigada pelos seus ensinamentos, conselhos, parceria, carinho e apoio. Obrigada, ainda, por acreditar e confiar em mim. Sinto-me privilegiada em tê-la como orientadora e tenho uma profunda admiração por você.

Á Professora Elizabeth Fujimori, por ter me ensinado os primeiros passos da pesquisa durante a minha graduação, responsável pelo gosto que desenvolvi em trabalhar com estudos científicos. Agradeço por todos os ensinamentos durante as orientações na graduação, nas reuniões do grupo de pesquisa, nas disciplinas e no exame de qualificação.

Agradeço, também, à Professora Ana Paula Sayuri Sato e à Professora Flávia Azevedo Gomes-Sponholz por terem aceitado o convite de participar da banca de qualificação e pelas grandes contribuições no projeto.

Á todos os docentes, especialistas e profissionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) por contribuírem para minha formação profissional e pessoal desde a graduação.

A todos os integrantes do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva (NEPESC), pelos inúmeros encontros de formação, aprendizado e troca de experiências. Agradeço, ainda, pelas sugestões dadas para a melhoria do meu projeto.

Aos meus pais, Cirilo e Marta, e ao meu irmão, Augusto, pelo apoio diário; por todo amor, carinho e cuidado; por acreditarem na minha capacidade e por apoiarem as minhas escolhas. Aos meus tios, Paulo e Israel, pelos incentivos e motivações, responsáveis pelo gosto de estudar que desenvolvi. Aos meus avós, João e Berenice, pelo carinho e cuidado de sempre. A todos os meus familiares paternos e maternos que me alegram por tê-los ao meu lado e que me fortalecem a cada dia.

Aos meus amigos, que compartilham todos os momentos, fazendo a minha vida mais leve e feliz: Cecilia, Eliane, Luana, Renata, Adriana, Fernando e Camila.

Aos meus companheiros da pós-graduação que me ajudaram imensamente, me acolheram carinhosamente e compartilharam as delicias e dores desse período: Osmara, Christiane, Patrícia Santa Rosa, Karina, Bianca, Daniel, José e Franci Pena, Miguel, Cléria, Luciane, Claudia, Samara, Patrícia Lima, Sebastião, Clariana e Dilson.

A todas as mulheres que gentilmente se disponibilizaram a participar do estudo e aos seus acompanhantes, que pacientemente aguardaram a duração das entrevistas.

Aos profissionais dos Centros de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza e Samuel Barnsley, pelo acolhimento e por facilitarem o processo de coleta de dados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado para a realização desta pesquisa.

A todos que não foram citados, mas que passaram pela minha vida nesses últimos dois anos e contribuíram para a realização desta pesquisa. Sou grata, do fundo do meu coração. Muito obrigada!

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no oceano. Mas o oceano seria menor se lhe faltasse uma gota (Madre Teresa de Calcutá)

Nascimento NC. O preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: O planejamento da gravidez é condição indispensável para a realização do preparo pré-concepcional. No entanto, nem todas as mulheres que planejam a gravidez tomam medidas para melhorar sua saúde durante o período pré-concepcional. Os escassos estudos conduzidos no Brasil não elucidam as razões pelas quais isso ocorre nem tampouco identificam quais são as medidas adotadas entre aquelas que o realizam. **Objetivos:** Descrever a realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada; analisar os determinantes da realização do preparo pré-concepcional nesse grupo; e descrever as razões pelas quais as mulheres com gravidez planejada não realizaram o preparo pré-concepcional. **Método:** Estudo observacional do tipo transversal. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 264 mulheres cuja gravidez em curso ou que ocorreu nos últimos cinco anos tenha sido classificada como planejada, em 2015. O cenário do estudo foram dois centros de saúde escola da cidade de São Paulo. A análise dos dados foi realizada no Stata 13.0, por meio de regressão logística univariada e múltipla. **Resultados:** Dentre as mulheres com gravidez planejada, mais da metade realizou o preparo pré-concepcional (62,1%). As medidas mais realizadas foram a procura por serviço de saúde, o uso de vitaminas e minerais e a realização de exames. Dentre as que não realizaram nenhuma medida de saúde para preparar-se para engravidar (37,9%), as razões mais citadas foram nunca ter ouvido falar sobre esse preparo e não conhecer serviços que oferecessem ações de preparo pré-concepcional. Mulheres de mais alta escolaridade, dos grupos econômicos A e B, mais velhas e com quadro de infertilidade foram as que tiveram mais chance de realizar o preparo pré-concepcional. **Conclusão:** Os resultados confirmaram que nem todas as mulheres com gravidez planejada realizaram o preparo pré-concepcional, tendo sido o desconhecimento sobre o mesmo e sobre os serviços que o ofertam a principal razão para tal. Por sua vez, as mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional foram aquelas que reuniram perfis sociais mais favoráveis, como alta renda e escolaridade, o que revela sua determinação social. Experiência de infertilidade também foi determinante para sua realização, o que já era esperado. Por conta de sua importância nas condições de saúde materna e neonatal, o preparo pré-concepcional deve fazer parte das práticas cotidianas dos serviços de atenção básica no país.

Descritores e Palavras-Chave: Cuidado Pré-concepcional. Planejamento da Gravidez. Saúde Reprodutiva. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

Nascimento NC. The preconception preparation among women with planned pregnancy [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The planning for pregnancy is an indispensable condition for pre-conception preparation. However, even among women who plan pregnancy, only some of them take measures to improve their health during the preconception period. The few studies conducted in Brazil do not clarify the reasons why this occurs, nor identify the measures taken by those who perform it. **Objective:** To describe the realization of preconceptional preparation among women with planned pregnancy; to analyze the determinants of preconception preparation in this group; and to describe the reasons women with planned pregnancies did not perform the preconception preparation. **Method:** Observational cross-sectional study. Data collection was conducted through semi-structured interviews with 264 women whose ongoing pregnancy or that had occured in the last five years has been classified as planned, in 2015. The scenarios of the study were two health center schools of São Paulo. Data analysis was performed using Stata 13.0, with univariate and multiple logistic regressions. **Results:** Among women who planned pregnancy, more than half reported a pre-conception preparation (62,1%).The most used practices were the seek of medical care, the use of vitamins and minerals and the realization of exams. Among women who did not perform any health preparation for pregnancy (37.9%), the most cited reasons were unknowledge of preconception care and of the types of health services offering preconception preparation actions. Women from a group with higher education and higher income (A and B), older and with an infertility background were the ones most likely to perform preconception preparation. **Conclusion:** The results confirmed that not every woman with planned pregnancies performed preconception preparation. The main reason for that is the lack of knowledge about it and about the servicesoffered. On the other hand, women who perform preconception preparation were those with more favorable social conditions. Infertility experience was also decisive for its realization, as was expected. Because of its importance in maternal and neonatal health, the preconception preparation should be part of the daily practices of primary care services in the country.

Descriptors and Key-words: Preconception Care. Planned Pregnancy. Reproductive Health. Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cuidados pré-concepcionais contidos nos manuais do Ministério da Saúde. São Paulo, 2015.....23
Figura 2 - Mapa do município de São Paulo com a localização dos Centros de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa e Geraldo de Paula Souza. São Paulo, 2015.....46
Quadro 1 - Descrição da coleta de dados nos Centros de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa e Geraldo de Paula Souza. São Paulo, 2015.....51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres segundo a realização do preparo pré-concepcional. São Paulo, 2015.....61
Tabela 2 - Perfil sexual e reprodutivo das mulheres segundo a realização do preparo pré-concepcional. São Paulo, 2015.....63
Tabela 3 - Condições pré-existentes das mulheres segundo a realização do preparo pré-concepcional. São Paulo, 2015.....64
Tabela 4 - Preparo pré-concepcional realizado por mulheres que planejaram engravidar. São Paulo, 2015.....65
Tabela 5 - Ações de atenção pré-concepcional realizadas pelos serviços de saúde procurados pelas mulheres antes de engravidar. São Paulo, 2015.....66
Tabela 6 - Preparo pré-concepcional realizado pelos parceiros. São Paulo, 2015.....67
Tabela 7 - Razões para não realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada. São Paulo, 2015.....67
Tabela 8 - Análise de regressão logística univariada e múltipla segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2015.....68
Tabela 9 - Análise de regressão logística univariada e múltipla da realização do preparo pré-concepcional segundo perfil sexual e reprodutivo. São Paulo, 2015.....69
Tabela 10 - Análise de regressão logística univariada e múltipla da realização do preparo pré-concepcional segundo condições pré-existentes. São Paulo, 2015.....70
Tabela 11 - Análise de regressão logística múltipla da realização do preparo pré-concepcional segundo condições sociodemográficas, sexuais e reprodutivas e de condições pré-existentes. São Paulo, 2015.....70

LISTA DE SIGLAS

AMA - Atendimento Médico Ambulatorial

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corpórea

LMUP - *London Measure of Unplanned Pregnancy*

MS - Ministério da Saúde

NEPESC - Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

STATA - *Statistical Software*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 19
1.1 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA 19
1.2 CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL 22
1.3 PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ E O PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL 25
2. HIPÓTESE 33
3. OBJETIVOS 37
2.1 GERAIS 37
2.1 ESPECIFICOS 37
4. REFERENCIAL TEÓRICO 41
5. MÉTODO 45
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 45
5.2 LOCAIS DE ESTUDO 45
5.3 INSTRUMENTOS 47
5.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO 49
5.5 PLANO AMOSTRAL... 50
5.6 COLETA DE DADOS 50
5.7 VARIÁVEIS E ANÁLISE DOS DADOS 52
5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 58
6. RESULTADOS 61
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES 61
6.2 REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL 65
6.3 RAZÕES PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL ... 67
6.4 DETERMINANTES DA REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL 68
7. DISCUSSÃO 75
7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES 75
7.2 REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL 77
7.3 RAZÕES PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL ... 82
7.4 DETERMINANTES DA REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL 85
8. CONCLUSÃO 93
9. REFERÊNCIAS 97
10. APÊNDICES 113
APÊNDICE A - PREPARO PRÉ-CONCEPCIOPNAL 113
APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 119

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA 121
11. ANEXOS 131
ANEXO 1 - *LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY 131*
ANEXO 2 - APROVAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE CAMPO DE PESQUISA 133
ANEXO 3 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 134

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira e licenciada em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em 2012. Durante a graduação, participei do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva (NEPESC) do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, em que pude trabalhar em dois projetos de pesquisa. Nesse processo, nasceu o gosto pela pesquisa e me identifiquei com a concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente e, ainda, que o acesso aos serviços de saúde é um direito inalienável do cidadão.

Após a graduação, fui aprovada no programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Nesse programa, me aprofundei nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), nos conceitos de saúde coletiva e prestei assessoria às equipes de saúde da família do município de Santos durante a etapa de autoavaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Logo após, fui supervisora de campo do PMAQ no estado de São Paulo. Por fim, em 2014, entrei no programa de mestrado em enfermagem do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

As inquietações e as motivações que me levaram a desenvolver uma pesquisa em que o objeto de estudo é o cuidado pré-concepcional foram resultado do meu trabalho de conclusão de curso, em que usei o instrumento britânico que mensura o planejamento de uma gravidez, o *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP) - devidamente adaptado e validado no Brasil. No entanto, os resultados encontrados no processo de adaptação e validação indicaram duas lacunas: a primeira, que o item seis, sobre o preparo pré-concepcional, não se comportou da mesma forma que na população original e, outra, esta adaptação não considerou as adolescentes. Assim, o meu trabalho de conclusão de curso objetivou validar o instrumento LMUP, versão Brasil,

entre adolescentes e investigar o conhecimento e a prática do preparo pré-concepcional entre adolescentes que vivenciaram uma gestação. O LMUP, versão Brasil, mostrou não ser válido para mensurar o planejamento da gravidez entre adolescentes. O item seis - que aborda o preparo pré-concepcional - interferiu de forma determinante na *performance* do instrumento. Provavelmente, isto ocorreu porque o preparo pré-concepcional foi pouco adotado pelas adolescentes, mesmo em caso de gravidez planejada. Tampouco foi observado conhecimento adequado sobre quais seriam as medidas pré-concepcionais indicadas para melhorar a saúde materna e infantil. Além disso, os resultados revelaram a importância de incorporar, nos programas destinados aos cuidados pré-concepcionais, outras dimensões inerentes ao período da adolescência, como, por exemplo, de âmbito social e psicológico.

Diante disso, este estudo se propõe a elucidar as seguintes questões: mulheres que planejaram a gravidez prepararam-se para engravidar? Se sim, como as mulheres que planejam engravidar preparam-se para uma gravidez, ou seja, no que consiste esse preparo? Se não, quais são as razões para anão realização do preparo pré-concepcional? E, ainda, quais aspectos são associados com a realização do preparo pré-concepcional?

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Nas últimas décadas, houve avanços nos cenários internacional e nacional em relação à importância da promoção da saúde sexual e reprodutiva. Esses avanços tiveram como ponto de partida 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 (Corrêa, Ávila, 2003), por iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU). Até aquele momento, o debate sobre a promoção da saúde sexual e reprodutiva era centrado no crescimento populacional e seus efeitos no desenvolvimento econômico, sendo a população vista como objeto de políticas coercitivas (Corrêa, Alves, Jannuzzi, 2006).

Por meio da pressão de grupos feministas e de outros atores sociais, nessas Conferências foram consagrados os conceitos de saúde sexual e reprodutiva, bem como os de direitos sexuais e reprodutivos. Assim, a incorporação desses conceitos possibilitou a formulação de politicas e programas que possibilitam o exercício da autonomia de homens e mulheres em suas escolhas sexuais e reprodutivas. A saúde sexual e reprodutiva foi definida da seguinte forma na Conferência do Cairo:

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

> relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (Nações Unidas, 1994).

Na Plataforma do Cairo, as questões dos direitos reprodutivos estão definidas da seguinte forma:

> 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 (Nações Unidas, 1994, 1995).

Partindo do principio de que o desenvolvimento econômico está atrelado ao desenvolvimento social e à perspectiva de indivíduos e grupos como sujeitos de direitos, a ONU lançou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que se constituem em um conjunto de oito metas a serem atingidas até 2015. Dentre os oito ODM definidos, quatro são relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: objetivo três - igualdade entre sexos e valorização da mulher; objetivo quatro - reduzir a mortalidade infantil; objetivo cinco - melhorar a saúde materna; e objetivo seis - combater a AIDS, a malária e outras doenças (Neto, 2010; Brasil, 2013).

Ao fim de 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) avaliou a situação mundial acerca dos ODM e lançou 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para serem alcançados nos próximos 15 anos. Tais objetivos reforçam a determinação social do processo saúde-doença, considerando o desenvolvimento sustentável, peça fundamental para a superação dessa realidade. Dentre os dezessete ODS definidos, um é específico para a saúde - objetivo três - garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades, o que inclui treze metas. Das treze metas, cinco são relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: meta 3.1 - reduzir a taxa de mortalidade materna; meta 3.2 - acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos, crianças menores de cinco anos e reduzir a mortalidade neonatal; meta 3.3 - acabar com a epidemia de AIDS, tuberculose, malária, doenças tropicais negligenciadas, hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis; meta 3.4 - reduzir a mortalidade prematura por

doenças não transmissíveis e promover a saúde mental e o bem-estar e, por fim, a meta 3.7 - garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar e a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (WHO, 2015).

Ainda no que concerne aos ODM, uma das metas que o Brasil não conseguiu alcançar diz respeito à saúde materna, em especial, à mortalidade materna. Desde 1990, tem havido redução da razão de mortalidade materna, seguida pela sua estabilização nos últimos anos (Brasil, 2012a; IPEA, 2014). No entanto, os óbitos maternos ainda permanecem acima da meta estipulada para 2015 (IPEA, 2014). Destaca-se que as causas obstétricas diretas correspondem a cerca de dois terços desses óbitos (Brasil, 2009b). Em contrapartida, há aumento da mortalidade materna por causas indiretas (Brasil, 2012a), que são aquelas resultantes de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas por efeitos fisiológicos da gestação, como, por exemplo, hipertensão e diabetes, dentre outras (Brasil, 2007). Ou seja, são mortes que podem ser evitadas com orientações e intervenções no período que antecede a concepção.

No tocante à mortalidade infantil, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância (IPEA, 2014). Entretanto, 69% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (Brasil, 2012b; Maranhão et al., 2012), o que demanda ações de melhoria da atenção ao pré-natal, parto e primeiros dias de vida. No tocante à mortalidade neonatal, as taxas vêm se mantendo em níveis elevados: por volta de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos (Maranhão et al., 2012; Lansky et al., 2014). A prematuridade e o baixo peso ao nascer foram os principais fatores associados à morte neonatal, seguidos de malformação congênita e fatores maternos (Lansky et al., 2014) - justamente causas que podem ser prevenidas também com cuidados adequados antes da concepção (Padilha et al., 2007; Catov et al., 2011), tal qual já descrito em relação à morte materna. Nesse sentido, estudos brasileiros apontam o preparo pré-concepcional como um meio de prevenção do baixo peso ao nascer e da prematuridade (Coutinho et al., 2009; Silva et al., 2009).

Assim, o período que antecede a concepção, ou seja, o período pré-concepcional, é um momento crucial para propiciar ações de desenvolvimento de uma gravidez saudável, com efeitos positivos para a saúde materna e infantil. Neste sentido, são propostas ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos a serem implementadas antes da concepção e que permitem resultados maternos e infantis satisfatórios. Estas ações são contempladas por meio do cuidado pré-concepcional (WHO, 2012).

1.2 CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

O cuidado pré-concepcional é definido pela OMS como:

> A prestação de intervenções biomédicas, comportamentais e sociais de saúde no período antes da concepção, cujo objetivo é melhorar o estado de saúde e reduzir comportamentos e fatores que contribuem para maus resultados de saúde materna e infantil (Johnson et al, 2006; WHO, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) enfatiza que o preparo pré-concepcional consiste na identificação e modificação dos fatores de risco reprodutivo antes que a concepção ocorra (Brasil, 2006; Brasil, 2012a; Brasil, 2013; Brasil, 2015). Além disso, preconiza que esse preparo deve ser realizado por meio de uma consulta que o casal faz antes da gravidez (Brasil, 2012a), com atuação de equipe multiprofissional (Brasil, 2015). As atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese, exame físico, orientações e intervenções específicas (Brasil, 2006; Brasil, 2012a; Brasil, 2013; Brasil, 2015).

O MS propõe que o cuidado pré-concepcional consista de atenção no âmbito da alimentação e nutrição, na prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas, na promoção de ambiente seguro, na prevenção e controle de doenças, no aconselhamento genético e no tratamento de infertilidade (Figura 1) (Brasil 2012a; Brasil, 2015). Outras instituições, como a OMS e os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), por sua vez, apresentam um leque mais ampliado de ações que possibilitem às mulheres o preparo pré-concepcional adequado, como atuação no âmbito da saúde mental, nas questões sociais, na identificação de violência interpessoal e na prevenção de gravidezes sucessivas (Johnson et al., 2006; WHO, 2012), através de um

pacote universal (WHO, 2012). Paralelamente a isso, propõe que os países tenham autonomia para estabelecer medidas adicionais que sejam localmente relevantes (WHO, 2012). Como exemplo, tem-se a recente recomendação de alguns países da América Latina e do próprio Brasil para a prevenção do vírus Zika entre mulheres que planejam engravidar e entre mulheres grávidas, pois o vírus parece estar relacionado a casos de microcefalia (informação verbal)[1].

O preparo para uma gravidez requer medidas no âmbito biológico, psicológico e social haja vista o forte papel da determinação social na saúde materna e infantil (Oliveira, Rizzato, Magaldi, 1983). Mesmo considerando que os manuais do MS contemplem ações basicamente de cunho biológico, optou-se, neste estudo, por abordar apenas as medidas de saúde contidas nesses manuais (Brasil, 2012a; Brasil, 2015), pois a implementação de tais medidas seria o ponto de partida para que, futuramente, o acesso a esse cuidado seja ampliado no Brasil.

Figura 1 - Cuidados pré-concepcionais contidos nos manuais do Ministério da Saúde. São Paulo, 2015.

1 Noticia fornecida pelo Ministério da Saúde e *Centers for Disease Control and Prevention* em novembro de 2015

AMBIENTE SEGURO

Avaliação das condições de trabalho, com orientações sobre os riscos de exposição a tóxicos ambientais*.

ACONSELHAMENTO GENÉTICO

Avaliação familiar de condições genéticas. Orientação e acompanhhamento genético*.

INFERTILIDADE

Avaliação do quadro de infertilidade. Tratamento e acompanhamento na concepção*.

* Mais detalhes sobre o cuidado pré-concepcional no Apêndice 1.

Os benefícios do cuidado pré-concepcional - como, por exemplo, a redução da mortalidade materna e infantil - são reconhecidos globalmente e ratificados em conferências internacionais, as quais têm formulado recomendações e diretrizes visando à redução dos resultados adversos no processo da gravidez (Boulet, Parker, Atrash, 2006).

Destaca-se que o preparo pré-concepcional pode contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil; reduzir o risco de doenças genéticas e exposição ambiental; contribuir para o desenvolvimento social e econômico das famílias e comunidades - uma vez que apoia as mulheres a tomar decisões bem informadas e ponderadas sobre sua fecundidade e saúde; contribuir para melhorar a saúde dos bebês e crianças à medida que crescem até a adolescência e a idade adulta; promover a participação dos homens, ao fomentar a consciência da importância da saúde e do comportamento dos homens sobre os resultados da saúde materna e infantil (WHO, 2012).

