



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

CAROLINA RODRIGUES DE OLIVEIRA SOUSA

**IMPACTO DA INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL  
E CIGARRO POR GESTANTES NO NORDESTE BRASILEIRO**

TERESINA

2018

CAROLINA RODRIGUES DE OLIVEIRA SOUSA

**IMPACTO DA INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL  
E CIGARRO POR GESTANTES NO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes

Área de concentração:  
Saúde Pública

Linha de pesquisa:  
Análise de Situações de Saúde.

TERESINA

2018

CAROLINA RODRIGUES DE OLIVEIRA SOUSA

**IMPACTO DA INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL  
E CIGARRO POR GESTANTES NO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Keila Rejane Oliveira Gomes (UFPI)  
Presidente

---

Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro (UESPI)  
Examinador externo

---

Prof. Dr. Cássio Eduardo Soares Miranda (UFPI)  
Examinador interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regilda Saraiva dos Reis Moreira Araújo (UFPI)  
Examinador Suplente

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade, por me guiar nessa jornada com força e foco, e me conceber a bênção da concretização desse sonho.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes, pela presença e dedicação constante, por todo conhecimento compartilhado, por ter sido exemplo de docente dotada de ética e sabedoria e por não ter medido esforços para que juntas pudéssemos construir esse trabalho com compromisso e qualidade.

Aos membros da banca examinadora por terem aceitado o convite e pelas valiosas contribuições.

Às mulheres participantes da pesquisa, que concederam informações fundamentais para que esta se concretizasse.

À Fundação Oswaldo Cruz, pela concessão do banco de dados.

Ao estatístico, Paulo Germano Sousa, pelo desenvolvimento da análise estatística desta dissertação.

Aos meus queridos pais, Rocheles e Cristovão, pelo esforço constante em priorizar minha educação, pelo apoio incondicional em cada momento, em cada decisão, sendo sempre os maiores incentivadores e por acreditarem em mim.

À minha irmã, Mariana, pelo carinho, apoio e amizade.

Aos meus familiares, pela torcida, em especial, à minha sobrinha Ana Maria, por fazer meus dias mais alegres.

À minha amiga Laura, pela presença, carinho, por dividir conquistas, angústias, conhecimentos, pelas palavras de apoio, de estímulo e pela torcida diária.

À Secretaria Municipal de Saúde de Pedro II, em especial, à secretária Tatiana e à coordenadora Karen por permitirem meu afastamento para as atividades do mestrado.

Aos amigos de turma e agora da vida, Cyntia e Roni, pelo companheirismo, ensinamento, pelas palavras de conforto, pelo afeto e carinho.

Aos professores pelo conhecimento partilhado.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade por ter possibilitado esse passo tão importante na minha vida profissional e acadêmica.

A todos, muito obrigada!

“...para mim, é impossível existir sem sonho. A vida na sua totalidade me ensinou como grande lição que é impossível assumi-la sem risco.”

Paulo Freire

## RESUMO

SOUSA, C. R. O. **Impacto da intenção de engravidar sobre o consumo de álcool e cigarro por gestantes no Nordeste brasileiro.** 2018. 68f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina – PI, 2018.

**INTRODUÇÃO:** O hábito de consumir álcool e cigarro na gravidez constitui um problema de saúde pública, uma vez que pode levar ao comprometimento, muitas vezes irreversível, à saúde da mulher e do feto. Acredita-se que a intencionalidade da gravidez pode influenciar o comportamento materno em relação à manutenção desses hábitos durante a gestação. **OBJETIVO:** Analisar o impacto da intenção de engravidar no consumo de cigarro e álcool por gestantes no Nordeste brasileiro. **METODOLOGIA:** Estudo transversal realizado com 5.563 puérperas e seus conceitos na região Nordeste do Brasil, selecionadas por amostragem probabilística. A coleta de dados ocorreu no ano de 2012 por meio de entrevista, a partir de formulário eletrônico pré-testado, e consulta ao prontuário hospitalar. Realizaram-se análises univariadas, por meio de estatística descritiva; bivariada utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson; e multivariada, por meio de Regressão Logística Múltipla. **RESULTADOS:** Predominaram puérperas na faixa etária de 20 a 34 anos (68,0%), baixa escolaridade (59,2%), com companheiro (83,0%), sem trabalho remunerado (68,4%), múltiparas (51,8%), com aborto anterior (31,6%), que referiram gravidez em momento inoportuno (55,2%), satisfação ao tomarem conhecimento da gestação (69,4%), com pré-natal (98,5%), com seis ou mais consultas (71,4%). A análise multivariada indicou maior propensão para consumo de álcool e cigarro durante a gestação em puérperas que não queriam engravidar ( $p=0,048$ ), queriam esperar mais tempo para engravidar ( $p=0,048$ ), se declaram insatisfeitas ao saberem da gravidez ( $p=0,001$ ) e tentaram interromper a gravidez ( $p<0,001$ ). **CONCLUSÃO:** O hábito de consumir álcool e cigarro durante a gestação foi influenciado pela intencionalidade da gravidez. Os achados evidenciaram a necessidade de melhorias na qualidade dos serviços de planejamento familiar, a fim de contribuir para que as mulheres mudem sua percepção de risco e, portanto, seu comportamento, adotando medidas de prevenção às gravidezes não intencionais e aos desfechos desfavoráveis decorrentes do consumo de cigarro e álcool.

**Palavras-chave:** Gravidez. Intenção. Comportamento materno. Álcool. Cigarro. Planejamento familiar.

## ABSTRACT

SOUSA, C. R. O. **Impact of the intention to become pregnant on the consumption of alcohol and cigarettes by pregnant women in Northeast Brazil.** 2018. 68f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina – PI, 2018.

**INTRODUCTION:** The habit of consuming alcohol and cigarettes during pregnancy is a public health problem, since it can lead to the commitment, often irreversible, to the health of the woman and the fetus. It is believed that the intentionality of pregnancy can influence maternal behavior in relation to the maintenance of these habits during pregnancy. **OBJECTIVE:** To analyze the impact of the intention to become pregnant in the consumption of cigarettes and alcohol by pregnant women in Northeast Brazil. **METHODOLOGY:** A cross-sectional study with 5,563 puerperae and their concepts in the Northeast region of Brazil, selected by probabilistic sampling. The data collection took place in 2012 through an interview, using a pre-tested electronic form, and consulting the hospital chart. Univariate analyzes were performed using descriptive statistics; bivariate analysis using the Pearson chi-square test; and multivariate, through Multiple Logistic Regression. **RESULTS:** Predominant postpartum women in the 20-34 age group (68.0%), low schooling (59.2%), companion (83.0%), no paid work (68.4%), multiparous women (51 , With previous abortion (31.6%), who reported pregnancy at an inopportune time (55.2%), satisfaction at the knowledge of pregnancy (69.4%), prenatal care (98.5% ), with six or more consultations (71.4%). The multivariate analysis indicated a higher propensity for alcohol and cigarette consumption during pregnancy in postpartum women who did not want to become pregnant ( $p = 0.048$ ), who wanted to wait longer to conceive ( $p = 0.048$ ), declare unsatisfied with pregnancy ( $p = 0.001$ ) and attempted to discontinue pregnancy ( $p < 0.001$ ). **CONCLUSION:** The habit of consuming alcohol and cigarettes during gestation was influenced by the intentionality of pregnancy. The findings evidenced the need for improvements in the quality of family planning services, in order to contribute to women changing their perception of risk and, therefore, behavior by adopting measures to prevent unintended pregnancies and unfavorable outcomes due to cigarette and alcohol consumption.

**Keywords:** Pregnancy. Intention. Maternal behavior. Alcohol. Cigarette. Family planning.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

FASD – Transtorno do Espectro do Álcool Fetal

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IC 95% - Intervalo de confiança de 95%

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

RLM - Regressão Logística Múltipla

SAF - Síndrome Alcólica Fetal

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIF - *Variance Inflation Factor*

WHO – World Health Organization



## **LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS**

Tabela 1 - Análise univariada das características sociodemográfica e econômicas, antecedentes obstétricos e assistência pré-natal de puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012.

Tabela 2 - Análise bivariada da associação entre fumar nos primeiros cinco meses da gravidez ou ingerir bebida alcoólica durante a gravidez com as características sociodemográfica e econômicas, antecedentes obstétricos e assistência pré-natal de puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012.

Tabela 3 - Análise multivariada da associação entre fumar nos primeiros cinco meses da gravidez ou ingerir bebida alcoólica durante a gravidez com intenção de engravidar, de puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 OBJETIVOS</b>	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	15
3.1 Saúde sexual e reprodutiva: a intencionalidade da gravidez e o planejamento familiar	15
3.2 Intencionalidade da gravidez e assistência ao pré-natal	19
3.3 Intencionalidade da gravidez e uso de álcool e cigarro na gestação	22
<b>4 METODOLOGIA</b>	28
<b>ARTIGO: Impacto da intenção de gravidez sobre o consumo de tabaco e álcool por gestantes do Nordeste brasileiro</b>	29
<b>5 CONCLUSÃO</b>	48
<b>REFERÊNCIAS</b>	49
<b>ANEXOS</b>	62

## 1 INTRODUÇÃO

A consolidação da cidadania feminina é tida como o reconhecimento da capacidade da mulher para regular sua fecundidade, deslegitimando qualquer tentativa no sentido do desenvolvimento de políticas de caráter controlador ou expansionista em relação à natalidade. Ter o reconhecimento desses direitos e autonomia sobre sua capacidade reprodutiva constitui passo importante na vida da mulher quanto ao desenvolvimento de relações mais igualitárias (CAVALHIERI, 2011).

Apesar dos avanços observados e de ter se passado bastante tempo desde a definição dos direitos sexuais e reprodutivos em âmbito mundial, ainda há lacunas para a consolidação desses direitos, visto que há diferença considerável entre o preconizado nas ações de promoção e atenção à saúde da mulher e o que de fato é ofertado (CAVALHIERI, 2011).

Em relação ao planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras, além da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), inquérito recente sobre nascimento “Nascer no Brasil”, realizado em 2012 com puérperas em estabelecimentos de saúde de todo o país, constitui fonte de informação nacional, uma vez que avalia indiretamente o planejamento da gravidez por meio da seguinte pergunta: Na gravidez, queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo ou não queria mais filhos? (BERQUÓ, LIMA, 2009; LEAL; GAMA, 2014).

A gravidez pode acontecer para a maioria da população em algum momento da vida, portanto, a capacidade de determinar se e quando ter um filho deve ser considerada um direito humano fundamental e uma base sólida para os esforços que direcionem profissionais de saúde pública, mulheres e casais na prevenção de uma maternidade não intencional (SANTELLI et al., 2003; KOST; LINDBERG, 2015).

Os dados de 2006 da PNDS demonstraram que apesar da alta prevalência de uso de métodos anticoncepcionais no país, apenas 54% dos nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores à pesquisa foram desejados naquele momento. Além disso, pesquisa recente do Fundo de População da Organização das Nações Unidas (ONU) mostrou que quase metade das gestações no Brasil não é planejada, alertando que a demanda não atendida por contraceptivos é estimada entre 6% e 7,7%, a qual afeta cerca de 3,5 a 4,4 milhões de mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2008; ONU, 2016a).

A priori, os termos planejamento, desejo e intencionalidade de uma gravidez parecem ser sinônimos, entretanto não são. As intenções de gravidez são cada vez mais vistas como abrangendo dimensões afetivas, cognitivas e culturais, e o seu conhecimento ajuda a projetar programas de planejamento familiar, prever a fertilidade, estimar a necessidade de contracepção insatisfeita e, em especial, a compreender o impacto que provocam no comportamento materno o qual afeta diretamente a saúde e o bem-estar da criança (SANTELLI et al., 2003; SANCHES, 2013).

Dentre os tipos de gravidez quanto à intencionalidade, a não intencional é o principal alvo das políticas de saúde pública, visto que está relacionada aos efeitos negativos mais significativos sobre o comportamento das mães durante e após a gestação e aos desfechos adversos da saúde materno-infantil (LINDBERG et al., 2015).

Nesse sentido, cabe ressaltar que assim como as condições financeiras, escolaridade e relações de convivência familiar, a intenção de engravidar também tem sido apontada como um dos fatores que podem levar mulheres grávidas a fumarem e consumirem bebida alcóolica durante a gestação. Estudos têm mostrado que, apesar do alcoolismo e do tabagismo ainda serem bastante subnotificados, principalmente devido ao receio da paciente em confessar seu verdadeiro status por sentir-se em situação de desconforto ou vergonha, e ainda devido à falta de competência dos profissionais em detectar e lidar com esse problema no pré-natal, há número significativo de gestantes que perpetuam tal comportamento, principalmente quando essa gestação não é desejada (FREIRE, PADILHA, SAUNDERS, 2009; CHILSOM; CHENG; TERPLAN, 2014; LUCCHESI et al., 2016; PRYOR et al., 2017).