No Brasil, o cuidado pré-concepcional está inserido na Lei do Planejamento Familiar (Brasil, 1996), que prevê não só o cuidado em contracepção, mas também voltado à concepção. A lei determina, em seu art. 9º, que:

> "Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de **concepção** e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde

> das pessoas, garantida a liberdade de opção" (Brasil, 1996, grifo nosso).

No entanto, vários pontos dessa lei são alvo de críticas, predominantemente em relação à atenção em contracepção (Neto, 2010), mas também com vistas a melhorar o acesso a serviços de concepção, como os cuidados pré-concepcionais.

1.3 PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ E O PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

Dentre os inúmeros elementos que podem favorecer a realização do preparo pré-concepcional, o planejamento da gravidez é, certamente, o mais importante. A gravidez planejada é definida como aquela em que houve a intenção e o desejo de engravidar e que incluiu a adoção de ações comportamentais centradas na concepção como, por exemplo, a interrupção do uso de métodos contraceptivos e a adoção de alguma medida do preparo pré-concepcional (Barret, Wellings, 2002). Ou seja, o planejamento da gravidez situa-se no âmbito comportamental (Morin et al., 2003) e só pode existir na medida em que há o desejo e a intenção, não importa em qual intensidade (Klerman, 2000; Barret, Wellings, 2002).

Em que pese o fato de haver diferenças conceituais e controvérsias entre o que é planejamento, intenção e desejo de engravidar, estudos de abrangência nacional têm mensurado basicamente o desejo. Assim, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006, em seu instrumento padrão, avaliou o desejo da gravidez em curso ou ocorrida nos cinco anos anteriores à entrevista, por meio de uma única pergunta: "Na gravidez (DE NOME), queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo ou não queria mais filhos?" (Berquó, 2009). Foi observado que, do total de nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores, pouco mais da metade (54,0%) foi desejado para aquele momento. Dos 46,0% restantes, 28,0% eram desejados para mais tarde e 18,0% não foram sequer desejados (Brasil, 2008). Da mesma forma, pesquisa nacional sobre parto e nascimento intitulada "Nascer no Brasil" observou que, aproximadamente, 30% das mulheres não desejaram a gravidez em curso, 9,0% ficaram insatisfeitas com a gestação e 2,3% tentaram interrompê-la (Leal, Gama, 2014). Isso significa que, para os

nascimentos e as gestações não desejados, não houve condições e tempo para implementação de qualquer ação como preparo pré-concepcional (Hellerstedt et al., 1998; Dott et al., 2010).

Na literatura buscada, é possível observar uma relação positiva entre o planejamento da gravidez e o preparo pré-concepcional; ou seja, mulheres que planejaram a gravidez são mais propensas a relatar o preparo pré-concepcional (Hellerstedt et al., 1998; Morin et al., 2002; Rosenberg, Gelow, Sandoval, 2003; Dott et al., 2010; Gong et al., 2010; Wender-Ozegowska et al., 2010; Borges et al., 2016). De fato, o preparo pré-concepcional só pode ocorrer na medida em que a gravidez é planejada. No entanto, dentre as mulheres que planejam a gravidez, nem todas realizam o preparo pré-concepcional (Rosenberg, Gelow, Sandoval, 2003; Green-Raleigh et al., 2005; Inskip et al., 2009; Chuang et al., 2011; De Santis et al., 2013; Backhausen et al., 2014; Luton et al., 2014; Stephenson et al., 2014).

Estudos conduzidos em países de alta renda, que, teoricamente, possuem serviços de saúde estruturados, apontam altas taxas de gravidezes planejadas - 60,1% nos Estados Unidos; 73,0% na Inglaterra; 77,0% na Dinamarca; e 88,3% na França - proporções que contrastam com baixos índices de preparo pré-concepcional (Rosenberg, Gelow, Sandoval, 2003; Backhausen et al., 2014; Luton et al., 2014; Stephenson et al., 2014). Dentre esses estudos, na Dinamarca, pouco mais da metade das mulheres com gravidez planejada consumiram ácido fólico no período pré-concepcional (57,0%) e apenas 8,0% pararam de fumar antes da concepção (Backhausen et al., 2014). Já nos Estados Unidos, das mulheres que planejaram a gravidez, menos da metade (45,3%) tomou ácido fólico antes da concepção (Rosenberg, Gelow, Sandoval, 2003). Na Itália, dentre as mulheres com gravidez planejada, apenas 43,0% tomaram ácido fólico e 47,0% receberam aconselhamento pré-concepcional antes da concepção (De Santis et al., 2013).

Embora o planejamento da gravidez constitua-se em requisito para a ocorrência do preparo pré-concepcional, não é condição suficiente. Outros aspectos estão associados à sua realização, como alta escolaridade, estar em relacionamento estável, experiências reprodutivas prévias (De Santis et al., 2013), idade e exercer trabalho remunerado (Stephenson et al., 2014).

Além disso, é possível encontrar na literatura razões pelas quais nem todas as mulheres que planejam a gravidez realizam alguma ação como preparo pré-concepcional, tanto na perspectiva das próprias mulheres quanto na perspectiva dos profissionais de saúde.

Na perspectiva das mulheres, já foi descrito que elas têm um posicionamento positivo em relação ao preparo pré-concepcional (Canady, Tiedje, Lauber, 2008), mas há inúmeras razões para a sua não realização, que podem ser divididas em quatro vertentes: a) desconhecimento sobre o preparo pré-concepcional; b) questões pessoais; c) organização dos serviços de saúde; d) não planejamento da gravidez.

De modo geral, há desconhecimento acerca dos objetivos e dos fundamentos do preparo pré-concepcional pelas mulheres (Canady, Tiedje, Lauber, 2008; Hosli et al., 2008; Van der Zee et al., 2013), bem como não atribuição da importância desse cuidado (Bacelo, Lopes, 2009). Isso parece ocorrer porque parte das mulheres não se considera público-alvo do cuidado pré-concepcional (Van der Zee et al., 2013); parte compreende que é destinado para casais com problemas de infertilidade ou para mulheres com problemas de saúde (Canady, Tiedje, Lauber, 2008; Van der Zee et al., 2013); algumas consideram que o preparo pré-concepcional diz respeito ao estilo de vida individual e não se constitui em ação do serviço de saúde (Canady, Tiedje, Lauber, 2008; Mazza, Chapman, 2010).

Certas questões pessoais também cercam a prática do preparo pré-concepcional entre mulheres que planejam a gravidez. Algumas mulheres consideram que a busca e a prática do preparo pré-concepcional podem representar quebra do “segredo” de uma gravidez, atrelado ao medo sentido pela mulher de que a gravidez não aconteça, ou seja, de não conseguir engravidar (Canady, Tiedje, Lauber, 2008). Há também a compreensão que o processo de engravidar deve ser romântico e natural, sem nenhuma intervenção médica (Canady, Tiedje, Lauber, 2008; Mazza, Chapman, 2010).

Inegavelmente, nem sempre os serviços de saúde estão organizados para oferecer o cuidado pré-concepcional. A falta de políticas e de financiamentos públicos voltados para o cuidado pré-concepcional prejudica o oferecimento dessa ação preventiva de saúde (Johnson, 2006; Mazza, Chapman, 2010). Além disso, quando não ofertada gratuitamente - por meio de

serviços públicos e universais de saúde - o custo de uma consulta de aconselhamento pré-concepcional e o custo da realização das medidas pré-concepcionais podem impedir as mulheres e/ou casais de realizarem o preparo pré-concepcional (Mazza, Chapman, 2010).

Por fim, algumas mulheres referiram não ter realizado o preparo pré-concepcional simplesmente porque não esperavam engravidar, ou seja, o não planejamento da gravidez impede que as mulheres realizem o preparo pré-concepcional, conforme já enfatizado anteriormente e reforçando que o planejamento da gravidez é uma condição indispensável para a realização do preparo pré-concepcional (Canady, Tiedje, Lauber, 2008; Bacelo, Lopes, 2009; Van der Zee et al., 2013; Borges et al., 2016).

Na perspectiva dos profissionais de saúde, pesquisas encontradas observaram também baixo nível de conhecimento sobre os cuidados pré-concepcionais e, em específico, sobre a suplementação de ácido fólico entre profissionais de saúde (Conway, Mason, Hu, 1994; Koren, 1997; Miranda, Dávila Torres, Gorrín Peralta, 2003; Abu-Hammad et al., 2008; Stephenson et al., 2014), possível reflexo da falta de formação e/ou capacitação no tocante ao cuidado pré-concepcional (Conway, Mason, Hu, 1994; Kitamura, Fetters, Ban, 2005; Abu-Hammad et al., 2008). Outro ponto em questão é que nem sempre está claro qual profissional é o responsável por essa ação (Mazza, Chapman, Michie, 2013; Stephenson et al., 2014).

Questões relacionadas com a rotina de trabalho dos profissionais de saúde também podem ser elementos que favorecem a não prestação do cuidado pré-concepcional para mulheres que querem engravidar, como a falta de tempo para oferecer o cuidado pré-concepcional (Heyes, Long, Mathers, 2004; Mazza, Chapman, Michie, 2013) e a falta de protocolos, apostilas, cartazes e folhetos (Mazza, Chapman, Michie, 2013). Isso pode ocorrer porque esse cuidado não é prioritário e outras intervenções parecem ter maior importância na atenção primária à saúde (Heyes, Long, Mathers, 2004; Mazza, Chapman, Michie, 2013).

Os profissionais de saúde também referiram que as mulheres não procuram o serviço de saúde no período pré-concepcional, mas no período gravídico e que eles geralmente não conhecem a intenção de engravidar de suas pacientes (Mazza, Chapman, Michie, 2013)

É preciso ressaltar que a realização ou não do preparo pré-concepcional não decorre exclusivamente de uma decisão individual da mulher ou do casal, mas está intrinsicamente relacionada ao acesso a serviços de saúde que contemplem o cuidado pré-concepcional.

O cuidado pré-concepcional, no Brasil, ainda é incipiente e não se sabe, ao certo, como se estabelece. Estudo brasileiro que objetivou a adaptação e a validação do instrumento para mensuração da gravidez não planejada *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP) constatou que, dentre as mulheres que planejaram a gravidez, apenas 22,2% realizaram alguma ação como preparo pré-concepcional - que não foi especificada (Cavalhieri, 2011). Estudo realizado com 126 adolescentes, gestantes e puérperas, observou que 84,9% não adotaram nenhuma medida do preparo pré-concepcional. Além disso, o estudo revelou a necessidade de se investigar para além dos cuidados pré-concepcionais tradicionalmente recomendados, como medidas relacionadas ao âmbito social e psicológico (Nascimento et al., 2015). Por sua vez, Mezzomo et al. (2007) observaram que apenas 4,3% das mulheres usaram ácido fólico antes da concepção - proporção muito baixa quando comparada com resultados de estudos conduzidos em países desenvolvidos.

No que concerne ao conhecimento das mulheres sobre o cuidado pré-concepcional, estudo brasileiro realizado com mulheres diabéticas mostrou que quase metade apresentou nível de conhecimento moderado sobre o mesmo (41,5%) (Moura, Evangelista, Damasceno, 2012). Ainda, estudo realizado em três unidades de saúde de Fortaleza com 30 mulheres diabéticas observou que 10,0% tomaram ácido fólico; 10,0% praticaram atividade física; 6,6% realizaram acompanhamento nutricional; 6,6% realizaram o controle glicêmico; e 3,3% realizaram o controle de comorbidades (Bezzera, 2012). Esses achados não podem, contudo, ser generalizados, tendo em vista que as mulheres com doenças crônicas são, geralmente, mais cientes do maior risco para complicações relacionadas à gravidez (Chuang, Velott, Weisman, 2010); sendo assim, seus comportamentos com relação ao preparo pré-concepcional podem não ser comparáveis com os das mulheres em geral. No entanto, a presença de uma condição crônica e da percepção de risco para complicações relacionadas à gravidez não assegura, necessariamente, a prática do preparo pré-concepcional (Chuang, Velott, Weisman, 2010).

Apesar da importância do preparo pré-concepcional na promoção da saúde materna e infantil, os escassos estudos conduzidos no país apontam indícios de que o preparo pré-concepcional é pouco realizado. Sabe-se menos ainda o que as mulheres adotam como medidas de preparo pré-concepcional. Assim, é oportuno não apenas mensurar a ocorrência do preparo pré-concepcional entre mulheres que planejaram sua gravidez, mas, principalmente, compreender as razões pelas quais algumas não o realizaram.

Nesse sentido, esta pesquisa tem por objeto de estudo o preparo pré-concepcional e buscou responder às seguintes perguntas: as mulheres que planejam a gravidez realizam o preparo pré-concepcional? Se sim, no que consiste esse preparo pré-concepcional, ou seja, quais ações as mulheres realizam como preparo para uma gravidez? Se não, quais são as razões para a não realização do preparo pré-concepcional? E, ainda, quais aspectos são associados com a realização do preparo pré-concepcional?

2. HIPÓTESE

2. HIPÓTESE

A hipótese deste estudo é que a realização do preparo pré-concepcional entre as mulheres com gravidez planejada está relacionada às características sociodemográficas, ao perfil sexual e reprodutivo e às condições de saúde pré-existentes. Isso significa que espera-se encontrar proporções maiores de realização do preparo pré-concepcional entre mulheres de grupos sociais mais favorecidos (de mais alta escolaridade, pertencentes aos grupos A e B, trabalhadoras e mais velhas); entre mulheres com início mais tardio da experiência reprodutiva e sexual e que possuam alguma experiência reprodutiva prévia (idade na primeira relação sexual mais avançada e que já tenha tido filho anteriormente); e entre mulheres com condições pré-existentes (presença de doenças pré-existentes; uso de tabaco, álcool e outras drogas e com quadro de infertilidade).

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Descrever a realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada.

Analisar os determinantes da realização do preparo pré-concepcional entre as mulheres com gravidez planejada.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar a prevalência de realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada.

Descrever as ações realizadas pelas mulheres com gravidez planejada no tocante ao preparo pré-concepcional.

Descrever as razões pelas quais as mulheres com gravidez planejada não realizaram o preparo pré-concepcional.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo norteou-se pela Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, teoria que acredita que o processo saúde-doença é determinado pela a forma que a sociedade se organiza para a construção da vida social e como o individuo nela se insere, tendo, dessa forma, duplo caráter - o biológico e o social (Laurell, 1982, Fonseca, 1997). Ou seja, as formas de trabalho e vida também determinam os fenômenos de saúde e de doença, na medida em que cria-se padrões de desgastes - riscos de adoecer ou morrer - ou de potencialidades - possibilidades de sobrevivência (Fonseca, 1997).

Além disso, os fenômenos do processo saúde-doença manifestam-se nos níveis: singular (atributos individuais), do grupo social (que compartilham condições de vida e de trabalho) e da estrutura social (organização da sociedade) (Fonseca, 1997).

Ao olhar para as mulheres que planejam engravidar a partir dessa perspectiva, deve-se considerar que estas estão susceptíveis a qualquer momento adentrar em um processo gravídico, com todas as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais desse processo. E são os atributos individuais; as condições de vida e de trabalho; e a estrutura da sociedade que determinará os resultados maternos e infantis - como descrito, na literatura, o processo saúde-doença das mulheres como um fenômeno vinculado a maneira de viver e de trabalhar (Fonseca, 2007).

5. MÉTODO

5. MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal (Gil, 2008).

5.2 LOCAIS DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo: o Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP, segundo ilustra a Figura 2.

O Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa está localizado no bairro Butantã, em São Paulo, próximo à Cidade Universitária da USP. Sua área de abrangência compreende, aproximadamente, 44.406 habitantes, moradores dos distritos administrativos Rio Pequeno e Butantã. Já o Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza está localizado no bairro Cerqueira César, em São Paulo, próximo à Escola de Enfermagem da USP. Foi concebido pelo Professor Geraldo Horácio de Paula Souza em 1922, sendo o primeiro Centro de Saúde Escola do Brasil. Sua área de abrangência compreende, aproximadamente, 137.000 habitantes, moradores dos distritos administrativos Pinheiros e Jardim Paulista. Ambos os serviços estão localizados na região centro-oeste e atendem a população no nível primário de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

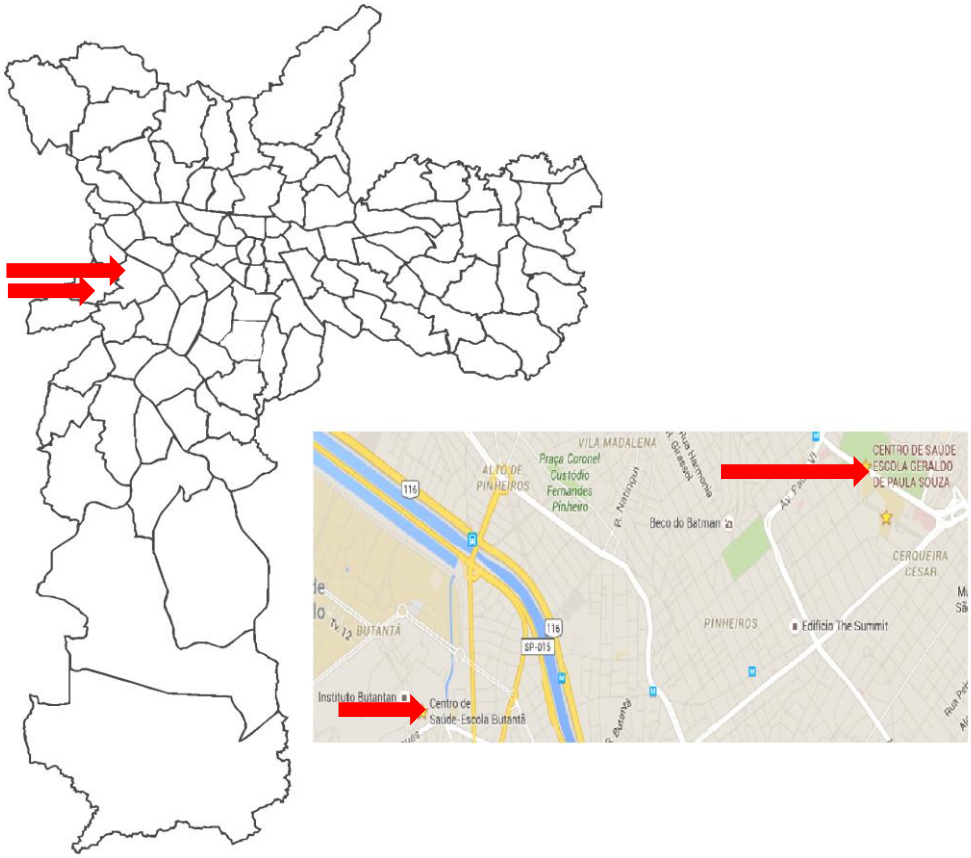

Figura 2 - Mapa do município de São Paulo com a localização dos Centros de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa e Geraldo de Paula Souza. São Paulo, 2015.

A escolha dos locais de pesquisa deu-se pelo fato de que os Centros de Saúde Escola são vinculados à USP e, por isso, funcionam como unidade modelo no Estado de São Paulo, na implementação de programas novos que norteiem ações do MS e das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal. Dessa forma, contribuem para o desenvolvimento das práticas de atenção primária à saúde por meio de assistência, pesquisa e ensino. Como estudos apontam que os serviços de atenção básica pouco têm investido em ações de promoção de uma gravidez saudável (Coelho, Lucena, Silva, 2000; Moura, Silva, Galvão, 2007; Bonan et al., 2010), esses serviços pareceram ser locais com potencialidade na prestação desse cuidado.

A população atendida pelos Centros de Saúde Escola caracteriza-se por apresentar boas condições de vida, com bons Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)[2]: Butantã - 0,947 (Muito alto); Rio Pequeno - 0,925 (Muito alto);

[2] IDH é uma medida composta de três indicadores do desenvolvimento humano - longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano da região analisada (Atlas Municipal, 2010).

Pinheiros -0,921 (Muito alto); e Jardim Paulista - 0,608 (Médio), de acordo com Atlas de Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010).

5.3 INSTRUMENTO

Para classificar a gravidez em relação ao planejamento, foi utilizado o LMUP, versão Brasil (Anexo 1). O LMUP é um instrumento que mensura o planejamento da gravidez, independente do resultado da gestação, podendo ser usado retrospectivamente. Além disso, o LMUP não classifica o planejamento da gravidez de forma dicotômica “planejada” e “não planejada”, mas considera atitudes e intenções ambivalentes quanto à intenção de engravidar (Barret, Wellings, 2002).

O Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva (NEPESC) adaptou e validou este instrumento no Brasil, tendo verificado adequadas propriedades psicométricas. O instrumento aborda três áreas (cada área possui duas categorias de análises): a intencionalidade, formada pelo desejo de se tornar mãe e a intenção expressa de engravidar; o contexto, formado pela influência ou não do parceiro e das 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. A classificação quanto ao planejamento da gravidez é obtida pela somatória de pontos de cada item, que varia entre 0 a 2. As autoras sugerem que as mulheres que alcançam pontuação entre 10 a 12 pontos podem ser classificadas como tendo (ou ter tido) uma gravidez planejada. Aquelas que alcançam 0 a 3 pontos podem ser classificadas com gravidez não planejada e as outras, entre 4 a 9 pontos, são ambivalentes quanto ao planejamento da gravidez (Barrett, Smith, Wellings, 2004).