O hábito de consumir álcool e cigarro constitui um comportamento materno de risco, uma vez que pode levar ao comprometimento, muitas vezes irreversível, à saúde da mulher e do bebê. Há variações na prevalência desses hábitos de 6,0% a 75,0% para o álcool e 4,2% a 18,9% para o cigarro no mundo (SKAGERSTRÖM et al., 2013; CHANG, 2014; DEVIDO; BOGUNOVIC, WEISS, 2015; LÓPEZ; FILIPPETTI; CREMONTEI, 2015). Estima-se que no Brasil a prevalência seja de 6,09% de gestantes para o uso de álcool e 9,14% para o uso de cigarro, enquanto estudo italiano mostrou prevalência de 22,3% e 7,2% de gestantes para o uso de álcool e cigarro, respectivamente (KASSADA et al., 2013; ESPOSITO et al., 2015).

Considerando a repercussão negativa que uma gravidez não intencional pode ter na vida materna, bem como na de sua prole, este estudo busca verificar se a intenção de engravidar influencia hábitos maternos (de consumo de cigarro e/ou álcool) tidos como de risco. Com isso, o estudo contribuirá para identificar desfechos indiretos decorrentes de possíveis falhas de políticas públicas voltadas ao planejamento familiar e gerar ganhos potenciais para a saúde materno-infantil.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- Analisar o impacto da intenção de engravidar no consumo de álcool e cigarro por gestantes no Nordeste brasileiro.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as participantes quanto a aspectos sociodemográficos e reprodutivos;
- Verificar a associação entre a intenção de engravidar e o consumo de álcool e cigarro na gestação.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Saúde sexual e reprodutiva: a intencionalidade da gravidez e o planejamento reprodutivo

A integração dos direitos sexuais e reprodutivos nas políticas públicas representa um marco histórico no que se refere à conquista da autonomia na vida reprodutiva e sexual, nas dimensões da cidadania e do desenvolvimento das relações igualitárias. Para isso é necessário que os homens e mulheres tenham acesso a todo tipo de informação primordial relativa à sexualidade, à maternidade e paternidade. Esse processo cria um vínculo entre os agentes envolvidos, além de estimular hábitos de vida saudáveis e livres de riscos (PIROTA, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2013).

Dentre as iniciativas voltadas para atenção à saúde sexual e reprodutiva foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, em 1984, sendo entendido como uma política de assistência à população feminina, principalmente em idade fértil, dentro do SUS, que teve como ponto crucial a inclusão da anticoncepção, descrevendo que o Estado seria responsável por proporcionar meios e informações adequadas aos cidadãos, para que estes fossem capazes de planejar suas famílias (BRASIL, 2004). Dessa forma, o PAISM foi o primeiro programa a estabelecer entre suas ações o planejamento familiar como forma de regular a fecundidade, tornando-se um programa singular por redimensionar o significado do corpo feminino, marcando a inclusão dos conceitos de universalidade e integralidade às políticas públicas de saúde (SILVA et al., 2011).

Esses aspectos estão garantidos pela Lei 9.263/96, que trata do planejamento familiar como um conjunto de ações para a regulação da fecundidade por meio de atividades preventivas e educativas que garantam o acesso igualitário às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis, garantindo o direito de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, sendo proibida a utilização de ações para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996a; SILVA et al., 2011; BRASIL, 2013).

Ainda no contexto dos direitos reprodutivos, em 2002, o Ministério da Saúde lançou manual técnico com instruções relativas à assistência à anticoncepção, em

que preconiza a realização de atividades educativas, de aconselhamento e clínicas, a serem desenvolvidas em todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde. Em 2004, a partir da reformulação do PAISM, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), cujo principal objetivo foi a redução da morbimortalidade da mulher em todas as fases do ciclo vital, sendo reafirmada a valorização de ações educativas e a incorporação da mulher como sujeito ativo no autocuidado quanto às questões de saúde. Em 2005 foi promulgada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, que apesar de objetivar a ampliação da oferta de métodos contraceptivos reversíveis, a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da reprodução humana assistida no SUS, praticamente não foi efetivada, por falta de financiamento. E, no mesmo contexto, em 2007, foi lançada a Política Nacional de Planejamento Familiar, tendo como principal meta a oferta de métodos contraceptivos (OSIS, 1998; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; SOUTO, 2008; SILVA et al., 2011).

A assistência ao planejamento familiar também está amparada na Constituição Federal de 1988, art. 226, parágrafo 7º, sendo pautada no princípio da paternidade responsável e visa oferecer à comunidade atendida o acesso a orientações e meios para bem planejar a família, proporcionando a atenção necessária tanto perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento. Portanto, deve ser desenvolvida em todas as instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 1988; PEREIRA et al., 2006; BRASIL, 2013; COSTA et al., 2013).

Dentre os inúmeros elementos que podem favorecer o desenvolvimento adequado da gravidez, o planejamento familiar constitui um dos mais importantes, uma vez que oportuniza aos indivíduos espaçarem e limitarem as gestações de acordo com suas necessidades e desejo, com impacto direto sobre o resultado de cada gestação bem como sobre a saúde e o bem-estar materno-infantil (BERLOFI et al., 2006; MOURA; GOMES 2014).

Todavia, as dificuldades para exercitar os direitos sexuais e reprodutivos, principalmente quanto ao uso de métodos contraceptivos, têm interferido na autonomia, liberdade e exposto as mulheres a uma série de situações que comprometem sua saúde, dentre elas, as consequências de uma gravidez não intencional (BRASIL, 2012; COELHO et al., 2012; MASINTER; FEINGLASS; SIMON, 2013; BORRERO et al., 2015).



A intencionalidade de gravidez é um constructo intimamente ligado aos direitos sexuais e reprodutivos, visto que variações na intencionalidade ocorrem conforme variam as garantias desses direitos, e devido a essa ligação, gestações podem ser classificadas segundo a intencionalidade, em: planejada ou intencional, quando é programada pela mulher ou pelo casal; e não planejada ou não intencional, quando ocorre sem planejamento prévio à concepção. A gravidez não intencional ainda pode ser subdividida em indesejada, quando ocorre sem que a mulher tenha desejado, e inoportuna, quando ocorre em momento desfavorável da vida da mulher (SANTELLI et al., 2003; CONCEIÇÃO; FERNANDES, 2015).

A gravidez não intencional constitui importante problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos, apesar do amplo acesso a métodos contraceptivos, bem como nos países em desenvolvimento, onde a maioria das gravidezes não intencionais tornam as mulheres mais vulneráveis a situações de adoecimento e morte associados à prática de aborto inseguro, inadequado acompanhamento de pré-natal, depressão materna e consumo de álcool e tabaco durante a gestação, com consequências diretas na saúde da criança. Tudo isso aumenta os custos para cuidados neonatais e custos associados a incapacidades de longa duração para mulheres e bebês (SINGH; SEDGH; HUSSAIN, 2010; HIGGINS; POPKIN; SANTELLI, 2012; EXAVERY et al., 2013; FINER; ZOLNA, 2014; LEPPER et al., 2015; SPEIZER; LANCE, 2015; LUKASSE et al., 2015; WULIFAN et al., 2016).

A taxa mundial de gravidez não intencional em 2012 foi de 53 por 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos, sendo a taxa mais alta a da África (80 por 1.000) e as mais baixas as da Europa e da Oceania (43 por 1000). No Brasil, os valores ainda são altos apesar da redução dramática nas taxas de fertilidade e do uso generalizado de métodos contraceptivos. De acordo com pesquisa nacional sobre parto e nascimento, cerca de 30,0% das mulheres não desejaram a gravidez em curso, 9,0% ficaram insatisfeitas com a gestação e 2,3% tentaram interrompê-la (BERQUÓ; LIMA, 2009; BRASIL, 2012; LEAL; GAMA, 2014; SEDGH et al., 2014).

É também nesse contexto que se destaca a questão do aborto inseguro. Estudo sobre a tendência espaço-temporal desse tipo de procedimento no Brasil no período de 1996 a 2012 mostrou que, mesmo com uma redução progressiva desta prática no país, o aborto ainda configura-se grave e negligenciado problema a nível nacional. Além disso, segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2016, das 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos entrevistadas, 13% já fez ao menos

um aborto, referindo ainda que, por aproximação, é possível dizer que, aos 40 anos de idade, quase uma em cada cinco mulheres abortou previamente. De maneira mais pontual, pesquisa sobre fatores preditores de abortamento em adolescentes de capital nordestina mostrou que aquelas que estavam experimentando mais de duas gestações eram mais propensas a abortar do que aquelas que estavam vivenciando a segunda gestação, remetendo ao fato de que quanto maior o número de gestações inesperadas ou indesejadas, maior a chance da mulher induzir o aborto como método de controle da natalidade (MARTINS-MELO et al., 2014; MARANHÃO; GOMES; BARROS, 2016; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Diante de um quadro de vivências de gestações inoportunas ou mesmo indesejadas e interrupções voluntárias da gravidez, as políticas públicas destinadas ao planejamento reprodutivo devem ter como meta os princípios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) nas Conferências do Cairo em 1994 e Pequim em 1995, de modo que possibilitem as mulheres e os casais satisfazerem seus propósitos reprodutivos, entre os quais evitem gestações não planejadas (ONU, 1994; ONU, 1995; TAVARES; LEITE; TELLES, 2007).

De forma mais abrangente, estudos têm mostrado que uma maneira de avaliar as intenções da gravidez e o risco de gravidez não intencional é examinar as motivações das mulheres para evitar uma gravidez e como isso corresponde ao uso de anticoncepcionais. Pesquisas sobre a necessidade insatisfeita de limitação (mulheres que gostariam de evitar ou postergar uma gravidez, bem como grávidas ou amenorreicas que não tinham planejado a sua atual ou última gravidez e não estavam usando nenhum contraceptivo quando engravidaram) mostraram que a realização do planejamento familiar é efetiva na redução do risco de gravidez não intencional, mas não completamente. Isso pode ser explicado pelo fato de que a adesão consistente e o acesso aos métodos estão sob influência de vários fatores diferentes, sejam eles individuais, interpessoais e ambientais (SPEIZER; LANCE, 2015; WULINFAN et al., 2016).

Nessa perspectiva, além de medidas como o acesso e a utilização dos serviços e ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, a adequada orientação e provisão de métodos contraceptivos a cada mulher se configuram como estratégias essenciais para a prevenção de desfechos desfavoráveis decorrentes de gravidezes não intencionais, principalmente nas populações mais vulneráveis. Socialmente, é necessário compreender quais fatores atuam como barreiras no uso

do planejamento familiar e assim estabelecer uma base de evidência adequada para apoiar o projeto de políticas voltadas para neutralizar as necessidades insatisfeitas. (GOMES et al., 2006).

Compreender a intencionalidade da gravidez é essencial, na medida em que permite a prevenção e a promoção da saúde sexual e reprodutiva, a análise do comportamento relacionado à fecundidade, a avaliação das ações de prevenção da gravidez não planejada, assim como pode permitir entendimento do impacto desta intenção sobre os hábitos maternos durante a gestação, os quais podem repercutir negativamente na saúde da gestante e de seu feto.

### 3.2 A intencionalidade da gravidez e a assistência ao Pré-Natal

A gestação, independentemente da idade da mulher, constitui um período distinto na sua vida e também no de sua família, sendo um evento responsável por despertar sentimentos e comportamentos intensos advindos de mudanças em vários aspectos familiares. Durante essa fase, a mulher passa da condição de filha para a de também mãe, além de experimentar modificações fisiológicas, emocionais, sociais e espirituais, necessitando reajustar seus processos interpessoais e os papéis que exerce, para que consiga viver esse momento da melhor forma (ARAÚJO et al., 2012; BRASIL, 2012; ROCHA et al., 2016).

Um dos papéis que se altera com a gestação e até pode gerar conflitos é a própria conjugalidade, visto que entre casais até então sem filhos, o que antes era apenas homem e mulher passará a se constituir pai, mãe e filho e essa transição exige transformações fundamentais nos padrões anteriores da interação conjugal, uma vez que a chegada do novo componente familiar redirecionará a atenção e os investimentos do casal (PICCININI et al., 2008; JAGER; BOTTOLI, 2011; CRUZ; MOSMANN, 2015).

Vários são os fatores que influenciam fortemente o seguimento da maternidade, tais como a estrutura da personalidade, a capacidade de resolução de conflitos, as circunstâncias em que a gravidez ocorre, as características de sua evolução, o fator econômico, o processo de assistência, apoio e, principalmente, as expectativas com relação ao bebê. É nesse contexto que ter sido intencional ou não, desejada ou não, tornam-se aspectos importantes e podem impactar positivamente ou negativamente junto a esses fatores (WRONSKI et al., 2016).

A determinação de ser ou não mãe não é uma decisão simples. Para algumas mulheres, a gravidez pode ser um momento muito esperado, sinônimo de realização e alegria, fruto do amor conjugal. Contudo, para outras pode significar momento de desgosto, incerteza a até mesmo de desespero, visto que a gestação pode atrapalhar seus projetos, haja vista que a responsabilidade pela maternidade recai basicamente sobre elas. Não obstante, muitas delas vivem a ambivalência dos dois sentimentos (PADILHA, 2011; HIGGINS; POPKIN; SANTELLI, 2012; AIKEN; DILLAWAY; MEVS-KORFF, 2015).