O instrumento utilizado para a coleta de dados (Apêndice 2) foi elaborado pela pesquisadora com base nos seguintes estudos:

How do women prepare for pregnancy? Preconception experiences of women attending antenatal services and views of health professionals (Stephenson et al., 2014).

Antecipar a vida - Consulta pré-concepcional - Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André - Leiria (Bacelo, Lopes, 2009).

Preconception care & pregnancy planning: voices of African American women (Canady, Tiedje, Lauber, 2008).

Perceptions of preconception counseling among women planning a pregnancy: a qualitative study (Van der Zee et al., 2013).

O instrumento consistiu de cinco partes:

1ª. Parte: Refere-se às caraterísticas sociais e demográficas, como idade, idade do parceiro, cor de pele, trabalho remunerado, escolaridade, situação conjugal, plano de saúde, religião e classe econômica.

2ª. Parte: Refere-se à história reprodutiva, como idade na menarca; idade do início da vida sexual; idade da primeira gravidez; número de gestações; número de filhos e história de abortos.

3ª. Parte: Refere-se às condições de saúde da mulher antes de engravidar, como existência de alguma doença crônica ou aguda; uso de medicamentos ou algum outro tratamento; índice de massa corpórea (IMC); histórico de doenças genéticas na família da mulher ou do parceiro, existência de consanguinidade entre a participante e o parceiro; uso de tabaco, bebida alcoólica ou outro tipo de droga e quadro de infertilidade.

4ª. Parte: Refere-se ao preparo pré-concepcional propriamente dito, como procura pelo serviço de saúde antes de engravidar, incluindo ações oferecidas pelos serviços de saúde; realização de exames pré-concepcionais; perda ou ganho de peso; mudança da alimentação; prática de exercícios físicos; uso de vitaminas e minerais, incluindo o ácido fólico; diminuição ou interrupção do tabagismo, do uso de bebida alcoólica ou de drogas ilícitas; imunização; troca ou interrupção de medicamentos; mudança do ambiente de trabalho; aconselhamento genético; tratamento e controle de doenças; tratamento da infertilidade e algum preparo pré-concepcional realizado pelo parceiro ou outras ações não contempladas no questionário.

5ª. Parte: Refere-se às razões da não realização do preparo pré-concepcional entre mulheres que planejaram a gravidez, como desconhecimento sobre o cuidado pré-concepcional, dificuldade de acesso ao serviço de saúde; não oferecimento do cuidado pré-concepcional pelo serviço de saúde ou outras razões não contempladas no questionário.

O instrumento foi pré-testado no Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa com dez mulheres no mês de Abril de 2015. A única alteração realizada após o pré-teste foi a exclusão de uma questão que objetivava analisar o esquema vacinal antes da gravidez. Por se tratar de informação de difícil apreensão, a questão foi retirada do questionário. No entanto, as mulheres não tiveram dificuldades em responder o questionário e relataram que era de fácil entendimento. Assim, as entrevistas conduzidas como pré-teste foram incluídas no estudo.

5.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com mulheres entre 18 e 49 anos de idade, usuárias dos centros de saúde, com gravidez em curso ou que relataram uma gravidez nos cinco anos anteriores à pesquisa. O critério de inclusão adotado foi ter planejado a última gravidez ou a gravidez em curso. Ou seja, participaram da pesquisa mulheres gestantes com gravidez planejada e mulheres que tiveram uma gravidez planejada nos cinco anos anteriores à pesquisa. Foram excluídas as mulheres classificadas com gravidez não planejada, pois para gestações não planejadas não há, teoricamente, tempo nem condições para implementação de qualquer ação como preparo pré-concepcional (Hellerstedt et al., 1998; Dott et al., 2010). Também foram excluídas as mulheres classificadas com gravidez ambivalente, pois ainda não se sabe a relação entre a ambivalência no planejamento de engravidar e a adoção de medidas de preparo pré-concepcional.

A escolha por entrevistar mulheres que tiveram uma gestação nos cinco anos anteriores à pesquisa justifica-se pelo fato que pesquisas nacionais e internacionais utilizam esse período de tempo para avaliar o planejamento reprodutivo de mulheres. Como exemplo, temos as pesquisas do tipo

Demographic Health Survey (DHS), do qual faz parte a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS (Brasil, 2008).

5.5 PLANO AMOSTRAL

Para estimar a prevalência da realização do preparo pré-concepcional entre mulheres que planejaram a gravidez, o tamanho amostral foi calculado com base na fórmula abaixo (Silva, 1998) :

$$n = \frac{z^2 (p.q)}{d^2} \qquad (1)$$

Em que:

n = é o tamanho da amostra do estudo

z = é o percentil de distribuição normal

p = é a estimativa do fenômeno a ser estudado

q = corresponde a 1-p

d = refere-se ao erro amostral, que foi de 5% para um intervalo de confiança de 95%

Tendo em vista que estudo recente indica prevalência de 22,2% de realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada (Cavalhieri, 2011), obteve-se:

$$n = \frac{(1,96)^2 .(0,22.0,78)}{(0,05)^2} = 264$$

Portanto, o cálculo mostrou a necessidade de se entrevistar 264 mulheres com gravidez planejada.

5.6 COLETA DOS DADOS

Para contemplar a amostra necessária, a coleta de dados foi realizada de Abril a Junho de 2015, conforme descrito no Quadro 1. Foram abordadas

482 mulheres, sendo que 14 recusaram a participação na pesquisa alegando pressa ou indisposição.

Para selecionar as mulheres que seriam convidadas a participar do estudo, a pesquisadora buscava informações na agenda dos profissionais de saúde em relação a consultas de gestantes. Posteriormente, a pesquisadora abordava as mulheres que aparentavam estar grávidas ou com crianças de colo em grupos educativos, sala de imunização ou qualquer outra atividade da UBS. Nos meses de realização da coleta, houve campanha de vacinação contra a gripe, o que facilitou a abordagem de um grande número de mulheres.

Quadro 1 - Descrição da coleta de dados nos Centros de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa e Geraldo de Paula Souza. São Paulo, 2015.

Mês	**Dias**	**Período**	**Centro de saúde**	**Nº de mulheres**
Abril	8,10,15,17,22,24,27,28 e 30	Integral*	Samuel Barnsley Pessoa	104
Abril	9 e 14	Integral*	Geraldo de Paula Souza	6
Maio	4,5,7,8,11,12,15,18,19,21,22,25,27 e 28	Integral*	Samuel Barnsley Pessoa	213
Maio	6 e 14	Integral*	Geraldo de Paula Souza	5
Junho	1,2,3,8,9,11,15,16,17,18,19,22,23 e 24	Integral*	Samuel Barnsley Pessoa	139
Junho	11	Integral*	Geraldo de Paula Souza	1

*Período integral corresponde ao período de funcionamento dos Centros de Saúde Escola.

Ao abordar uma mulher supostamente elegível, os objetivos e o procedimento da pesquisa eram explicados. Posteriormente, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3). Após leitura e consentimento, foi aplicado o LMUP para a classificação quanto ao planejamento da gravidez.

Quando a gravidez era classificada como não planejada ou ambivalente, as mulheres foram convidadas a responder algumas questões referentes ao conhecimento sobre o preparo pré-concepcional, resultados que serão publicados futuramente. Quando a gravidez era classificada como planejada, a entrevista tinha início. As entrevistas tiveram duração aproximada de 15 minutos e foram norteadas por um instrumento semiestruturado. Ressalta-se que foram realizadas em lugar confortável e a privacidade da mulher foi garantida. Cada mulher entrevistada recebeu um número próprio de identificação.

5.7 VARIÁVEIS E ANÁLISE DOS DADOS

A digitação do banco de dados foi feita no programa Excel. A análise estatística foi realizada no Stata 13.0 em três etapas:

Etapa 1 - Caracterização das mulheres:

Realizou-se a análise das características sociodemográficas, do perfil sexual e reprodutivo e das condições pré-existentes de todas as mulheres e a comparação dessas características segundo a realização do preparo pré-concepcional. Essa análise foi feita por meio de números absolutos, proporções, médias e desvios-padrão. A diferença entre as proporções foi testada pelo teste Qui-quadrado.

Nessa etapa, a principal variável de interesse foi a realização do preparo pré-concepcional, que foi construída por meio das respostas dadas às questões *"Quando você planejou engravidar da atual ou da última gravidez planejada, antes da gravidez, você realizou alguma medida para melhorar a sua saúde ou para organizar a chegada de uma criança?". "Se sim, procurou algum serviço de saúde?" "Realizou exames?" "Tomou vitaminas e/ou minerais"?" " Mudou alimentação?" "Fez exercício físico?" " Perdeu peso?" "Ganhou peso?" "Tomou vacina?" "Realizou tratamento e controle de doenças?" "Realizou tratamento de infertilidade?" "Parou ou diminuiu medicamento?" "Parou ou diminuiu bebida alcoólica?" "Parou ou diminuiu fumo?" "Parou ou diminuiu outras drogas?" "Mudou ambiente de trabalho?" "Realizou aconselhamento genético?" "Parceiro realizou alguma medida do preparo pré-concepcional?".* Foram agrupadas as respostas de acordo com as medidas de saúde indicadas como preparo pré-concepcional nos manuais do MS (Brasil, 2006; Brasil, 2012a; Brasil, 2015). Assim, a variável **realizou preparo pré-concepcional** foi categorizada em não (na ausência de medidas de saúde) ou sim (na presença de, ao menos, uma medida de saúde).

As demais variáveis analisadas nessa etapa foram:

Variáveis que dizem respeito às características sociodemográficas:

- Idade (anos completos)
- Idade do parceiro (anos completos)

- Idade do último filho (meses completos)
- Cor de pele: branca, parda, preta, amarela ou indígena. Posteriormente, as respostas foram agrupadas em branca, negra (parda e preta) e outras (amarela e indígena)
- Religião: nenhuma, católica, evangélica, espirita e outras. Posteriormente, as respostas foram agrupadas em nenhuma, católica, evangélica e outras (espírita e outras)
- Exerce trabalho remunerado (não ou sim)
- Vive com parceiro (não ou sim)
- Classificação econômica: A, B, C, D e E. Posteriormente, as respostas foram agrupadas em (A/B) e (C/D). Não houve mulher classificada no grupo E (ABEP, 2014)
- Plano de saúde (não ou sim)
- Escolaridade: as variáveis foram coletadas da seguinte forma - fundamental 1 incompleto, fundamental 1 completo, fundamental 2 incompleto, fundamental 2 completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, pós-graduação incompleta e pós-graduação completa. Posteriormente, as respostas foram agrupadas em fundamental (fundamental 1 completo e incompleto, fundamental 2 completo e incompleto), médio (médio completo e incompleto) e superior (superior completo e incompleto, pós-graduação completa e incompleta)

Variáveis que dizem respeito ao perfil sexual e reprodutivo:

- Gestante (não ou sim)
- Idade na primeira menstruação (anos completos)
- Idade na primeira relação sexual (anos completos). Posteriormente, essa variável foi categorizada em 11 a 19 anos e 20 anos ou mais.
- Idade na primeira gravidez (anos completos). Posteriormente, essa variável foi categorizada em 14 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos e 30 anos ou mais.
- Número de gravidezes, incluindo a atual. Essa variável foi categorizada em uma, duas e três ou mais.

- Número de filhos nascidos vivos. Essa variável foi categorizada em nenhum, um, dois e três ou mais.
- Aborto anterior (não ou sim)

Variáveis que dizem respeito às condições pré-existentes:

- Infertilidade. Essa variável foi construída por meio das respostas dadas à questão *"Quanto tempo você demorou para engravidar após decidir engravidar?*". Posteriormente, construiu-se a variável infertilidade tendo como categorias não (quando intervalo menor que dois anos) e sim (quando intervalo maior que dois anos), pois a OMS define infertilidade como a inabilidade de um casal sexualmente ativo, sem a utilização de métodos contraceptivos, conceber uma gravidez dentro de dois anos (WHO, 2000; WHO, 2001).
- Presença de alguma doença pré-existente. Essa variável foi construída por meio das respostas dadas à questão *"você possuía algum problema de saúde antes da atual ou da última gravidez planejada?".* Foram consideradas as doenças indicadas como prejudiciais no período pré-concepcional, segundo o manual da OMS e o manual do MS (Brasil, 2012a; WHO, 2012). São elas: diabetes, hipertensão, epilepsia, anemia, doenças da tireoide, asma, transtornos mentais, doença sexualmente transmissível, infertilidade, doenças ginecológicas, doenças autoimunes, cardiopatias, câncer, hepatites e nefropatias. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias não ou sim.
- Uso de tabaco, álcool e outras drogas. Essa variável foi construída por meio das respostas dadas às questões *"Você fumava antes da atual ou da última gravidez planejada?" "Você bebia bebida alcoólica antes da atual ou da última gravidez planejada?" "Você usava alguma droga ilícita, como maconha, cocaína ou crack, antes da atual ou da última gravidez planejada?".* Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias não (na ausência de uso de todas as substâncias) ou sim (na presença do uso de algumas das substâncias).
- Histórico de doenças genéticas. Essa variável foi construída por meio das respostas dadas à questão "*Você sabe se existem condições de alterações genéticas na sua família ou na família do seu parceiro como,*

por exemplo, fibrose cística, anemia falciforme, entre outras?". Foram consideradas as alterações genéticas segundo o manual da Organização Mundial de Saúde (WHO,2012). São elas: anemia falciforme, talassemia, fibrose cística, cegueira e surdez genética, síndrome de down e atraso mental. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias não ou sim.

- Consanguinidade entre os parceiros. Essa variável foi construída por meio das respostadas dadas à questão "*Você e o seu parceiro possuem algum grau de consanguinidade, ou seja, vocês possuem parentes em comum?"*. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias não ou sim.
- Uso de medicamentos ou realização de tratamentos. Essa variável foi construída por meio das respostas dadas à questão *"Você usava algum medicamento ou fazia algum tratamento antes da atual ou da última gravidez planejada?"* Foram considerados os medicamentos e tratamentos indicados como prejudiciais no período pré-concepcional, segundo a literatura (Cragan et al., 2006; Johnson et al., 2006; Bhutta et al., 2011; WHO, 2012; Farahi, Zolotor, 2013;). São eles: antipsicóticos, antialérgicos, anticonvulsivantes, medicamentos e procedimentos para perda de peso, broncodilatadores, anti-hipertensivo, antidepressivo e alguns tratamentos de pele. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias não ou sim.
- Fora do peso ideal antes da gravidez. Essa variável foi construída por meio das respostas dadas as questões *"Quanto você pesava antes da atual ou da última gravidez planejada" "Quanto você mede, ou seja, qual a sua altura"* . Posteriormente, foram calculados o IMC de cada mulher de acordo com a seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2} \qquad (2)$$

Os resultados foram agrupados nas categorias não (valores entre 18,5 e 25) ou sim (valores menores que 18,5 e maiores ou igual a 25). De acordo com a definição da OMS (WHO, 1995; Brasil, 2011).

Etapa 2 - Caracterização da realização do preparo pré-concepcional e das razões para a sua não realização.

A análise das medidas realizadas como preparo pré-concepcional e das razões para a sua não realização foi conduzida por meio de números absolutos, proporções, médias e desvios-padrão.

As variáveis relacionadas às medidas realizadas como preparo pré-concepcional admitiram respostas múltiplas e foram:

- Procurou serviço de saúde (não ou sim)
- Realizou exames (não ou sim)
- Tomou vitaminas e minerais (não ou sim)
- Mudou alimentação (não ou sim)
- Fez exercício físico (não ou sim)
- Perdeu peso (não ou sim)
- Ganhou peso (não ou sim)
- Tomou vacina (não ou sim)
- Realizou tratamentos e controles de doenças (não ou sim)
- Realizou tratamento de infertilidade (não ou sim)
- Parou ou substituiu medicamento (não ou sim)
- Parou ou diminuiu bebida alcoólica (não ou sim)
- Parou ou diminuiu fumo (não ou sim)
- Parou ou diminuiu outras drogas (não ou sim)
- Mudou ambiente de trabalho (não ou sim)
- Realizou aconselhamento genético (não ou sim)
- Parceiro realizou alguma medida do preparo pré-concepcional (não ou sim).

A variável **razão para a não realização do preparo pré-concepcional** admitiu respostas múltiplas e foi construída por meio do agrupamento das respostas dadas às questões *"Você tinha ouvido falar sobre o preparo pré-concepcional, antes de engravidar?" "Você achava importante o preparo pré-concepcional, antes de engravidar?" "Você sabia se algum serviço de saúde oferecia o cuidado pré-concepcional, antes de engravidar?" " Ao procurar o*

serviço de saúde, o mesmo ofereceu o cuidado pré-concepcional?" "Por qual motivo você não realizou o preparo pré-concepcional?". Essas questões foram elaboradas com base na literatura (Canady, Tiedje, Lauber, 2008; Bacelo, Lopes, 2009; Mazza, Chapman, 2010; Van der Zee et al., 2013). As respostas foram agrupadas em:

- Nunca ouviu falar sobre o preparo pré-concepcional
- Não conhece nenhum serviço de saúde que ofereça o cuidado preparo pré-concepcional
- Não sabe, não pensou muito, deixou acontecer
- O serviço de saúde não ofereceu o preparo pré-concepcional
- Falta de tempo
- Engravidou muito rápido, não deu tempo de realizar o preparo pré-concepcional
- Achava que já tinha boa saúde ou que não era o público alvo do preparo pré-concepcional
- Não achava importante o preparo pré-concepcional
- Achava que a gravidez é natural e não deve ter intervenções
- Experiência reprodutiva prévia
- Achava que o atendimento na UBS é muito demorado
- Demorou a engravidar e, por isto, desistiu de realizar o preparo pré-concepcional

Etapa 3 - Caracterização dos determinantes da realização do preparo pré-concepcional

A análise dos determinantes da realização do preparo pré-concepcional foi realizada por meio da análise da regressão logística univariada e múltipla, de acordo com a hipótese do estudo. A variável dependente foi a **realização do preparo pré-concepcional** (não ou sim) e as independentes foram: idade, escolaridade, trabalho remunerado, classificação econômica, idade na primeira relação sexual, números de filhos nascidos vivos, infertilidade, presença de alguma doença pré-existente e uso de tabaco, álcool e outras drogas

A análise foi realizada em três blocos: 1) bloco das características sóciodemográficas (idade, classificação econômica, escolaridade e trabalho remunerado); 2) bloco do perfil sexual e reprodutivo (idade na primeira relação sexual e número de filhos nascidos vivos); e 3) bloco das condições pré-existentes (doenças pré-existentes; uso de tabaco, álcool e outras drogas; e infertilidade). Em cada bloco, foi inicialmente realizada a análise univariada e, posteriormente, a análise múltipla - só foram consideradas na análise múltipla as variáveis que foram significativas na análise univariada. As variáveis que permaneceram estatisticamente significativas nas análises múltiplas de cada bloco foram analisadas conjuntamente no modelo múltiplo final.

Os modelos são apresentados levando-se em consideração os odds ratio (OR) e o intervalo de 95% de confiança (IC95%). Os aspectos que predispõem a maior chance de realizar o preparo pré-concepcional são aqueles com OR maiores que 1,0.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em observância às determinações da Resolução CNS 466/12, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, foi respeitada a confidencialidade e o sigilo sobre as informações obtidas nessa pesquisa, bem como a garantia da liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa. Foram obtidas autorizações das instituições do campo da pesquisa (Anexo 2) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e (Anexo 3).

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES

Foram entrevistadas 468 mulheres, das quais 264 (56,4%) foram classificadas com gravidez planejada, 153 (32,7%) com gravidez ambivalente e 51 (10,9%) com gravidez não planejada. Os resultados a seguir são restritos às mulheres com gravidez planejada, conforme os critérios de inclusão do estudo.

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas das mulheres com gravidez planejada. Elas tinham, em média, 32,1 anos de idade (dp=5,3) e seus parceiros, 35,7 anos (dp=6,8). A maior parte vivia com parceiro e trabalhava. Dentre as trabalhadoras, 81,6% tinham vínculo formal de trabalho. Um pouco mais da metade pertencia à classe A e B e tinha plano de saúde. As variáveis que foram estatisticamente significativas na realização do preparo pré-concepcional foram: idade (p<0,001), cor (p=0,002), religião (p=0,043), trabalho remunerado (p=0,034), classificação econômica (p<0,001), plano de saúde (p<0,001) e escolaridade (p<0,001).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres segundo a realização do preparo pré-concepcional. São Paulo, 2015.

Variável	Média	Desvio padrão	Mediana	Min	Max
Idade (anos)	32,1	5,3	32	20	43
Idade do parceiro (anos)	35,7	6,8	36	22	68
Idade do filho (meses)	12,0	12,5	6	0	56

	Realização do preparo pré-concepcional						
Variável	**Não**		**Sim**		**Total**		**p***
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Idade							
18 a 24 anos	19	19,0	7	4,3	26	9,8	<0,001
25 a 29 anos	33	33,0	24	14,6	57	21,6	
30 a 34 anos	26	26,0	60	36,6	86	32,6	
35 anos ou mais	22	22,0	73	44,5	95	36,0	
Cor**							
Branca	35	35,0	95	57,9	130	49,2	0,001
Negra	61	61,0	62	37,8	123	46,6	
Outras***	4	4,0	6	3,6	10	3,8	

	Realização do preparo pré-concepcional						
Variável	**Não**		**Sim**		**Total**		**p***
	N	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Religião							
Nenhuma	30	30,0	48	29,3	78	29,5	0,043
Católica	37	37,0	68	41,5	105	39,8	
Evangélica	28	28,0	27	16,5	55	20,8	
Outras****	5	5,0	21	12,8	26	9,9	
Trabalho							
Não	44	44,0	51	31,1	95	36,0	0,034
Sim	56	56,0	113	68,9	169	64,0	
Vive com parceiro							
Não	6	6,0	4	2,4	10	3,8	0,142
Sim	94	94,0	160	97,6	254	96,2	
Classificação econômica**							
A e B	49	49,0	132	80,5	181	68,6	<0,001
C e D	50	50,0	28	17,1	78	29,5	
Plano de saúde							
Não	69	69,0	62	37,8	131	49,6	<0,001
Sim	31	31,0	102	62,2	133	50,4	
Escolaridade							
Fundamental	19	19,0	10	6,1	29	11,0	<0,001
Médio	52	52,0	50	30,5	102	38,6	
Superior ou +	29	29,0	104	63,4	133	50,4	
Total	100	100	164	100	264	100	

*Teste Qui-quadrado. **Variáveis com missing e, por isto, não completaram 100% das respostas. *** Outras: amarela e indígena. **** Outras: espirita, judia e umbandista.

As mulheres tiveram a primeira relação sexual, em média, aos 18,0 anos de idade (dp=2,9) e a primeira gravidez aos 26,4 anos (dp=6,7). Dentre as características do perfil reprodutivo, apenas as variáveis idade na primeira relação sexual (p=0,016) e idade na primeira gravidez (p <0,001) foram estatisticamente significativas na realização do preparo pré-concepcional. Entre as participantes, 13,6% estavam grávidas e 86,4% eram mães de crianças menores de cinco anos de idade. O fato da gestação ser ou não atual não foi associado na realização do preparo pré-concepcional.

Tabela 2 - Perfil sexual e reprodutivo das mulheres segundo a realização do preparo pré-concepcional. São Paulo, 2015.

Variável	Média	Desvio padrão	Mediana	Min	Max
Idade na primeira menstruação (anos)	12,8	1,6	13	9	18
Idade na primeira relação sexual (anos)	18,0	2,9	18	11	30
Idade na primeira gravidez (anos)	26,4	6,7	26	14	42

	Realização do preparo pré-concepcional						
Variável	**Não**		**Sim**		**Total**		**p***
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Gestante							
Não	84	84,0	144	87,8	228	86,4	0,382
Sim	16	16,0	20	12,2	36	13,6	
Idade na 1ª relação sexual (anos)**							
11 a 19 anos	87	87,0	118	71,9	205	77,6	0,006
20 anos ou mais	13	13,0	45	27,4	58	22,0	
Idade na 1ª gravidez (anos)							
14 a 19 anos	30	30,0	19	11,6	49	18,6	<0,001
20 a 24 anos	25	25,0	31	18,9	56	21,2	
25 a 29 anos	29	29,0	33	20,1	62	23,5	
30 anos ou mais	16	16,0	81	49,4	97	36,7	
Número de gravidezes							
Uma	38	38,0	70	42,7	108	40,9	0,295
Duas	46	46,0	60	36,6	106	40,2	
Três ou mais	16	16,0	34	20,7	50	18,9	
Número de filhos**							
Nenhum	5	5,0	7	4,3	12	4,5	0,557
Um	45	45,0	89	54,3	134	50,7	
Dois	41	41,0	55	33,5	96	36,4	
Três ou mais	8	8,0	13	7,9	21	7,9	
Aborto anterior							
Não	83	83,0	126	76,8	209	79,2	0,231
Sim	17	17,0	28	23,2	55	20,8	
Total	100	100	164	100	264	100	

*Teste Qui-quadrado. **Variáveis com missing e, por isto, não completaram 100% das respostas.

No tocante ao estado de saúde das mulheres, 14,3% relataram infertilidade e quase metade (43,9%) estava fora do peso ideal, sendo a

obesidade e o sobrepeso mais relatados (38,6%) do que o baixo peso (5,3%). Além disso, parte das mulheres relatou usar tabaco (12,8%), álcool (32,2%) e outras drogas (1,5%). A análise bivariada mostrou diferença estatisticamente significativa na realização do preparo pré-concepcional em relação à infertilidade (p=0,028), doenças pré-existentes antes da gravidez (p=0,008) e uso de medicamentos e realização de tratamentos antes da gravidez (p=0,001).

Tabela 3 - Condições pré-existentes das mulheres segundo a realização do preparo pré-concepcional. São Paulo, 2015.

	Realização do preparo pré-concepcional						
Variável	**Não**		**Sim**		**Total**		**p***
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Infertilidade**							
Não	90	90,0	132	80,5	222	84,1	0,028
Sim	8	8,0	29	17,7	37	17,0	
Doença pré-existente antes da gravidez							
Não	84	84,0	114	69,5	198	75,0	0,008
Sim	16	16,0	50	30,5	66	25,0	
Uso de tabaco, álcool e outras drogas antes da gravidez							
Não	59	59,0	110	67,1	169	64,0	0,185
Sim	41	41,0	54	32,9	95	36,0	
Fora do peso ideal antes da gravidez**							
Não	56	56,0	90	54,9	146	55,3	0,409
Sim	42	42,0	74	45,1	116	43,9	
Histórico de doença genética							
Não	91	91,0	148	90,2	239	90,5	0,839
Sim	9	9,0	16	9,8	25	9,5	
Uso de medicamentos e realização de tratamentos antes da gravidez							
Não	91	91,0	121	73,8	212	80,3	0,001
Sim	9	9,0	43	26,2	52	19,7	
Consanguinidade entre os parceiros							
Não	97	97,0	160	97,6	257	97,3	0,783
Sim	3	3,0	4	2,4	7	2,7	
Total	100	100,0	164	100,0	264	100,0	

*Teste Qui-quadrado. **Variáveis com missing e, por isto, não completaram 100% das respostas.

6.2 REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

A maior parte das mulheres com gravidez planejada (62,1%) realizou alguma medida para preparar-se para engravidar. Em relação às medidas realizadas pelas mulheres, a procura por assistência médica e a suplementação de vitaminas e minerais foram as mais referidas, seguidas pela mudança na alimentação e a prática de exercício físico. É preciso atentar-se para o fato que, das mulheres que relataram a suplementação de vitaminas e minerais, 77,4% revelaram que o suplemento continha ácido fólico. Na Tabela 4 são apresentadas as proporções de realização do preparo pré-concepcional entre as mulheres com gravidez planejada e entre as mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional.

Embora não seja considerada uma medida de saúde, algumas mulheres relataram outras medidas para se preparar para a gravidez, como planejar-se financeiramente para a gravidez (12,1%) e buscar informações sobre o processo gravídico (2,6%). Além disso, algumas mulheres relataram preparo no âmbito da saúde mental (2,3%).

Tabela 4 - Preparo pré-concepcional realizado por mulheres que planejaram engravidar. São Paulo, 2015.

Variável	**Todas as mulheres com gravidez planejada (n=264)**		**Mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional (n=164)**	
	n	**%**	**n**	**%**
Procurou serviço de saúde	150	56,8	150	91,5
Tomou vitaminas ou minerais	128	48,5	128	78,0
Realizou exames	125	47,3	125	76,2
Mudou alimentação	39	14,8	39	23,8
Fez exercício físico	38	14,4	38	23,2
Perdeu peso	19	7,2	19	11,6
Tomou vacina	18	6,8	18	11,0
Realizou tratamentos e controles de doenças	10	3,8	10	6,1
Realizou tratamento de infertilidade	8	3,0	8	4,9
Parou ou substituiu medicamento	8	3,0	8	4,9
Parou ou diminuiu bebida alcoólica	4	1,5	4	2,4
Mudou ambiente de trabalho	4	1,5	4	2,4
Realizou aconselhamento genético	3	1,1	3	1,8
Ganhou peso	2	0,8	2	1,2

Variável	Todas as mulheres com gravidez planejada (n=264)		Mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional (n=164)	
	n	%	n	%
Parou ou diminuiu fumo	2	0,8	2	1,2
Parou ou diminuiu outras drogas	1	0,4	1	0,6

Os serviços de saúde mais procurados foram o consultório particular (72,8%), seguido por UBS (21,1%), ambulatórios públicos (5,4%) e assistência médica ambulatorial (AMA) (0,7%). As ações de atenção pré-concepcional oferecidas pelos serviços de saúde procurados pelas mulheres antes de engravidar estão descritas na Tabela 5. Observa-se que as ações mais realizadas pelos serviços de saúde foram a solicitação de exames, a prescrição de vitaminas e minerais, a anamnese e o exame físico.

Tabela 5 - Ações de atenção pré-concepcional realizadas pelos serviços de saúde procurados pelas mulheres antes de engravidar. São Paulo, 2015.

Variável	n	%
Solicitação de exames	127	84,7
Prescrição de vitaminas e minerais	122	81,3
Anamnese	109	72,7
Exame físico	108	72,0
Orientação sobre alimentação e nutrição	54	36,0
Verificação de vacina	43	28,7
Orientação sobre a prática de exercício físico	42	28,0
Orientação sobre uso de medicamentos	28	18,7
Orientação sobre o uso de álcool	27	18,0
Orientação sobre o uso de tabaco	27	18,0
Orientação sobre o uso de outras drogas	26	17,3
Prescrição de tratamento para infertilidade	11	7,3
Prescrição de tratamentos e controles de doenças	3	2,0
Aconselhamento genético	2	1,3

No que concerne aos parceiros, as mulheres revelaram que 63 (23,8%) realizaram preparo pré-concepcional, sendo o mais citado a realização de exames. Elas também relataram medidas realizadas pelos parceiros que não são relacionadas à saúde, como preparo financeiro (15,2%) e a busca de informações sobre o processo gravídico (1,8%). Na Tabela 6 são apresentadas as proporções de realização das medidas entre todos os parceiros de mulheres

com gravidez planejada e entre os parceiros de mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional.

Tabela 6 - Preparo pré-concepcional realizado pelos parceiros. São Paulo, 2015.

Preparo	**Parceiros de mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional (n=164)**		**Todos os parceiros de mulheres com gravidez planejada (n=254)**	
	n	**%**	**n**	**%**
Realizou exames	35	21,3	35	13,8
Tomou vitaminas e minerais	9	5,5	9	3,1
Realizou tratamento de infertilidade	4	2,4	4	1,2
Acompanhamento em consultas	2	1,2	2	0,8
Realizou tratamentos e controles de doenças	1	0,6	1	0,4
Perdeu peso	1	0,6	1	0,4

6.3 RAZÕES PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

Entre as mulheres com gravidez planejada, 37,9% (n=100) não realizaram nenhuma medida como preparo pré-concepcional. As razões referidas pelas mulheres para a não realização desse preparo estão descritas na Tabela 7. A maior parte delas, na verdade, nunca ouviu falar sobre esse preparo (64,0%) e 15,0% sequer conheciam algum serviço que oferecesse ações de atenção pré-concepcional.

Tabela 7 - Razões para não realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada. São Paulo, 2015.

Razões	**n**	**%**
Nunca ouviu falar sobre o preparo pré-concepcional	64	64,0
Não conhece nenhum serviço de saúde que ofereça o cuidado pré-concepcional	15	15,0
Não sabe, não pensou muito, deixou acontecer	6	6,0
Serviço de saúde não ofereceu o cuidado pré-concepcional	5	5,0
Falta de tempo	4	4,0
Engravidou muito rápido, não deu tempo de realizar o preparo pré-concepcional	4	4,0
Achava que já tinha boa saúde ou não era o publico alvo do cuidado pré-concepcional	4	4,0
Não acha importante o preparo pré-concepcional	3	3,0
Achava de que a gravidez é natural e não deve ter intervenções	3	3,0
Experiência reprodutiva prévia	2	2,0
Achava que o atendimento na UBS é muito demorado	2	2,0

Razões	n	%
Demorou para engravidar e, por isto, desistiu de realizar o preparo pré-concepcional	2	2,0

6.4 DETERMINANTES DA REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

A análise dos determinantes da realização do preparo pré-concepcional foi realizada por blocos. No que se refere ao bloco das características sociodemográficas, a análise de regressão logística múltipla mostrou que mulheres com idade mais avançada, com maior escolaridade e com maior renda apresentam mais chance de realizar o preparo pré-concepcional (Tabela 8). Mulheres com 35 anos ou mais tiveram 5,4 vezes a chance de realizar o preparo pré-concepcional comparadas às mulheres de 14 a 24 anos [$IC_{95\%}$: 1,78 -16,57]; mulheres com classificação econômica C e D tiveram menos chance de realizar esse preparo, quando comparadas às mulheres das classes A e B [OR= 0,5; $IC_{95\%}$=0,22 - 0,94] e mulheres que cursam ou já cursaram o ensino superior tiveram 3,1 vezes a chance de realizar o preparo pré-concepcional comparadas às mulheres com ensino fundamental [$IC_{95\%}$= 1,04 - 8,96]. No entanto, apesar de ter sido significativo na análise univariada, o trabalho remunerado não foi associado com a realização do preparo pré-concepcional na análise múltipla.

Tabela 8 - Análise de regressão logística univariada e múltipla da realização do preparo pré-concepcional segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2015.

Variável	Categoria	Univariada		Múltipla	
		OR bruta	IC 95%	OR ajust	IC 95%
Idade	18 a 24 anos	1,0	-	1,0	-
	25 a 29 anos	2,0	0,71 - 5,43	2,1	0,68 - 6,35
	30 a 34 anos	6,3	2,34 - 16,70	4,5	1,50 - 13,45
	35 anos ou mais	9,0	3,34 - 24,21	5,4	1,78 - 16,57
Trabalho remunerado	Não	1,0	-	1,0	-
	Sim	1,7	1,04 - 2,91	1,3	0,71 - 2,34
Classificação econômica	A e B	1,0	-	1,0	-
	C e D	0,2	0,11 - 0,36	0,5	0,22 - 0,94

Variável	Categoria	Univariada		Múltipla	
		OR bruta	IC 95%	OR ajust	IC 95%
Escolaridade	Fundamental	1,0	-	1,0	-
	Médio	1,8	0,77 - 4,31	1,7	0,64 - 4,49
	Superior	6,8	2,85 - 16,25	3,1	1,04 - 8,96

Em relação ao perfil sexual e reprodutivo, as mulheres que tiveram a primeira relação sexual com 20 ou mais anos de idade apresentaram 2,5 vezes a chance de realizar o preparo pré-concepcional quando comparadas com as mulheres que tiveram a primeira relação com menos de 20 anos de idade [$IC_{95\%}$=1,29 - 5,01]. Diferentemente do que foi considerado na hipótese, o número de filhos não mostrou qualquer efeito significativo na realização do preparo pré-concepcional (Tabela 9). Dessa forma, a variável número de filhos não foi analisada conjuntamente com a variável idade na primeira relação sexual.

Tabela 9 - Análise de regressão logística univariada da realização do preparo pré-concepcional segundo perfil sexual e reprodutivo. São Paulo, 2015.

Variável	Categoria	Univariada	
		OR	IC 95%
Idade na primeira relação sexual	11 a 19 anos	1,0	-
	20 anos ou mais	2,5	1,29 - 5,01
Número de filhos	Nenhum	1,0	-
	Um	1,4	0,42 - 4,70
	Dois	1,0	0,28 - 3,23
	Três ou mais	1,2	0,27 - 4,93

No tocante ao efeito das condições pré-existentes na realização do preparo pré-concepcional, observa-se que as mulheres com doenças pré-existentes possuíam 2,4 vezes a chance de realizar o preparo pré-concepcional comparadas às mulheres sem qualquer doença pré-existente [IC95%= 1,17 - 4,34]. As mulheres com infertilidade tiveram 2,4 vezes a chance de realizar o preparo pré-concepcional quando comparada com as mulheres que não tinham problemas com a fertilidade [$IC_{95\%}$=1,02 - 5,51]. A variável uso de tabaco, álcool e outras drogas não mostrou qualquer efeito

significativo sobre o preparo pré-concepcional e, por isto, não foi analisada conjuntamente com as outras variáveis (Tabela 10).

Tabela 10 - Análise de regressão logística univariada e múltipla da realização do preparo pré-concepcional segundo condições pré-existentes. São Paulo, 2015.

Variável	Categoria	Univariada		Múltipla	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%
Doenças pré-existentes	Não	1,0	-	1,0	-
	Sim	2,3	1,22 - 4,32	2,4	1,17 - 4,34
Uso de tabaco, álcool e outras drogas	Não	1,0	-	-	-
	Sim	0,7	0,42 - 1,18	-	-
Infertilidade	Não	1,0	-	1,0	-
	Sim	2,5	1,08 - 5,65	2,4	1,02 - 5,51

Por fim, a etapa final consistiu da análise conjunta das variáveis que foram estatisticamente significativas nos três blocos. A análise múltipla mostrou efeito significativo da idade [OR= 5,7; $IC_{95\%}$=1,71 - 18,69], da classificação econômica [OR=0,4; $IC_{95\%}$=0,20 - 0,94], da escolaridade [OR=4,4; $IC_{95\%}$=1,35 - 14,29] e da infertilidade [OR=2,8; $IC_{95\%}$=1,04 - 7,72] na realização do preparo pré-concepcional. A presença de condição pré-existente e a idade na primeira relação sexual perderam significância na análise múltipla final (Tabela 7).

Tabela 11 - Análise de regressão logística múltipla da realização do preparo pré-concepcional segundo condições sociodemográficas, sexuais e reprodutivas e de condições pré-existentes. São Paulo, 2015.

Variável	Categoria	Múltipla	
		OR	IC 95%
Idade	18 a 24 anos	1,0	-
	25 a 29 anos	2,4	0,73 - 8,19
	30 a 34 anos	5,5	1,68 - 17,87
	35 anos ou mais	5,7	1,71 - 18,69
Classificação econômica	A e B	1,0	-
	C e D	0,4	0,20 - 0,94
Escolaridade	Fundamental	1,0	-
	Médio	2,4	0,83 - 7,08
	Superior	4,4	1,35 - 14,29

Doenças pré-existentes	Não	1,0	-
	Sim	2,0	0,93 - 4,29
Infertilidade	Não	1,0	-
	Sim	2,8	1,04 - 7,72
Idade na primeira relação sexual	11 a 19 anos	1,0	-
	20 anos ou mais	1,5	0,71 - 3,33

*Teste Hosmer-Lemeshow: p= 0.6479

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que, dentre as mulheres com gravidez planejada, mais da metade realizou o preparo pré-concepcional. As medidas mais realizadas como preparo pré-concepcional foram a procura por serviço de saúde, o uso de vitaminas e minerais e a realização de exames. No entanto, aproximadamente um terço das mulheres não realizou nenhuma medida de saúde para preparar-se para engravidar. As razões mais citadas para a não realização do preparo pré-concepcional foram desconhecer a existência desse preparo e não conhecer nenhum serviço que oferecesse ações de preparo pré-concepcional. Além disso, mulheres de mais alta escolaridade, pertencentes aos grupos econômicos A e B, mais velhas e as com infertilidade foram as que tiveram mais chances de realizar o preparo pré-concepcional.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES

As mulheres entrevistadas caracterizaram-se por serem mais escolarizadas, pertencentes aos grupos econômicos A e B e, majoritariamente, vivendo em união estável quando comparadas às mulheres brasileiras. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que quase metade das mulheres brasileiras com mais de 25 anos de idade não tinham frequentado escolas ou frequentaram apenas até o nível fundamental incompleto (47,8%); um pouco mais da metade da população era casada ou estava em união consensual (50,1%); e apenas 4,7% da população foi classificada nas classes A e B (IBGE, 2010a, IBGE, 2010b; IBGE, 2012; ABEP, 2014). A diferença entre as mulheres deste estudo e as mulheres brasileiras em geral pode ser explicada pela escolha do local de pesquisa, que foi conduzida em regiões da cidade de São Paulo caracterizadas por terem alto IDH. Isso significa que os achados deste estudo não podem ser generalizados para a população brasileira, e nem para as usuárias do SUS, na medida em que há uma grande desigualdade social no país. Além disso, na época da coleta de dados, houve a campanha de vacina contra a gripe, favorecendo entrevistas com mulheres que frequentam a UBS ocasionalmente. Tudo isso pode justificar que mais da metade das mulheres desse estudo tinham plano

de saúde, contrastando com 72,8% da população feminina brasileira em idade fértil que não possuem plano de saúde (IBGE, 2010a, IBGE, 2010b; IBGE, 2012).

Esse perfil de alta escolaridade, idade mais avançada e união estável é também associado ao planejamento de uma gravidez (Schünmann, Glasier, 2006; Borges et al., 2011; Santos, Santa Rosa, Borges, 2015). Consequentemente era de se esperar que, neste estudo, mais da metade das mulheres convidadas a participar teria planejado a gravidez. Esse percentual é maior se comparado com outros estudos brasileiros que também utilizaram o LMUP (Borges et al., 2011; Santos, Santa Rosa, Borges, 2015). Provavelmente, a comparação das caraterísticas sociodemográficas dessas mulheres com as que tiveram a gravidez classificada como ambivalente ou não planejada revelaria características sociais e demográficas diversas.

Da mesma forma, o perfil sexual e reprodutivo ratifica que a amostra contempla mulheres com perfil diferente da média da população brasileira. Por exemplo, as mulheres deste estudo tiveram um início da vida sexual e reprodutiva mais tardio. A idade média da primeira gravidez observada neste estudo foi maior quando comparada com a idade média da primeira gravidez entre a população brasileira feminina em idade fértil, que foi de 21 anos (Brasil, 2008; IBGE, 2013). E, também, a média de idade na primeira relação sexual é maior neste estudo se comparado com outros estudos, em que a média da primeira relação sexual variou de 15,4 a 15,7 anos (Borges, 2005; Hugo et al., 2011).