O apoio e a aceitação da gravidez por parte da mulher e dos familiares poderão ser cruciais para ultrapassar a ambivalência afetiva vivida por algumas grávidas. Assim, apesar disso se manifestar com maior exacerbação no primeiro trimestre, o processo necessita ser contínuo para que haja o bom desenvolvimento da ligação com o filho (MOTA, 2011; HIGGINS; POPKIN; SANTELLI, 2012).

Nessa fase da vida os cuidados com a mulher são de grande importância tanto para reduzir a mortalidade materna, a qual consistia em uma das principais metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), quanto a mortalidade neonatal. É notório que os fatores sociodemográficos e as características maternas promovem forte influência, mas a atenção pré-natal destaca-se como fator essencial para o desenvolvimento de uma gravidez de alta qualidade, visto que funciona como porta de entrada para a detecção e gestão precoce de potenciais fatores de risco para complicações associadas à gestação, possibilitando intervenções oportunas e prevenção de resultados adversos (WHO, 2005; WHO, 2010; EXAVERY et al., 2013).

No entanto, o uso dos serviços de assistência pré-natal é limitado, especialmente em países em desenvolvimento (DIBABA; FANTAHUN; HINDIN, 2013). Em âmbito nacional, apesar de pesquisa ter evidenciado cobertura quase universal da assistência pré-natal (98,7%), a qualidade de acesso no que se refere ao início do acompanhamento, ao número de consultas e à realização de procedimentos básicos conforme preconizado pelo MS, deixa a desejar em várias regiões do país (BRASIL, 2012; VIELLAS et al., 2014). Diversos fatores podem contribuir para o início tardio ou não realização do pré-natal, a exemplo dos aspectos econômicos e sociodemográficos, com maior probabilidade de mulheres com baixa escolaridade, negras, indígenas e residentes em regiões menos desenvolvidas, como as regiões Norte e Nordeste, terem menos acesso à assistência ao pré-natal.

Nessas localidades as mulheres frequentam menos as consultas, sendo muitas vezes de quantidade inferior ao número necessário para que a gestação curse de maneira saudável (SINGH; SEDGH; HUSSAIN, 2010; VIELLAS et al., 2014; NUNES et al., 2016).

Estudos têm avaliado a relação entre a intenção de gravidez e os cuidados pré-natais, evidenciando que as mulheres com gravidez intencionais em comparação com aquelas que não têm intenção de engravidar, provavelmente estarão melhores preparadas, emocionalmente e financeiramente, para as demandas da gestação e maternidade e mais propensas a cuidar melhor de si e do feto (BARRICK; KOENIG, 2008; BASSANI; SURKAN; OLINTO, 2009; DIBABA; FANTAHUN; HINDIN, 2013).

Pesquisa realizada em Bangladesh mostrou que mães de crianças cujas gestações foram indesejadas tiveram maior risco de não procurar cuidados pré-natais do que aquelas cujas gestações foram intencionais, o que é corroborado por outros estudos que revelam que mulheres com gravidezes não intencionais realizam o pré-natal mais tardiamente (EROL et al., 2010; DIBABA; FANTAHUN; HINDIN, 2013; BISHWAJIT et al., 2017).

Mulheres que concebem uma gestação não intencional, principalmente quando indesejada, podem não reconhecer a gravidez imediatamente, e mesmo que a mulher suspeite ou saiba estar grávida, pode não procurar serviços de pré-natal e/ou manter boas práticas de saúde por aspectos emocionais, pela falta de apoio familiar e até mesmo pela própria falta de estrutura econômica (EROL et al., 2010; RAHMAN et al., 2016).

Em contrapartida, pesquisas também têm revelado uma associação inconsistente (GAGE, 1998; MARSTON; CLELAND, 2003). Essa variação pode ser devida à complexidade de medição da intencionalidade da gestação, uma vez que esta envolve emoção humana e fatores psicológicos que podem divergir em diferentes épocas e estratos socioeconômicos de uma sociedade, principalmente quando se comparam países desenvolvidos e países em desenvolvimento (TOUGH et al., 2006; PEADON et al., 2011).

Não obstante, ressalta-se mais uma vez a importância da realização do planejamento familiar, uma vez que além de proteger as mulheres de gestações não intencionais, ainda permite um vínculo maior delas com os serviços de saúde e consequente disseminação de informações quanto aos comportamentos protetores

durante a gravidez, o que facilita a sua busca e comparecimento às consultas de pré-natal.

Mesmo que a subutilização de serviços esteja associada a questões organizacionais, geográficas, culturais, econômicas, trabalhar a singularidade dos casos por meio de uma assistência individualizada da gestante, principalmente reconhecendo seus desejos e necessidade, é fundamental para detectar e minimizar os fatores de risco que podem prejudicar a evolução da gestação e, por conseguinte, evitar desfechos desfavoráveis tanto para a mulher quanto para o concepto. Além disso, é compreendendo todos esses fatores que se torna possível a implementação dos programas de saúde materno-infantis, de maneira que esse grupo populacional utilize toda a potencialidade oferecida pelos serviços de saúde.

### 3.3 Intencionalidade da gravidez e o uso de álcool e cigarro na gestação

A premissa de que a maternidade não intencional tem efeitos negativos sobre o comportamento das mães durante e após a gravidez e que tais comportamentos afetam diretamente a saúde e o bem-estar materno-infantil têm influenciado a política de saúde pública e grande parte da pesquisa atual sobre planejamento reprodutivo (LINDBERG et al., 2015; KOST; LINDBERG, 2015).

Estudos têm mostrado que muitas mulheres com gravidezes não intencionais atrasam seus cuidados pré-natais, são mais propensas a ter um consumo inadequado de ácido fólico antes da gravidez, reduzem a duração da amamentação, além de correrem o risco de desenvolver problemas de saúde mental (BRASIL, 2006; SIRVINSKIENÉ et al., 2016). É com base nesses riscos que as mulheres em idade fértil são recomendadas a realizarem planejamento familiar e adotarem cuidados relacionados à saúde.

Acredita-se que a ocorrência de gravidez em contextos inoportunos pode levar à intensificação de determinados hábitos, aumentando as chances de exposição a substâncias insalubres tais como o álcool e tabaco. Estudos que analisaram a relação entre intenção de gravidez, comportamentos maternos e saúde infantil observaram maior uso de álcool e cigarro quando as gravidezes foram indesejadas ou inoportunas (CHENG et al., 2009; CHUANG et al., 2010; CHUANG et al., 2011; CHISOLM; CHENG; TERPLAN, 2014). Em âmbito nacional, estudo sobre fatores associados à gravidez não intencional revelou alta prevalência desse tipo de

gestação, que afeta mais do que 50% de todas as gravidezes levadas ao parto. E, mais especificamente, encontrou que as mulheres cujas gravidezes não foram planejadas foram mais propensas ao abuso de álcool e uso do cigarro. (THEMME-FILHA et al., 2016).

Com a evolução da sociedade moderna e a inclusão da mulher no mercado de trabalho, proporcionando maior independência financeira e autonomia social, tem sido observado o aumento no consumo de álcool e cigarro por esta população, sendo que fatores como ansiedade, stress, solidão, depressão, dificuldades no trabalho e problemas na família são tidos como os principais responsáveis por este cenário (OLIVEIRA; SIMÕES, 2007; ECKERDT; CORRADI-WEBSTER, 2010; SILVA; LYRA, 2015). Esse novo comportamento feminino é um assunto preocupante para a saúde pública, principalmente quando acontece em sua idade reprodutiva e mais ainda durante a gestação, quando além de sua própria exposição aos malefícios decorrentes do uso destas substâncias, irá expor também o feto. Não obstante, pesquisas têm mostrado que a continuação desse hábito, mesmo após a descoberta de uma gravidez, está relacionada a aspectos socioeconômicos, familiares, culturais e, especialmente à não intencionalidade da concepção (HAN; NAVA-OCAMPO; KOREN, 2005; SMEDBERG et al., 2014; SIRVINSKIENÉ et al., 2016).

Pesquisa feita em 15 países europeus sobre as características de mulheres que continuam a fumar durante a gravidez mostrou que de 35% das mulheres que fumavam, 26,2% continuaram a fumar durante a gravidez (SMEDBERG et al., 2014). Em estudo sobre a associação do tabagismo durante a gravidez com o bem-estar emocional materno, 14,8% das mães participantes revelaram ter mantido o hábito durante a gestação. Além disso, o mesmo estudo mostrou que a não aceitação da gravidez pela mãe aumentou em duas vezes a probabilidade para o consumo de tabaco nesse período (SIRVINKIENÉ et al., 2016).

O uso de álcool e/ou cigarro pode levar ao comprometimento, muitas vezes irreversível, da integridade da saúde da mulher e da criança, e seus efeitos estão relacionados ao tipo de substância consumida e quantidade. Importante destacar que a passagem rápida das substâncias pela placenta acaba por afetar diretamente o crescimento e desenvolvimento do feto, principalmente quando o uso é iniciado no primeiro trimestre da gestação (RICCI, 2008; ROCHA et al., 2016).

O consumo de bebidas alcóolicas durante a gestação tem sido amplamente estudado pela comunidade científica (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012; PASSEY et al., 2014; LANGE et al., 2017; PRYOR et al., 2017). Em todo o mundo, a maioria das diretrizes clínicas defende que mulheres grávidas ou que planejam engravidar devem abster-se do álcool devido a possíveis consequências adversas à mãe e ao feto. A exposição ao álcool durante a gestação pode aumentar o risco de mortalidade e incidência de diferentes problemas à saúde da mulher assim como ao curso da gestação. Hipertensão, ganho de peso insuficiente, depressão, aborto espontâneo, prematuridade somados ao risco de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, convulsões, cânceres são alguns dos efeitos que a gestante pode sofrer (MORAES; REICHENHEIM, 2007; ARAÚJO, 2014).

Quanto ao feto, o álcool é um agente teratogênico e pode causar danos significativos em seu desenvolvimento, tais como o Transtorno do Espectro do Álcool Fetal (FASD). O FASD (inclui síndrome do álcool fetal (SAF), transtorno do neurodesenvolvimento relacionado com álcool e defeitos de nascimento relacionados com álcool) abrange um amplo espectro de defeitos físicos e déficits cognitivos, comportamentais, emocionais e adaptativos emocionais, bem como anomalias congênitas. Os efeitos do álcool são permanentes, levando muitas pessoas com FASD a necessitar de suporte vitalício, com consequente aumento nos custos para a sociedade. (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009; LOPES; ARRUDA, 2010; PEADON et al., 2011; BRASIL, 2012; LANGE et al., 2017).

Entre as gestantes alcoolistas, existe um risco de aproximadamente 6,0% de dar a luz a uma criança portadora de SAF. Ademais, mesmo crianças que sofreram exposição pré-natal ao álcool e que não apresentam os critérios da SAF, possuem menor capacidade de adaptação e habilidade intelectual abaixo da média em relação a indivíduos da mesma idade, dificuldades de socialização e comunicação, sendo que alguns desenvolvem desajustes comportamentais como impulsividade e promiscuidade (MOMINO; SANSEVERINO; SCHULER-FACCINI, 2008; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009).

Com relação ao consumo do cigarro, os efeitos deletérios são bastante sutis e mais difíceis de serem identificados em relação às drogas ilícitas, sendo o uso durante a gestação uma atividade que pode permanecer despercebida, trazendo consequências tanto durante a gravidez quanto na lactação. Os riscos advindos da nicotina incluem gravidez ectópica, descolamento prematuro da placenta, ruptura



das membranas e placenta prévia. Além disso, causa elevação dos batimentos cardíacos do feto, diminuição do peso, menor comprimento, problemas no desenvolvimento neurológico, bem como é responsável pelo aumento da mortalidade fetal e neonatal, pela maior frequência de abortos espontâneos e malformações fetais. (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009; BRASIL, 2012; CHILSON; CHENG; TERPLAN, 2014; KHARKOVA et al., 2016).

Além disso, em estudo sobre as consequências do tabagismo na gestação, observou-se que gestantes fumantes apresentavam menor adesão ao pré-natal, uma vez que compareciam a menor número de consultas em relação às não fumantes. Isso pode ser justificado por uma possível falta de vontade de parar de fumar ou, ainda, por falta de conhecimento sobre os malefícios desse hábito para a saúde materno-infantil (MORIN et al., 2003).

Apesar dos conhecidos danos à saúde do feto, a partir de dados de estudos consistentes é possível supor que existe certa permissividade ao uso de substâncias psicoativas durante a gestação e que são poucas as gestantes que decidem interromper o uso. As estimativas de consumo de bebida alcoólica durante o período gestacional variam entre os diferentes países. Estudo sobre a prevalência desse consumo na América Latina e no Caribe verificou que 15,2% das gestantes faziam uso de álcool no Brasil. Estas frequências foram estimadas em 12,0% nos EUA e na Suécia, 52,2% na França, 59,0% na Austrália e 60% na Rússia. Já a prevalência para o uso de cigarro, apesar de apresentar divergências, se mantém mais uniforme, variando de 9,7% na Rússia a 14,5% no Brasil e França (COLVIN et al., 2007; KRISTJANSON et al., 2007; CHAZERON et al., 2008; COMASCO et al., 2012; BRASIL, 2014; SMEDBERG, 2015; LANGE et al., 2017).

As diferenças encontradas podem estar ligadas aos programas nacionais de prevenção e combate ao etilismo e tabagismo na gestação e a fatores demográficos, culturais, raciais e socioeconômicos, ou seja, o contexto e o ambiente em que vivem ou circulam essas gestantes também pode influenciar seus hábitos, agindo como importante regulador, estimulando ou reprimindo o consumo nessa fase de suas vidas (FREIRE et al., 2005; VAZQUEZ-NAVA et al., 2016). Comportamentos favoráveis à promoção da saúde durante a gravidez podem ser inibidos por dificuldades socioeconômicas, especialmente em gravidezes não planejadas (FREIRE et al., 2005; VAZQUEZ-NAVA et al., 2016).

Pesquisas realizadas anteriormente identificaram preditores maternos para o uso de álcool e tabaco na gestação. Idade, raça, escolaridade, renda, paridade, situação marital foram algumas das características maternas associadas a esses comportamentos (ADEGBOYE et al., 2010; ERGIN et al., 2010; KHARKOVA et al., 2016). Alguns resultados mostram que mães jovens e com baixa escolaridade apresentam maior risco de manter o hábito de fumar na gestação, enquanto que estar casada e ser múltipara constituíram fatores de proteção a essa prática (ERGIN et al., 2010; PASSEY et al., 2014; KHARKOVA et al., 2016). Outros revelaram que gestantes negras, com baixa escolaridade, baixa renda e com história de aborto eram mais propensas a consumir bebidas alcóolicas nesse período da vida (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009; SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012; LEPPER et al., 2015).

A não existência de saber preciso sobre níveis seguros de consumo de cigarro e/ou álcool resulta na necessidade de desencorajamento e de abstenção dessas substâncias em mulheres grávidas (BRASIL, 2006). Mesmo que alguns estudos ainda comprovem a falta de conhecimento por parte das gestantes sobre os malefícios desses hábitos, como o realizado em Ribeirão Preto-SP, que identificou a taxa de consumo de bebidas alcóolicas de 95%, outro estudo, realizado na Noruega registrou redução significativa no uso de álcool durante a gestação devido a campanhas governamentais (FIORENTIN; VARGAS, 2006; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009).

Nesse contexto, está bem estabelecido que o comportamento materno, principalmente quanto a seus hábitos, está associado a resultados adversos da gravidez. Contudo, há lacunas nas bases científicas que tratam da relação entre o desejo de engravidar e a permanência ou cessação desses hábitos, tendendo à associação entre gravidez não intencional e o uso de álcool e/ou cigarro (VAZQUEZ-NAVA et al., 2013; ESPOSITO et al., 2015; VAZQUEZ-NAVA et al., 2016).

É fundamental a compreensão da intencionalidade da gravidez, a fim de que desfechos desfavoráveis decorrentes de gestações não intencionais sejam prevenidos por meio da elaboração e implementação de políticas públicas que contemplem a saúde de mulheres e crianças (SANTELLI et al., 2003; DUROWADE et al., 2017).

A realização do planejamento familiar e do pré-natal dá à mulher uma maior confiança de que o seguimento e o desfecho da gestação serão favoráveis tanto

para ela como para a criança. É durante a assistência ao pré-natal que a equipe identifica e é capaz de intervir precocemente nas situações de risco, além de monitorar adequadamente as complicações que surgem nesse período. Saber até que ponto a intenção de engravidar pode influenciar os hábitos maternos (beber e/ou fumar) constitui um aspecto importante a ser avaliado para uma melhor oferta de orientações às gestantes e seus acompanhantes durante as consultas e para a construção conjunta de estratégias de prevenção de gravidezes complicadas e indesejadas.

#### **4 METODOLOGIA**

Dissertação elaborada no formato de artigo, em que são mostrados: metodologia, resultados, discussão e conclusão deste estudo.

Título do artigo: Impacto da intenção de gravidez sobre o consumo de tabaco e álcool por gestantes no Nordeste brasileiro

Nome do periódico: Revista Panamericana de Saúde Pública

Área de avaliação: Saúde Coletiva

Qualis do periódico: A2

## **Impacto da intenção de engravidar sobre o consumo de álcool e cigarro por gestantes no Nordeste brasileiro.**

Carolina Rodrigues de Oliveira Sousa<sup>1</sup>

Keila Rejane Oliveira Gomes<sup>1</sup>

Paulo Germano Sousa<sup>2</sup>

1 – Universidade Federal do Piauí (UFPI), Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, do Centro de Ciências da Saúde (PPGSC/CCS), Teresina (PI), Brasil.

E-mail para correspondência: [carolxelis@hotmail.com](mailto:carolxelis@hotmail.com)

2 – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará – Campus Belém (IFPA/Belém), Belém (PA), Brasil.

### **Colaboradores**

C. R. O. Sousa elaborou a versão inicial do manuscrito, colaborou na concepção do estudo, análise dos dados, redação e revisão final do artigo. K. R. O. Gomes colaborou na concepção do estudo, análise dos dados, redação e revisão final do artigo. P. G. S. contribuiu na análise e interpretação dos dados.

### **Agradecimentos**

À Coordenação Central do Projeto “*Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*”, na ENSP/Fiocruz.

## RESUMO

**Objetivo.** Analisar o impacto da intenção de engravidar no consumo de álcool e cigarro por gestantes no Nordeste brasileiro.

**Métodos.** Estudo transversal, realizado com 5.563 puérperas e seus conceptos na região Nordeste do Brasil. Utilizou-se o modelo de Regressão Logística Múltipla com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), sendo que o critério para inclusão das variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de 20% ( $p < 0,20$ ) na análise bivariada.

**Resultados.** Houve um predomínio de puérperas com idade na faixa etária de 20 a 34 anos (68,0%), de cor não branca (80,2%), escolaridade até o ensino fundamental (59,2%), vivendo com o companheiro (83,0%), e sem trabalho remunerado (68,4%). Prevaleram participantes multíparas (51,8%), com aborto anterior (31,6%), que referiram gravidez em momento inoportuno (55,2%) e satisfação ao tomarem conhecimento da gestação (69,4%). A maioria realizou pré-natal (98,5%), em serviço público (75,2%), comparecendo a seis ou mais consultas (71,4%). A análise multivariada indicou maior propensão para consumo de álcool e cigarro durante a gestação em puérperas que não queriam engravidar ( $p = 0,048$ ), queriam esperar mais tempo para engravidar ( $p = 0,048$ ) e se declaram insatisfeitas ao saberem da gravidez ( $p = 0,001$ ).

**Conclusões.** Os achados evidenciaram a necessidade de melhorias na qualidade dos serviços de planejamento familiar, no sentido de adotar intervenções que previnam gestações não intencionais que levam ao consumo de cigarro e álcool, com conseqüente aumento na chance de ocorrência dos potenciais desfechos desfavoráveis para a saúde materno-infantil.

**Palavras-chave:** Gravidez. Intenção. Álcool. Cigarro. Planejamento familiar

## INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento essencial à continuidade da raça humana, podendo ter sua evolução fisiológica ou afetada por diversos fatores, que reconhecidos precocemente reduzem comportamentos maternos de risco que possam ser deletérios à saúde materna e à fetal. Não obstante, a capacidade de determinar se quer ter e quando ter um filho deve ser considerada um direito humano fundamental e uma base sólida para os esforços que direcionem profissionais de saúde pública, mulheres e casais na prevenção da maternidade não intencional (1, 2).

No Brasil, apesar dos avanços quanto aos direitos sexuais e reprodutivos femininos, da Política Nacional de Planejamento Familiar e da prevalência de uso de métodos anticoncepcionais no país estar em torno de 79,0%, a taxa de gravidez não intencional continua alta. Dados da pesquisa “Nascer no Brasil” demonstraram que apenas 45,0% das gestações foram desejadas naquele momento e pesquisa recente do Fundo de População da Organização das Nações Unidas (ONU) mostrou que quase metade das gestações no Brasil não é planejada, alertando que demanda não atendida por contraceptivos é estimada de 6,0% a 7,7%, a qual afeta de 3,5 a 4,4 milhões de mulheres em idade reprodutiva. No Nordeste brasileiro, a situação de gestação não intencional e suas consequências podem ser mais perturbadoras, visto que dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 mostraram que os piores percentuais quanto ao uso de métodos contraceptivos estão nos estados nordestinos, principalmente Maranhão (40,7%), Piauí (48,9%) e Paraíba (47,9%), e que pelo menos 3,0% das nordestinas já realizaram abortos, comparados a uma média nacional de 2,1%. (3, 4, 5).

Dentre os fatores que podem influenciar uma gestação, a intencionalidade tem se mostrado relevante e foco de várias pesquisas no mundo, inclusive no Brasil

(2, 6, 7, 8). As intenções de gravidez abrangem dimensões tais como a afetiva, cognitiva e cultural e conhecê-las ajuda a projetar programas de planejamento familiar, prever a fertilidade, estimar a necessidade de contracepção insatisfeita e, em especial, compreender o impacto que provocam no comportamento materno, os quais podem afetar diretamente a saúde e o bem-estar da mãe e da criança (1).

Assim como as condições financeiras, escolaridade e relações de convivência familiar, a intenção de engravidar pode levar mulheres a manterem o hábito de fumar e beber durante a gravidez, o que a classifica como de risco, uma vez que pode comprometer, muitas vezes de modo irreversível, a saúde materno-infantil. O consumo de álcool na gestação pode provocar aborto espontâneo, nascimento pré-termo, baixo peso, distúrbio do espectro do álcool fetal e o consumo de cigarro pode levar à diminuição das trocas gasosas com o feto, malformações fetais, mortalidade neonatal, dentre outras (9, 10, 11).

Estima-se, no Brasil, a prevalência de 7,0% de uso de álcool e cigarro entre gestantes, enquanto na Itália estudo mostrou prevalência de 22,3% e 7,2% de gestantes para o uso de álcool e cigarro, respectivamente (7, 12). Tem sido evidenciado que mulheres com gestação não intencional são mais propensas a perpetuar esses hábitos do que mulheres que planejaram a gravidez (1, 6, 8, 13).

Nessa perspectiva, compreender a intencionalidade da gravidez é essencial para subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas que previnam potenciais desfechos desfavoráveis para a saúde materno-infantil decorrentes de gestações não intencionais. Além disso, apesar de o planejamento familiar ser uma garantia constitucional no Brasil, sua efetivação não se concretiza para parcela significativa da população, uma vez que 55,0% é considerado um percentual alto de gravidezes não planejadas (4).



O presente estudo tem o objetivo de analisar o impacto da intenção de engravidar no consumo de cigarro e de bebidas alcóolicas durante a gestação.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Estudo transversal, parte do projeto nacional de base hospitalar intitulado “*Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*”, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), cuja metodologia está detalhada na literatura (14, 15).

Elegeram-se como participantes puérperas que foram hospitalizadas para realização de parto, com nascimento de conceptos com idade gestacional de 22 semanas ou mais e/ou 500g ou mais de peso ao nascer. A seleção da amostra foi realizada em duas etapas. A primeira etapa para seleção dos hospitais e a segunda para seleção das puérperas. Os estabelecimentos de saúde foram estratificados por Grande Região Geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), localização do município (capital e interior), e por tipo de estabelecimento (público, privado e misto), compondo-se 30 estratos amostrais, selecionando-se no mínimo cinco hospitais por estrato. Selecionaram-se 1.403 estabelecimentos, dos 3.961 que realizaram 500 ou mais partos ao ano, conforme dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) de 2007.

A amostra de puérperas e seus conceptos por estrato foi calculada com base na taxa de cesariana no Brasil no ano de 2007 (46,6%), obtendo-se 90 puérperas por estabelecimento e, no mínimo 450 puérperas por estrato. Por fim, o número de puérperas e seus conceptos amostrado foi de 23.894, distribuídos em 191 municípios do país, estando 27 deles nas capitais e 164 em outros municípios,

denominados interior, com amostra representativa para as cinco regiões do país (14, 15). Visto que para o presente estudo incluíram-se apenas participantes da região Nordeste, a amostra foi composta por 6.096 puérperas, dos 68 estabelecimentos de saúde selecionados dentre os 402 existentes na região.

Os dados foram coletados por profissionais e estudantes da área de saúde, previamente treinados, por formulários eletrônicos: um aplicado às mães, a partir das primeiras seis horas pós-parto e o segundo foi preenchido com dados constantes nos prontuários.