No tocante às condições pré-existentes, observou-se que o percentual de mulheres que relatou doenças pré-existentes e o percentual de mulheres que relatou tomar algum medicamento antes de engravidar é semelhante aos resultados apresentados por um estudo inglês, em que 26,0% tomaram algum medicamento antes de engravidar e 25% tinham alguma doença pré-existente (Stephenson et al., 2014). Torna-se difícil comparar esse dado com estudos nacionais, pois a lista de doenças consideradas neste estudo é especifica ao que é preconizado pela OMS e pelo MS e não há, ainda, estudo brasileiro que considere tais doenças de forma conjunta. O percentual de mulheres fora do peso considerado adequado é semelhante aquele constatado por um estudo realizado em São Paulo, em que 43,4% das gestantes estavam com excesso

de peso ou com baixo peso (Sato, Fujimori, 2012). Além disso, comportamentos considerados maléficos para a gravidez, como o uso de tabaco, álcool e outras drogas foram semelhantes ao da população geral, em que 12,8% das mulheres fumavam; 38,0% das mulheres bebiam bebidas alcóolicas e 5,8% da população usam alguma droga ilícita (INPAD, 2014).

Diante desse quadro, considera-se que a principal limitação deste estudo diz respeito ao fato que as mulheres entrevistadas possuem perfil socioeconômico, sexual e reprodutivo diferenciado ao da população em geral, o que impede a generalização dos resultados. No entanto, tendo em vista que as características que as diferenciam são associadas com a realização do preparo pré-concepcional, parece que a vantagem desta pesquisa foi a de investigar as práticas do preparo pré-concepcional entre mulheres com maior possibilidade de realização desse cuidado.

7.2 REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

É importante observar que mais da metade das mulheres entrevistadas referiu ter realizado ao menos uma medida de preparo pré-concepcional. Trata-se de um achado de difícil comparação, pois a maior parte dos estudos internacionais avalia o preparo pré-concepcional por meio de uma ou duas medidas específicas, como a suplementação de minerais e vitaminas e a diminuição ou interrupção do uso de tabaco, álcool e outras drogas. Neste estudo, foi avaliada a realização do preparo pré-concepcional de forma ampla - considerando que o quadro de medidas para melhorar a saúde no período pré-concepcional é composto por inúmeras ações. No que diz respeito à comparação entre os resultados obtidos neste estudo e aqueles apresentados na literatura internacional, há limites bem estabelecidos, já que só é possível comparar medidas quando são tomadas isoladamente. Mesmo assim, o percentual de realização do preparo pré-concepcional é maior do que o apresentado por estudo desenvolvido na França, em que metade das mulheres considerou ter realizado medidas de preparo pré-concepcional antes de engravidar (50,8%) (Luton et al., 2014).

Em relação às medidas realizadas como preparo pré-concepcional, chama atenção que a procura por assistência médica foi a mais citada. Este

resultado é importante, pois a literatura mostra que mulheres que passam por aconselhamento junto a profissionais de saúde no período pré-concepcional são mais propensas a adotar medidas de preparo pré-concepcional (Stephenson et al., 2014). De fato, é de se esperar que os profissionais de saúde sejam os responsáveis por investigar as condições de saúde do casal e/ou das mulheres e orientar cuidados gerais e específicos para cada caso. Além das mulheres que procuram os serviços de saúde especificamente para a realização do preparo pré-concepcional, é necessário também que os profissionais aproveitem as oportunidades de contato com todas as mulheres em idade reprodutiva para aconselhamento sobre os cuidados pré-concepcionais (CDC, 2006; Posner et al., 2006). No entanto, o simples fato de passar por consulta médica antes da concepção não significa, necessariamente, que a mulher recebeu aconselhamento para se preparar para uma gravidez. No estudo de Luton et al. (2014), a maioria das mulheres que passou por consulta médica antes da concepção não recebeu prescrição para suplementação de ácido fólico, o que aponta para a necessidade de maior engajamento e capacitação dos profissionais de saúde para promover o preparo pré-concepcional (Kitamura, Fetters, Ban, 2005; Abu-Hammad et al., 2008) e também para a ampliação da participação de outros profissionais como enfermeiros e obstetrizes na prestação desse cuidado (Heyes, Long, Mathers, 2004; Van Heesch et al., 2006).

O uso de vitaminas e minerais foi a segunda medida mais citada de preparo pré-concepcional, tendo sido realizado por menos da metade das mulheres que planejaram engravidar. A vitamina mais citada foi o ácido fólico, pois está incluída nos manuais e protocolos de pré-natal comumente adotados na atenção básica (Brasil, 2012a). Este estudo mostra uma proporção bem maior de uso do ácido fólico do que observado no sudeste do país entre as mulheres que planejaram a gravidez, que foi de 38,8% (Borges et al., 2016). No entanto, essa ainda é uma proporção que pode ser considerada baixa, na medida em que todas as mulheres deste estudo haviam planejado a gravidez. Pode ser que essa proporção fosse menor se consideradas todas as mulheres, independente do tipo de planejamento da gravidez, como mostra estudo realizado no sul do país, em que apenas 4,3% das mulheres usaram ácido fólico antes da concepção (Mezzomo et al., 2007). Estudos internacionais

recentes, como os realizados na Dinamarca e na Inglaterra, também com mulheres com gravidez planejada, verificaram uma proporção ainda maior, na ordem de 57,0% a 63,0% (Backhausen et al., 2014; Stephenson et al., 2014).

A realização de exames de rotina foi a terceira medida mais relatada pelas mulheres como preparo pré-concepcional. Parece que a preocupação com a própria saúde, por meio da ida ao serviço de saúde e da realização de exames antes de engravidar, é comum entre essas mulheres. De fato, após o diagnóstico de uma doença que possa interferir nos resultados maternos e fetais, as mulheres que planejam engravidar e que possuem doença pré-existente são mais propensas a realizar o preparo pré-concepcional (Tort et al., 2013) de forma geral e, também, realizar preparos específicos como tratamento e controle de doenças. Neste estudo, mais da metade das mulheres com doenças pré-existentes realizou alguma medida de preparo pré-concepcional, mas essas mulheres já realizavam o controle e tratamentos das doenças pré-existentes, ou seja, não foi uma prática unicamente para engravidar, mas sim uma prática de saúde realizada pelas mulheres antes de planejarem a gravidez.

Outras medidas no âmbito da alimentação e nutrição foram relatadas pelas mulheres, além da suplementação de vitaminas e minerais, como a mudança para uma alimentação mais saudável e a perda e o ganho de peso no período pré-concepcional. Essas medidas foram pouco realizadas, apesar de que quase metade das mulheres deste estudo estava fora do peso considerado adequado antes de engravidar. Isto pode ser explicado pelo fato de que a orientação sobre alimentação e nutrição foi pouco realizada pelos serviços de saúde, contrastando com estudo realizado em Portugal em que mais da metade dos profissionais de saúde orientaram sobre essa questão (68,3%). A literatura mostra que há associação entre orientação por profissionais de saúde e mudança para hábitos de vida mais adequados, como alimentação saudável e a prática de exercícios físicos (Stephenson et al., 2014). Já se sabe que mulheres obesas geralmente não percebem o risco do seu estado ponderal sobre uma futura gravidez, o que torna imprescindível o aconselhamento alimentar no período pré-concepcional (Chuang, Velott, Weisman, 2010).

A diminuição ou interrupção do uso de substâncias que afetam os resultados gestacionais como tabaco, álcool, drogas ilícitas e alguns medicamentos foi citada apenas por uma pequena fração das mulheres que relataram utilizar algumas dessas substâncias. É importante observar que estudos realizados na França e na Inglaterra indicam que a proporção de mulheres que param ou interrompem o uso dessas substâncias é bem maior do que a apresentada neste estudo. Por exemplo, das mulheres que relataram consumir bebidas alcoólicas antes de engravidar, 41,0% das mulheres francesas e 91,3% das mulheres inglesas, relataram redução ou interrupção no consumo de tal substância como parte do preparo pré-concepcional (Luton et al., 2014; Stephenson et al., 2014). Diferentemente do que apontam pesquisas realizadas no Canadá e nos Estados Unidos, onde a maioria das mulheres declara ter consciência dos prejuízos do uso dessas substâncias nos resultados maternos e infantis (Delgado, 2008; Vause et al., 2009), no Brasil, isso parece ser pouco difundido, como mostra estudo brasileiro desenvolvido com adolescentes brasileiras, que mostrou baixo conhecimento e prática dessa medida - apenas 7,9% pararam ou diminuíram bebida alcoólica e 3,1% pararam ou diminuíram o fumo (Nascimento et al., 2015).

Outra medida pouco relatada pelas mulheres foi o tratamento de infertilidade. Neste estudo, quase 20,0% das mulheres relataram que demoraram mais de dois anos para engravidar. No entanto, apenas uma pequena fração dessas mulheres relatou realizar especificamente o tratamento para infertilidade como, por exemplo, tratamentos cirúrgicos, medicamentosos ou de fertilização assistida (Febrasgo, 1997). Verificou-se também que mais da metade das mulheres em questão realizaram outras medidas do preparo pré-concepcional além do tratamento para infertilidade, provavelmente porque fatores como obesidade; consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas e alguns medicamentos também interferem na fertilidade da mulher (Febrasgo, 1997). E, por esta razão, outras medidas gerais foram realizadas pelas mulheres no que tange a melhorar a capacidade de fertilidade.

Em relação à realização de aconselhamento genético, apesar da maioria da população brasileira acometida por doenças genéticas desconhecer a condição médica que possui (Brunoni, 2002), um quarto das mulheres deste estudo relatou possuir e/ou ter parentes portadores de alguma condição

genética, incluindo o parceiro e/ou a família do parceiro. Mesmo assim o aconselhamento genético foi raramente referido entre essas mulheres. Apesar da assistência genética ter sido introduzida no SUS (Brasil, 2009a; Novoa, Burnham, 2011) há lacunas nessa área como, por exemplo, a falta de profissionais capacitados para a realização do aconselhamento genético; déficit de consultas, em especial nas regiões Norte e Nordeste e dificuldades de acesso aos serviços de aconselhamento genético (Horovitz et al., 2006; Novoa, Burnham, 2011).

Além disso, medidas no âmbito social e mental também foram citadas - assim como o preconizado pela OMS e pelo CDC. Outro estudo brasileiro realizado com adolescentes também mostrou a importância de inserir nos programas destinados aos cuidados pré-concepcionais ações de saúde mental e considerar as questões sociais (Nascimento et al., 2015).

As ações mais orientadas pelos serviços de saúde coincidem com as ações mais realizadas pelas mulheres como exames e a prescrição de vitaminas e minerais. Além disso, o acesso à atenção pré-concepcional parece ser mais facilitado na rede privada de saúde, haja vista que mais da metade das mulheres buscaram o cuidado pré-concepcional em consultórios particulares, situação similar à encontrada entre as mulheres portuguesas (Bacelo, Lopes, 2009).

As ações de atenção pré-concepcional oferecidas pelos serviços de saúde foram ações do cotidiano da prática assistencial, como exame físico, anamnese e solicitação de exames, exatamente da mesma forma que o observado em Portugal (Bacelo, Lopes, 2009). A prescrição de vitaminas e minerais também foi frequente, o que condiz com o manual de pré-natal do MS (Brasil, 2012a). As demais ações, como aconselhamento alimentar e nutricional, foram pouco referidas, o que justifica a necessidade de estabelecer concretamente a atenção pré-concepcional nos serviços de saúde, em especial nos serviços de atenção básica.

Apesar da literatura mostrar que há necessidade de alguns homens realizarem medidas do preparo pré-concepcional (Casey et al., 2016), de acordo com os relatos, poucos homens recorreram a tais medidas. Além do provável baixo conhecimento sobre a importância do preparo pré-concepcional entre os homens para bons resultados maternos e fetais, o envolvimento dos

mesmos em iniciativas de promoção da saúde sexual e reprodutiva ainda é um desafio, tanto no país quanto internacionalmente (Sternberg, Hubley, 2004; Figueiredo; 2005).

7.3 RAZÕES PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

No que tange às mulheres com gravidez planejada que não realizaram o preparo pré-concepcional, as razões para tal estão no âmbito do desconhecimento sobre o preparo pré-concepcional, no âmbito de questões pessoais e no âmbito da organização dos serviços de saúde, ratificando o que foi apresentado anteriormente na revisão de literatura.

No que se refere ao âmbito do desconhecimento sobre o preparo pré-concepcional, a principal razão citada pela maioria das mulheres para não realização do preparo pré-concepcional foi que nunca ouviram falar sobre esse preparo. A literatura revela que, de fato, esse cuidado não é conhecido por parte das mulheres (Baykan et al., 2011). Infelizmente, algumas mulheres nunca tinham ouvido falar sobre o cuidado pré-concepcional impedindo que pudessem se preparar de maneira mais adequada para uma gravidez. Trata-se de um desafio fazer com que todos os casais e/ou mulheres saibam da existência e importância do cuidado pré-concepcional. No entanto, superado esse passo, há a necessidade de ampliar o conhecimento sobre no que consistem as ações, uma vez que a literatura mostra que algumas mulheres já ouviram falar sobre o cuidado pré-concepcional, mas não sabem no que ele consiste exatamente (French, Barr, Levy-Milne, 2003; Jaber et al., 2004; Unusan, 2004; Hilton, 2007; Baykan et al., 2011; Fehr KR, Fehr KD, Protudjer 2011; Moura, Evangelista, Damasceno, 2012; Paudel, Wing, Silpakar, 2012; Nascimento et al., 2015). É preciso reconhecer também que existem inúmeros tabus sobre essa prática. Por exemplo, é forte a concepção de que o preparo pré-concepcional é destinado a mulheres com problemas de saúde ou de infertilidade (Canady, Tiedje, Lauber, 2008; Van der Zee et al., 2013). Observou-se neste estudo que algumas mulheres não realizaram o preparo pré-concepcional porque acreditavam ter boa saúde e, sendo assim, não se consideravam público alvo desse cuidado (Van der Zee et al., 2013). A

concepção de que o processo gravídico é natural e romântico e não deve ter intervenções também se constituiu em uma razão para a não realização do preparo pré-concepcional (Canady, Tiedje, Laubber, 2008; Mazza, Chapman, 2010). Somado a isso, outras mulheres relataram não achar importante esse preparo, tal e qual observado por Bacelo e Lopes (2009).

Uma característica importante dos estudos relatados é que se concentraram essencialmente no uso do ácido fólico como medida de preparo pré-concepcional. Mesmo acerca dessa medida específica, o conhecimento sobre seus benefícios é consideravelmente baixo entre as mulheres (French, Barr, Levy-Milne, 2003; Jaber et al., 2004; Unusan, 2004; Bener et al., 2006; Hilton, 2007; Baykan et al., 2011; Fehr KR, Fehr KD, Protudjer, 2011; Paudel, Wing, Silpakar, 2012). No Brasil, dois estudos objetivaram avaliar o conhecimento das mulheres sobre o preparo pré-concepcional: um com mulheres portadoras de diabetes e outro com adolescentes. Entre adolescentes, esse conhecimento não foi alto (Nascimento et al., 2015). Entre as mulheres portadoras de diabetes, observou-se uma predominância de mulheres com nível de conhecimento moderado (41,5%), seguido por mulheres com nenhum conhecimento (25,5%) (Moura, Evangelista, Damasceno, 2012).

Entre mulheres com escolaridade e renda relativamente mais baixas que o perfil de mulheres deste estudo, o conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional pode ser ainda mais restrito, pois é reconhecida a associação entre o conhecimento sobre as indicações do ácido fólico e uma alta escolaridade e renda (Sayers et al.,1997; Unusan, 2004; Jaber et al., 2004; Bener et al., 2006; Al-Hossani et al., 2010; Baykan et al., 2011; Fehr KR, Fehr KD, Protudjer 2011; Paudel, Wing, Silpakar, 2012; Nasr Hage et al., 2012).

Outras razões para a não realização do preparo pré-concepcional estão no âmbito pessoal. Uma dessas razões diz respeito à falta de tempo no dia a dia para a realização do preparo pré-concepcional. É notório que o cotidiano das moradoras da cidade de São Paulo é sobrecarregado, sobretudo entre as que trabalham longe de casa devido às dificuldades de deslocamento - não só pela extensão territorial, número de habitantes, mas pela desigualdade social da cidade de São Paulo - importante lembrar que mais da metade das mulheres trabalhavam (64%). Além disso, os serviços de atenção básica possuem horário de funcionamento restrito, pode ser esta explicação para o

fato de que entre as mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional a maioria procurou serviços privados de saúde.

No que diz respeito ao tempo para engravidar, as mulheres relataram ter engravidado muito rápido e, por isso, não houve tempo para a realização do preparo pré-concepcional. No entanto, a procura pelo cuidado pré-concepcional deve ser anterior à interrupção do uso do método contraceptivo. Esse impasse pode ser explicado pela concepção equivocada de que o uso prolongado de métodos contraceptivos acarreta um tempo maior para conseguir engravidar. Por sua vez, a demora em engravidar desestimula as mulheres a realizarem o preparo pré-concepcional, já que não sabem por quanto tempo irão realizar a medida, além da incerteza sobre a possibilidade de engravidar. Essas questões precisam ser trabalhadas nos serviços de saúde.

A presença de experiências reprodutivas prévias também foi uma razão para a não realização do preparo pré-concepcional, talvez porque os bons resultados de uma gravidez anterior indicassem para as mulheres que não havia a necessidade de recurso a essas medidas preventivas. Deixar acontecer e não pensar sobre o preparo pré-concepcional foram razões citadas por algumas mulheres que não realizaram esse tipo de preparo.

Outra razão para a não realização do preparo pré-concepcional está relacionada aos próprios serviços de saúde. Nesse sentido, a principal razão para a não realização desse tipo de cuidado foi porque as mulheres não conheciam nenhum serviço que o oferecesse. Isso pode ter ocorrido porque o preparo pré-concepcional é mal divulgado para a população ou porque, de fato, os serviços de saúde não o oferecem. De fato, estudos têm apontado que os serviços de atenção básica pouco têm investido em ações de promoção de uma gravidez saudável (Coelho, Lucena, Silva, 2000; Moura, Silva, Galvão, 2007; Bonan et al., 2010). Ressalta-se que há oportunidades na atenção básica para promover o cuidado pré-concepcional, por exemplo, durante os grupos de planejamento familiar ou nas visitas domiciliares.

Outro aspecto preocupante que pode explicar a fragilidade das ações de pré-concepção nas UBS é que não há politica pública de saúde com foco no cuidado pré-concepcional, bem como não há protocolos nem sistematização da assistência em torno desse tópico. Em contextos de escassa atenção ao

período pré-concepcional, como é o caso do Brasil, parece que a oferta do mesmo limita-se à atuação isolada do profissional de saúde, ou seja, independe da estrutura oferecida pelo serviço ou pelas redes de atenção. No entanto, pesquisas mostram que há baixo nível de conhecimento sobre os cuidados pré-concepcionais e sobre a suplementação de ácido fólico entre os próprios profissionais de saúde (Conway, Mason, Hu, 1994; Koren, 1997; Miranda, Dávila Torres, Gorrín Peralta, 2003; Abu-Hammad et al., 2008;). Estudos mostram também a falta de formação profissional sobre o cuidado pré-concepcional (Kitamura, Fetters, Ban, 2005; Abu-Hammad et al., 2008). Diante disso, além da necessidade de se estabelecer uma política pública que contemple a sistematização da assistência acerca do preparo pré-concepcional, há também a necessidade de esforços educacionais como, por exemplo, inserir esse tema na grade curricular visando à formação de profissionais de saúde para o adequado manejo de mulheres em idade fértil (Conway, Mason, Hu, 1994; Kitamura, Fetters, Ban, 2005). Nos EUA, a inserção de temas relacionados ao cuidado pré-concepcional em alguns programas educacionais voltados para a formação de profissionais de saúde trouxe resultados bastante positivos (Hauser, Lilly, Frías 2004). Além disso, há uma concentração de estudos sobre a realização desse cuidado pelo profissional médico em detrimento das obstetrizes e enfermeiras, que também têm enormes potenciais para oferecer o cuidado pré-concepcional (Heyes, Long, Mathers, 2004; Van Heesch et al., 2006).

7.4 DETERMINANTES DA REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIOPNAL

No tocante aos determinantes da realização do preparo pré-concepcional, os resultados deste estudo mostraram que sua realização está associada, sobretudo com o contexto social das mulheres, pois as mulheres que têm mais chance de realizar o preparo pré-concepcional são as mais velhas, as com maior classificação econômica e as de mais alta escolaridade. Contrariando a hipótese deste estudo o perfil sexual e reprodutivo e as condições pré-existentes não mostraram associação com a realização do preparo pré-concepcional. Por outro lado, a existência do quadro de

infertilidade teve efeito significativo com sua realização, como era de se esperar.

A associação entre uma idade mais avançada e a realização do preparo pré-concepcional, deve-se, em muitos casos, a uma maior autonomia da mulher. Isto ocorre nos casos em que a mulher adia a gravidez em virtude do estudo e do trabalho. Contudo, há situações em que a concepção em idade mais avançada está relacionada a quadros de infertilidade.