A partir dos formulários originais foram selecionadas para este estudo a variável dependente “fumar e beber na gestação”, que foi utilizada a partir da recategorização das variáveis “você fumou nos primeiros cinco meses da gravidez” e “durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica” e as variáveis independentes: características sociodemográficas das puérperas (faixa etária, escolaridade, cor da pele, situação conjugal e trabalho remunerado), antecedentes obstétricos (número de gestações anteriores, paridade, tipo de gestação; aborto anterior, aborto espontâneo, nº de gestações anteriores, motivo da última cesariana, número de filhos que nasceram vivos anteriormente, número de filhos mortos anteriormente), assistência pré-natal (tentativa de interrupção da gravidez, realização de pré-natal, nº de consultas realizadas, local das consultas), além das relacionadas à intencionalidade de engravidar e ao sentimento da mulher quando soube da gravidez, as quais foram testadas na sua relação com a dependente.

Os dados foram analisados com a utilização dos aplicativos: *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0 e R-Project, versão 3.0.2. Para a análise univariada utilizou-se estatística descritiva. Na análise bivariada utilizou-se

o Teste Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) para verificar se associação das variáveis qualitativas explicativas (16, 17) com o hábito de fumar nos primeiros cinco meses da gravidez ou ingerir bebida alcoólica durante a gravidez, que é a variável desfecho ou resposta.

Para explicar o efeito conjunto das variáveis preditoras sobre a variável resposta utilizou-se a Regressão de Logística Múltipla (RLM) com razão de chance ajustada (ORaj). O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de 20,0% ( $p < 0,200$ ) na análise bivariada (18). Todavia, o critério de significância ou permanência das variáveis no modelo foi associação em nível de 5,0% ( $p < 0,05$ ). O método *Enter*, que força a entrada de todas as variáveis no modelo, foi utilizado para a realização do modelo final de RLM (19).

O teste de bondade de ajuste (teste de Hosmer e Lemeshow), necessário para a RLM, mostrou que o modelo final é adequado para explicação da variável resposta, uma vez que quando o valor é superior a 0,05 significa que o modelo proposto pode explicar bem o que se observa. A multicolinearidade das variáveis explicativas foi verificada pelo teste VIF (*Variance Inflation Factor*), que quando é obtido valor do teste acima de quatro, diagnostica-se esse pressuposto (20). Contudo, o teste não detectou multicolinearidade entre as variáveis estudadas.

O presente estudo foi realizado mediante autorização da coordenação central da pesquisa. A pesquisa base foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz sob o protocolo nº 92/10, CAAE: 0096.0.031031.000-10. Os critérios estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b) foram atendidos, bem como obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes ou responsáveis.

## RESULTADOS

As participantes tinham como características predominantes ser da faixa etária de 20 a 34 anos (68,0%), cor não branca (80,2%), escolaridade até o ensino fundamental (59,2%), viver com companheiro (83,0%) e não possuir trabalho remunerado (68,4%).

Quanto aos antecedentes obstétricos prevaleceu haver engravidado pelo menos uma vez (58,2%), ser múltipara (51,8%), com gestação de feto único (97,8%), com aborto anterior (31,6%), sendo provocados 41,9% desses abortamentos, com uma ou mais cesarianas (63,3%), cuja maioria dos motivos não estava relacionada ao desejo de ligar as trompas (89,1%), com gestações anteriores de feto vivo (92,6%). Com relação à gestação atual, a maioria referiu não ter desejado a gravidez naquele momento ou em qualquer momento da vida dela (55,2%), mas significativa parcela declarou que ficaram satisfeitas ao tomar conhecimento da gestação (69,4%), com somente 3,3% referindo ter tentado interromper a gravidez. Quase todas as puérperas referiram ter realizado pré-natal (98,5%), sendo parcela significativa em serviço público (75,2%), com comparecimento a seis ou mais consultas (71,4%) (Tabela 1).

Das 6.096 puérperas participantes do estudo, 16,2% tinham o hábito de fumar nos primeiros cinco meses da gravidez ou ingerir bebida alcoólica durante a gravidez (Tabela 1), sendo que 5,5% das participantes fumavam, enquanto 8,9% e 6,8% informaram consumo de bebidas alcoólicas duas e três vezes por semana, respectivamente (dados cumulativos não mostrados).

Na análise bivariada todas as variáveis sociodemográficas foram eleitas para entrarem no modelo multivariado ( $p < 0,200$ ). Para antecedentes obstétricos, só não

houve associação estatística com o desfecho a variável “motivo da última cesariana” ( $p=0,570$ ;  $>0,200$ ) (Tabela 2). A Tabela 2 também mostra resultados em relação à assistência ao pré-natal, tendo também todas as variáveis associação estatística com o desfecho.

Na Tabela 3, na qual é mostrada a análise multivariável, dentre as variáveis incluídas no modelo com objetivo de ajustarem as variáveis independentes de interesse desse estudo houve associação significativa para faixa etária ( $p=0,042$ ), nível de escolaridade ( $p<0,001$ ), situação conjugal ( $p<0,001$ ), trabalho remunerado ( $p=0,021$ ), número de gestações anteriores ( $p=0,038$ ), se teve aborto anterior ( $p<0,001$ ), se algum filho nasceu morto anteriormente ( $p=0,034$ ), intenção de engravidar ( $p<0,001$ ), sentimento quando soube da gravidez ( $p=0,001$ ), se tentou interromper a gravidez ( $p<0,001$ ), realização do pré-natal ( $p<0,001$ ) e números de consultas realizadas ( $p<0,001$ ).

No que diz respeito à intencionalidade da gravidez, apresentaram maiores chances de fumar/ingerir álcool durante a gravidez as puérperas que queriam esperar mais tempo para engravidar (36,0%), não queriam engravidar (81,0%), aquelas que se declararam mais ou menos insatisfeitas ao tomarem conhecimento da gravidez (77,0%) ou insatisfeitas (2,3 vezes) ao tomarem conhecimento da gravidez (Tabela 3).

## **DISCUSSÃO**

O desenvolvimento de um estilo de vida saudável desde a pré-concepção e durante todo o ciclo gravídico-puerperal são úteis tanto para a saúde da mãe quanto do recém-nascido. De fato, está bem estabelecido que os comportamentos maternos e várias situações estão associados a resultados adversos da gravidez. Em

particular, o uso de cigarro e álcool na gestação aumenta o risco de baixo peso ao nascer, atraso neuromotor, parto prematuro e mortalidade perinatal (9). Contudo, mesmo tendo conhecimento dos riscos e o fato de que a gravidez pode ser considerada um motivador efetivo para a cessação do tabagismo e alcoolismo, esses hábitos durante a gestação são relativamente comuns (11, 21).

Os resultados da prevalência do uso de álcool e cigarro encontrados nesse estudo foram similares a outros realizados nacionalmente e inferiores a taxas estimadas mundialmente e, principalmente para países da América Latina, quando em contexto de grande vulnerabilidade social, o que justifica a adoção de comportamentos de risco durante esta fase da vida (13, 21, 22).

A manutenção desses hábitos durante a fase reprodutiva e, principalmente durante a gravidez, tem se tornado importante problema de saúde pública e despertado a comunidade científica quanto ao estudo dos fatores que influenciam tal prática. Dentre esses fatores, a intencionalidade da gravidez surge como um fator relevante, visto que as gravidezes não intencionais contribuem para o atraso no seu reconhecimento, permitindo às mulheres se envolverem em comportamento de risco por mais tempo, e também serem menos conscientes das mudanças dos hábitos por não estarem preparadas para uma gestação (2, 8, 23).

Nesse estudo, maior propensão para fumar e beber na gravidez ocorreu entre as puérperas que não queriam engravidar, as que queriam esperar mais tempo para engravidar e se declararam insatisfeitas ao descobrirem que estavam grávidas, havendo maiores chances entre estas últimas. Esses achados são corroborados pela literatura, que tem mostrado que além da ingestão de álcool e uso de cigarro durante a gestação, outros desfechos podem estar associados a gravidezes não intencionais, como baixo peso ao nascer, parto prematuro, depressão materna, má

utilização de cuidados pré-natais e de partos e baixas taxas de amamentação (6, 13).

Considerando que a intencionalidade de engravidar antecede o comportamento materno durante a gestação, supõe-se que permanecer com o hábito de fumar e beber pode refletir o desejo de fertilidade não atendido pelo planejamento familiar. Além disso, sabendo que a política de saúde pública é influenciada pela expectativa de que a gravidez não intencional tenha efeitos significativos sobre o comportamento das mães durante a gravidez, que tais comportamentos afetam diretamente a saúde e o bem-estar das crianças, pode-se dizer que a associação da intencionalidade com o uso de álcool e tabaco é pertinente e remete, principalmente, a falhas nos programas de planejamento familiar e saúde reprodutiva (24).

Todavia, mesmo que a intenção de engravidar tenha influenciado o comportamento das puérperas de beber e fumar na gestação, estudos têm mostrado que o contexto no qual a gravidez ocorre deve ser considerado, uma vez que um gradiente socioeconômico pode desempenhar papel importante na associação dessas variáveis (13, 25). Nessa perspectiva, mulheres em maior vulnerabilidade social, tal como pouca escolaridade, desemprego e pobreza familiar, são mais propensas a manter o hábito de beber e fumar, e indica que a implementação de intervenções adequadas para reduzir as gravidezes não intencionais requer uma compreensão dos fatores subjacentes que as influenciam (26).

A maioria das gravidezes não intencionais entre adultos de todas as idades é causada não por falha contraceptiva, mas por uso inconsistente ou não uso de contraceptivos (27). Apesar da existência de vários estudos sobre o assunto, os profissionais de saúde pública ainda encontram dificuldades em abordar os fatores

que influenciam as expressões das mulheres em suas intenções reprodutivas e levam a uma gravidez não intencional, isso porque a classificação da gravidez quanto à intencionalidade utilizada por muitos autores não revela a complexidade desses fatores (28). Assim, mesmo que as correlações sociais, demográficas e abordagens médicas já estejam bem mais estabelecidas, é importante compreender os correlatos psicossociais envolvidos no desejo de uma gravidez e identificar os fatores contextuais que impedem ou facilitam a mulher na capacidade de mudar seu comportamento e de escolher o momento para engravidar (1, 29).

A prevenção de gravidezes não intencionais exige que as mulheres tenham acesso e controle sobre o uso de métodos de planejamento familiar seguros e eficazes. Assim, vale ressaltar que a alta prevalência desse tipo de gravidez neste estudo evidencia uma necessidade não atendida de planejamento reprodutivo na população, seja por falta de acesso, conhecimento ou fatores socioeconômicos (30, 31, 32). Não obstante, estudos nacionais e internacionais têm mostrado que o uso incorreto, o escasso conhecimento relativo aos anticoncepcionais e a vulnerabilidade social constituem preditores de gravidezes não intencionais e que políticas e programas que ajudem as mulheres a atingir os níveis desejados de fertilidade, provavelmente serão capazes de mudar a distribuição socioeconômica da gravidez e reduzirão as desigualdades, uma vez que as mulheres adiarão os nascimentos até um momento de maior estabilidade de vida, com resultados materno-infantis mais favoráveis (24, 33, 34).

No Brasil, o planejamento familiar é uma ferramenta da atenção básica executada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), cujas equipes multiprofissionais trabalham com população adstrita, visando formação de vínculo entre o serviço e a comunidade (35). Na prática, a assistência está distante de um patamar satisfatório,



uma vez que, apesar de ser considerada prioritária nas ações realizadas pela ESF, ocupa plano secundário na medida em que o atendimento é feito principalmente para mulheres que estão no pré-natal ou pós-parto. Não é evidente o mesmo esforço para atender as necessidades de mulheres em idade reprodutiva que ainda não possuem antecedente gestacional ou que estejam sexualmente ativas ou ainda, aquelas que tenham dificuldade para engravidar (36). Outra fragilidade é a falta de adequação do programa às características individuais e familiares dos envolvidos. Os valores, as características de personalidade, a história de vida das famílias de origem são elementos que interferem diretamente na estrutura familiar que está sendo formada. Desconsiderar isso é adotar um modelo verticalizado de planejamento familiar, impedindo a implementação de intervenções que satisfaçam as reais necessidades das mulheres e famílias, especialmente aquelas em risco de gravidez não intencional (37, 38).

Não obstante, a análise dos aspectos operacionais envolvidos no planejamento familiar permite observar as possíveis dificuldades estruturais e de recursos humanos, uma vez que a maioria dos profissionais que trabalham com o programa refere sobrecarga de tarefas, falta de material de apoio e espaço físico para consultas, além da pouca preparação para atuar de forma pedagógica na orientação dos métodos contraceptivos, consequência da formação centrada no modelo biomédico (38,39). Os métodos de intervenção educativa utilizados pelos profissionais, tais como palestras individuais ou em grupo, podem ser falhos quando reproduzem a ação assistencial característica da saúde, não conseguindo tornar o usuário ativo no processo de planejar sua vida sexual e reprodutiva (39).