No tocante à mulher que, por conta das perspectivas educacionais e profissionais, optou por engravidar mais tardiamente, a literatura reforça que tanto a maior escolaridade como uma maior renda (De Santis et al., 2013; Tort et al., 2013; Lawal, Adeleye, 2014; Stephenson et al., 2014) estão associadas com a realização do preparo pré-concepcional. Diferentemente dos resultados alcançados por estudo realizado na Inglaterra, em que há uma clara associação entre o trabalho e a realização do preparo pré-concepcional (Stepheson et al., 2014), neste estudo, a inserção da mulher no mundo do trabalho não está diretamente associada a esse tipo de ação preventiva, situação semelhante à verificada na Nigéria (Lawal, Adeleye, 2014). Parece que, no Brasil, o trabalho por si só não é significativo para a realização do preparo pré-concepcional, talvez porque em nosso contexto socioeconômico, as condições gerais de trabalho e renda são mais desfavoráveis. De qualquer forma, a classe econômica e a educação desempenharam papel importante na realização do preparo pré-concepcional, fatores também fortemente ligados ao planejamento da gravidez (Santos, Santa Rosa, Borges, 2015) e, consequentemente, ao preparo pré-concepcional (Borges et al., 2016).

Em relação às mulheres mais velhas que conceberam com uma maior idade por conta da demora que tiveram para conseguir engravidar em virtude da infertilidade, a literatura também ratifica os achados deste estudo, pois mulheres que realizaram tratamentos para infertilidade tiveram mais chances de realizar o preparo pré-concepcional (Tort et al., 2013), haja vista que o tempo prolongado para a confirmação de uma gravidez pode causar preocupação entre as mulheres sobre a impossibilidade de engravidar e, consequentemente, levá-las à busca por cuidados específicos. No entanto, como discutido anteriormente, a demora em engravidar também foi uma razão para a não realização do preparo pré-concepcional. Refiro-me aqui a casos em

que um intervalo excessivo entre o desejo e a confirmação de uma gravidez acaba desestimulando o recurso a esse tipo de preparo. De qualquer forma, na maioria dos casos verificados, a demora para engravidar desempenhou papel importante na realização do preparo pré-concepcional.

Esperava-se encontrar entre as mulheres mais velhas, por causa de sua idade, da maior frequência de doenças crônicas e maior probabilidade de ter bebês com anomalias cromossômicas (Capitán Jurado, Cabrera Vélez, 2001; Cardoso, 2014) uma maior procura pelas ações de preparo pré- concepcional. De fato, a literatura mostra que mulheres com doenças pré-existentes têm mais chances de realizar o preparo pré-concepcional (Stephenson et al., 2014; Tort et al., 2013). Este estudo, na análise univariada, também verificou tal associação, no entanto, essa variável perdeu sua significância na presença de outras condições de âmbito social como, por exemplo, escolaridade e classificação econômica. Conclui-se, portanto, que as condições sócioeconômicas prevalecem sobre situações particulares da vida e saúde das mulheres, como a existência de doenças pré-existentes.

Na mesma direção, em relação às condições pré-existentes, - além da infertilidade e da presença de doenças pré-existentes, - o uso de substâncias como tabaco, álcool e outras drogas também fez parte da hipótese deste trabalho. Apesar da literatura mostrar malefícios do uso dessas substâncias nos resultados maternos e fetais, neste estudo não foi observada qualquer associação entre o uso dessas substancias e a realização do preparo pré-concepcional, diferente do que mostra a literatura (Tort et al., 2013).

Da mesma forma, contrariando a hipótese deste estudo, na análise múltipla, não houve associação entre a realização do preparo pré-concepcional com a história sexual e reprodutiva das mulheres como, por exemplo, o número de filhos anteriores. Alguns estudos mostram que, quanto menor o número de filhos, maior a chance de realização do preparo pré-concepcional (Tort et al.; 2013; Lawal, Adeleye, 2014). Por outro lado, outros estudos mostram que quanto maior o número de filhos, maior a chance de realizar o preparo pré-concepcional (Stepheson et al., 2014) e de ter a intenção de realizar o mesmo (Temel et al., 2013). Não há consenso na literatura sobre esse tópico. De novo, é a condição social que propicia subsídios às mulheres para que busquem ações pré-concepcionais. Portanto, como foi verificado neste estudo, o fato de

ter tido alguma experiência reprodutiva prévia parece ser uma razão entre as mulheres para a não realização do preparo pré-concepcional, como discutido anteriormente.

O fato de não ter sido observada associação entre a existência de doenças pré-existentes e experiências reprodutivas prévias com a realização do preparo pré-concepcional pode indicar que a utilização de serviços de saúde para tratamento dos agravos ou acompanhamento do pré-natal não levou as mulheres a realizar o preparo pré-concepcional, o que nos leva a pensar que não houve qualquer tipo de abordagem sobre o preparo pré-concepcional nesses momentos. Há, portanto, a necessidade dos profissionais de saúde aconselharem não só as mulheres que procuram o serviço de saúde com o objetivo de engravidar, mas todas as mulheres em idade fértil que procuram o serviço de saúde por qualquer necessidade (CDC, 2006).

Concluindo, foram os atributos individuais (quadro de infertilidade e idade) e da classe social (escolaridade e classificação econômica) que estiveram associados com a realização do preparo pré-concepcional. Além disso, a estrutura social no que tange aos serviços de saúde também influenciou negativamente a realização do preparo pré-concepcional, uma vez que as principais razões para a sua não realização foram a falta de conhecimento sobre serviços de saúde que o oferecessem, ou ainda, a falta de conhecimento sobre esse tipo de cuidado.

Assim, parece ratificar-se que a realização do preparo pré-concepcional e, consequentemente, os melhores resultados maternos e infantis, são socialmente determinados. Não é por outro motivo que o recurso a esse tipo de preparo ocorre com mais frequência entre mulheres mais velhas, que apresentam algum quadro de infertilidade e com maior nível de instrução e renda. Além disso, outro fator de grande relevância consiste em um conhecimento acerca da importância do preparo pré-concepcional, fator este que não deixa de estar relacionado aos elencados anteriormente, ou seja, idade, instrução, renda e necessidades ligadas a quadros de infertilidade.

Isto é preocupante, pois frente a essas desigualdades de realização, conhecimento e de acesso ao preparo pré-concepcional, o Brasil possui um Sistema Público de Saúde que objetiva perpassar as diferentes classes sociais e diferenças individuais garantindo a universalidade do cuidado em saúde. Ou

seja, a assistência à saúde, no Brasil, além de ser implementada na perspectiva da integralidade - o que incluiria o cuidado no período pré-concepcional, também é um direito, o que evidencia enorme desafio para o SUS na área da saúde sexual e reprodutiva. Trata-se, portanto, do desafio de fazer com que as mulheres, em especial as que planejam engravidar, saibam que existe o cuidado pré-concepcional e de que elas possam identificar os serviços de saúde como espaço para buscá-lo.

8. CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

O período que antecede a concepção é crucial para o desenvolvimento de uma gravidez saudável. No entanto, na literatura nacional, ainda é um tema de pesquisa incipiente. Dessa forma, este estudo abordou temas importantes na área de saúde reprodutiva, como a ocorrência do preparo pré-concepcional entre mulheres que planejaram sua gravidez, as medidas adotadas, os determinantes para a sua realização e as razões pelas quais parte dessas mulheres não o realiza.

Neste estudo, a maior parte das mulheres com gravidez planejada realizou o preparo pré-concepcional, justamente porque suas características socioeconômicas - mulheres mais velhas, mais escolarizadas e dos grupos econômicos A e B - foram determinantes para a realização do preparo pré-concepcional. Além disso, a ocorrência de infertilidade foi outro fator importante para que as mulheres realizassem o preparo pré-concepcional. Reitera-se que é necessário que esse cuidado seja universal, ou seja, para todas as mulheres que planejam engravidar. Além disso, é imprescindível propiciar condições para que um maior número de mulheres possa planejar a gravidez e realizar o preparo pré-concepcional.

As medidas do preparo pré-concepcional mais relatadas pelas mulheres foram medidas que dependem dos serviços de saúde como a procura por tais serviços, o uso de vitaminas e minerais e a realização de exames. Isso mostra a grande potencialidade dos serviços de saúde e, consequentemente, dos profissionais de saúde, na prestação desse cuidado e na adoção do preparo pré-concepcional entre as mulheres. Portanto, faz-se necessário o fortalecimento do SUS, pois trata-se de um sistema que objetiva a integralidade e a universalidade das ações de saúde. Mas, para que isso ocorra, é fundamental que haja uma maciça aplicação de incentivos e investimentos públicos, objetivando ampliar suas possibilidades de oferecer o cuidado pré-concepcional de forma mais eficiente e universal.

No entanto, houve mulheres com gravidez planejada que não rea
o preparo pré-concepcional, sendo as principais razões relaciona
desconhecimento sobre esse tipo de cuidado e sobre como acessá-lo.

9. REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. Dados com base no levantamento sócio econômico 2014. Disponível em: file:///C:/Users/Manrique/Downloads/09_cceb_2014.pdf.

Abu-Hammad T, Dreiher J, Vardy DA, Cohen AD. Physicians' knowledge and attitudes regarding periconceptional folic acid supplementation: a survey in Southern Israel. Med Sci Monit 2008; 14 (5): 262-267.

Al-Hossani H, Abouzeid H, Salah MM, Farag HM, Fawzy E. Knowledge and practices of pregnant women about folic acid in pregnancy in Abu Dhabi, United Arab Emirates. East Mediterr Health J 2010; 16 (4): 402-7.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Brasil; 1991-2010. [atualizado 2010; citado 2013 dez. 5]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/

Bacelo TM, Lopes MS. Antecipar a vida - Consulta pré-concepcional - Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André - Leiria. Rev Port Med Geral Fam 2009; 25(1): 19-29.

Backhausen MG, Ekstrand M, Tydén T, Magnussen BK, Shawe J, Stern J et al. Pregnancy planning and lifestyle prior to conception and during early pregnancy among Danish women. Eur J Contracept Reprod Health Care 2014; 19 (1): 57-65.

Barret G, Wellings K. What is a planned pregnancy? Empirical data from a British Study. Soc Sci Med 2002; 55(4):545-57.

Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. J Epidemiol Community Health 2004; 58 (5):426-33.

Barros ARZ. Dieta e Nutrição. In: Peixoto S. Preconcepção: gravidez 12 meses. São Paulo. Roca; 2009.

Baykan Z, Oztürk A, Poyrazoğlu S, Gün I. Awareness, knowledge, and use of folic acid among women: a study from Turkey. Arch Gynecol Obstet 2011; 283(6):1249-53.

Bener A, Al Maadid MG, Al-Bast DA, Al-Marri S. Maternal knowledge, attitude and practice on folic acid intake among Arabian Qatari women. Reprod Toxicol 2006; 21(1):21-5.

Berquó ES. Planejamento da fecundidade: gravidezes não desejadas: PNDS 1996 e 2006. In: Elza Berquó; Sandra Garcia; Tania Lago, organizadores. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Bezzera, CG. Atenção pré-concepcional de mulheres com diabetes mellitus pré-gestacional assistidas no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Fortaleza: Universidade federal do Ceará; 2012.

Bhutta Z, Dean S, Imam A, Lassi Z. A systematic review of preconception risks and interventions. Karachi: The Aga Khan University, 2011. Available: http://mother-childlink.tghn.org/site_media/media/articles/Preconception_Report.pdf. Accessed 3 August 2014.

Bonan C, Silva KS, Sequeira ALT, Fausto MCR. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. Rev Bras Saude Mater Infant 2010; 10(Suppl1): s107-s118.

Borges ALV. Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.

Borges ALV, Cavalhieri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(Esp. 2): 1679-84.

Borges ALV, Santos AO, Nascimento NC, Chofakian CN, Gomes-Sponholz FA. Preparo pré-concepcional entre mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez. Rev. Enf USP 2016. No Prelo.

Boulet SL, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. Matern Child Health J 2006; 10(5 Suppl):S29-35.

Brasil. Lei n. 9.263 de 12 de janeiro 1996. Regula Planejamento Familiar. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 344, de 13 de dezembro de 2002. Regulamento técnico para a fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e fólico. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Política Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2008.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 81 de 20 de janeiro 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, Brasília (DF); 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. - (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília; 2015.

Brunoni D. Aconselhamento Genético. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(1), 101-107.

Canady RB, Tiedje LB, Lauber C. Preconception care & pregnancy planning: voices of African American women. MCN Am J Matern Child Nurs 2008; 33 (2): 90-7.

Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. Medifam 2001;11(4): 61-77.

Cardoso DHF. A consulta pré-concepcional: um desafio à assistência integral à saúde da mulher em idade reprodutiva. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Mindelo: Escola Superior de Saúde, Universidade do Mindelo; 2014.

Casey BM, Dashe JS, Wells CE, McIntire DD, Byrd W, Leveno KJ, et al. Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. Obstet Gynecol 2005; 105(2):239-245.

Casey FE, Sonenstein FL, Astone NM, Pleck JH, Dariotis JK, Marcell AV. Family Planning and Preconception Health Among Men in Their Mid-30s: Developing Indicators and Describing Need. Am J Mens Health 2016; 10(1):59-67.

Catov JM, Bodnar LM, Olsen J, Olsen S, Nohr EA. Periconception multivitamin use and risk for preterm or small-for-gestational-age births in the Danish National Birth Cohort. American Journal of Clinical Nutrition 2011; 94 (3): 906-12.

Cavalhieri FB. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to improve preconception health and health care - United States: a report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the SelectPanel on Preconception Care. MMWR 2006; 55 (No. RR-6): 1-23.

Chuang CH, Velott DL, Weisman CS. Exploring knowledge and attitudes related to pregnancy and preconception health in women with chronic medical conditions. Matern Child Health J 2010; 14 (5): 713-9.

Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. Prev Med 2011; 53 (1-2): 85-8.

Coelho EAC, Lucena MFG, Silva ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. Rev Esc Enferm USP 2000; 34(1):44-37.

Conway T, Mason E, Hu TC. Attitudes, knowledge, and skills of internal medicine residents regarding pre-conception care. Acad Med 1994; 69 (5): 389-91.

Corrêa S, Ávila MB. Direitos Sexuais e Reprodutivos - Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: Berquó E, organizadora. Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp; 2003.

Corrêa S, Alves JED, Jannuzzi PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S. Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, 2006.

Coutinho PR, Cecatti JG, Surita FG, Souza JP, Morais SS. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em uma série histórica de partos em Campinas, Brasil. Rev Assoc Med Bras 2009; 55 (6): 692-699.

Cragan JD, Friedman JM, Holmes LB, Uhl K, Green NS, Riley L. Ensuring the safe and effective use of medications during pregnancy: planning and prevention through preconception care. Matern Child Health J 2006; 10(5 suppl):S129-S135.

De Santis M, Quattrocchi T, Mappa I , Spagnuolo T , Licameli A , Chiaradia G et al. Folic acid use in planned pregnancy: an Italian survey. Matern Child Health J 2013; 17 (4): 661-6.

Delgado CEF. Undergraduate Student Awareness of Issues Relate to Preconception Health and Pregnancy. Ed. Matern Child Health J 2008; 12(6):774-82.

Dott M, Rasmussen SA, Hogue CJ, Reefhuis J. National Birth Defects Prevention Study. Association between pregnancy intention and reproductive-health related behaviors before and after pregnancy recognition, National Birth Defects Prevention Study, 1997-2002. Matern Child Health J 2010; 14 (3): 373-81.

Farahi N, Zolotor A. Recommendations for preconception counseling and care. Am Fam Physician 2013;88(8):499-506.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia Obstetrícia. Infertilidade Conjugal. Manual de Orientações. 1997. Disponível em: http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/manualINFERTILIDADE-CONJUGAL

Fehr KR, Fehr KD, Protudjer JL. Knowledge and use of folic acid in women of reproductive age. Can J Diet Pract Res 2011; 72(4): 197-200.

Ferreira JD. Exposição pré-concepcional, gestacional e durante a lactação a pesticidas domésticos e outros contaminantes ambientais e leucemias em lactentes [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

Ferrer RL, Sibai BM, Mulrow CD, Chiquette E, Stevens KR, Cornell J. Management of mild chronic hypertension during pregnancy: a review. Obstet Gynecol 2000; 96(5 pt 2): 849-860.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(1): 105 -109.

Finocchario-Kessler S, Bastos FI, Malta M, Anderson J, Goggin K, Sweat M. The Rio Collaborative Group. Discussing Childbearing with HIV-infected Women of Reproductive Age in Clinical Care: A Comparison of Brazil and the US. AIDS Behav 2012; 16 (1): 99-107.

Fonseca, RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. Rev.latino-am. Enfermagem 1997; 5 (1) 5-13.

Fonseca, RMGS. Gênero e saúde da mulher: uma releitura do processo saúde doença das mulheres. In: Fernandes RAQ; Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Santana de Parnaíba. Manole; 2007.

French MR, Barr SI, Levy-Milne R. Folate intakes and awareness of folate to prevent neural tube defects: a survey of women living in Vancouver, Canada. J Am Diet Assoc 2003; 103(2):181-5.

Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. The clinical content of preconception care: preconception care for men. Am J Obstet Gynecol 2008;199(6 Suppl 2):S389-95.

Fujimori E, Baldino CF, Sato APS, Borges ALV, Gomes MN. Prevalência e distribuição espacial de defeitos do tubo neural no Estado de São Paulo, Brasil, antes e após a fortificação de farinhas com ácido fólico. Cad. saúde pública 2013; 29(1), 145-154.

Fujimori E, Sato APS, Szarfarc SC, Veiga GV, Oliveira VA, Colli C, et al . Anemia em gestantes brasileiras antes e após a fortificação das farinhas com ferro. Rev. Saúde Pública 2011; 45(6): 1027-1035.

Gil AC. Métodos e técnicas da pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas S.A; 2008.

Gong R, Wang ZP, Gao LJ, Lu QB, Sun XH, Zhao ZT. A case-control study of the effects of pregnancy planning on neural tube defects and its primary preventive measures. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2010; 88(9):737- 42.

Green-Raleigh K, Lawrence JM, Chen H, Devine O, Prue C. Pregnancy planning status and health behaviors among nonpregnant women in a California managed health care organization. Perspect Sex Reprod Health 2005; 37 (4): 179-83.

Hampton T. Researchers discover a range of factors undermine sperm quality, male fertility. JAMA 2005; 294 (22): 2829-31.

Hauser KW, Lilly CM, Frías JL. Florida health care providers' knowledge of folic acid for the prevention of neural tube defects. South Med J 2004; 97(5):437-9.

Hellerstedt WL, Pirie PL, Lando HA, Curry SJ, McBride CM, Grothaus LC et al. Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended pregnancies. Am J Public Health 1998; 88(4):663-6.

Heyes T, Long S, Mathers N. Preconception care: practice and beliefs of primary care workers. Fam Pract 2004; 21 (1): 22-7.

Hilton JJ .A comparison of folic acid awareness and intake among young women aged 18-24 years. J Am Acad enfermeira Pract 2007; 19(10):516-22.

Horovitz DDG, Cardoso MH, Llerena JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: características do atendimento e propostas para a formulação de política públicas em genética médica. Cad Saude Publica 2006;22(12): 2599-609.

Hosli EJ, Elsinga J, Buitendijk SE, Assendelft WJ, van der Pal-de Bruin KM. Women's motives for not participating in preconception counseling: qualitative study. Community Genet 2008;11(3):166-70.

Hugo TDO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC, et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública 2011; 27(11): 2207-2214.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística de Gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010a. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Característica da população e dos domicílios. 2010b. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2012. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. Disponível em: http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pns/default.asp

INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012. São Paulo; 2014. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf

Inskip HM, Crozier SR, Godfrey KM, Borland SE, Cooper C, Robinson SM, et al. Women's compliance with nutrition and lifestyle recommendations before pregnancy: general population cohort study. BMJ 2009; 338: b481.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília; 2014. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf

Jaber L, Karim IA, Jawdat AM, Fausi M, Merlob P. Awareness of folic acid for prevention of neural tube defects in a community with high prevalence of consanguineous marriages. Ann Genet 2004; 47(1):69-75.

Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS. Recommendations to improve preconception health and health care--United States.A report of the CDC/ATSDRPreconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 2006; 55(RR-6):1-23.

Johnson KA. Public Finance Policy Strategies to Increase Access to Preconception Care. Matern Child Health J 2006; 10(Suppl 1): 85-91.

Karila T, Hovatta O, Seppälä T. Concomitant abuse of anabolic androgenic steroids and human chorionic gonadotrophin impairs spermatogenesis in power athletes. Int J Sports Med 2004; 25 (4): 257-63.

Kitamura K, Fetters MD, Ban N. Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. BMC Fam Pract 2005; Jul 28; 6:31.

Klerman LV. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. Maternal Child Health J 2000; 4(3): 155-62.

Koren G. Periconception folic acid supplementation. Knowledge and practice of Canadian family physicians. Can Fam Physician 1997; May: 851-852.

Kynaston HG, Lewis-Jones DI, Lynch RV, Desmond AD. Changes in seminal quality following oral zinc therapy. Andrologia 1988; 20 (1): 21-2.

Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML et al . Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saúde Pública 2014; 30(Suppl 1): S192-S207.

Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud 1982; 2(1): 7-25.

Lawal TA, Adeleye AO. Determinants of folic acid intake during preconception and in early pregnancy by mothers in Ibadan. Pan Afr Med J 2014; 19:113 (01 October 2014).

Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Sumário executivo temático da pesquisa. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento 2014. Acessado em 20/12/2015 em http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf

Leung AS, Millar LK, Koonings PP, Montoro M, Mestman JH. Perinatal outcome in hypothyroid pregnancies. Obstet Gynecol 1993; 81(3): 349-353.

Lima JG, Nóbrega LHC, Mesquita JB, Nóbrega MLC, Medeiros AC, Maranhão TMO et al. Gestação após gastroplastia para tratamento de obesidade mórbida: série de casos e revisão da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 28(2): 107-11.

Liu S, Wen SW, Demissie K, Marcoux S, Kramer MS. Maternal asthma and pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. Am J Obstet Gynecol 2001; 184(2):90-96

Luton D; Forestier A; Courau S; Ceccaldi PF. Preconception care in France. Int J Gynaecol Obstet 2014; 125(2): 144-5.

Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Porto DL, França E. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília; 2012.

Marcondes JAMM, Barcellos CGR, Rocha MP, Curi DDG, Hayashida SAY. Endocrinopatias. In: Peixoto S. Preconcepção: gravidez 12 meses. São Paulo. Roca; 2009. p 128-114.

Mathias CV, Nakamura UM, Mathias CFV. Drogas Licitas e Ilícitas. In: Peixoto S. Preconcepção: gravidez 12 meses. São Paulo. Roca; 2009.p 274-261.

Mazza D, Chapman A, Michie S. Barriers to the implementation of preconception care guidelines as perceived by general practitioners: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2013; 13:36 (31 January 2013).

Mazza D, Chapman A. Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? BMC Public Health 2010; 10:786 (2010 Dec 23).

McCulloch DK, Campbell IW, Wu FC, Prescott RJ, Clarke BF. The prevalence of diabetic impotence. Diabetologia 1980; 18(4): 279-83

Mendes ETRM. Fatores de Risco Preditivos à Gestação. In: Peixoto S. Preconcepção: gravidez 12 meses. São Paulo. Roca; 2009.p 32-23.

Mezzomo CLS, Garcias GL, Sclowitz ML, 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. Cad Saúde Pública 2007; 23(11): 2716-2726.

Miranda A, Dávila Torres RR, Gorrín Peralta JJ. Puerto Rican primary physicians' knowledge about folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2003; 67 (12): 971-3.

Morin P, De Wals P, Noiseux M, Niyonsenga T, St-Cyr-Tribble D, Tremblay C. Pregnancy planning and folic acid supplement use: results from a survey in Quebec. Prev Med 2002; 35 (2): 143-9.

Morin P, Payette H, Moos MK, St-Cyr-Tribble D, Niyonsenga T, De Wals P. Measuring the intensity of pregnancy planning effort. Paediatr Perinat Epidemiol 2003; 17(1): 97-105.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23(4): 961-970.

Moura ERF, Evangelista DR, Damasceno AKC. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(1): 22-29.

Nações Unidas. Relatório da Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo; 1994. Disponível em: http://www.sepm.gov.br/articulação/articulação-internacional/relatorio-cairo.pdf

Nações Unidas. Declaração e Plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim; 1995. Disponível em: http://www.sepm.gov.br/articulação/articulação-internacional/relatorio-pequim.pdf.

Naoum PC. Prevalência e controle da hemoglobina S. Rev Bras Hematol Hemoter 2000; 22(2): 142-8.

Nascimento NC, Borges ALV, Santos AO, Chofakian CBN, Fujimori E. Preparo pré-concepcional entre adolescentes grávidas: conhecimento e prática. Rev enferm UFPE on line 2015; 9(5):7895-901.

Nasr Hage C, Jalloul M, Sabbah M, Adib SM. Awareness and intake of folic acid for the prevention of neural tube defects among Lebanese women of childbearing age. Matern Child Health J 2012; 16(1): 258-65.

Neto ER. Balanço e Propostas Rumo ao Cairo + 20: a perspectiva da CNPD. In: Villela W, Saae E. Compromisso do governo brasileiro com a plataforma da Confercência Internacional sobre População e Desenvolvimento: rumos para Cairo + 20. Brasília: Secretaria de Politica para as mulheres; 2010.

Novoa MC, Burnham TF. Desafios para a universalização da genética clínica: o caso brasileiro. Rev Panam Salud Publica 2011; 29(1): 61-8.

Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Britto MS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. Rev Saúde Pública 2001; 35(6): 502-7.

Oliveira, LR, Rizzato ABP, Magaldi C. Saúde materno-infantil. Visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. Rev. Saúde Pública 1983; 17(3): 208-220.

Omu AE, Dashti H, Al-Othman S. Treatment of asthenozoospermia with zinc sulphate: andrological, immunological and obstetric outcome. Eur J of Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 79(2): 179-84.

Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. Rev Bras Ginecol Obstet 2007; 29(10): 511-518.

Padrón R, Dambay A, Suárez R, Más J. Semen analyses in adolescent diabetic patients. Acta Diabetol 1984; 21(2): 115-21.

Paudel P, Wing K, Silpakar SK. Awareness of periconceptional folic acid supplementation among Nepalese women of childbearing age: a cross-sectional study. Prev Med 2012; 55(5):511-3.

Posner SF, Johnson K, Parker C, Atrash H, Biermann J. The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations. Matern Child Health J 2006; 10 (Suppl):199 - 207.

Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183(1):S1-S22.

Rocha DS, Netto MP, Priore SE, Lima NMM, Rosado LEFPL, Franceschini SCC. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. Rev Nutr 2005; 18 (4): 481-489.

Romundstad PR, Smith GD, Nilsen TIL, Vatten LJ. Associations of Prepregnancy Cardiovascular Risk Factors With the Offspring's Birth Weight. Am J Epidemiol 2007; 166(12):1359-64.

Ronnenberg AG, Wood RJ, Wang X, Xing H, Chen C, Chen D et al. Preconception hemoglobin and ferritin concentrations are associated with pregnancy outcome in a prospective cohort of Chinese women. Journal of Nutrition 2004; 134(10):2586-91.

Rosenberg KD, Gelow JM, Sandoval AP. Pregnancy intendedness and the use of periconceptional folic acid. Pediatrics 2003; 111 (5 Pt 2): 1142-5.

Sallmén M, Sandler DP, Hoppin JA, Blair A, Baird DD. Reduced fertility among overweight and obese men. Epidemiology 2006; 17(5):520-3.

Santos AO, Santa Rosa PLF, Borges ALV. Determinantes do planejamento da gravidez segundo a raça/cor em São Paulo, Brasil. Revista da ABPN 2015; 7(16): 74-88.

Sato APS, Fujimori E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20(3): 462-468.

Sato APS, Fujimori E, Szarfarc SC. Curvas de hemoglobina durante a gravidez antes e após a fortificação das farinhas com ferro. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(3):409-14.

Sayers GM, Hughes N, Scallan E, Johnson Z. A survey of knowledge and use of folic acid among women of child-bearing age in Dublin. J Public Health Med 1997; 19(3):328-32.

Schünmann C, Glasier A. Measuring pregnancy intention and its relationship with contraceptive use among women undergoing therapeutic abortion. Contraception 2006; 73(5):520-4.

Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco Pará Nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2009; 25 (10): 2125-2138.

Silva NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP; 1998.

Stephenson J, Patel D, Barrett G, Howden B, Copas A, Ojukwu O, et al. How do women prepare for pregnancy? Preconception experiences of women attending antenatal services and views of health professionals. PLoS One 2014; 9(7): e103085.

Sternberg P, Hubley J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. Health Promot 2004; 19 (3): 389-396.

Temel S, Birnie E, Sonneveld HM, Voorham AJ, Bonsel GJ, Steegers EA, et al. Determinants of the intention of preconception care use: lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. Int J Public Health 2013; 58(2):295-304.

Tort J, Lelong N, Prunet C, Khoshnood B, Blondel B. Maternal and health care determinants of preconceptional use of folic acid supplementation in France: results from the 2010 National Perinatal Survey. BJOG 2013; 120(13):1661-7.

Unusan N. Assessment of Turkish women's knowledge concerning folic acid and prevention of birth defects. Public Health Nutr 2004; 7(7):851-5.

Van der Zee B, de Beaufort ID, Steegers EA, Denktas S. Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: a qualitative study. Fam Pract 2013; 30 (3): 341-6.

Van Heesch PN, de Weerd S, Kotey S, Steegers EA. Dutch community midwives' views on preconception care. Midwifery 2006; 22(2):120-4.

Vause TD, Jones L, Evans M, Wilkie V, Leader A. Pre-conception health awareness in infertility patients . J Obstet Gynaecol Can 2009; 31(8):717-20.

Wender-Ozegowska E, Gutaj P, Szczepanek U, Ozegowska K, Zawiejska A, Brazert J. Influence of pregnancy planning on obstetrical results in women with pregestational diabetes mellitus. Ginekol Pol 2010; 81 (10): 762-7.

WHO - World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: 1995

WHO - World Health Organization. Reproductive health indicators for global monitoring. Report of an interagency technical meeting. Geneva; 2000.

WHO - World Health Organization. Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the who regional office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.

WHO - World Health Organization. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva; 2012.

WHO - World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva; 2015.

Wong WY, Merkus HMWM, Thomas CMG, Menkveld R, Zielhuis GA, Steegers-Theunissen RPM. Effects of folic acid and zinc sulfate on male factor subfertility: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Fertil Steril 2002; 77(3):491-8.

10 . APÊNDICE

APÊNDICE A - PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

No que se refere à alimentação e nutrição, o preparo pré-concepcional deve visar um adequado estado ponderal e nutricional no período que antecede a gravidez, tendo em vista que a adequação dietética no período pré-concepcional tem papel fundamental para o desenvolvimento gestacional saudável (Barros, 2009). Nesse sentido, a avaliação do estado ponderal e o levantamento dos hábitos alimentares da futura mãe devem ser usados para desenvolver medidas preventivas, como promoção da alimentação saudável, suplementação alimentar e atividade física. Importante ressaltar que a obesidade e o baixo peso materno são fatores de risco para resultados adversos de saúde maternoinfantil. As mulheres que estão abaixo do peso antes da gravidez possuem maior risco de parto prematuro (Bhutta et al., 2011; Farahi, Zolotor, 2013), baixo peso ao nascer (Rocha et al., 2005; WHO, 2012; Farahi, Zolotor, 2013) e morte fetal (WHO, 2012). Além disso, o baixo peso materno combinado com a baixa estatura materna podem contribuir para complicações durante a gravidez e parto (WHO, 2012). As mulheres com sobrepeso e obesidade têm maior risco para desenvolver síndromes hipertensivas e diabéticas da gravidez, distúrbios hipertensivos e tromboembólicos, hemorragia pós-parto, anemia, parto por cesariana, indução do trabalho de parto, parto instrumental e distócia de ombro (Nucci et al., 2001; Bhutta et al., 2011; WHO, 2012). No bebê, por sua vez, a obesidade materna pode causar defeitos congênitos, defeitos do tubo neural, parto prematuro, morte fetal e macrossomia (WHO, 2012; Farahi, Zolotor, 2013). Esse aspecto é preocupante, tendo em vista que, no Brasil, o excesso de peso pontua em 30,7% das gestantes (Sato, Fujimori, 2012). Ainda, a obesidade em homens é associada à redução da fertilidade (Sallmén et al., 2006).

No âmbito do estado nutricional, é importante orientar a mulher sobre os vários tipos de alimentos e as proporções que devem ser ingeridas nas refeições, uma vez que a alimentação inadequada leva a possíveis deficiências de micronutrientes, como ferro, iodo, cálcio e ácido fólico, dentre outros. Distúrbios relacionados às suas deficiências refletem prejuízos na gravidez e alterações fetais (Barros, 2009). A deficiência de ferro aumenta o risco de fetos com baixo peso ao nascer, de partos prematuros, anemia ferropriva, baixa

cognição infantil e aumento da mortalidade materna e infantil (Ronnenberg et al., 2004; Barros, 2009; WHO, 2012). A deficiência de iodo, por sua vez, pode levar a abortos, anomalias congênitas, retardo mental, cretinismo, bócio e hipotireoidismo (Barros, 2009; WHO, 2012). Além disso, a suplementação de cálcio reduz o risco de mulheres desenvolverem distúrbios hipertensivos durante a gravidez (WHO, 2012). Ademais, destaca-se a importante indicação de suplementação com ácido fólico, no período que antecede a gravidez, como meio eficaz de reduzir a incidência de defeitos no tubo neural e outros defeitos de nascimento (Johnson et al., 2006; Bhutta et al., 2011; WHO, 2012). Deve-se realizar a profilaxia de defeitos do tubo neural, administrando-se ácido fólico. A dose necessária é de 0,4 mg via oral diariamente, durante 90 dias antes da concepção (Brasil, 2012a). No homem, a suplementação de sulfato de zinco e ácido fólico aumenta a concentração de espermatozoides (Wong et al., 2002). E, o sulfato de zinco contribui para a motilidade e para integridade estrutural da membrana plasmática do espermatozoide (Kynaston et al., 1988; Omu, Dashti, Al-Othman, 1998).

No Brasil, houve grande avanço em relação a essa questão, uma vez que o governo brasileiro estabeleceu a fortificação compulsória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico em junho de 2004 (Brasil, 2002). Estudo realizado no Estado de São Paulo mostrou que houve diminuição significativa da prevalência de defeitos do tubo neural após a fortificação das farinhas. No entanto, o número de crianças que ainda nasce com malformação congênita continua elevado, com prevalência de 0,37 por mil nascidos vivos nos anos de 2006 a 2008 (Fujimori et al., 2013). Além disso, estudo de âmbito nacional mostra que, apesar da fortificação de farinhas com ferro, a anemia ainda é um problema de saúde pública (Fujimori et al., 2011; Sato, Fujimori, Szarfarc, 2014). Dessa forma, há necessidade de aliar à fortificação das farinhas, ações de promoção do uso de suplementos no período pré-concepcional.

Além disso, é de fundamental importância que, antes de qualquer gravidez, o casal faça exames para verificar a existência de doenças infecciosas (Johnson et al., 2006, Mendes, 2009; Bhutta et al., 2011; WHO 2012) e de doenças crônicas (Johnson et al., 2006; Mendes, 2009; Bhutta et al., 2011; WHO, 2012).

No tocante às doenças infecciosas, é necessário que a transmissão vertical do HIV seja evitada, assim como a morbimortalidade materna e infantil relacionada ao HIV (Johnson et al., 2006; Bhutta et al., 2011; WHO, 2012). Estudo realizado com 180 mulheres em acompanhamento clínico de HIV/Aids, no Rio de Janeiro, observou que mais de um terço das mulheres relatou o desejo de gravidez futura. No entanto, a maioria não tinha discutido a intenção de engravidar com algum profissional de saúde que a acompanhava no tratamento (Finocchario-Kessler et al., 2012). A infecção gonocócica está associada com parto prematuro, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica, infertilidade, gravidez ectópica, aborto espontâneo, endometrite pós-parto, conjuntivite neonatal e baixo peso ao nascer. Já a infecção por clamídia está associada à doença inflamatória pélvica, dor pélvica crônica, infertilidade, gravidez ectópica, parto prematuro, conjuntivite neonatal e baixo peso ao nascer. A sífilis, por sua vez, está relacionada a complicações neurológicas, cardiovasculares e outras complicações sistêmicas resultantes da sífilis terciária, aborto espontâneo, morte fetal, endometrite pós-parto, parto prematuro, anormalidades congênitas, baixo peso ao nascer. A herpes genital associa-se com meningite asséptica, mielite transversa, aborto espontâneo, parto prematuro, herpes neonatal, encefalite, infecção da pele, olho e boca. A tricomoníase pode desencadear aumento do risco de transmissão do HIV para as mulheres, parto prematuro e baixo peso ao nascer (WHO, 2012). Todas essas doenças podem ser prevenidas por meio de contraceptivos de barreira e tratadas e/ou controladas com terapia medicamentosa antes que a gravidez ocorra (Mendes, 2009). O cuidado pré-concepcional para homens oferece uma oportunidade para triagem e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que é preciso que não só a mulher trate e previna as doenças sexualmente transmissíveis, mas também os seus parceiros (Frey et al., 2008).

Em relação às doenças crônicas, em especial o diabetes mellitus, a avaliação e a orientação são importantes para minimizar os riscos para a mãe e para o feto, pois o descontrole glicêmico antes da concepção e no período da embriogênese associa-se com maior incidência de aborto espontâneo, trauma obstétrico, cesariana, malformações congênitas, macrossomia, prematuridade, morte perinatal, hipoglicemia após o nascimento e diabetes tipo 2 mais tarde

na vida (Marcondes et al., 2009; WHO, 2012). Em homens com diabetes mellitus, a motilidade dos espermatozoides são significativamente menores e a morfologia é prejudicada (Padrón et al., 1984), ainda o diabetes pode desencadear disfunção erétil (McCulloch et al., 1980). Da mesma forma, a hipertensão crônica na gravidez está associada a maiores taxas de parto prematuro, descolamento prematuro da placenta, restrição de crescimento intrauterino, pré-eclâmpsia, morte fetal (Ferrer et al., 2000; Bhutta et al., 2011), agravamento da hipertensão e lesão de órgão (RNHBPEP, 2000) e baixo peso ao nascer (Romundstad et al., 2007). Dessa forma, o preparo pré-concepcional permite que a mulher possa entrar no período gravídico com a pressão arterial e os níveis de glicose controlados.

A intolerância ao glúten e outras alergias alimentares, bem como a gastroplastia, também merecem atenção. Mulheres celíacas teriam maior prevalência de abortos, natimortos, infertilidade e crescimento intrauterino restrito (Barros, 2009); após a gastroplastia, pode ocorrer diminuição na incidência de diabetes gestacional e da necessidade de cesárea (Barros, 2009), mas, por outro lado, aumenta a chance de ocorrência de deficiências de ferro, cálcio, ácido fólico e vitaminas (Lima et al., 2006).

Mulheres com epilepsia estão em maior risco de ter bebês com defeitos congênitos e complicações perinatais (WHO, 2012). E, o hipotireoidismo no primeiro trimestre está associado com comprometimento cognitivo em crianças, além de aumentar o risco de parto prematuro, anomalias congênitas, baixo peso ao nascer, descolamento prematuro da placenta, morte fetal, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. O hipertireoidismo pode resultar em descolamento prematuro da placenta, parto prematuro, aborto espontâneo e síndrome hipertensiva da gravidez. Nesse sentido, aquelas que já sofrem de disfunção tireoidiana precisam ser reavaliadas antes de engravidar e seus regimes de tratamento precisam ser reajustados (Leung et al., 1993; Casey et al., 2005; Bhutta et al., 2011).

A asma mal controlada antes da gravidez pode resultar em complicações maternas graves, como pré-eclâmpsia e hipertensão, bem como mulheres com asma mal controlada são mais propensas a apresentar riscos para o feto, tais como hipóxia neonatal, restrição de crescimento intrauterino,

parto prematuro, baixo peso ao nascimento, mortes fetal e neonatal (Liu et al., 2001; Bhutta et al., 2011).

Outra ação inclusa na atenção pré-concepcional é a orientação sobre riscos decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas, para que a mulher possa engravidar sem ou com menor risco ao feto. Essa ação inclui orientação quanto à utilização de medicamentos de uso crônico ou para outros fins, sendo necessário conhecer o perfil dessas drogas para mantê-las ou substituí-las por drogas com efeitos menos prejudiciais ao feto (Cragan et al., 2006). É necessário orientar sobre o uso de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco. O uso do tabaco nos períodos pré-concepcional e gestacional pode resultar em parto prematuro, baixo peso ao nascer, infertilidade, atraso na concepção, aborto espontâneo, gravidez ectópica, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, ruptura prematura de membranas e defeitos congênitos. O uso de álcool, por sua vez, pode resultar em aborto espontâneo, defeitos do tubo neural, malformação gastrointestinal, depressão materna, síndrome alcoólica fetal e outros defeitos congênitos (Johnson et al., 2006; Bhutta et al., 2011; WHO, 2012). O uso de drogas ilícitas, como maconha, cocaína, heroína, anfetaminas e *ecstasy,* também é contraindicado antes da gravidez, pois pode causar parto prematuro, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino, aumento da morbimortalidade materna, fetal e neonatal, aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro, crise hipertensiva, movimento fetal excessivo, ruptura prematura de membranas, defeitos congênitos e síndrome de abstinência neonatal (Mathias CV, Nakamura, Mathias CF, 2009).

No homem, o uso de tabaco e álcool em doses elevadas e de certos fármacos está associado com a diminuição da quantidade, morfologia anormal e diminuição da motilidade dos espermatozoides (Frey et al., 2008). Por sua vez, o uso de drogas ilícitas está associado com diminuição da produção de testosterona e de espermatozoide, diminuição da motilidade dos espermatozoides, morfologia anormal dos espermatozoides (Karila, Hovatta, Seppälä, 2004; Hampton, 2005; Frey et al., 2008).

Considerar o ambiente de trabalho dos futuros pais também é parte do preparo pré-concepcional, pois o contato com produtos e irradiação radiológica, como pesticidas, chumbo e mercúrio, pode ocasionar aborto espontâneo,

câncer infantil, restrição do crescimento, microcefalia, morte fetal, anemia, danos do sistema nervoso central, prematuridade, e doença pulmonar obstrutiva crônica (Bhutta et al., 2011; WHO, 2012). Um estudo brasileiro mostrou que os riscos de leucemia no lactente foram cerca de duas vezes mais elevados em crianças cujas mães estiveram expostas a pesticidas no período pré-concepcional, na gravidez e no período pós-natal imediato (Ferreira, 2010). Além disso, no homem, a exposição a pesticidas, chumbo, etileno, mercúrio, irradiação radiológica, entre outros, tem o potencial de causar infertilidade e danos no DNA do espermatozoide (Frey et al., 2008).

No tocante à imunização, a verificação do esquema vacinal da mulher que planeja engravidar é fundamental para o bem-estar materno e infantil. A vacina contra rubéola pode prevenir natimortos, abortos e a síndrome da rubéola congênita (WHO, 2012). O tétano pode causar morte materna e neonatal e infecções materna e neonatal (WHO, 2012) e a hepatite B pode causar doença hepática crônica, carcinoma de fígado, cirrose, morte materna e infecção neonatal, sendo preveníeis com a vacinação (Johnson et al., 2006; WHO, 2012). O estado de imunização de homens deve ser avaliado como parte do cuidado pré-concepcional e as vacinas apropriadas devem ser oferecidas (Frey et al., 2008).

Especialistas também recomendam o aconselhamento genético do casal a fim de que sejam investigados os riscos de doenças genéticas que possam provocar mutações no feto, como, por exemplo, o gene da fibrose cística, doença falciforme – que, no Brasil, tem prevalência média em torno de 2% (Naoum, 2000) –, talassemia, fenilcetonúria, albinismo, retardo mental, cegueira ou surdez genética (WHO, 2012). Dependendo da doença, podem contribuir para abortos recorrentes, complicações na gravidez, deficiência intelectual ou física, morte intrauterina, retardo do crescimento fetal, parto prematuro, complicações neonatais, como anemia, hemólise, convulsões, dificuldade respiratória, insuficiência cardíaca (WHO, 2012). Algumas doenças genéticas, como fibrose cística, podem comprometer a fertilidade de homens e a qualidade do espermatozoide (Frey et al., 2008).

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE MULHERES COM GRAVIDEZ PLANEJADA

Sou enfermeira, mas não trabalho no Centro de Saúde Escola "Geraldo de Paula Souza" e nem no Centro de Saúde Escola "Samuel Barnsley Pessoa". Estou aqui porque sou aluna de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e estou conduzindo um estudo que pretende compreender como as mulheres que planejam engravidar se preparam para uma gravidez. Sua participação consiste em participar de uma entrevista, como voluntária, que terá duas etapas: primeiramente, serão feitas perguntas em 5 minutos para verificar se sua gravidez foi planejada ou não. Se sua gravidez for classificada como planejada, a entrevista continua com algumas perguntas sobre o preparo pré-concepcional e durará cerca de 15 a 20 minutos. Se sua gravidez for considerada não planejada ou ambivalente, a entrevista terá duração de 7 minutos. A entrevista será realizada no Centro de Saúde Escola "Geraldo de Paula Souza" ou no Centro de Saúde Escola "Samuel Barnsley Pessoa", em lugar confortável e que garanta a sua privacidade. Dessa forma, não haverá riscos ou desconfortos. Tampouco haverá custos ou forma de pagamentos pela sua participação neste estudo.

Garanto que as informações obtidas por meio deste estudo serão confidenciais e asseguro o sigilo sobre a identidade. Esclareço que lhe é garantida a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins de divulgação científica, mas também para auxiliar os profissionais de saúde no acompanhamento de mulheres que planejam engravidar.

Este formulário serve para comprovar que você está de acordo em participar desta pesquisa. Você deverá assinar as duas vias, ficar com uma para você e devolver uma para a pesquisadora responsável.

Eu,_____ após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, fui esclarecida(o) pela pesquisadora sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.
Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade na minha participação neste estudo.

São Paulo, de 2015.

_____

Assinatura da participante

Natália de Castro Nascimento

_____

Assinatura da responsável pela pesquisa

Para maiores informações sobre este estudo, entre em contato com:
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: edipesq@usp.br. Telefone: (11) 30617548. Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP. Telefone: 3061-7548. E-mail: natalia.castro.nascimento@usp.br. Telefone: (11) 95898-3498

APÊNDICE C- INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS
1. Data: _ _/_ _/_ _ _ _ Identificação _ _ _ id _ _ _
2. Qual é sua data de nascimento? _ _/_ _/_ _ _ _ Idade _ _ anos idade _ _
3. Você está gestante? 0 ( ) Não 1 ( ) Sim gestante _ Se sim – Qual a idade do seu filho? _ _ meses idadefilho_ _
4. Entre as seguintes alternativas, como você classifica sua cor de pele? cor _ 1 ( ) Branca 2 ( ) Parda 3 ( ) Preta 4 ( ) Amarela 5 ( ) Indígena
5. Qual é a religião que frequenta atualmente? religiao _ 1 ( ) Católica 2 ( ) Evangélica 3 ( ) Espírita 4 ( ) Nenhuma 5 ( ) Outra: _____
6. Você, neste momento, vive com algum parceiro (marido, namorado, companheiro)? 0 ( ) Não 1 ( ) Sim viveparceiro _ Se sim - Qual é a idade desta pessoa? _ _ anos idadeparceiro _ _
7. Qual a última série na escola que completou com aprovação? escolaridadepart_ _ 1 ( ) Analfabeto 2 ( ) Fundamental I incompleto 3 ( ) Fundamenta I completo 4 ( ) Fundamental II incompleto 5 ( ) Fundamental II completo 6 ( ) Médio completo 7 ( ) Médio incompleto 8 ( ) Superior completo 9 ( ) Superior incompleto 10 ( ) Pós graduação completa 11( ) Pós graduação incompleta
8. Qual a última série na escola que o seu companheiro completou com aprovação? escolaridadeparceiro_ _ 1 ( ) Analfabeto 2 ( ) Fundamental I incompleto 3 ( ) Fundamenta I completo 4 ( ) Fundamental II incompleto 5 ( ) Fundamental II completo 6 ( ) Médio completo 7 ( ) Médio incompleto 8 ( ) Superior completo 9 ( ) Superior incompleto 10 ( ) Pós graduação completa 11( ) Pós graduação incompleta
9. Você trabalha (trabalho assalariado)? 0 ( ) Não 1 ( ) Sim trabalho _ Se sim: Tem carteira assinada? 0 ( ) Não 1 ( ) Sim carteiraassinada _
10. Dos itens abaixo, quais você possui em sua casa e quantos de cada? classificação _ 1 ( ) Televisor em cores Quantos? _ _ 2 ( ) Rádio Quantos?_ _ 3 ( ) Banheiro Quantos?_ _ 4 ( ) Automóvel Quantos?_ _ 5 ( ) Empregada mensalista Quantos?_ _ 6 ( ) Máquina de lavar Quantos?_ _ 7 ( ) Videocassete e/ou DVD Quantos?_ _ 8 ( ) Geladeira Quantos?_ _ 9 ( ) Freezer Quantos?_ _

11. Quem é o chefe da sua família? _____ chefefamilia _____

12. Até que série na escola o chefe da família estudou? escolaridadechefe_ _

1 ( ) Analfabeto 2 ( ) Fundamental I incompleto 3 ( ) Fundamenta I completo 4 ( ) Fundamental II incompleto 5 ( ) Fundamental II completo 6 ( ) Médio completo 7 ( ) Médio incompleto 8 ( ) Superior completo 9 ( ) Superior incompleto 10 ( ) Pós graduação completa 11( ) Pós graduação incompleta

13. Você possui plano de saúde ou costuma passar em consultas particulares? planosaude _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS

14. Com qual idade você ficou menstruada pela primeira vez? _ _ anos idademenarca _ _

15. Com quantos anos teve a sua 1ª relação sexual? _ _ anos idaderelacao _ _

16. Quantas vezes você já ficou grávida (incluindo a gestação atual) ? _ _ vezes ngravidez _ _

17. Quantos filhos você tem? _ _ filhos nfilhos _ _

18. Qual idade tinha quando engravidou pela primeira vez? _ _ anos idadeprimegrav _ _

19. Quanto tempo você demorou para engravidar após decidir engravidar? _ _ _ meses

tempodemoraengrav _ _

20. Já teve algum aborto? 0 ( ) Não 1 ( ) Sim aborto _

CONDIÇÕES DE SAÚDE

21. Você possuía algum problema de saúde antes da atual ou da última gravidez planejada?

0 ( ) Não 1 ( ) Sim saudepartic _

Se sim: Qual o problema de saúde?_____ qualproblemasaude _ _

1 ( ) Diabetes 2 ( ) Hipertensão 3 ( ) Epilepsia 4 ( ) Anemia 5 ( ) Doenças da tireoide 6 ( ) Asma 7 ( ) Transtornos mentais 9 ( ) Doenças sexualmente transmissíveis 10 ( ) Doenças ginecológicas 11 ( ) Infertilidade 12 ( ) Doenças autoimunes 13 ( ) Cardiopatias 14 ( ) Câncer 15 ( ) Hepatites 16 ( ) Nefropatias

22. Você usava algum medicamento ou fazia algum tratamento antes da atual ou da última gravidez planejada?

0 ( ) Não 1 ( ) Sim medtratpart _

Se a resposta for sim: Qual medicamento ou tratamento? qualmedtrat _ _

1 ( ) Antipsicóticos 2 ( ) Antialérgicos 3( ) Anticonvulsivantes 4 ( ) Medicamentos e procedimentos para perda de peso 5 ( ) Broncodilatadores 6 ( ) Anti-hipertensivo 7 ( ) Antidepressivo 8 ( ) Alguns tratamentos de pele

23. Quanto você pesava antes da atual ou da última gravidez planejada? _ _, _ kg peso _ _, _

24. Quanto você mede, ou seja, qual a sua altura? _ , _ _ metros altura _, _ _

25. Qual o seu IMC? _ _, _ _ imc _ _, _ _

26. Você sabe se existem condições de alterações genéticas na sua família ou na família do seu parceiro como, por exemplo, fibrose cística, anemia falciforme, entre outras?

0 ( ) Não 1 ( ) Sim condicoesgeneticas _

Se a resposta for sim: Qual condição ou alteração genética? qualcondicaogenetica _

1 ( )Anemia falciforme 2 ( )Talassemia 3 ( ) Fibrose cística 4 ( ) Cegueira e surdez genética
5 ( ) Síndrome de down 6 ( ) Atraso mental

27. Você e o seu parceiro possuem algum grau de consanguinidade, ou seja, vocês possuem parentes em comum?

0 ( ) Não 1 ( ) Sim consanguinidade _

28. Você fumava antes da atual ou da última gravidez planejada? fumavaantes _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

29. Você bebia bebida alcoóloca antes da atual ou da última gravidez planejada? bebiaantes _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

30. Você usava alguma droga ilícita, como maconha, cocaína ou crack, antes da atual ou da última gravidez planejada? outrasdrogasantes _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

31. Quando você planejou engravidar da atual ou da última gravidez planejada, antes da gravidez, você realizou alguma medida para melhorar a sua saúde ou para organizar a chegada de uma criança? realizouppc _

0 ( ) Não (Se respondeu não, pule para a questão número 37)

1 ( ) Sim (Se respondeu sim, continue)

32. Quando você planejou engravidar da atual ou da última gravidez planejada, antes da gravidez, você procurou algum serviço de saúde? procurouservsaude _

0 ( ) Não (Se respondeu não, pule para a questão número 34)

1 ( ) Sim (Se respondeu sim, continue)

Se sim, qual? qualservico _

1( ) UBS 2 ( ) Consultório Particular 3 ( ) Hospital Público (Ambulatório) 4 ( ) Outros _____

33. Oque foi efetuado na consulta?

Exame físico examefisico _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Perguntas sobre o seu estado de saúde e do seu parceiro anamnese _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Pedido de exame pedidoexame _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Verificação de vacina verificacaovacina _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Orientação sobre alimentação orientalimentacao _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Prescrição de algum suplemento alimentar prescricaosuplemento _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Prescrição de acido fólico prescricaoacfolico _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Prescrição de ferro prescricaoferro _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Prescrição de outras vitaminas e minerais prescricaooutros _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Conselho sobre álcool conselhoalcool _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Conselho sobre tabaco conselhotabaco _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Conselho sobre outras drogas conselhooutrasdrogas _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Conselho sobre medicamentos conselhomedicamento _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Conselho sobre exercício físico conselhoexerciciofisico _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

34. Se outras medidas, quais? _____ outrasmedidas_____

35. Quando você planejou engravidar da atual ou da última gravidez planejada, antes da gravidez, você fez:

Algum exame? fizexame _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Perdeu peso? perdipeso _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Ganhou peso? ganheipeso _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Houve mudança na sua alimentação? mudeialimentacao _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Tomou algum suplemento? tomeisuplemento _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Tomou acido fólico? tomeiacfolico _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Tomou ferro? tomeiferro _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Tomou outras vitaminas e minerais? tomeioutros _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Parou ou diminuiu o fumo? pareidiminuifumo _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Parou ou diminuiu bebida alcoólica? pareidiminuibebida _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Parou ou diminuiu o uso de outras drogas? pareidiminuioutrasdrogas _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Parou ou substituiu algum medicamento ou tratamento? pareiousubstituimedicamento _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Tomou vacina? tomeivacina _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Fez alguma atividade física? fizatividadefisica _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

Houve mudança no seu ambiente de trabalho (função ou local)? mudeiambientetrabalho _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim

36. Você realizou alguma outra medida para preparar-se para engravidar, antes de engravidar?

0 ( ) Não 1 ( ) Sim fizoutramedida _

Se sim, qual medida? _____ outramedidappc____

37. Seu parceiro realizou alguma medida para preparar-se para sua gravidez, antes da sua gravidez?

( ) Não ( ) Sim parceirorealizoumedida _

Se sim, qual medida? _____ medidarealizadaparceiro_____

RAZÕES DA NÃO REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL

38. Você tinha ouvido falar sobre o preparo pré-concepcional, antes de engravidar?

ouviufalarsobreppc _

0 ( ) Não (Se você respondeu não, a pesquisa termina aqui)

1 ( ) Sim (Se respondeu sim, continue)

39. Se sim, como ou onde você ouviu falar do preparo pré-concepcional? ondeouviufalar_

1 ( ) Em serviços de saúde 2 ( ) Profissionais de saúde
3 ( ) Na internet 4 ( ) Em revistas ou jornais
5 ( ) Na televisão 6 ( ) Com parentes ou amigos
7 ( ) Em outro lugar Se sim, qual?_____

40. Oque você sabia sobre o preparo pré-concepcional, antes de engravidar?

oquesabiasobreppc _____

41. Você achava importante o preparo pré-concepcional, antes de engravidar?

achaimportanteoppc _

0( ) Não (Se você respondeu não, a pesquisa termina aqui)

1( ) Sim (Se respondeu sim, continue)

42. Você sabia se algum serviço de saúde oferecia o cuidado pré-concepcional, antes de engravidar? Sabiaservicooferece _

0 ( ) Não (Se você respondeu não, a pesquisa termina aqui)

1 ( ) Sim (Se respondeu sim, continue)

43. Você procurou esse serviço de saúde para realizar o preparo pré-concepcional, antes de engravidar? procurouesseservico_

0 ( ) Não 1 ( ) Sim Se não, por quê? _____

44. Ao procurar o serviço de saúde, o mesmo ofereceu o cuidado pré-concepcional?

servicoofereceu_

0 ( ) Não (Se respondeu não, continue)

1 ( ) Sim (Se respondeu sim, pule para a questão número 46)

45. Você recorda o motivo alegado pelo serviço de saúde para o não oferecimento do cuidado pré-concepcional? motivoalegadopeloservico _

0 ( ) Não 1 ( ) Sim Se sim, qual? _____
46. Por qual motivo você não realizou o preparo pré-concepcional? motivonaorealizouoppc____ ( ) Não sabe, não pensou muito, deixou acontecer ( ) Falta de tempo ( ) Experiência reprodutiva prévia ( ) Engravidou muito rápido, não deu tempo de realizar o preparo pré-concepcional ( ) Achava que já tinha boa saúde ou não era o público alvo do preparo pré-concepcional ( ) Achava que a gravidez é natural e não deve ter intervenções ( ) Demorou para engravidar e, por isto, desistiu de realizar o preparo pré-concepcional ( ) Achava que o atendimento na UBS é muito demorado

11. ANEXOS

ANEXO 1 - *LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY*

London Measure of Unplanned Pregnancy, versão Brasil. Brasil, 2012.
No mês em que eu fiquei grávida: 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.
Em termos de me tornar mãe (pela primeira vez ou de novo), eu sinto que minha gravidez aconteceu no: 2 ☐ momento certo 1 ☐ não bem no momento certo 0 ☐ momento errado
Logo antes de ficar grávida: 2 ☐ eu tinha intenção de ficar grávida 1 ☐ minhas intenções variavam 0 ☐ eu não tinha intenção de ficar grávida
Logo antes de ficar grávida...: 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 item, 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. Antes de eu ficar grávida: 2 ☐ meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida 1 ☐ meu parceiro e eu tínhamos conversado sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida 0 ☐ nós nunca conversamos sobre ter filhos juntos
Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para uma gravidez? ☐ 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

☐ **(10 - 12) - Planejada**

☐ **(4 - 9) - Ambivalente**

☐ **(0 - 3) - Não Planejada**

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE CAMPO DE PESQUISA

MEDICINA
USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROF. SAMUEL BARNSLEY PESSOA
AV. DR. VITAL BRASIL Nº1.490 – BUTANTÃ -CEP:05503-000
FONE/FAX: 3727-1690/3061-8583

CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA Samuel Pessoa FMUSP-BUTANTÃ

DECLARAÇÃO

Eu, Ana Silvia W. Dalmaso, Diretora Técnica do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa, declaro estar ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada ***"O preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada"***, sob responsabilidade da aluna Natalia de Castro Nascimento, e com orientação da Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges, nas dependências deste serviço, tão logo seja apresentada aprovação por Comitê de Ética de Pesquisa.

São Paulo, 29 de janeiro de 2015.

Ana Silvia Whitaker Dalmaso
Diretor Técnico
Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA "GERALDO DE PAULA SOUZA"
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Av. Dr. Arnaldo, 925 – CEP: 01246-904 – Cerqueira César – São Paulo
Telefone/Fax: 3061-7721 /e-mail: csgps@usp.br
CNPJ : 63.025.530/0017-71

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro que esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa "O PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE MULHERS COM GRAVIDEZ PLANEJADA", e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Esta Instituição conhece e se compromete a cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

São Paulo, 27 de janeiro de 2015.

Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo
Diretor Técnico
CSE "Geraldo de Paula Souza"

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE MULHERES COM GRAVIDEZ
Pesquisador: Natália de Castro Nascimento
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 42436815.0.0000.5392
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 995.432
Data da Relatoria: 17/03/2015

Apresentação do Projeto:
Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo descritiva. Será realizada em dois centros de saúde escola, da cidade de São Paulo, com mulheres que planejaram a gestação atual ou ocorrida há menos de cinco anos. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada.
Mulheres que planejam a gravidez são mais propensas a realizar o preparo pré-concepcional. No Brasil, sabe-se que apenas uma parte das mulheres brasileiras planeja sua gravidez. Assim, é oportuno mensurar a ocorrência do preparo pré-concepcional entre mulheres que planejaram sua gravidez, compreender no que consiste esse preparo e, principalmente, compreender as razões pelas quais parte das mulheres não o realiza.
A pesquisa será realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo: o Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza,da Faculdade de Saúde Pública da USP; e o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP. O estudo será desenvolvido com 264 mulheres gestantes com gravidez planejada ou mulheres que tiveram uma gravidez planejada nos cinco anos antes à pesquisa. Para classificar o planejamento da gravidez, será utilizado o London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP), versão Brasil. O LMUP é um instrumento que mensura o planejamento da gravidez, independente do resultado da gestação, podendo ser usado retrospectivamente. As mulheres grávidas ou que estiveram grávidas nos

últimos cinco anos anteriores à pesquisa, presentes por qualquer razão nas UBS nos dias nos quais a pesquisadora estiver presente, serão convidadas a participar da pesquisa. Primeiramente, serão explicados os objetivos e o procedimento da pesquisa. Posteriormente, será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mulheres. Após leitura e consentimento, será aplicado o LMUP. Se a gravidez for classificada como planejada, inicia-se a entrevista. Se a gravidez for considerada como não planejada ou ambivalente, a participação da mulher na pesquisa será encerrada com um agradecimento. A entrevista terá duração aproximada de 15 minutos e será norteada por um instrumento estruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada.

Objetivo Secundário:

Estimar a prevalência de mulheres com gravidez planejada que realizaram o preparo pré-concepcional.Descrever as ações realizadas pelas mulheres com gravidez planejada no tocante ao preparo pré-concepcional.Descrever as razões pelas quais as mulheres com gravidez planejada não realizaram o preparo pré-concepcional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos oferecidos serão mínimos, estando relacionado com o sigilo das participantes, além do tempo demandado para a realização das entrevistas.

Benefícios:

Após a entrevista as participantes receberão orientações individuais da própria entrevistadora sobre os conteúdos abordados durante a entrevista referente ao preparo pré-concepcional de acordo com a demanda e necessidade de cada participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delineada, com referencial teórico suficiente e apropriado. A descrição dos procedimentos está bem apresentada e os instrumentos a serem utilizados foram apresentados. Sem pendências éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido está apropriado e não apresenta pendências éticas.

Foram apresentadas as cartas de anuência dos dois centros de saúde escola envolvidos no projeto e a Faculdade de Saúde Pública foi incluída como co-participante.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 23 de Março de 2015

Assinado por: Marcelo José dos Santos (Coordenador)