Ademais, tendo em vista que pesquisas tem mostrado que a realização do planejamento familiar é efetiva na redução do risco de gravidez não intencional, a

relação observada entre o consumo de álcool e/ou cigarro na gestação e a intencionalidade da gravidez revela que falhas no programa podem influenciar o comportamento materno, o que pode resultar em desfechos negativos na saúde materno-infantil e colaborar para a perpetuação de problemas evitáveis decorrentes da manutenção desses hábitos durante a gravidez (30, 40).

Considerando os resultados do presente estudo, a implementação de aconselhamento e garantia periódica de acesso a métodos contraceptivos para todas as mulheres, especialmente aquelas em risco de gravidez não intencional, deve ser alvo de uma política efetiva de planejamento familiar que considere não só os aspectos individuais, mas principalmente, os sociais e culturais e atendendo as reais necessidades. Além disso, faz-se imperiosa a necessidade de programas de intervenção e prevenção que visem à interrupção do hábito de fumar e do etilismo durante o período periconcepcional, visto que a cessação constitui garantia de proteção máxima ao feto.

O estudo em pauta apresenta algumas limitações, sendo a primeira comum aos estudos de delineamento transversal, que restringe a determinação de relações causais entre as variáveis e o desfecho. Outra limitação pode ser decorrente da possibilidade de que algumas participantes tenham ocultado ou minimizado as respostas pela expectativa de que o uso das substâncias estudadas por grávidas possam ter reprovação social e, com isso, alguns resultados estarem subestimados. Por último, as taxas de gravidez não intencional que se baseiam em intenções expressas por meio de respostas a tais questões podem não ser precisas se as mulheres tiverem sentimentos ambivalentes em relação à vontade de evitar a gravidez. Todavia, tais limitações não inviabilizaram o estudo, além de em contrapartida, a amostragem ponderada representar toda a região estudada, e os

resultados inéditos para a literatura nacional sobre a associação entre a intencionalidade da gravidez e o comportamento materno quanto ao uso de álcool e cigarro durante a gestação, compreenderam pontos fortes deste estudo.

Os achados confirmam o pressuposto de que a prevalência do uso de álcool e cigarro na gestação pode ser influenciada pela intencionalidade da gravidez, a qual exige atenção da gestão em saúde em virtude do elevado número de gestações não intencionais estarem associadas a comportamentos inadequados durante a gestação, contribuindo para as taxas de morbimortalidade materna e consistindo em um grande desafio para a saúde pública. Ademais, os resultados indicam ser de fundamental importância a realização de estratégias no sentido de que as mulheres mudem sua percepção de risco quanto ao uso de álcool e cigarro na gestação e, portanto, seu comportamento no período gestacional. Tanto intervenções coletivas como individuais devem levar em consideração o contexto em que estão inseridas as mulheres, mas de forma mais incisiva investir em ações de planejamento familiar que previnam as gravidezes não intencionais e seus desfechos desfavoráveis.

## REFERÊNCIAS DO ARTIGO

- 1 Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, Hirsch JS, Schieve L. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2003; 35 (2): 94-101.
- 2 Kost, K, Lindberg L. Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health: investigating relationships with new measures and propensity score analysis. *Demography*. 2015; 52 (1): 83-111.
- 3 IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2013.
- 4 Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Sumário executivo temático da pesquisa. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento 2014. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexosnascernet.pdf>. Acessado em 05/06/2017.
- 5 Organizações das Nações Unidas (ONU). 2016. ONU no Brasil. Direitos Humanos. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/cerca-de-79-das-brasileiras-usaram-metodos-contraceptivos-em-2015-informa-onu/>. Acessado em 10/10/2017.
- 6 Chilsom MS, Cheng D, Terplan M. The relationship between pregnancy intention and change in perinatal cigarette smoking: an analysis of PRAMS data. *Journal of Substance Treatment*. 2014; 46 (2): 189-193.
- 7 Themme-filha MM, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reproductive Health*. 2016; 13 (118): 235-243.
- 8 Pryor J, Patrick SW, Sundermann AC, Wu P, Hartmann E. Pregnancy Intention and Maternal Alcohol Consumption. *Obstetrics & Gynecology*. 2017; 129 (4): 727-733.
- 9 Andersen AM, Andersen PK, Olsen J, Gronbaek H, Strandberg-Larsen K. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. *Int J Epidemiol*. 2012; 41 (2): 405-413.
- 10 Stigger RS. Uso de álcool e de tabaco por gestantes e o conhecimento sobre os malefícios destas substâncias [dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, 2015. P. 79.
- 11 Lucchese R, Paranhos DL, Netto NS, Vera I, Silva GC. Fatores associados ao uso nocivo de tabaco durante a gestação. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29 (3): 325-331.
- 12 Esposito G, Ambrosio R, Napolitano F, Giuseppe GD. Women's Knowledge, Attitudes and Behavior about Maternal Risk Factors in Pregnancy. *Plos One*. 2015; 10 (12): 1-12.

- 13 Lepper LET, Lluka A, Mayer A, Patel N, Salas J, Xaverius PK, Kramer B. Socioeconomic Status, Alcohol Use, and Pregnancy Intention in a National Sample of Women. Springer. 2015; 17 (1): 24-31.
- 14 Leal MC, Silva AA, Dias MA, Gama SG, Rattner D, Moreira ME, Filha MM, Domingues RM, Pereira AP, Torres JA, Bittencourt SD, D'orsi E, Cunha AJ, Leite AJ, Cavalcante RS, Lansky S, Diniz CS, Szwarcwald CL. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012; 9 (15): 1-8.
- 15 Vasconcelos MTL, Silva PLN, Pereira ANE, Schilithz AOC, Junior PRBS, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (suppl. 1): 49-58.
- 16 Armitage P, Berry G, Matthews JNS. *Statistical methods in medical research*. 3rd. ed. London (GB): Blackwell Scientific Publications; 2002.
- 17 Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciência sociais: a complementaridade do SPSS*. 3.ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.
- 18 Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley, 2000.
- 19 Ayçaguer WG, Ghimire DJ. *Regresión logística. Cuaderno de Estadística*. Edición de La Muralla, S.A. Madrid, 200<sup>a</sup>, Ibérica Gráfico, S.A. 2007
- 20 Garson GD. *Structural equation modeling*. Asheboro-North Carolina: Statistical Publishing Associates. 2010.
- 21 Smedberg J, Lupattelli U, Mardby AC, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14 (213): 1-16.
- 22 Lange S, Probst C, Heer N, Roerecke M, Rehm J, Monteiro MG, Shield K, Oliveira C, Popova S. Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 41 (1): 1-11.
- 23 Roberts SCM. Alcohol use before and during unwanted pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014; 38 (11): 2844-2852.
- 24 Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Matern Child Health J*. 2015; 19 (5): 1087-1096.
- 25 Cheng TS, Loy SL, Cheung YB, Godfrey KM, Glucman PD, Kwek K, Saw SM, Chong YS, Lee YS, Yap F, Yen Chan JK, Lek N. Demographic characteristics, health behaviors before and during pregnancy, and pregnancy and birth outcomes in mothers with different pregnancy planning status. *Prev Sci*. 2016; 17 (8): 960-969.

- 26 Passey ME, Sanson-Fisher RW, D'Este CA, Stirling JM. Tobacco, alcohol and cannabis use during pregnancy: Clustering of risks. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014; 134: 44-50.
- 27 Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2006;38 (2): 90–96.
- 28 Higgins JA, Popkin RA, Santelli JS. Pregnancy ambivalence and contraceptive use among young adults in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2012; 44 (4): 236-243.
- 29 Rocca CH, Krishnan S, Barrett G, Wilson M. Measuring pregnancy planning: An assessment of the London Measure of Unplanned Pregnancy among urban, south Indian women. *Demogr Res*. 2010; 23: 293-334.
- 30 Speizer IS, Lance P. Fertility desires, family planning use and pregnancy experience: longitudinal examination of urban áreas in three African countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15 (294): 1-13.
- 31 Borrero S, Nikolajski C, Steinberg JR, Freedman L, Akers AY, Ibrahim S, Schwarz EB. "It just happens": A qualitative study exploring low-income women's perspectives on pregnancy intention and planning. *Contraception*. 2015; 91 (2): 150-156.
- 32 Masinter LM, Feinglass J, Simon MA. Pregnancy intention and use of contraception among hispanic women in the United States: data from the national survey of Family growth, 2006-2010. *J Womens Health*. 2013; 22 (10): 862-870.
- 33 Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (3): 645-654.
- 34 Tejada CAO, Triaca LM, Costa FK, Hellwig F. The sociodemographic, behavioral, reproductive, and health factors associated with fertility in Brazil. *Plos One*. 2017; 12 (2): 1-10.
- 35 BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**. Brasília, 2002
- 36 Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS, Grupo CONPRuSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2): S269-S278.
- 37 Santos JC, Freitas PM. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 (3): 1813-1820.
- 38 Brasil. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

39 Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Cien Saude Colet*. 2004; 9(4):1023-1032.

40 Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Women's Health*. 2016; 16 (2): 1-16.

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o comportamento materno relacionado ao uso de álcool e tabaco na gestação entre puérperas no Nordeste brasileiro sofreu impacto da intencionalidade da gravidez, assim como foi afetado por aspectos relativos à escolaridade, situação conjugal, paridade e assistência pré-natal.

As altas taxas de gravidezes não intencionais e de prevalência de álcool e cigarro no período gestacional demonstram a necessidade de um olhar mais direcionado para essas problemáticas, uma vez que repercutem negativamente na saúde materno-infantil. Nesse sentido, apesar dos avanços quanto aos direitos sexuais e reprodutivos e da implantação de políticas de saúde pública, os achados refletem falhas nos programas de planejamento familiar e a necessidade de esforços para que estes permitam às mulheres atingirem os níveis desejados de fertilidade, de modo que as gravidezes aconteçam em contexto socioeconômico favorável para o nascimento e desenvolvimento das crianças.

Ademais, visto que a gestação é um momento singular e que requer maiores cuidados, destaca-se também a importância da abordagem da gestante durante o pré-natal quanto às suas percepções de risco, a fim de orientá-las quanto aos comportamentos adequados.



## REFERÊNCIAS

- ADEGBOYE, A. R. et al. Relationships between prenatal smoking cessation, gestational weight gain and maternal lifestyle characteristics. **Women and Birth: Journal of the Australian College Midwives**, v. 23, n. 1, p. 29-35, 2010.
- AIKEN, A. R. A.; DILLAWAY, C.; MEVS-KORFF, N. A Blessing I Can't Afford: Factors Underlying the Paradox of Happiness about Unintended Pregnant. **Social Science & Medicine**, v. 132, p. 149-155, 2015.
- ANDERSEN, A. M. et al. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. **International Journal of Epidemiology**, v. 4, p. 405-413, 2012.
- ARAÚJO, A. J. S. **Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas** [dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2014.
- ARAÚJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012.
- ARMITAGE, P.; BERRY, G.; MATTHEWS, J. N. S. **Statistical methods in medical research**. 3rd. ed. London (GB): Blackwell Scientific Publications; 2002.
- AYÇAGUER, W.G. and GHIMIRE, D. J., (2007). **Regresión logística**. Cuaderno de Estadística. Edición de La Muralla, S.A. Madrid, 200<sup>a</sup>, Ibérica Gráfico, S.A.
- BARRICK, L.; KOENIG, M. A. Pregnancy Intention and Antenatal Care Use in Two Rural North Indian States. **World Health Population**, v. 10, n. 4, p. 21-37, 2008.
- BASSANI, D. G.; SURKAN, P. J.; OLINTO, M. T. A. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 35, n. 1, p. 15-20, 2009.
- BERLOFI, L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 196-200, 2006.
- BERQUÓ, E. S; LIMA, L. P. **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.
- BISHWAJIT, G. et al. Unmet need for contraception and its association with unintended pregnancy in Bangladesh. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 186, p. 1-9, 2017.

BORRERO. S. et al. "It just happens": A qualitative study exploring low-income women's perspectives on pregnancy intention and planning. **Contraception**, v. 91, n. 2, p. 150-156, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº. 9263, de 12 de janeiro de 1996** – Planejamento Familiar. 1996a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm). Acessado em 17/06/2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Rev. Bioética**, Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v. 4, p. 15-25, 1996b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**. Brasília, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do Governo**. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno n. 1. Brasília (DF); 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico/Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Demografia e Saúde 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Relatório. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed., 1. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAVALHIERI, F. B. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

CHANG G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics North America**, v. 41, n. 2, p. 205-212, 2014.

CHAZERON, I. et al. Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France? **Alcoholism Clinical Experimental Research**, v. 32, n. 5, p. 868-873, 2008.

CHENG, D. et al. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. **Contraception**, v. 79, n. 3, p. 194-198, 2009.

CHENG, T. S. et al. Demographic characteristics, health behaviors before and during pregnancy, and pregnancy and birth outcomes in mothers with diferente pregnancy planning status. **Prevention Science**, v. 17, n. 8, p. 960-969, 2016.

CHILSOM, M. S.; CHENG, D.; TERPLAN, M. The relationship between pregnancy intention and change in perinatal cigarette smoking: an analysis of PRAMS data. **Journal of Substance Treatment**, v. 46, n. 2, p. 189-193, 2014.

CHUANG, C. H. et al. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. **Preventive Medicine**, v. 53, n. 1-2, p. 85–88, 2011.

CHUANG, C. H. et al. Pregnancy intention and health behaviors: results from the central Pennsylvania women's health study cohort. **Maternal Child Health Journal**, v. 14, n. 4, p. 501-510, 2010.

COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 415-422, 2012.

COLVIN, L. et al. Alcohol consumption during pregnancy in nonindigenous west Australian women. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 31, n. 2, p. 276-284, 2007.

CONCEIÇÃO, S. P.; FERNANDES, R. A. Q. Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 600-605, 2015.

COMASCO, E. et al. Alcohol consumption among pregnant women in a Swedish sample and its effects on the newborn outcomes. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 30, n. 10, p. 1779-1786, 2012.

COSTA, A. et al. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 74-86, 2013.

CRUZ, Q. S.; MOSMANN, C. P. Da conjugalidade à parentalidade: vivências em contexto de gestação planejada. **Aletheia**, v. 48, n. 47-48, p. 22-34, 2015.

DEVIDO, J.; BOGUNOVIC, O.; WEISS, R. D. Alcohol use disorders in pregnancy. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 23, n. 2, p. 112-121, 2015.

- DIAMOND-SMITH, N.; CAMPBELL, M.; MADAN, S. Misinformation and fear of side-effects of family planning. **Culture, Health and Sexuality**, v. 14, n. 4, p. 421-433, 2012.
- DIBABA. Y.; FANTAHUM. M.; HINDIN. M. J. The effects of pregnancy intent on the use of antenatal care services: systematic review and meta-analysis. **Reproductive Health**, v. 10, n. 50, p. 1-9, 2013.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Abortos 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.
- DUROWADE, K. A. et al. Barriers to contraceptive uptake among women of reproductive age in a semi-urban community of Ekiti state, Southwest Nigeria. **Ethiopian Journal of Health Science**, v. 27, n. 2, p. 121-128, 2017.
- ECKERDT, N. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 18 (Spec), p. 641-647, 2010.
- ERGIN I. et al. Maternal age, education level and migration: socioeconomic determinants for smoking during pregnancy in a field study from Turkey. **BMC Public Health**, v. 10, n. 325, p. 1-9, 2010.
- EROL, N. et al. Unintended pregnancy and prenatal care: A study from a maternity hospital in Turkey. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 15, p. 290-300, 2010.
- ESPOSITO, G., et al. Women's Knowledge, Attitudes and Behavior about Maternal Risk Factors in Pregnancy. **Plos One**, v. 10, n. 12, p. 1-12, 2015.
- EXAVERY, A. et al. How mistimed and unwanted pregnancies affect timing of antenatal care initiation in three districts in Tanzania. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 13, n. 35, p. 1-11, 2013.
- FINER, L. B.; ZOLNA, M. R. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001–2008. **American Journal of Public Health**, v.104, n.1, p. S43-S48, 2014.
- FIORENTIN, C. F.; VARGAS, D. O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos de álcool no feto. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 2, n. 2, p. 1-13, 2006.
- FREIRE, T. M., et al. Efeitos do consumo de bebida alcóolica sobre o feto. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v. 27, n. 7, p. 376-381, 2005.
- FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SOUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v. 31, n. 7, p. 335-341, 2009.

GAGE, A. J. Premarital childbearing, unwanted fertility and maternity care in Kenya and Namibia. **Population Studies**, v. 52, n. 1, p. 21-34, 1998.

GARSON, G. D. **Structural equation modeling**. Asheboro-North Carolina: Statistical Publishing Associates. 2010.

GOMES, F. A. et al. Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 387-393, 2006.

HAN, J. Y.; NAVA-OCAMPO, A. A.; KOREN, G. Unintended pregnancies and exposure to potential human teratogens. *Birth Defects Research*. **Part A Clinical and Molecular Teratology**, v. 73, n. 4, p. 245-248, 2005.

HIGGINS. J. A.; POPKIN. R. A.; SANTELLI. J. S. Pregnancy ambivalence and contraceptive use among young adults in the United States. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 44, n. 4, p. 236-243, 2012.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York: Wiley, 2000.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2013.

JAGER, M. E; BOTOLLI, C. Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. **Psicologia Teoria Prática**, v. 13, n. 1, p. 141-153, 2011.

JONES, R. K. Are Uncertain Fertility Intentions a Temporary or Long-term Outlook? Findings from a Panel Study. **Women's Health Issues**, v. 27, n. 1, p. 21-28, 2017.

KASSADA, D. S., et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013.

KHARKOVA, O. A. et al. Prevalence of smoking before and during pregnancy and changes in this habit during pregnancy in Northwest Russia a Murmansk country birth registry study. **Reproductive Health**, v. 13, n. 18, p. 1-9, 2016.

KOST, K.; LINDBERG, L. Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health: investigating relationships with new measures and propensity score analysis. **Demography**, v. 52, n. 1, p. 83-111, 2015.

KRISTJANSON, A. F. Et al. Alcohol use in pregnant and nonpregnant Russian women. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 32, n. 2, p. 299-307, 2007.

LANGE, S. et al. Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 41, p. 1-11, 2017.

LEAL, M. C., et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 15, p. 1-8, 2012.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. **Nascer no Brasil**. Sumário executivo temático da pesquisa. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento 2014. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexosnascernet.pdf>. Acessado em 05/06/2017.

LEPPER, L. E. T. et al. Socioeconomic Status, Alcohol Use, and Pregnancy Intention in a National Sample of Women. **Springer**, v. 17, n. 1, p 24-31, 2015.

LINDBERG, L. et al. Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. **Maternal Child Health Journal**, v. 19, n.5, p. 1087-1096, 2015.

LOPES, T. D.; ARRUDA, P. P. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 79-83, 2010.

LÓPEZ, M. B.; FILIPPETTI, V. A.; CREMONTELLI, M. Alcohol consumption before and during pregnancy in Argentina: prevalence and risk factors. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 37, n. 4-5, p. 211-217, 2015.

LUKASSE, M. et al. Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse – a European multi-country cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 120, p. 1-9, 2015.

LUCCHESI, R., et al. Fatores associados ao uso nocivo de tabaco durante a gestação. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 325-331, 2016.

MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O.; BARROS, I. C. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 494-508, 2016.

MARSTON, C.; CLELAND, J. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. **Population Studies**, v. 57, n. 1, p. 77-93, 2003.

MARTINS-MELO, F. R. et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista Saúde Publica**, v. 48, n. 3, p. 508-520, 2014.

MASINTER, L. M.; FEINGLASS, J.; SIMON, M. A. Pregnancy intention and use of contraception among hispanic women in the United States: data from the national survey of Family growth, 2006-2010. **Journal Women's Health**, v. 22, n. 10, p. 862-870, 2013.

MOMINO, W.; SANSEVERINO, M. T. V.; SCHULER-FACCINI, L. A exposição pré-natal ao álcool como fator de risco para comportamentos disfuncionais: o papel do pediatra. **Jornal Pediatria**, v. 84, n. 4, p. S76-S79, 2008.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento do uso de álcool por gestantes dos serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 695-703, 2007.

MORIN, P. et al. Measuring the intensity of pregnancy planning effort. **Paediatric Perinatal Epidemiology**, v. 17, n. 1, p. 97-105, 2003.

MOTA, M. R. R. P. **Representações sociais da gravidez: a experiência da maternidade em instituição** [dissertação]. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2011.

MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 853-863, 2014.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. M. F. O consumo de bebida alcóolica pelas gestantes: um estudo exploratório. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 632-638, 2007.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo, 1994**. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>. Acessado em 05/06/2017.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim, 1995**. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/articulacao/articulacao-internacional/relatorio-pequim.pdf>. Acessado em 05/06/2017.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). 2016a. ONU no Brasil. **Direitos Humanos**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quase-metade-das-gestacoes-no-brasil-nao-e-planejada-destaca-fundo-de-populacao-da-onu/>. Acessado em 10/10/2017.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). 2016b. ONU no Brasil. **Direitos Humanos**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/cerca-de-79-das-brasileiras-usaram-metodos-contraceptivos-em-2015-informa-onu/>. Acessado em 10/10/2017.

OSIS, M. J. M. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PADILHA, M. A. S. **As Representações Sociais da Evasão Escolar para Mães Adolescentes: contribuição para a enfermagem** [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2011.

PASSEY, M. E. et al. Tobacco, alcohol and cannabis use during pregnancy: Clustering of risks. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 134, p. 44-50, 2014.

- PEADON, E. et al. Attitudes and behaviour predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. **BMC Public Health**, v. 11, n. 584, p. 1-10, 2011.
- PEREIRA, L. et al. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Planejamento Familiar: protocolo/**. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 1. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2006.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciência sociais: a complementaridade do SPSS**. 3.ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.
- PICCININI, C. A., et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.
- PIROTTA, K.C.M. **Não há guarda chuva contra o amor: estudo de comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.
- PRYOR, J. et al. Pregnancy Intention and Maternal Alcohol Consumption. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 4, p. 727-733, 2017.
- RAHMAN, M., et al. Maternal Pregnancy Intention and Professional Antenatal Care Utilization in Bangladesh: A Nationwide Population-Based Survey. **Plos One**, v. 11, n. 6, p. 1-15, 2016.
- RICCI, S. S. Conduta de enfermagem pra gravidez de risco: distúrbios preexistentes. In: **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Org. Susan Scott Ricci: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, cap. 19, p. 479-515, 2008.
- ROBERTS, S. C. M. Alcohol use before and during unwanted pregnancy. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 38, n. 11, p. 2844-2852, 2014.
- ROCCA, C. H. et al. Measuring pregnancy planning: An assessment of the London Measure of Unplanned Pregnancy among urban, south Indian women. **Demographic Research**, v. 23, p. 293-334, 2010.
- ROCHA, P. C., et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 1-13, 2016.
- SANCHES, N. C. **Gravidez Não Planejada: A experiência das gestantes de um município do interior do estado de São Paulo** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013.
- SANTELLI, J. et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 35, n. 2, p. 94-101, 2003.



SEDGH, G. et al. Intended na Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. **Studies in Family Planning**, v. 45, n. 3, p. 301-314, 2014.

SILVA, M. G. B.; LYRA, T. M. O beber feminino: socialização e solidão. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 772-781, 2015.

SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011.

SINGH, S.; SEDGH, G.; HUSSAIN, R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. **Studies in Family Planning**. v. 41, n.4, p. 241-250, 2010.

SIRVINSKIENÉ, G. et al. Smoking during pregnancy in association with maternal emotional well-being. **Journal Medicine**, v. 52, n. 2, p. 132-138, 2016.

SKAGERSTRÖM, J. et al. Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden. **BMC Public Health**. v. 13, n. 780, p. 1-10, 2013.

SMEDBERG, J. et al. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 14, n. 213, p. 1-16, 2014.

SOUZA, L. H. R. F.; SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, L. C. M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia**, v. 34, n. 7, p. 296-303, 2012.

SOUSA, M. C. R.; GOMES, K. R. O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.3, p.645-654, 2009.

SOUTO, M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SPEIZER, I. S.; LANCE, P. Fertility desires, family planning use and pregnancy experience: longitudinal examination of urban áreas in three African countries. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 294, p. 1-13, 2015.

STIGGER, R. S. **Uso de álcool e de tabaco por gestantes e o conhecimento sobre os malefícios destas substâncias** [dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, 2015.

TAVARES, L. S.; LEITE, I. C.; TELLES, F. S. P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 139-148, 2007.

TEJADA, C. A. O. et al. The sociodemographic, behavioral, reproductive, and health factors associated with fertility in Brazil. **Plos One**, v.12, n.2, p.1-10, 2017.

THEMME-FILHA, M. M. et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, v. 13, suppl. 1, p. 235-243, 2016.

TOUGH, S. et al. Do women change their drinking behaviors while trying to conceive? An opportunity for preconception counseling. **Clinical Medicine & Research**, v. 4, n. 2, p. 97-105, 2006.

VASCONCELOS, M. T. I., et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos Saúde Pública**, v. 30, suppl. 1, p. 49-58, 2014.

VAZQUEZ-NAVA, F. et al. Tobacco and alcohol use in adolescents with unplanned pregnancies: relation with family structure tobacco and alcohol use at home and by friends. **African Health Sciences**, v. 16, n. 1, p. 27-35, 2016.

VAZQUEZ-NAVA, F. et al. Unplanned pregnancy in adolescents: association with Family structure, employed mother, and female friends with health-risk habits and behaviors. **Journal of Urban Health**, v. 91, n. 1, p. 176-185, 2013.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 30, suppl. 1, p. 85-100, 2014

WEKESA, E.; ASKEW, I.; ABUYA, T. Ambivalence in pregnancy intentions: The effect of quality of care and context among a cohort of women attending family planning clinics in Kenya. **PLoS One**, v. 13, n. 1, p. 1-16, 2018.

WHO. **O World Health Report 2005 - faz com que cada mãe e filho contam**. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2005.

WHO. **Tendências da mortalidade materna: 1990 a 2008: estimativas desenvolvidas pela OMS, UNICEF, UNFPA e Banco Mundial**. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2010.

WRONSKI, J. L., et al. Crack use during pregnancy: the experience of women users. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 4, p. 1231-1239, 2016.

WULIFAN, J. K. et al. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. **BMC Women's Health**, v. 16, n. 2, p. 1-15, 2016.

Tabela 1 – Distribuição de puérperas segundo as características sociodemográficas, antecedentes obstétricos e assistência pré-natal na região Nordeste do Brasil. 2012.

Variáveis (n=6.096)	%	Variáveis (n=6.096)	%
<b>Sociodemográficas:</b>		<b>Motivo da última cesariana</b>	
<b>Faixa etária materna</b>		Queria ligar as trompas	10,9
12 a 19	21,6	Outros	89,1
20 a 34 anos	68,0	<b>Nº de filhos que nasceram vivos anteriormente</b>	
35 ou mais	10,4	Um	52,6
<b>Raça/cor</b>		Dois ou mais	47,4
Branca	19,8	<b>Algum filho nasceu morto anteriormente</b>	
Não branca	80,2	Não	92,6
<b>Nível de escolaridade</b>		Sim	7,4
EF completo e menos	59,2	<b>Assistência Pré-natal:</b>	
EM completo e mais	40,8	<b>Intenção de engravidar</b>	
<b>Situação conjugal</b>		Queria engravidar naquele momento	44,8
Sem companheiro	17,0	Queria esperar mais tempo	25,7
Com companheiro	83,0	Não queria engravidar	29,5
<b>Trabalho remunerado</b>		<b>Sentimento quando soube da gravidez</b>	
Não	68,4	Satisfeita	69,4
Sim	31,6	Mais ou menos satisfeita	22,4
<b>Antecedentes obstétricos:</b>		Insatisfeita	8,2
<b>Nº de gestações anteriores</b>		<b>Tentou interromper a gravidez</b>	
Nenhuma	41,8	Não	96,7
Uma ou mais	58,2	Sim	3,3
<b>Paridade</b>		<b>Realização do pré-natal</b>	
Primípara	48,2	Não	1,5
Múltipara	51,8	Sim	98,5
<b>Tipo de gestação</b>		<b>Nº de consultas realizadas</b>	
Única	97,8	<6	28,6
Gemelar	2,2	≥ 6	71,4
<b>Teve aborto anterior</b>		<b>Local das consultas</b>	
Não	68,4	Público	75,2
Sim	31,6	Privado	20,2
<b>Algum aborto foi espontâneo</b>		Misto	4,6
Não	41,9	<b>Hábito de fumar/beber na gestação</b>	
Sim	58,1	Não	83,8
<b>Nº de cesarianas anteriores</b>		Sim	16,2
Nenhuma	36,7		
Uma ou mais	63,3		

Fonte: O autor.

Tabela 2– Análise bivariada da associação entre fumar nos primeiros 5 meses da gravidez ou ingerir bebida alcoólica durante a gravidez com as características sociodemográfica e econômicas, antecedentes obstétricos e assistência pré-natal de puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012.

Variáveis (n=6.096)	Fumou/ingestão de álcool		p-valor*	Variáveis (n=6.096)	Fumou/ingestão de álcool		p-valor*
	Não	Sim			Não	Sim	
	%	%			%	%	
<b>Sociodemográficas e econômicas:</b>				<b>Motivo da última cesariana</b>			
<b>Faixa etária materna</b>				Queria ligar as trompas			
De 12 a 19	81,5	18,5	<b>0,009</b>	Outros			
de 20 a 34 anos	84,1	15,9		Nº de filhos que nasceram vivos			
35 ou mais	86,7	13,3		Um			
<b>Raça/cor</b>				Dois ou mais			
Branca	88,6	11,4	<b>&lt;0,001</b>	<b>Algum filho nasceu morto</b>			
Não branca	82,6	17,4		Não			
<b>Nível de escolaridade</b>				Sim			
EF completo e menos	78,2	21,8	<b>&lt;0,001</b>	<b>Assistência Pré-natal:</b>			
EM completo e mais	91,9	8,1		<b>Intenção de engravidar</b>			
<b>Situação conjugal</b>				Queria engravidar naquele momento			
Sem companheiro	72,7	27,3	<b>&lt;0,001</b>	Queria esperar mais tempo			
Com companheiro	86,1	13,9		Não queria engravidar			
<b>Trabalho remunerado</b>				<b>Sentimento quando soube da gravidez</b>			
Não	82,4	17,6	<b>&lt;0,001</b>	Satisfeita			
Sim	86,8	13,2		Mais ou menos satisfeita			
<b>Antecedentes obstétricos:</b>				Insatisfeita			
<b>Nº de gestações anteriores</b>				<b>Tentou a interromper gravidez</b>			
Nenhuma	87,1	12,9	<b>&lt;0,001</b>	Não			
Uma ou mais	81,4	18,6		Sim			
<b>Paridade</b>				<b>Realização do pré-natal</b>			

Primípara	86,3	13,7	<b>&lt;0,001</b>	Não	59,6	40,4	<b>&lt;0,001</b>
Múltipara	81,5	18,5		Sim	84,1	15,9	
<b>Tipo de gestação</b>				<b>Nº de consultas realizadas</b>			
Única	83,7	16,3	<b>0,111</b>	<6	76,6	23,4	<b>&lt;0,001</b>
Gemelar	88,8	11,2		≥ 6	87,5	12,5	
<b>Teve aborto anterior</b>				<b>Local das consultas</b>			
Não	83,5	16,5	<b>&lt;0,001</b>	Público	81,5	18,5	<b>&lt;0,001</b>
Sim	76,9	23,1		Privado	93,3	6,7	
<b>Algum aborto foi espontâneo</b>				Misto	87,8	12,2	
Não	82,9	17,1	<b>0,128</b>				
Sim	84,4	15,6					
<b>Nº de cesarianas anteriores</b>							
Nenhuma	79,8	20,2	<b>&lt;0,001</b>				
Uma ou mais	86,5	13,5					

\*Teste Qui-quadrado ao nível de 20%.

Fonte: O autor.

Tabela 3 – Análise multivariável da associação entre fumar nos primeiros cinco meses da gravidez ou ingerir bebida alcoólica durante a gravidez, com intenção de engravidar de puérperas da região Nordeste do Brasil. 2012.

Variáveis	ORaj	IC 95%	p-valor*
<b>Intenção de engravidar</b>			
Queria engravidar naquele momento	1	-	
Queria esperar mais tempo	1,36	1,14 - 1,58	<b>&lt;0,001</b>
Não queria engravidar	1,81	1,52 - 2,10	
<b>Sentimento quando soube da gravidez</b>			
Satisfeita	1	-	
Mais ou menos satisfeita	1,77	1,49 - 2,06	<b>0,001</b>
Insatisfeita	2,35	1,98 - 2,73	

Nota: Ajustado por faixa etária ( $p=0,042$ ), escolaridade ( $p<0,001$ ), situação conjugal ( $p<0,001$ ), trabalho remunerado ( $p=0,021$ ), paridade ( $p=0,038$ ), aborto anterior ( $p<0,001$ ), natimorto ( $p=0,034$ ), tentativa de interrupção da gravidez ( $p<0,001$ ), realização de pré-natal ( $p<0,001$ ), nº de consultas realizadas ( $p<0,001$ ).

\*Teste de Wald. IC95% = intervalo de confiança de 95%; ORaj = razão de chances ajustado (*odds ratio*). Teste de Hosmer e Lemeshow ( $p=0,922$ ). Pseudo-correlação ( $r=0,905$ ).

## QUESTIONÁRIO PUÉRPERA

### I. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

1. Qual a sua idade? |\_\_| |\_\_|
2. A sua cor da pele é... **(ler as alternativas)**
  1. Branca
  2. Preta
  3. Parda/morena/mulata |\_\_|
  4. Indígena

### II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

“Agora vou lhe fazer perguntas para saber se você já esteve grávida outras vezes antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)** e o que aconteceu em cada uma delas.”

3. Antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)**, quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido?
4. Antes da gravidez do(a) **(nome do bebê)**, você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? |\_\_| |\_\_|
5. Quantos? |\_\_| |\_\_|
6. E quantos desses abortos ou perdas foram espontâneos? |\_\_| |\_\_|
7. Antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)**, quantos partos você já teve? |\_\_| |\_\_|
8. Qual foi o motivo dessa última cesariana que você teve antes do nascimento do **(nome do bebê)**?
  1. Queria ligar as trompas |\_\_| |\_\_|
  2. Já tinha cesárea anterior |\_\_| |\_\_|
  3. Não queria sentir a dor do parto normal |\_\_| |\_\_|
  4. Medo de falta de vaga para internação |\_\_| |\_\_|
  5. Medo da violência na cidade |\_\_| |\_\_|
  6. Bebê estava enrolado no cordão |\_\_| |\_\_|
  7. Bebê estava sentado/atravessado |\_\_| |\_\_|
  8. Bebê era grande/ não tinha passagem/ não teve dilatação/ bebê não desceu/ não encaixou |\_\_| |\_\_|

9. Bebê passou do tempo
10. Sofrimento do bebê
11. Pouco líquido na bolsa (amniótico)
12. Placenta baixa
13. Problema de pressão alta
14. Problema de diabetes
15. Verruga genital/ condiloma ou problema no preventivo do colo do útero
16. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo
17. Descolamento prematuro da placenta
18. Sangramento
19. Outra razão não citada
20. Não soube informar

9. Antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)**, quantos filhos nasceram vivos?

10. Antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)**, algum filho nasceu vivo e morreu no primeiro mês de vida? 0. Não 1. Sim

11. Antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)**, algum filho nasceu vivo e morreu no primeiro mês de vida? 0. Não 1. Sim

12. Quantos?

13. Antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)**, algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo? 0. Não 1. Sim

14. Quantos?

15. Antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)**, algum filho nasceu com peso menor que dois quilos e meio? 0. Não 1. Sim

16. Antes da gravidez do (a) **(nome do bebê)**, algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)? 0. Não 1. Sim

### III. PRÉ-NATAL

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do (nome do bebê).”



17. Quando ficou grávida, você:

1. Queria engravidar naquele momento

2. Queria esperar mais tempo

|\_\_|

3. Não queria engravidar

9. Não soube informar

18. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) **(nome do bebê)**?

1. Satisfeita

2. Mais ou menos satisfeita

|\_\_|

3. Insatisfeita

9. Não soube informar

19. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método? **0. Não 1. Sim** |\_\_|

20. Você fez pré-natal na gravidez?

1. Não

2. Sim

|\_\_|

9. Não soube informar

21. Com quantas semanas ou meses de gestação você começou o pré-natal?

22. |\_\_||\_\_| semanas

23. |\_\_| meses

24. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do (a) **(nome do bebê)**? |\_\_||\_\_|

**(caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha frequentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)**

25. Onde foi realizada **a maioria das consultas** do pré-natal da gravidez do (a) **(nome do bebê)**? **(Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)**

1. No serviço público

2. No serviço particular ou de plano de saúde

3. Nos dois

|\_\_|

99. Não soube informar

#### IV- DADOS FAMILIARES

“Vou fazer algumas perguntas sobre o seu nível educacional e sua família.”

26. Qual o último grau que você cursou?

1. Nenhum
2. Ensino Fundamental (1º grau)
3. Ensino Médio (2º grau)
4. Ensino Superior (3º grau)
9. Não sabe informar

|\_\_|

27. Qual é o seu estado civil?

1. Solteira
2. Casada no papel
3. União estável/vive com companheiro
4. Separada
5. Viúva
9. Não sabe informar

|\_\_|

28. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro?

0. Não
1. Sim

|\_\_|

#### V- HÁBITOS MATERNOS

*“Agora vou perguntar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você costuma fazer no seu dia-a-dia.”*

29. Você fumou nos primeiros cinco meses da gravidez do **(nome do bebê)**?

0. Não 1. Sim|\_\_|

30. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica?

0. Não (**confirme: “nem de vez em quando?”**)

1. Sim 9. Não soube informar

|\_\_|

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada

---

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**”, de responsabilidade de pesquisadores da FIOCRUZ e de outras instituições de pesquisa.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto, e aos recém-nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal e consultar algumas informações em seu prontuário.

As respostas serão anotadas em um formulário. Esta entrevista terá uma duração em torno de, aproximadamente 30 minutos. Posteriormente, iremos entrar em contato com você por telefone, no período entre 45 e 60 dias após esta entrevista, para saber como estará a sua saúde e do seu filho.

Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper se assim desejar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10**  
**CAAE: 0096.0.031.000-10**

**Título do Projeto:** "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)"

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Maria do Carmo Leal

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 26 / 04 / 2010

**Data de apreciação:** 11 / 05 / 2010

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
PRISCILA SÉRGIO REGO  
Coordenadora do Comitê de  
Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP