

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

ANA CECÍLIA SILVESTRE DA SILVA

Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal

São Paulo
2024

ANA CECÍLIA SILVESTRE DA SILVA

Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal

Versão Corrigida

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prfa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges.

São Paulo
2024

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

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a) Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Silva, Ana Cecília Silvestre da
Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal / Ana
Cecília Silvestre da Silva; orientadora Ana luiza Vilela Borges.
– São Paulo, 2024.
154 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo, 2024.

1. Aconselhamento. 2. Anticoncepção. 3. Pré-natal. 4.
Planejamento Familiar. I. Borges, Ana luiza Vilela, orient. II.
Título.

Nome: Silva, Ana Cecília Silvestre da

Título: Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovado em: ____/____/ 2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristiane da Silva Cabral Instituição:

Faculdade de Saúde Pública - USP

Julgamento: _____

Profa. Dra. Célia Regina Maganha e Melo

Instituição: Escola de Artes Ciências e Humanidades - USP

Julgamento: _____

Profa. Dra. Osmara Alves dos Santos Instituição:

Faculdade de Medicina - USP

Julgamento: _____

À minha mãe, Cícera e ao meu pai, Aluisio (in memoriam).

Meu esposo, Carlos. Meus filhos, João e Pedro.

E as boas energias que contribuíram direta ou indiretamente.

AGRADECIMENTO

À Deus e a todas as energias do bem que sempre estão comigo.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Ana Luíza Vilela Borges, que foi compreensiva com minha vida corrida, que me guiou no âmbito da saúde reprodutiva e na vida de pesquisadora. Muito obrigada!

A todos os Professores do DINTER, pela oportunidade de vivenciar o doutorado na melhor Faculdade de Saúde Pública do País (FSP-USP). A todos os Professores das disciplinas do DINTER, em especial aos membros da minha banca de qualificação e defesa, pela possibilidade de crescimento profissional.

A todos os profissionais da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e da Faculdade de Saúde Pública por contribuírem direta ou indiretamente com o DINTER.

Ao Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva (NEPESC), por compartilhar suas experiências.

Aos meus pais, Cícera e Aluisio (in memorian) pelo amor incondicional e por acreditarem na minha capacidade.

Ao meu esposo, Carlos, pelo amor, incentivo e cuidado diário.

Aos meus filhos, João e Pedro, por compreender as minhas ausências.

Aos meus familiares pelo apoio, em especial a Dona Nelsir e Anatórcia.

A todas as mulheres que participaram do estudo, Muito Obrigada!

Aos meus companheiros de DINTER, em especial ao “Quarteto Maravilha”, por participar de todo esse processo.

Aos meus alunos da Uncisal, pelo auxílio na coleta de dados, em especial a Elinalva.

Aos profissionais da Maternidade Escola Santa Mônica e do Hospital da Mulher Doutora Nise da Silveira onde o estudo foi realizado.

Aos meus amigos de trabalho da UNCISAL, MESM, Cesmac e HU pelo apoio e parceria, em especial aos enfermeiros do G4-MESM.

As minhas amigas de vida, por estarem sempre comigo em todos os momentos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas, pela concessão da bolsa para a realização do doutorado.

A todos que contribuíram para a realização deste doutorado.

HÁ CONSELHO

Se conselho fosse bom, não se dava...

Diz um dito popular...

Que não cabe aqui

Mesmo assim, aconselho a desinformada

Para que não tropesse na prenhez

Informo, escuto

Apresento métodos a sua escolha

Use novinha, vivida e senhora

Os senhores não fiquem de fora

Prazer responsável inerente ao ser

Proteja-se, planeje-se

Não obrigo ninguém a nada

Se cuide mulher

Por isso, há conselho

Ana Cecília Silvestre

RESUMO

SILVA, A.C.S. **Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.** 2024. Tese - Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

Introdução: O aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal é um componente para integralidade da assistência à saúde, auxiliando a mulher/casal na escolha do método contraceptivo que melhor se adequa às necessidades reprodutivas e clínicas de forma compartilhada com o profissional de saúde. **Objetivo:** Avaliar o aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal desenvolvido em duas maternidades de Maceió, Alagoas, entre março e julho de 2023. Participaram do estudo 595 mulheres que se encontravam hospitalizadas após o parto ou acompanhado recém-nascido e que tinham realizado pré-natal. A coleta de dados foi conduzida com entrevista face-a-face por meio de instrumento semiestruturado. A variável dependente foi ter tido acesso a ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal (dicotômica). As variáveis independentes diziam respeito ao perfil sociodemográfico, história reprodutiva; ao pré-natal e ao planejamento da gravidez. Foi realizada análise descritiva e regressão logística bivariada e múltipla. **Resultado:** Todas as mulheres fizeram ao menos uma consulta de pré-natal, sendo que 84,4% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 72,5% fizeram ao menos seis consultas. Mesmo assim, apenas 34,8% relataram ter sido aconselhadas sobre contracepção durante a assistência pré-natal, majoritariamente de forma individualizada e acerca de métodos como pílula, injetáveis, dispositivo intrauterino e laqueadura. Mulheres de 25 a 34 anos de idade tiveram menos chance de ter sido aconselhada sobre MAC no pré-natal comparadas às mulheres mais jovens, de 14 a 24 anos de idade (OR=0,63; IC95%=0,43-0,99). Mulheres que tiveram três ou mais gestações tiveram mais chance de ter sido aconselhada sobre MAC durante o pré-natal em relação às mulheres que tiveram apenas uma gestação (OR=2,14; IC95%=1,16-3,60). **Conclusão:** Apesar da maioria das mulheres terem um adequado acesso ao pré-natal, observou-se baixo percentual de aconselhamento contraceptivo durante essa assistência. Ressalta-se a necessidade de implementação de políticas públicas e reorganização do trabalho das equipes da atenção primária à saúde de forma a promover o aconselhamento contraceptivo e o acesso a diversidade de métodos, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres nos períodos pré-natal e pós-parto.

Palavras-chave: Aconselhamento. Anticoncepção. Pré-natal. Planejamento familiar.

ABSTRACT

SILVA, A.C.S. **Contraceptive counseling during prenatal care.** 2024. Thesis - Doctorate in Public Health. School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, 2024.

Introduction: Contraceptive counseling during prenatal care is a component of comprehensive health care, assisting women/couples in choosing the contraceptive method that best suits their reproductive and clinical needs, in a shared manner with the health professional. **Objective:** To evaluate contraceptive counseling during prenatal care. **Method:** Quantitative, descriptive, and cross-sectional study developed in two maternity hospitals in Maceió, Alagoas, between March and July 2023. The study included 595 women who were hospitalized after giving birth or accompanied a newborn and who underwent prenatal care. Data collection was conducted in a face-to-face interview using a semi-structured instrument. The dependent variable was having had access to contraceptive counseling actions during prenatal care (dichotomous). The independent variables related to sociodemographic profile, reproductive history; prenatal care; and pregnancy planning. Descriptive analysis and bivariate and multiple logistic regression were performed. **Results:** All women had at least one prenatal visit, with 84.4% starting prenatal care in the first trimester and 72.5% having had at least six prenatal visits. Even so, only 34.8% reported having received counseling about contraception during prenatal care, mostly on an individual basis and regarding methods such as the pill, injectables, intrauterine device and tubal ligation. Women aged 25 to 34 years were less likely to have received counseling about contraception during prenatal care compared to younger women aged 14 to 24 years (OR=0.63; 95% CI=0.43-0.99). Women who had three or more pregnancies were more likely to have received counseling about contraception during prenatal care compared to women who had only one pregnancy (OR=2.14; 95% CI=1.16-3.60). **Conclusion:** Although most women have adequate access to prenatal care, a low percentage of contraceptive counseling was observed during this care. The need to implement public policies and reorganize the work of primary health care teams is highlighted in order to promote contraceptive counseling and access to a variety of methods, guaranteeing women's sexual and reproductive rights in the prenatal and postpartum periods.

Keywords: Counseling. Contraceptive. Prenatal care. Family planning.

RESUMEN

SILVA, A.C.S. **Asesoramiento anticonceptivo durante el prenatal.** 2024. Tesis - Doctorado en Salud Pública. Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2024.

Introducción: La consejería anticonceptiva durante la atención prenatal es un componente de la atención integral en salud, ayudando a las mujeres/parejas a elegir el método anticonceptivo que mejor se adapta a sus necesidades reproductivas y clínicas de manera compartida con el profesional de la salud. **Objetivo:** Evaluar el asesoramiento anticonceptivo durante la atención prenatal. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal desarrollado en dos maternidades de Maceió, Alagoas, entre marzo y julio de 2023. Participaron del estudio 595 mujeres que fueron hospitalizadas después del parto o acompañadas de un recién nacido y que realizaron control prenatal. La recolección de datos se realizó mediante entrevista cara a cara mediante un instrumento semiestructurado. La variable dependiente fue tener acceso a asesoramiento anticonceptivo durante la atención prenatal (dicotómica). Las variables independientes se referían al perfil sociodemográfico, historia reproductiva; atención prenatal y planificación del embarazo. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística bivariada y múltiple. **Resultado:** Todas las mujeres tuvieron al menos una consulta prenatal, el 84,4% inició la atención prenatal en el primer trimestre y el 72,5% tuvo al menos seis consultas prenatales. Aun así, sólo el 34,8% refirió haber sido asesorada sobre anticoncepción durante el control prenatal, mayoritariamente de forma individual y sobre métodos como píldoras, inyectables, dispositivos intrauterinos y ligadura de trompas. Las mujeres de 25 a 34 años tenían menos probabilidades de haber recibido asesoramiento sobre MCA durante la atención prenatal en comparación con las mujeres más jóvenes de 14 a 24 años (OR=0,63; IC 95%=0,43-0,99). Las mujeres que tuvieron tres o más embarazos tuvieron más probabilidades de haber recibido asesoramiento sobre la MCA durante la atención prenatal en comparación con las mujeres que tuvieron un solo embarazo (OR=2,14; IC 95%=1,16-3,60). **Conclusión:** Aunque la mayoría de las mujeres tienen acceso adecuado a la atención prenatal, se observó un bajo porcentaje de asesoramiento anticonceptivo durante esta atención. Se destaca la necesidad de implementar políticas públicas y reorganizar el trabajo de los equipos de atención primaria de salud para promover la consejería anticonceptiva y el acceso a una diversidad de métodos, garantizando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el prenatal y postparto.

Descriptor: Consejo. Anticoncepción. Atención Prenatal. Planificación Familiar.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1**-Mapa das regiões de saúde do estado de Alagoas, destacando o município de Maceió.....45
- Figura 2**- Distribuição dos bairros, destacando o 1º Distrito Sanitário de Saúde do Município de Maceió, 2016.....46
- Figura 3** - Hospital da Mulher Doutora Nise da Silveira.....47
- Figura 4** - Maternidade Escola Santa Mônica.....48
- Figura 5**- Percentual de MAC referidos como conhecidos por mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.Maceió, 2023.....74
- Figura 6**- Percentual de MAC utilizados ao longo da vida por mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.....75
- Figura 7**- Percentual de MAC utilizando logo antes desta gravidez por mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal, Maceio, 2023.....75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese de recomendações para garantir os direitos sexuais e reprodutivos adaptado à assistência pré-natal.....	29
Quadro 2 – Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para utilização dos MAC no pós- parto.....	31
Quadro 3 – Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos MAC de barreira no pós-parto.....	32
Quadro 4 - Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos SARC no pós- parto.....	32
Quadro 5 - Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos LARC no pós- parto.....	34
Quadro 6 - Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos MAC definitivos	35
Quadro 7 - Serviços de vinculação ao pré-natal e parto de alto risco.....	48
Quadro 8 - Descrição da escala LMUP.....	55

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sociodemográfico e econômico das usuárias com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.....63
- Tabela 2** – História sexual e reprodutiva das mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.....65
- Tabela 3** – Informações sobre o parto, pós-parto e RN das usuárias dos serviços de parto de risco habitual e alto risco. Maceió, 2023.....66
- Tabela 4** – Planejamento da gestação (LMUP) das mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.....67
- Tabela 5** – Classificação do LMUP para o planejamento da gravidez, Maceió, 2023...68
- Tabela 6** - Medidas realizadas antes da gravidez para melhorar a saúde (LMUP- Item 6). Maceió, 2023.....68
- Tabela 7** – Informações do pré-natal das mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.....69
- Tabela 8**- Adequação e componentes da assistência pré-natal das mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.....71
- Tabela 9**- Satisfação, período para realização e aconselhamento contraceptivo do parceiro entre mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal Maceió,2023... MAC referidos como aconselhados durante o pré-natal. Maceió, 2023.....73
- Tabela 10** – Métodos contraceptivos aconselhados durante o pré-natal. Maceió, 2023.73
- Tabela 11** - Conhecimento e utilização dos MAC entre mulheres aconselhadas e sem aconselhamento no pré-natal. Maceió, 2023.....74
- Tabela 12**- Realização de consultas para realização de métodos definitivos e inserção LARC entre mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.....76
- Tabela 13** – Método contraceptivo escolhido para o pós-parto entre mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.....77
- Tabela 14** - Regressao logística binomial (0 - sem aconselhamento contraceptivo durante o pré- natal; 1 – com aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal).....78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COVID-19- Coronavírus-19
DIU - Dispositivo Intrauterino
ESF- Estratégia de Saúde da Família
FSP- Faculdade de Saúde Pública
HIV- Human immunodeficiency vírus/ Vírus da imunodeficiência Humana
HMDNS- Hospital da Mulher Doutora Nise da Silveira
IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAM- Lactation amenorrhea method/Método da Amenorreia da Lactação
LARC- Long-acting reversible contraceptives /Método Reversível de Longa Duração
LUMP- London Measure Of Unplanned Pregnancy MAC- Métodos Anticoncepcionais
MESM- Maternidade Escola Santa Mônica
MS- Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-americana de Saúde
PHPN- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNS- Programa Nacional de Saúde
RN- Recém-nascido
SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARC- Short-acting reversible contraceptives /Método Reversível de Curta Duração
SIU- Sistema Intrauterino
SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
UFAL- Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL- Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
USP- Universidade de São Paulo
SESAU- Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SUS- Sistema Único de Saúde
TALE- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS- Unidade Básica de Saúde
UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCIco- Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
UCIca- Unidade de Cuidados Intermediários Cangu

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO...	17
1. INTRODUÇÃO	20
1.1 ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO	24
1.2 ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO NO PRÉ-NATAL	26
1.3 ESCOLHA CONTRACEPTIVA PARA O PÓS-PARTO.	30
2. PROBLEMA DE PESQUISA	40
3. OBJETIVOS	42
3.1 OBJETIVO GERAL	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4. MÉTODOS	44
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	44
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	44
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	50
4.4 TAMANHO DA AMOSTRA	50
4.5 COLETA DE DADOS	51
4.6 INSTRUMENTOS	53
4.6.1 Questionário semiestruturado	53
4.6.2 London Measure of Unplanned Pregnancy- LMUP	54
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	54
4.8 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA	60
5. RESULTADOS	63
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	63
5.1.1 Características sociodemográfico e econômico	63
5.1.2 História sexual e reprodutiva	64
5.1.3 Planejamento da gravidez	67
5.1.4 Assistência pré-natal	69
5.1.5 Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal	72
5.1.6 Conhecimento sobre MAC e escolha contraceptiva	74
5.2 ANÁLISE INFERENCIAL	77
6. DISCUSSÃO	81
6.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O ACESSO AO ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO	85
6.2 ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO PRÉ-NATAL	88
6.3 CONHECIMENTO CONTRACEPTIVO E A ESCOLHA CONTRACEPTIVA PARA O PÓS-PARTO.	91
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	96
8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	98
9. CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	125
ANEXOS	145

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto o acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Para entender a proposição desse objeto, vale destacar que iniciei minha vida acadêmica no curso de graduação em Enfermagem no Centro Universitário Cesmac. No ano subsequente, comecei a graduação em Ciências Biológicas na modalidade licenciatura e bacharelado na Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Realizei as graduações de forma concomitante; ambas me proporcionaram a construção de uma visão ampliada de saúde. Após concluir enfermagem, passei um longo período afastada da biologia, pois iniciei residência em enfermagem neonatal pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Durante minha trajetória profissional, atuei um curto período de tempo como enfermeira, na Estratégia de Saúde da Família. Atuei num serviço de urgência e em maternidades no estado de Pernambuco. Também trabalhei nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência dos estados de Alagoas e Sergipe. Ao perceber a necessidade de capacitação profissional, fiz um curso de pós-graduação de urgência e emergência em saúde pública.

Retornando à formação docente que havia vivenciado na biologia, resolvi deixar os plantões e priorizar a docência. Em 2012, aceitei um convite para atuar como professora de saúde da criança no Cesmac. Devido à necessidade de aprimoramento acadêmico, realizei mestrado em Ensino na Saúde pela Faculdade de Medicina da UFAL, com dissertação sobre estilos de aprendizagem de discentes e docentes de enfermagem.

Em 2015, após ser aprovada nos concursos da UNCISAL, passei a trabalhar exclusivamente em Maceió. Hoje, exerço minhas atividades como enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal da Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) e como professora auxiliar de saúde da criança. Em 2018, fui aprovada na seleção do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública (FSP), vinculado ao Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo (USP) e a UNCISAL.

No primeiro ano do doutorado (2019), as aulas ocorreram mensalmente na Uncisal. Cursei disciplinas que me aproximaram da saúde pública e que aprimoraram minha compreensão da metodologia da pesquisa. Após a definição da minha orientadora, a Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges, ajustamos a temática do estudo durante os contatos on-line e definimos que a pesquisa abordaria o aconselhamento contraceptivo durante o

pré-natal.

No início do segundo ano do doutorado (2020), recebi uma bolsa auxílio de um ano da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas, para custear gastos. Com o intuito de cursar os créditos obrigatórios e iniciar os estágios na USP, viajei para São Paulo em fevereiro, porém a pandemia da Covid-19 resultou na suspensão das aulas presenciais e retornei ainda em março para Maceió. As aulas que seriam presenciais passaram para a modalidade online e, apesar da readequação, foram bastante proveitosas.

Devido à necessidade de profissionais de saúde para atuar durante a pandemia, minha licença da UNCISAL, que seriam de quatro meses para cursar o segundo ano do doutorado em São Paulo foi suspensa, e retornei às minhas atividades como enfermeira, docente, discente, mãe de dois filhos pequenos, esposa e filha. Desenvolver o projeto de tese do doutorado em 2020 não foi uma tarefa fácil de ser executada, mas me proporcionou bastante aprendizado sobre planejamento reprodutivo e contracepção.

Durante a pandemia, participei de algumas reuniões do Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva de Enfermagem em Saúde Coletiva, grupo de pesquisa que abordava temas sobre saúde sexual e reprodutiva e saúde coletiva, durante os encontros pude participar das discussões e assistir a evolução das pesquisas que estavam em andamento.

Minha trajetória profissional em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidades públicas proporcionou um contato frequente com mulheres no período puerperal. Na assistência aos recém-nascidos, observei que as puérperas possuíam pouca informação contraceptiva, não planejaram a gestação e apresentavam curtos intervalos entre os partos. O planejamento reprodutivo, aos meus olhos, sempre foi uma área afim à neonatologia. Assistir diariamente recém-nascidos sempre me colocou ao lado dessas mulheres, porém, apesar de muitas vezes constatar suas necessidades de planejamento reprodutivo, nem sempre pude auxiliá-las em suas demandas, pois minha assistência estava direcionada a seus filhos.

Diante deste cenário de escassez de informações nacionais sobre aconselhamento contraceptivo realizado no pré-natal e da elevada incidência de gestações não planejadas, justifica-se meu interesse em realizar a tese intitulada “Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal”.

Introdução

1.INTRODUÇÃO

A melhoria na qualidade da assistência ao planejamento reprodutivo vem promovendo uma ampliação na utilização de métodos anticonceptivos (MAC) (Fagan et al., 2017; Hrusa et al., 2020). Entre 1990 e 2019, houve um aumento global no uso dos MAC entre mulheres em idade reprodutiva. Neste período, o uso dos métodos na África Subsaariana aumentou de 13% para 29%; na América Latina e Caribe, de 40% para 58%. Em 1990, a América do Norte e a Europa já haviam alcançado uma prevalência maior que 50% no uso dos MAC (UN, 2020).

Apesar dos avanços na assistência contraceptiva, mais de 200 milhões de mulheres no mundo querem evitar a gravidez, mas não utilizam MAC moderno (Singhe; Darroch, 2012; UN, 2016). Estimativas do “Adding It Up 2017” apontam que 241 milhões de mulheres não possuem acesso a MAC (Sully, 2018). Observa-se também que a necessidade insatisfeita por contracepção resulta em 84% das gravidezes não intencionais que ocorrem nas regiões mais pobres do mundo. O acesso restrito aos serviços de planejamento reprodutivo, bem como a oferta limitada de contraceptivos, expõe a realidade enfrentada por mulheres pobres, jovens e muitas vezes solteiras, evidenciando a necessidade insatisfeita por MAC modernos e métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, do inglês (*long-acting reversible contraceptives* -LARC) (Alkema et al., 2013; UN, 2015).

Além disso, uma diversidade de barreiras torna a utilização dos MAC uma questão complexa, composta pelo medo dos efeitos colaterais, experiências contraceptivas negativas, desigualdades de gênero, restrições políticas, culturais e religiosas, formação dos profissionais que prestam serviços de planejamento reprodutivo, entre outros (Alkema et al., 2013; Brandão, 2019; Gonçalves et al., 2019; Mushy et al., 2020; Perry et al., 2020).

Especificamente no que concerne ao Brasil, em 1986, a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, e as Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e 2006 apresentam prevalência no uso de MAC entre mulheres brasileiras unidas, com idade entre 15 e 49 anos, de 64,4% em 1986 e de 76,7% em 2006 (Perpétuo e Wong, 2009a). As taxas apresentadas nas PNDS são semelhantes àquelas observadas entre os países de alta renda.

Apesar da última PNDS ter sido realizada em 2006, outros estudos de âmbito nacional possibilitam averiguar o uso de MAC entre mulheres brasileiras, como Pesquisa

Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019, entretanto há limitações para realizar comparações entre ambas (Trindade et al., 2021).

De acordo com a PNS de 2013, entre os MAC mais utilizados no Brasil, o contraceptivo hormonal oral se destaca, com 34,2% de prevalência de uso; seguido dos métodos cirúrgicos (laqueadura), com 25,9%; do preservativo masculino e feminino, com 14,5%; os LARC, com 1,8% (Trindade, et al., 2021). Apesar do aumento na utilização de MAC ao longo dos anos, o uso dos mesmos permanece centrado nos métodos contraceptivos de curta duração (SARC), ou seja, aqueles que apresentam menor eficácia e maior descontinuidade contraceptiva (Trindade et al., 2021; Borges et al., 2021).

Apesar da alta prevalência de uso de métodos contraceptivos no Brasil, estima-se que a demanda insatisfeita por contraceptivos seja da ordem de 6% a 7%, afetando aproximadamente 3,5 a 4,2 milhões de mulheres em idade reprodutiva (UNFPA, 2017). Isso concerne a um contingente de mulheres que não estão usando MAC, mas não querem ter mais filhos ou querem tê-los mais tardiamente; dessa forma, encontram-se em risco de vivenciar uma gravidez não intencional (Carvalho, 2019).

O planejamento de uma gravidez é uma ação marcada pelo desejo e intenção de engravidar (Barret e Wellings, 2002). Entre 2010 e 2014, houve cerca de 99 milhões de gestações não planejadas por ano em todo o mundo, sendo que 56% delas resultaram em abortos, muitas vezes inseguros (Bearak et al., 2018). Planejar uma gestação ainda não é evento comum e está relacionado com fatores sociais, história reprodutiva, e o contextos de vida de cada mulher. Portanto, subsidiar o planejamento da gravidez favorece a adoção de medidas centradas na pré-concepção e na realização de um pré-natal de maior qualidade (Santos et al., 2019).

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) passaram a recomendar a ampliação do número mínimo de consultas de pré-natal, de quatro para oito, na busca por melhorias nos indicadores de saúde materno-infantil (WHO, 2016). Evidências sugerem que o aumento no número de consultas de pré-natal parece estar associado a um aumento das avaliações maternas e fetais para detectar complicações, melhorar o apoio e a comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres grávidas, aumentando a possibilidade de resultados positivos na gravidez (WHO, 2016).

Na América Latina e Caribe, aproximadamente 90% das mulheres realizam quatro ou mais atendimentos pré-natais (UNFPA, 2017). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS)

recomenda o mínimo de seis consultas, com um percentual de aproximadamente 72% das gestantes com sete ou mais consultas (Brasil, 2019). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece um esquema mínimo de procedimentos a serem oferecidos a todas as gestantes: início da assistência até o quarto mês de gestação (16^a semana); realização de no mínimo seis consultas, sendo adequado que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre (Brasil, 2011) e que, até a 34^a semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34^a e 38^a semanas, é indicada uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38^a semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40^a semana, mas pode ocorrer até 42 semanas (Brasil, 2013). A ampliação no número de consultas pré-natal busca promover uma assistência de maior qualidade para a mulher/conceito.

Em 2020, durante a pandemia da Covid-19, aproximadamente 70% das gestantes realizaram sete ou mais consultas pré-natais (Brasil, 2020). Apesar do contexto pandêmico, houve apenas uma pequena redução quantitativa no percentual de consultas pré-natais para o período, ressaltando-se que a manutenção do quantitativo de consultas pode não estar relacionado a qualidade da assistência.

Rotinas de exames laboratoriais, imunização e atividades educativas também compõem a assistência pré-natal (Brasil, 2015). As ações de aconselhamento contraceptivo fazem parte desta assistência, vinculadas às atividades educativas, estando presente nos protocolos e guidelines globais (WHO, 2016; ACOG, 2019). Nessa perspectiva, as idas aos serviços de saúde para a realização do pré-natal devem ser compreendidas como um momento oportuno para a oferta de orientações contraceptivas.

Estudos evidenciam que a diversidade de ações educativas (aconselhamento individualizado ou em grupos), dentre outras iniciativas desenvolvidas durante a assistência pré-natal estão associados a maiores taxas de adesão a MAC modernos e a utilização de LARC no período pós-parto (Zapata et al., 2015; Coleman-minahan et al., 2017; Unger et al., 2018; Reyes-lacalle et al., 2020; Phaloprakam; Suthasmalee, 2023), além de constituir-se em promotor da saúde materno-infantil (Stover; ross, 2010; Lori et al., 2018; Heberlein et al., 2020; Goulding et al., 2020; Huber-krum et al., 2020; Shreffler et al., 2020; Phaloprakam; Suthasmalee, 2023).

Os benefícios do acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal vão além da utilização de um MAC de escolha no período pós-parto. Essas ações devem subsidiar um intervalo intergestacional dentro do que é preconizado, ou seja, um período mínimo de 24 meses de intervalo entre as gestações (Brasil, 2012). Gestações em intervalos menores que dois anos podem ter como desfechos o aumento de partos prematuros, baixo peso ao nascimento, complicações neonatais, óbito neonatal e complicações maternas (Cofer et al., 2016). Desta forma, vivenciar o pós-parto desprovida de aconselhamento contraceptivo é uma condição que pode comprometer os desfechos de saúde materno-infantil (Kaimal; Norton, 2021).

A OMS enfatiza o direito a informações, acesso e serviços de planejamento reprodutivo durante o pré-natal que garantam um padrão de qualidade de informações e serviços; ter caráter não discriminatório; estar acessível; respeitar a privacidade e confidencialidade; capacitar para uma escolha contraceptiva informada; ofertar uma ampla gama de MAC; promover a aceitabilidade; incentivar a participação da comunidade, entre outros aspectos que garantam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (UN, 2020).

No Brasil, a Lei 9.263 de 1996, estabelece o planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante o direito a todo cidadão a limitação ou aumento da prole, embasando-se em ações preventivas, educativas, garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para este fim (Brasil, 1996). A Lei nº 14.443/2022, estabelece alterações na lei supracitada, visando garantir melhorias ao acesso a laqueadura e vasectomia.

Buscando a estruturação da assistência materno-infantil, a Portaria de nº 1.459/2011, que institui a Rede Cegonha, em seu pacote de ações visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres do país (Brasil, 2011). Entretanto, apesar dos avanços na assistência pré-natal, o acesso ao aconselhamento contraceptivo nesta fase da vida da mulher/casal ainda necessita de implementação. Neste estudo, o aconselhamento contraceptivo foi definido como ter acesso a pelo menos um momento de informação/orientação sobre MAC durante a assistência pré-natal.

No Brasil, apenas dois estudos sobre o acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal foram encontrados. Após uma busca sobre a temática em diversas bases de dados (SciELO, Lilacs, Scopus, Cinahl, Medline), Google Acadêmico e o Catálogo de teses e dissertações da CAPES. O primeiro é um estudo descritivo com 358 puérperas

internadas nas enfermarias de ginecologia e obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG que constatou que apenas 32,5% das puérperas referiu receber orientações sobre MAC durante a assistência pré-natal (Parreira et al., 2010). O segundo estudo foi realizado com 60 mulheres usuárias de unidades básicas de saúde de São Paulo, onde apenas 13,3% relataram receber aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal (Melli, 2019).

Vale salientar, que nenhum estudo que abordasse o aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal foi realizado na região nordeste do país. O Nordeste do Brasil possui os estados com os piores IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). O Brasil é o 87º país em desenvolvimento humano, com IDH de 0,754, valor classificado como elevado IDH. O estado de Alagoas, o cenário deste estudo possui o segundo pior IDH do país (0,684) (IBGE, 2022), valor semelhante ao de países classificados como médio IDH, como Venezuela (0,691) e Iraque (0,686) (NU, sd.).

1.1 ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO

O aconselhamento contraceptivo pode ser definido como a troca de informações sobre métodos contraceptivos com base em uma avaliação das necessidades, preferências e estilo de vida da mulher/parceiro de acordo com suas intenções reprodutivas (Rodrigues et al., 2005). Os princípios fundamentais do aconselhar em contracepção baseiam-se em: escolha informada e livre de coerção; informações neutras, compreensíveis e baseadas em evidências; processo de tomada de decisão compartilhado e confidencial; garantia de cuidado respeitoso, dignidade e escolha (Ali; Tran, 2022).

O aconselhamento envolve um conjunto de habilidades específicas, incluindo escuta ativa, atitudes sem julgamentos, habilidades de sondagem, capacidade de resolução de problemas, incorporação de aspectos culturais da comunidade e promoção de mecanismos de feedback. Diferentes ferramentas de educação, comunicação e informação devem apoiar o processo de aconselhamento ao planejamento reprodutivo. Além disso, estas iniciativas devem combinar meios de comunicação em massa, orientações para pequenos grupos e atividades individualizadas (WHO, 2001).

A oferta do aconselhamento deve estimular a busca e propiciar autonomia para que cada indivíduo decida sobre sua saúde (Araújo et al., 2019). Avaliar rotineiramente as necessidades de saúde reprodutiva das mulheres/casais e fornecer informações contraceptivas centradas nas necessidades individuais são condições necessárias para a integralidade do aconselhamento contraceptivo (Stulberg et al., 2019).

Aconselhar sobre contracepção tem como objetivo fornecer orientações sobre a utilização dos MAC, a fim de ampliar o acesso e a prática na utilização do método escolhido (Dehlendorf et al., 2014; Brandi; Fuentes, 2020). Para a realização do aconselhamento contraceptivo, o profissional de saúde deve manter um bom relacionamento pessoal com a usuária, obter informações sobre suas experiências e preferências, a fim de adequar o aconselhamento às necessidades individuais (Dehlendorf et al., 2014; Schivone; Glish, 2017).

O aconselhamento contraceptivo deve centrar-se numa escuta individualizada, aberta e recíproca, que auxilie na tomada de decisão sobre o MAC a ser utilizado (Sundstrom et al., 2018). Profissionais de saúde que realizam assistência pré-natal devem estar capacitados para aconselhar todas as mulheres sobre cada método contraceptivo, tais como indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens, características particulares de cada método, uso correto e índice de falha (FSRH, 2017). O cuidado deve ser centrado no indivíduo, sendo essencial que cada mulher seja ouvida e o processo de decisão seja compartilhado.

A realização do aconselhamento contraceptivo pode promover a redução da ocorrência de gravidez não planejada, além de promover o aumento da satisfação e da continuidade no uso do MAC (Dehlendorf et al., 2014).

No entanto, alguns fatores podem comprometer o acesso ao aconselhamento contraceptivo, dentre eles: barreiras de acesso aos serviços de saúde, a diversidade de MAC disponíveis, restrição de acesso aos LARC, carência de profissionais capacitados na área de planejamento reprodutivo (Sendrowicz, 2019).

No Brasil, o aconselhamento contraceptivo ainda se encontra envolto por uma diversidade de barreiras que comprometem o planejamento reprodutivo de mulheres/parceiros. A coerção contraceptiva é um exemplo de restrição a autonomia da mulher aos MAC, conjuntamente com a oferta parciais de informações contraceptivas (abordando as vantagens do método e não abordar seus efeitos colaterais), inserção do método sem consentimento, recusa de remoção de LARC ou de realização da laqueadura

(respaldada na legislação) sob pedido da usuária, entre outros aspectos que prejudicam o planejamento reprodutivo (Senderowicz, 2019; Brandão; Cabral, 2021). Adequações nas políticas públicas para saúde da mulher são necessárias para ampliar o alcance dos serviços e ações de planejamento reprodutivo mitigando as barreiras de acesso aos MAC em todas as etapas do ciclo reprodutivo da mulher.

O período gestacional deve ser compreendido como um momento propício para a realização do aconselhamento contraceptivo pois, o contato constante com profissionais de saúde durante o pré-natal viabiliza a discussão sobre o planejamento reprodutivo e as necessidades individuais de anticoncepção (Faúndes; Moraes Filho, 2020).

1.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO

O período gestacional é um momento complexo e singular para mulher, que envolve complexas mudanças, biológicas, psicosociais e culturais, comprovando que os cuidados pré-natais ultrapassam a dimensão biológica (Shimizu; Lima, 2009).

A assistência pré-natal compreende na avaliação dinâmica da gestação, representando papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias materno-fetais, reduzindo os riscos à gestante e favorecendo um desenvolvimento saudável do bebê. O pré-natal também caracteriza-se por ser um momento oportuno para a troca de informações sobre diferentes vivências entre as mulheres e os profissionais de saúde (Brasil, 2016). A assistência pré-natal está embasada nos direitos sexuais, reprodutivos e de acesso à informação em saúde fornecendo estratégias e soluções para respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos (UN, 2020).

A realização do pré-natal de risco habitual (baixo risco) qualifica-se pelo atendimento à gestante que não apresenta fatores de riscos individuais ou sociodemográficos relacionados à história obstétrica anterior e doença ou agravo que possam comprometer a evolução da gravidez (Brasil, 2016).

Divergindo da primeira condição, no pré-natal de alto risco, a gestante e seu conceito têm maiores chances de apresentar complicações que comprometem o desenvolvimento da gestação e promovam risco de vida ao binômio. Gestantes de alto risco devem receber uma assistência ainda mais criteriosa, com oferta de ações educativas e de aconselhamento dirigidas às necessidades individuais (Brasil, 2010; Brasil, 2022a). O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que apresentam critérios de

risco, tais como cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, gemelaridade, malformações fetais entre outras comorbidades (Brasil, 2022a).

A participação do parceiro durante o pré-natal oferece possibilidade para promoção e cuidado da sua saúde, além de fortalecer vínculos por meio da inserção no trinômio mãe-pai- filho (Lopes et al., 2021). Porém, mesmo quando estimulado pelos profissionais da saúde, a participação do homem é limitada ao amparo econômico e afetivo da gestante, com comparecimento aos serviços de saúde (Melo et al., 2023). Desta forma, o acesso ao aconselhamento contraceptivo do parceiro também se torna precário ou inexistente.

A realização do aconselhamento contraceptivo durante a assistência pré-natal está embasada na promoção à saúde, oferecendo à gestante informações sobre MAC durante suas visitas ao serviço (OPAS; OMS, 2015). Diversas evidências embasam a importância do aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal como promotor de benefícios à saúde materno-infantil; ampliação do uso de MAC modernos; ampliação no uso dos LARC; ampliação do intervalo entre as gestações; redução de gravidez não planejada; melhores desfechos materno-infantis; maior probabilidade na utilização de MAC mais eficazes no pós-parto (Agha; Williams, 2015; Achyut et al., 2015; Zapata et al., 2015; Coleman-Minahan et al., 2017; Unger et al., 2018; Reyes-lacalle et al., 2020; Phaloprakam; Suthasmalee, 2023).

O emprego de metodologias diversificadas (orientações individuais e/ou em grupos) na realização do aconselhamento contraceptivo, além de sua realização em diferentes períodos da gestação pode subsidiar uma escolha contraceptiva informada (Achyut et al., 2015; Channon et al., 2016; Cameron et al., 2017; Huber-krum et al., 2020).

A utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC) – folhetos educativos, indicação de sites com conteúdo audiovisual, envio de mensagens telefônicas, internet e aplicativos móveis sobre a temática – auxiliam profissionais de saúde na oferta de aconselhamento contraceptivo disponibilizando informações sobre a eficácia e o uso dos MAC (Cameron et al., 2017; Sondaal et al., 2016; Unger et al., 2018; Hebert et al., 2018).

A escolha compartilhada do MAC é um componente obrigatório na maioria dos programas de planejamento reprodutivo no mundo (Hardee et al., 2014; Wilson, 2019). Durante as ações de aconselhamento contraceptivo é fundamental garantir à mulher/casal (qualquer par de pessoas cuja relação sentimental e/ou sexual) uma

diversidade de métodos e os elementos necessários para sua escolha compartilhada e adequada às suas necessidades (Eliason et al., 2013; Santos et al., 2015).

O aconselhamento contraceptivo no pré-natal ainda se apresenta como uma temática pouco estudada mundialmente. Um estudo Norte americano evidenciou que o aconselhamento contraceptivo pré-natal é mais frequentemente ofertado a mulheres que possuem mais filhos e com seguros de saúde públicos (Coleman-Minahan et al., 2017). Na Etiópia, apenas 34,8% das mulheres relataram ter acesso a informações sobre MAC no pré-natal. Dentre as aconselhadas, 90,6% decidiram usar algum método contraceptivo após o parto (Teshome et al., 2017).

Em um país de alta renda observou-se que mulheres negras receberam menos aconselhamento contraceptivo pré-natal quando comparada com mulheres brancas (McCarley et al., 2021). Gestantes com trabalho de parto prematuro também apresentaram menor probabilidade de receber este tipo de aconselhamento (Toscano et al., 2019).

Mulheres que não planejaram a gravidez apresentam maior percentual de início tardio e uso inadequado dos serviços de cuidados pré-natais em países de alta à baixa renda (Dibaba et al., 2013). Mesmo em países de alta renda, gestantes com comorbidades não recebem aconselhamento contraceptivo diferenciado em comparação com mulheres “saudáveis” (Perritt et al., 2013). Mulheres com parto prematuro também tiveram menos exposição ao aconselhamento anticoncepcional antes do parto (Toscano et al., 2019). A não oferta do aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal de alto risco ou risco habitual pode ser compreendida como oportunidade perdida (Perritt et al., 2013).

No Brasil, a oferta de aconselhamento contraceptivo de forma individualizada ou em grupos educativos durante o pré-natal e pós-parto ocorre de forma pouco sistematizada e integral no SUS (Parreira et al., 2010), apesar das orientações da OMS a esse respeito. Além de conhecer como o aconselhamento contraceptivo tem ocorrido durante o pré-natal, é necessário avançar no conhecimento sobre o tema para identificar o momento ideal de ofertar tais ações, bem como quais metodologias são mais eficazes para promover conhecimento e práticas que subsidiem as mulheres/casais na escolha do MAC, planejamento de uma nova gravidez, entre outros aspectos relacionados ao planejamento reprodutivo após uma gravidez (Yee; Simon, 2011; Cowman et al., 2013).

Visando garantir os direitos sexuais e reprodutivos recomenda-se que políticas e serviços de saúde estabeleçam condições para promover o respeito, proteger e efetivar o fornecimento de informação, acesso e serviços contraceptivos durante a assistência pré-natal (WHO, 2014; Souza, 2023) (Quadro 1).

Quadro 1. Síntese de recomendações para garantir os direitos sexuais e reprodutivos adaptado à assistência pré-natal.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	RECOMENDAÇÕES
Não discriminação	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer MAC (preservativos) de forma igualitária e voluntária para todos, sem discriminação, coerção e violência. - Formulação de legislações e políticas de apoio a programas que garantam MAC abrangentes. - Atenção contraceptiva especial deve ser ofertada a populações desfavorecidas e marginalizadas.
Disponibilidade de informações e serviços de planejamento reprodutivo	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar produtos, suprimentos e equipamentos, cobrindo uma variedade de métodos. - Investir no fortalecimento da cadeia de abastecimento. - Garantir a disponibilidade e diversidade de métodos.
Acessibilidade de informações e serviços de planejamento reprodutivo	<ul style="list-style-type: none"> - Ofertar programas de educação sexual, incluindo ambientes escolares. - Eliminar barreiras financeiras de acesso aos MAC no pós-parto. - Melhorar o acesso a informações e serviços contraceptivos. - Oferta de informações e serviços sobre aborto (abortos legais previstos no artigo 128 do Código Penal Brasileiro). - Fornecer informações e serviços contraceptivos abrangentes para todos. - Instituir informações e serviços anticoncepcionais como parte dos serviços de testagem para HIV, entre outros serviços. - Instituir informações e serviços contraceptivos abrangentes sejam fornecidos durante o pré-natal, pós-parto, aborto e pós-aborto. - Ofertar serviços móveis para melhorar o acesso a informações e acesso aos MAC. - Ofertar serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes sem autorização obrigatória dos pais/responsáveis, atendendo as demandas educacionais.
Aceitabilidade de informações e serviços de planejamento reprodutivo	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhar sobre contracepção na perspectiva de gênero. - Ofertar orientações baseadas em evidências e adaptadas às necessidades das comunidades e dos indivíduos. - Ofertar serviços para manejo de efeitos colaterais dos MAC. - Ampliar e diversificar os MAC, incluir os não disponíveis.
Qualidade das informações e serviços de planejamento reprodutivo	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir processos de qualidade dos serviços e dos MACs. - Fornecer contracepção reversível de longa duração (LARC). - Realizar treinamento contínuo sobre MACs.
Tomada de decisão informada	<ul style="list-style-type: none"> - Ofertar aconselhamento abrangente e baseado em evidências. - Garantir uma escolha informada e compartilhada.
Privacidade e confidencialidade	<ul style="list-style-type: none"> - Respeitar a privacidade durante o fornecimento de informações anticoncepcionais e serviços. - Garantir a confidencialidade de informações médicas e outras informações pessoais.
Participação	<ul style="list-style-type: none"> - Participação da comunidade na formulação de políticas, implementação e monitoramento (Lei 8080/90).
Responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Efetivar mecanismos eficazes de responsabilização. - Avaliar e monitorar programas de planejamento reprodutivo. - Garantir a mais alta qualidade dos serviços. - Realizar pesquisas para avaliar a eficácia e impacto de programas e serviços sobre os clientes. - Respeitar os direitos humanos.

Fonte: Adaptado do *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations*, WHO, 2014.

1.3 ESCOLHA CONTRACEPTIVA PARA O PERÍODO PÓS-PARTO

O período pós-parto é uma fase caracterizada por transições físicas e psíquicas da mulher, no qual ocorre o retorno do corpo materno ao estado pré-gravídico. Também é chamado como puerpério, período iniciado após a expulsão da placenta e membranas ovulares (Brasil, 2016).

Apesar de haver algumas divergências sobre a duração e divisão dos estágios do puerpério, a maioria dos autores considera sua duração entre 4-6 semanas pós-parto, outros consideram que o mesmo se estenda até 12 meses pós-parto (Montenegro; Rezende Filho, 2014; Zugaib, 2019). Este período pode ser dividido em três estágios, pós-parto imediato (1º ao 10º dia após parturição), pós-parto tardio (11º ao 45º dia após parturição) e pós-parto remoto (além de 45 dias) (Montenegro; Rezende Filho, 2014); ou dividido em pós-parto imediato (até a 2ª hora após parturição), pós-parto mediato (3ª hora até o 10º dia), pós-parto tardio (11º ao 45º dia) (Zugaib, 2019).

Entre mulheres que amamentam parcialmente a ovulação pode recomeçar 21 dias após o nascimento e entre as que amamentam exclusivamente a ovulação pode ocorrer até seis meses após o parto (Montenegro; Rezende Filho, 2014). Entretanto, frequentemente a assistência ao planejamento reprodutivo pós-parto é ofertada entre a primeira e a sexta semana após o parto (Makins; Cameron, 2020). A realização tardia do aconselhamento contraceptivo pós-parto aumenta as chances de uma gravidez não planejada e um curto intervalo entre as gestações.

Ao realizar sua escolha contraceptiva mulheres esbarram em questões pessoais, relacionadas ao parceiro, reprodutivas, socioeconômicas, geográficas, entre outros fatores, que podem influenciar na escolha e acesso ao MAC desejado (Ferreira et al., 2019; Makins; Cameron, 2020).

Os critérios de indicações para utilização de MAC no período pós-parto devem seguir as recomendações que diferem a depender do quadro clínico da mulher e do estágio do período pós-parto em que se encontra (WHO, 2018). Adicionalmente, as aspirações reprodutivas devem ser conhecidas para serem compatibilizadas com o método, se de curta ou longa duração, e sua eficácia. O padrão do comportamento sexual da mulher e do parceiro interferem na preocupação de exposição à IST e a adaptação aos métodos de barreira e abstinência. O acesso e o custo da contracepção (comprada) devem ser informados, caso o MAC não esteja disponível pelo SUS.

A utilização da avaliação de critérios de elegibilidade para o uso de MAC deve

respeitar as recomendações clínicas baseadas em evidências seguras para os diferentes métodos e diversas condições de saúde. Esta deve ser realizada de forma individualizada e subdivide os métodos em quatro categorias. Na categoria 1, encontram-se os MAC que podem ser usados sem restrição; na categoria 2, os que podem ser usados com restrições, em situações nas quais as vantagens em usar o método superam os riscos; na categoria 3, os riscos decorrentes no uso do MAC superam os benefícios, sendo necessário acompanhamento rigoroso da usuária; na categoria 4, métodos que não devem ser usados, pois apresentam riscos inaceitáveis (WHO, 2015) (Quadros 1, 2,3,4 e 5).

Quadro 2- Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos MAC comportamentais no pós-parto.

Método contraceptivo	Indicação para início de uso no pós-parto (WHO, 2018 ¹⁾ ; BRASIL, 2013) ²⁾	Critérios de elegibilidade para uso de MACs no pós-parto ³⁾	Eficácia	
			Uso correto	Uso habitual
Método da Amenorreia da Lactação –LAM	Iniciar na primeira hora após o parto Amamentação exclusiva: não há necessidade de anticoncepção até seis meses após o parto. Amamentação parcial: iniciar anticoncepção a partir de 45 dias pós-parto.	-	0,9	2
Método baseado em sintomas (Billings)	Amamentando: iniciar pelo menos seis meses após o parto Não amamentando: iniciar pelo menos quatro semanas após o parto.	-	3	23
Método baseado em calendário	Iniciar a partir de três ciclos menstruais regulares pós-parto.	-	5	12
Coito interrompido	Realizar em todas as relações sexuais.	-	4	20

Fonte: WHO, 2018; BRASIL, 2013.

(1) TRUSSELL, J.; AIKEN A.R.A. Contraceptive efficacy. Em: Hatcher R.A. et al. Contraceptive Technology, 21 ed. New York, Ardent Media, 2018. (2) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (3) WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5ed., 2015.

Quadro 3- Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos MAC de barreira no pós-parto.

Método contraceptivo	Indicação para início de uso no pós-parto (WHO, 2018 ⁽¹⁾ ; BRASIL, 2013) ⁽²⁾	Critérios de elegibilidade para uso de MACs no pós-parto ⁽³⁾	Eficácia	
			Uso correto	Uso habitual
Preservativo feminino	Utilizar em todas as relações sexuais.	1	5	21
Preservativo masculino	Utilizar em todas as relações sexuais.	1	2	13
Espemicidas	Utilizar em todas as relações sexuais.	1	16	21
Diafragma com espermicida	Realizar medição entre seis e oito semanas após o parto. MS- Realizar medição entre seis e 12 semanas após o parto.	Não se aplica antes de 6 semanas pós-parto	16	17
Capuz Cervical⁽³⁾	Realizar medição entre seis e oito semanas após o parto.	1 Não se aplica antes de 6 semanas pós-parto	5	21

Fonte: WHO, 2018; BRASIL, 2013.

(1) TRUSSELL, J.; AIKEN A.R.A. Contraceptive efficacy. Em: Hatcher R.A. et al. Contraceptive Technology, 21 ed. New York, Ardent Media, 2018. (2) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (3) WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5ed., 2015.

Quadro 4- Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos SARC no pós-parto.

Método contraceptivo	Indicação para início de uso no pós-parto (WHO, 2018 ⁽¹⁾ ; BRASIL, 2013) ⁽²⁾	Critérios de elegibilidade para uso de MACs no pós-parto ⁽³⁾	Eficácia	
			Uso correto	Uso habitual
Pílulas de progesterona	Amamentando exclusivamente: iniciar a qualquer momento entre o parto e seis meses pós-parto. Não amamentando: iniciar a qualquer momento pós-parto. MS- Iniciar seis semanas pós-parto.	2 (< 6 semanas pós-parto)	0,3	7
Anticoncepcionais orais combinados	< 6 semanas pós-parto amamentando	4	0,3	7
	6 semanas até 6 meses Amamentando exclusivamente: iniciar seis meses pós-parto. Amamentando parcialmente: iniciar seis semanas pós-parto.	3		
	Não amamentando: Iniciar entre 21 e 28 dias pós-parto.	2		
	> 6 meses Amamentando:	2		
	Não amamentando:	1		

Continua

Continuação

Quadro 4- Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos SARC no pós-parto.

Método contraceptivo	Indicação para início de uso no pós-parto (WHO, 2018 ⁽¹⁾ ; BRASIL, 2013) ⁽²⁾	Critérios de elegibilidade para uso de MACs no pós-parto ⁽³⁾	Eficácia	
			Uso correto	Uso habitual
Anel vaginal combinado	Amamentando parcialmente: iniciar seis semanas pós-parto.	3	0,3	7
Adesivos combinados	Amamentando parcialmente: iniciar seis semanas pós-parto.	3	0,3	0,7
	Não amamentando: entre 21 e 28 dias após o parto.	2		
Anticoncepcionais injetáveis de progesterona	Amamentando exclusivamente: iniciar entre seis semanas e seis meses após o parto.	3	0,2	4
	Amamentando parcialmente: iniciar seis semanas pós-parto.	1		
	Não amamentando: iniciar a qualquer momento após o parto.	1		
Anticoncepcionais injetáveis combinados	Amamentando exclusivamente: iniciar seis meses após o parto.	4	0,3	7
	Amamentando parcialmente: iniciar seis semanas pós-parto.	3		
	Não amamentando: iniciar três semanas após o parto.	2		
Pílulas anticoncepcionais de emergência	Indicação de uso após quatro semanas do parto caso não esteja amamentando exclusivamente. Iniciar até cinco dias após sexo desprotegido.	1	-	-

Fonte: WHO, 2018; BRASIL, 2013.

Conclusão

(1) TRUSSELL, J.; AIKEN A.R.A. Contraceptive efficacy. Em: Hatcher R.A. et al. Contraceptive Technology, 21 ed. New York, Ardent Media, 2018. (2) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (3) WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5ed., 2015.

Quadro 5- Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos LARC no pós-parto.

Método contraceptivo	Indicação para início de uso no pós-parto (WHO, 2018 ^a ; BRASIL, 2013) ^b	Critérios de elegibilidade e para uso de MAC no pós-parto ^c	Eficácia	
			Uso correto	Uso habitual
Dispositivos intrauterinos de cobre (DIU de cobre)	Menos de 48 horas pós-parto Independentemente da amamentação: - Inserir logo após a dequitação da placenta. - Inserir a qualquer momento com menos de 48h pós-parto.	2	0,6	0,8
	Mais de 48 horas pós-parto Amamentação exclusiva: inserir a partir de ≥ quatro semanas pós-parto. Amamentando parcialmente ou não amamentando: - Inserir quatro semanas pós- parto.	3		
	Com mais de quatro semanas - Se a menstruação não tiver retornado, inserir a qualquer momento se não estiver grávida. - Menstruando: inserir com mais de 12 dias após o início da menstruação.	1		
DIU de levonorgestrel (Sistema intrauterino-SIU)	Menos de 48 horas pós-parto Independente da amamentação: - Inserir logo após a dequitação da placenta. - Inserir a qualquer momento com menos de 48h pós-parto.	2	0,5	0,7
	Mais de 48 horas pós-parto Amamentação exclusiva: inserir a partir de ≥ quatro semanas até seis meses após o parto. Amamentando parcialmente ou não amamentando: - Inserir quatro semanas pós- parto. - Se a menstruação não tiver retornado, inserir a qualquer momento se não estiver grávida. Menstruando: inserir com mais de sete dias após o início da menstruação. MINISTÉRIO DA SAÚDE Amamentando: inserir seis semanas após o parto. Não amamentando: pode ser inserido imediatamente após o parto ou nas 48 horas seguintes. Menstruando: entre o primeiro e o sétimo dia do ciclo menstrual.	3		

Continua

Continuação

Quadro 5- Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos LARC no pós-parto.

Método contraceptivo	Indicação para início de uso no pós-parto (WHO, 2018 ⁽¹⁾ ; BRASIL, 2013) ⁽²⁾	Critérios de elegibilidade para uso de MAC no pós-parto ⁽³⁾	Eficácia	
			Uso correto	Uso habitual
Implantes	Amamentando exclusivamente: inserir a qualquer momento entre parto e seis meses após o parto.	2 (< 6 semanas pós-parto)	0,1	0,1
	Amamentando parcialmente ou não amamentando: implantar a qualquer momento após o parto. MS- Disponível no SUS para mulheres em situação de vulnerabilidade.	1 (> 6 semanas pós-parto)		

Fonte: WHO, 2018; BRASIL, 2013.

Conclusão

(1) TRUSSELL, J.; AIKEN A.R.A. Contraceptive efficacy. Em: Hatcher R.A. et al. Contraceptive Technology, 21 ed. New York, Ardent Media, 2018. (2) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (3) WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5ed., 2015.

Quadro 6- Indicações, critério de elegibilidade e eficácia para o uso dos MAC definitivos.

Método contraceptivo	Indicação para início de uso no pós-parto (WHO, 2018 ⁽¹⁾ ; BRASIL, 2013) ⁽²⁾	Critérios de elegibilidade para uso de MAC no pós-parto ⁽³⁾	Eficácia	
			Uso correto	Uso habitual
Laqueadura tubária	Imediatamente após o parto. Sete dias após o parto: Se realizou uma escolha voluntária e informada com antecedência. A qualquer momento seis semanas ou mais após o parto Se for razoavelmente certo de que ela não está grávida. A qualquer momento dentro de sete dias após o início da menstruação. MS- Lei 14.443/2022 ⁽⁴⁾ .	-	0,5	0,5
Vasectomia	Procedimento de esterilização realizado no parceiro. MS- Lei 14.443/2022 ⁽⁴⁾ . Utilizar algum MAC até resultado negativo do espermograma aproximadamente 20-30 ejaculações.	--	0,1	0,15

Fonte: WHO, 2018; BRASIL, 2013.

(1) TRUSSELL, J.; AIKEN A.R.A. Contraceptive efficacy. Em: Hatcher R.A. et al. Contraceptive Technology, 21 ed. New York, Ardent Media, 2018. (2) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (3) BRASIL. Lei 14.443/2022, que alterou a Lei de Planejamento Familiar (Lei 9.263/1966) .(4) WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5ed., 2015.

No Brasil, o SUS disponibiliza MAC em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Entretanto, em algumas localidades, a oferta pode ser ampliada conforme a Relação Estadual de Medicamentos (Resme) ou a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) (Brasil, 2020). Municípios brasileiros podem incorporar em sua relação de medicamentos de alto custo o Sistema Intrauterino de levonogestrel (SIU de levonegestrel) e implantes (implante de etonogestrel) porém, os mesmos possuem disponibilidade restrita (São Paulo, 2020; Alagoas, 2024).

Uma diversidade de MAC pode ser utilizada no período pós-parto: os métodos comportamentais, como o método da amenorréia da lactação (LAM), tabelinha e o coito interrompido; métodos de barreira, diafragma, esponjas, espermicidas e preservativos; métodos de curta duração (SARC), anticoncepcionais oral e injetáveis de progesterona; os LARC, entre eles o DIU, SIU e implantes; além da possibilidade da esterilização cirúrgica, como a laqueadura (WHO, 2015).

Os métodos comportamentais estão baseados na observação de sinais e sintomas relacionados ao reconhecimento do período fértil, como: sinais da ovulação, dias do ciclo menstrual, avaliação da temperatura corporal, características do muco cervical, entre outros (WHO, 2018). Sua efetividade e eficácia estão relacionadas ao período fértil da mulher, de disciplina, e do planejamento e adesão ao uso do método, que depende da colaboração de ambos os parceiros (Simmons; Jennings, 2020).

O método de amenorréia lactacional (LAM), do termo inglês, *lactation amenorrhea method* é um dos métodos mais utilizados no início do período pós-parto, com efetividade de até 99% em mulheres que permanecem em amenorreia e estão em aleitamento exclusivo por até seis meses após o parto (Eticha et al., 2023).

Os MAC de barreira, em especial preservativos masculino ou feminino, são os métodos contraceptivos mais disponíveis em todo o mundo, em países de baixa, média ou alta renda, são os únicos que previnem as IST/HIV. Entretanto, as taxas de dupla proteção no período pós-parto são baixas, especialmente entre as adolescentes (Kortsmit et al., 2019).

Os MAC de progesterona são métodos eficazes que podem ser iniciados a qualquer momento pós-parto e não estão associadas a resultados negativos na amamentação/lactação ou à saúde da mãe e do bebê (FSRH, 2020). No entanto, anticoncepcional oral e injetáveis de progesterona apresentam baixa taxa de continuidade de uso no período pós-parto, atuando como um método temporário (Leal et al., 2023). Métodos hormonais combinados são contraindicados em mulheres que amamentam entre

6 semanas e 6 meses após o parto, pois aumentam o risco de tromboembolismo venoso e interfere negativamente na amamentação e lactação (Grandi et al., 2024).

O implante de subdérmico de etonogestrel, é um MAC de alta eficácia, com durabilidade de até três anos e apresenta baixas taxas de descontinuidade pós-parto. Necessita de um profissional de saúde para sua inserção e retirada. Este MAC possui elevada satisfação relacionada à segurança, efetividade na prevenção da gravidez e na continuidade (Mendes., 2021).

Uma das vantagens dos LARC são as suas alta eficácia e elevadas taxas de continuidade a médio e longo prazo. As taxas de manutenção do DIU de Cu em 6 e 12 meses após a inserção estão acima de 80%, tanto em países de baixa como de alta renda (Moray et al., 2021). Entretanto, apesar de serem altamente eficazes, apenas 2% das mulheres brasileiras utilizam LARC (Trindade et al., 2019), fator este que pode estar relacionado com sua oferta e disponibilidade no SUS.

A inserção dos DIU/SIU no pós-parto pode ser classificada por critérios temporais considerando a inserção como: pós-parto imediato, quando realizada nos primeiros 10 minutos após a expulsão da placenta; inserção pós-parto precoce, realizada entre 10 minutos e quatro semanas após a expulsão da placenta; e inserção de intervalo, quando realizada a qualquer momento a partir de quatro semanas após o parto (Cwiak; Cordes, 2018). Embora a inserção pós-parto imediato esteja associada a altas taxas de expulsão dos dispositivos, as taxas de continuação por 6 e 12 meses pós-parto são altas, independentemente do tipo de DIU ou da via de parto (Marchin et al., 2021). Durante o aconselhamento contraceptivo, todas as mulheres devem ser informadas sobre os riscos de perfuração uterina, mau posicionamento e expulsão dos dispositivos (Anthony et al., 2021).

Sobre a laqueadura, o aconselhamento para a realização do procedimento deve ser iniciado durante o pré-natal, onde as mulheres devem ser informadas sobre suas vantagens e desvantagens, além de receber informações sobre a diversidade de MAC disponíveis (WHO, 2015). Entretanto, a escolha do método deve ser realizada pela mulher, sem que ela se sinta coagida na escolha dos LARC (Brandão, 2022).

O acesso aos MAC no parto-puerpério deve ocorrer de forma precoce buscando alcançar níveis acordados de cuidados que favoreçam a saúde materno-infantil (Brasil, 2013). O ideal da assistência contraceptiva pós-parto é garantir a toda mulher o acesso ou uso do método escolhido preferencialmente durante a internação hospitalar. Porém, se o MAC de escolha não estiver disponível, um método de transição deve ser aconselhado

(Leal et al., 2022).

Embora exista uma diversidade de MAC, nem todos estão amplamente disponíveis no SUS, o que pode infligir os direitos ao planejamento reprodutivo e riscos à saúde das mulheres no período pós-parto. Apesar dos avanços alcançados com pela Lei 14.443/2022, o Brasil ainda necessita avançar no planejamento reprodutivo.

Problema de pesquisa

2.PROBLEMA DE PESQUISA

O estudo foi realizado com base nas seguintes questões norteadoras:

Gestantes tiveram aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal?

Caso tenham sido aconselhadas, quais fatores influenciaram no acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal? O início e o número de consultas de pré-natal influenciam no acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal?

Como foi realizado o aconselhamento? Foram abordados todos os MAC indicados para o puerpério? Qual(quais) profissionais de saúde realizaram o aconselhamento? Houve diferença no aconselhamento entre as mulheres que realizaram a assistência pré-natal de risco habitual e alto risco? Houve diferenças entre as mulheres que tiveram assistência ao parto em serviço de risco habitual e alto risco? Em que período da gestação o aconselhamento foi realizado? Algum recurso metodológico foi utilizado durante o aconselhamento?

Ter planejado a gestação influenciou no acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal?

Objetivos

3.OBJETIVOS

3.1OBJETIVO GERAL

Avaliar o aconselhamento contraceptivo recebido durante o pré-natal.

3.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar as características sociodemográficas e econômicas entre mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal;

Comparar história sexual e reprodutiva entre mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal.

Comparar o planejamento da gravidez entre mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal.

Comparar o conhecimento contraceptivo e a escolha do MAC para o pós-parto entre mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal.

4. MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo e transversal. O estudo quantitativo transversal possui por finalidade a observação das variáveis em curto intervalo de tempo (um único momento), sem necessidade de acompanhamento dos participantes (Spector, 2019; Zangirolami-raimundo et al., 2018). A pesquisa descritiva documentam eventos existentes em um determinado momento realidade (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

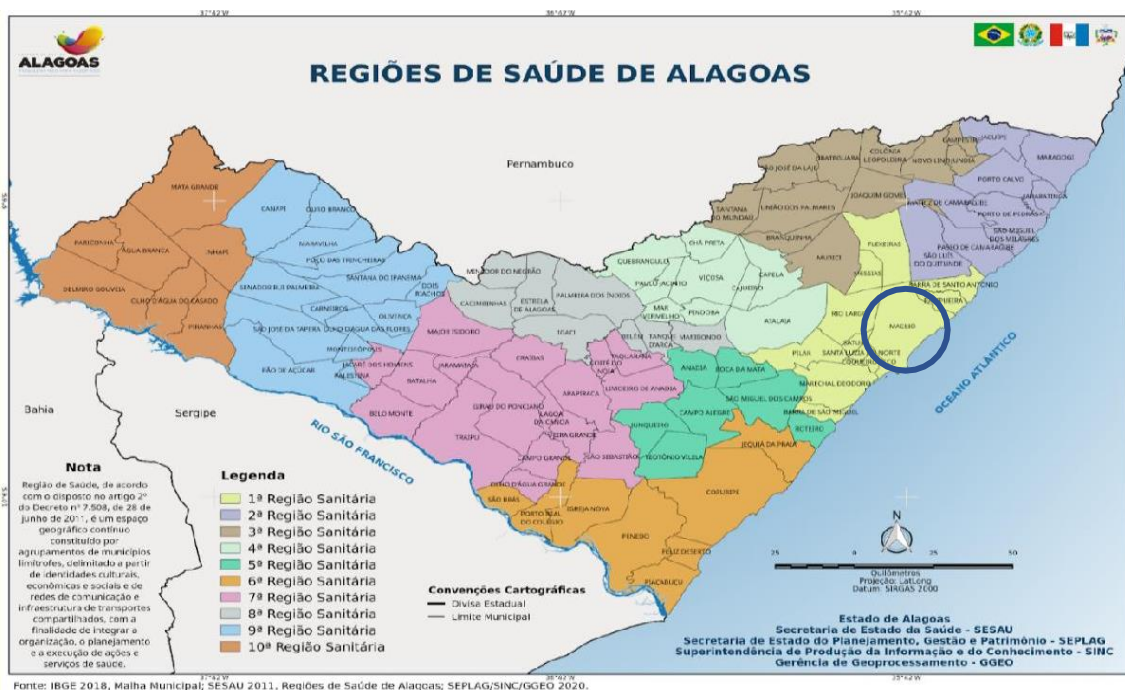
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado em Maceió, capital do estado de Alagoas, que está situada na região Nordeste do Brasil. O estado possui 102 municípios, uma área territorial de 27.843,295 km², com população de 3.127.683 habitantes, sendo 1.630.264 (52%) do sexo feminino (IBGE, 2022).

Entre os indicadores socioeconômicos de Alagoas, o rendimento nominal mensal domiciliar per capita foi de R\$935,00, no ultimo censo (IBGE, 2022). Entre os indicadores de saúde, o estado possui aproximadamente 90% de sua população depende do SUS para os cuidados de saúde (Alagoas, 2017).

Maceió (Figura 1) ocupa uma área territorial de 509,320km², sendo o município mais populoso do estado, com população de 957.916 habitantes. Em 2010 (IBGE, 2010) apresentou o melhor IDH do estado (0,721), valor semelhante ao IDH dos estados brasileiros da Paraíba (0,722) e Pernambuco (0,727) (IBGE, 2022) e do IDH de 2022, de países como Jordânia (0,72) e República Dominicana (0,72) (NU, 2022), ambos classificados como elevado IDH, apesar das disparidades sociais.

Figura 1- Mapa das regiões de saúde do estado de Alagoas, destacando o município de Maceió.



Fonte: <https://dados.al.gov.br/catalogo/dataset/regioes-de-saude-do-estado-de-alagoas/resource/dad93c03-011e-4336-86d7-d8cfbab17010>

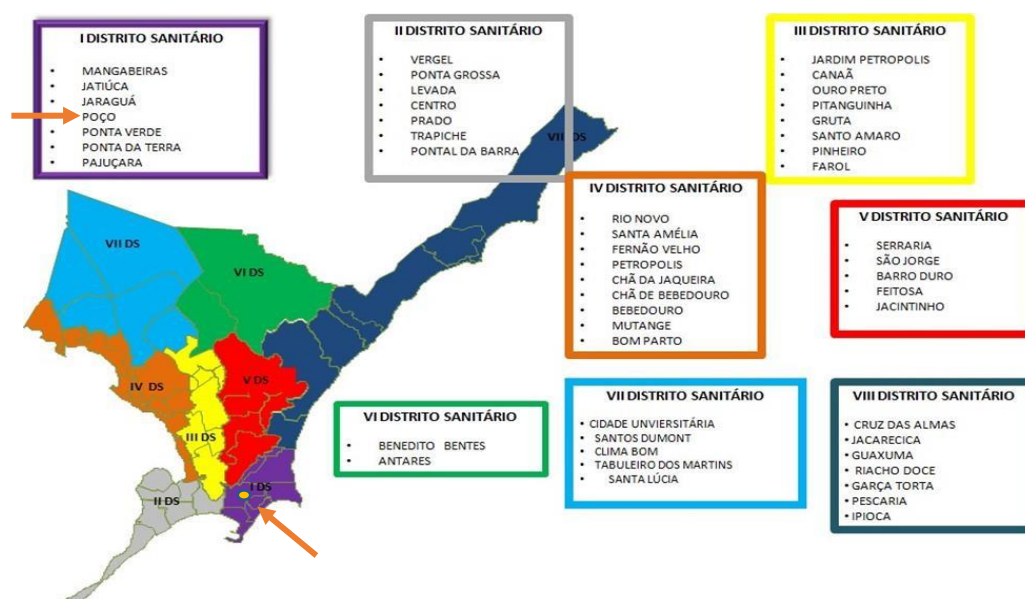
Em 2021, Alagoas possuía 48.808 gestantes realizando pré-natal, sendo 13.604 em Maceió. Dentre as mulheres que realizaram pré-natal em Alagoas apenas 4.196 (8,6%) tiveram o pré-natal adequado, iniciado no primeiro trimestre e com um mínimo de seis consultas. No mesmo ano, 13.027 gestantes realizaram pré-natal na capital, destas 1.394 (10,7%) mulheres tiveram o pré-natal considerado adequado (Brasil, 2021).

O estado de Alagoas possui 72% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), resultado superior à média brasileira de 62,6% em 2019, porém, os serviços de Atenção Primária em Maceió atendem apenas 51,7% de sua população, com cobertura de 76 (27%) equipes vinculadas à ESF, 12 equipes de atenção primária, entre outros serviços (Maceió, 2021).

O estado de Alagoas está dividido em duas macrorregiões de saúde e 10 regiões de saúde, sendo a 1ª macrorregião de saúde composta por seis regiões de saúde (1ª a 6ª região) e possui a capital Maceió na 1ª região, como referência assistencial de parte da média e alta complexidade para estas regiões. A 2ª macrorregião de saúde abrange quatro regiões de saúde (da 7ª a 10ª região) e teria o município de Arapiraca como referência assistencial de parte da média e alguns serviços de alta complexidade (Alagoas, 2013).

Maceió, está situada na 1º macrorregião de saúde e possui oito distritos de saúde (Maceió, 2021) (Figura 2).

Figura 2- Distribuição dos bairros de Maceió, por Distritos Sanitários, destacando o 1º Distrito Sanitário e o bairro do Poço, 2016.



Fonte: GGPS/GATC.SMS – Maceió – AL, 2017

Por sua condição de referência estadual, Maceió abriga em seu território seis serviços de assistência ao parto vinculados ao SUS, onde um encontra-se sob a gestão da União (alto risco), dois do estado (um de risco habitual e um alto risco) e três prestadores de serviço (risco habitual) (Alagoas, 2017). No campo da atenção materno-infantil, o município de Maceió não dispõe de serviços próprios para assistência ao parto (Alagoas, 2017).

O estudo foi desenvolvido em dois serviços de assistência ao parto situados em Maceió, sendo um serviço de assistência ao parto de risco habitual, Hospital da Mulher Doutora Nise da Silveira (HMDNS) (Anexo B) e o serviço de assistência ao parto de alto risco, Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) (Anexo C), ambos situados no 1º distrito sanitário de Maceió.

O HMDNS possui uma maternidade de risco habitual e ambulatórios de especialidades voltados à saúde da mulher (Figura 3). O serviço é integrante da rede hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU) e atua exclusivamente no atendimento de mulheres por meio do sistema de regulação de leitos do estado (Alagoas, 2021a). A estrutura da maternidade é composta pelos serviços de classificação

de risco obstétrico, pré-parto, centro cirúrgico, leitos de alojamento conjunto, unidades de cuidados intermediários neonatais.

Figura 3- Hospital da Mulher Doutora Nise da Silveira.



Fonte: Banco de imagens da pesquisadora, 2023.

A MESM é um serviço hospitalar/ambulatorial da UNCISAL, especializada na assistência de média e alta complexidade a gestantes, puérperas e a recém-nascidos de alto risco. A maternidade compõe a rede estadual de urgência e emergência no atendimento hospitalar através de demanda referenciada.

Esta maternidade possui serviço de classificação de risco obstétrico, pré-parto, centro cirúrgico, leitos de alojamento conjunto, alojamento para mães acompanhantes de RN hospitalizado, unidade de cuidados intermediários convencional (UCIco), unidade de cuidados intermediários canguru (UCIca) e unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), unidade de terapia intensiva materna e assistência pré-natal especializada (Alagoas, 2021b) (Figura 4).

Figura 4- Maternidade Escola Santa Mônica.



Fonte: Banco de imagens da pesquisadora, 2023.

A escolha dos locais de estudo ocorreu por se tratarem de serviços estaduais de assistência ao parto situados em Maceió, por se constituírem como hospitais de ensino e referências para assistência obstétrica SUS no estado de Alagoas (Quadro 8).

Quadro 7- Serviços de vinculação ao pré-natal e parto de alto risco.

Local	MESM	MESM	MESM	HMDNS
Serviço	Pré-natal de alto risco para os bairros de Maceió	Pré-natal de alto risco para os municípios de Alagoas	Parto de alto risco para os municípios de Alagoas	Parto de risco habitual para os municípios de Alagoas
Região	- Jaraguá - Jatiúca - Mangabeiras - Pajuçara - Poço - Ponta da Terra	- Maceió* - Jacuípe Japaratinga - Maragogi - Matriz de Camaragibe - Passo de Camaragibe - Porto Calvo	- Maceió* - Barra de Santo Antônio - Barra de São Miguel - Paripueira - Marechal Deodoro	- Maceió* - Barra de Santo Antônio - Barra de São Miguel - Paripueira

Continua

Continuação

Quadro 7- Serviços de vinculação ao pré-natal e parto de alto risco.

Local	MESM	MESM	MESM	HMDNS
Serviço	Pré-natal de alto risco para os bairros de Maceió	Pré-natal de alto risco para os municípios de Alagoas	Parto de alto risco para os municípios de Alagoas	Parto de risco habitual para os municípios de Alagoas
Região	<ul style="list-style-type: none"> - Ponta Verde - Centro - Levada - Ponta Grossa - Pontal da Barra - Prado - Trapiche da Barra - Vergel do Lago - Bebedouro - Bom Parto - Chã da Jaqueira - Chã de Bebedouro - Fernão Velho - Mutange** - Petrópolis - Rio Novo - Santa Amélia - Barro Duro - Feitosa - Jacintinho - São Jorge - Serraria - Cruz das Almas - Garça Torta - Guaxuma - Ipioca - Jacarecica - Pescaria - Riacho Doce 	<ul style="list-style-type: none"> - Porto de Pedras - São Luís do Quitunde - São Miguel dos Milagres - Anadia - Boca da Mata - Campo Alegre - Junqueiro - Roteiro - São Miguel dos Campos - Teotônio Vilela - Coruripe - Feliz Deserto - Igreja Nova - Jequiá da Praia - Penedo - Piaçabuçu - Porto Real do Colégio - São Brás - Arapiraca - Batalha - Belo Monte - Campo Grande - Coité do Nóia - Craíbas - Feira Grande - Girau do Ponciano - Jacaré dos Homens - Jaramataia - Lagoa da Canoa - Limoeiro de Anadia - Major Isidoro - Olho D'água Grande - São Sebastião - Taquarana - Traipu - Belém - Cacimbinhas - Estrela de Alagoas - Igaci - Maribondo - Minador do Negrão - Palmeira dos Índios - Tanque D'arca 	<ul style="list-style-type: none"> -- Coqueiro Seco - Jacuípe - Japaratinga - Passo de Camaragibe Porto de Pedras - São Miguel dos Milagres - Maragogi - Porto Calvo - Matriz de Camaragibe - São Luís do Quitunde - Anadia - Boca da Mata - Campo Alegre - Junqueiro - Roteiro - São Miguel dos Campos - Teotônio Vilela - Coruripe - Feliz Deserto - Igreja Nova - Jequiá da Praia - Penedo - Piaçabuçu - Porto Real do Colégio - São Brás 	<ul style="list-style-type: none"> - Marechal Deodoro - Coqueiro Seco

Fonte: Nota técnica- Atualização do mapa de vinculação da gestante em Alagoas, 2023.

Conclusão

* Bairros vinculados.** Bairro afetado pelo desastre ambiental da Brasken

O cálculo para distribuição de gestantes considera o número de leitos dos serviços, número de nascidos vivos por município, existência de casa de parto ou centro de parto normal no Município, taxa de gestante de alto risco de 15% e média de permanência hospitalar de três dias para gestante de risco habitual e sete dias para gestante de alto risco. A transferência de recém-nascido não se vincula com este mapa, devendo ser ocupado qualquer leito de UCICo/UTIN disponível na rede de acordo com a necessidade do cuidado. Os serviços de assistência ao pré-natal de risco habitual no estado de Alagoas estão vinculados às secretarias municipais de saúde dos 102 municípios do estado.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída por mulheres entre 14 e 49 anos que estavam hospitalizadas em alojamento conjunto ou acompanhando seu recém-nascido hospitalizado em unidade de terapia intensiva ou cuidados intermediários neonatal.

Critérios de inclusão: mulheres que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal, com boas condições clínicas, com mais de 12 horas pós-parto vaginal ou operatório (cesariana) e com recém-nascido vivo. A escolha por entrevistar mulheres no pós-parto justifica-se pelo fato das mesmas terem finalizado a assistência pré-natal, período no qual as mesmas deveriam ter acesso ao aconselhamento contraceptivo.

Critérios de exclusão: mulheres hospitalizadas em unidade de terapia intensiva ou com agravamento do estado clínico ou psíquico no alojamento conjunto, visto que as mesmas poderiam apresentar dificuldade de compreensão das perguntas; estar em isolamento respiratório e/ou de contato, devido à necessidade de utilização de equipamentos de proteção individual específicos para cada condição clínica; ter perdas gestacionais ou óbito neonatal/infantil, pela possibilidade de não estarem em condições psíquicas para serem entrevistadas sobre a temática.

4.4 TAMANHO DA AMOSTRA

4.4.1 Amostra

A amostra foi calculada com base no total de partos realizados na MESM e HMDNS no ano de 2020, em que os referidos serviços apresentaram 1845 e 2128

partos/ano respectivamente totalizando 3973 partos/ano, tendo população ajustada para 4 mil partos.

O cálculo amostral foi realizado no *software* “R”, com intervalo de confiança de uma proporção, utilizando poder de teste de 95%, erro tipo I de 5%. O cálculo utilizou como parâmetro os resultados de um estudo realizado em unidades básicas de saúde de São Paulo com mulheres que tiveram o último filho com o período inferior a 1 ano, em que apenas 13,3% e 5% dos médicos e enfermeiros, respectivamente realizaram alguma orientação sobre MAC durante o pré-natal (Melli, 2019). Tendo como hipótese alternativa de 18%, com base em uma população finita de 4 mil partos/ano, o cálculo amostral mostrou ser necessário amostra mínima de 667 mulheres, que foi dividida igualmente com 334 participantes entre os serviços de alto risco e risco habitual.

No decorrer da coleta de dados, reformas no centro cirúrgico da MESM (serviço de assistência ao parto de alto risco) promoveram uma redução no número de partos realizados durante o período da coleta de dados, impactando no tamanho da amostra. Diante deste fato, ampliou-se a amostra no HMDNS (serviço de assistência ao parto de risco habitual) para obtenção da amostra mínima.

Entre as 655 mulheres convidadas a participar do estudo, 13 não tinham realizado pré-natal, 19 não aceitaram participar e 27 estavam hospitalizadas em isolamento de contato ou respiratório. Apenas uma participante foi excluída da amostra por duplicidade no questionário, totalizando uma amostra de 595 mulheres, subestimando o valor do cálculo amostral em 60 participantes (10%).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a junho de 2023, de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino, em ambos os serviços conforme cronograma acordado com a coordenação de enfermagem e divulgado nos setores onde a coleta foi realizada. Para a realização da coleta de dados, a pesquisadora e equipe (quatro acadêmicas de enfermagem da UNCISAL).

A equipe de coleta de dados recebeu treinamento sobre MAC para utilização no pós-parto e capacitação para realização da entrevista e preenchimento dos instrumentos.

Ao iniciar a coleta de dados, a equipe se identificava ao enfermeiro(a) responsável pelo alojamento conjunto dos respectivos serviços e solicitavam o mapa de pacientes atualizado para identificação das possíveis participantes. Nestes mapas constam informações, como: nome, enfermaria, leito, tipo de parto, data do parto e horário de admissão no setor, que auxiliaram na localização das mulheres aptas a participar do estudo.

Os instrumentos de coleta de dados foram avaliados por seis enfermeiras obstetras da MESM, que sugeriram algumas alterações textuais para as questões objetivas e discursivas, para facilitar a compreensão das participantes. As sugestões textuais das questões foram avaliadas e acatadas pela pesquisadora. Antes da coleta de dados foi realizado um estudo piloto com 10 mulheres dos serviços de risco habitual e alto risco para avaliar a aplicabilidade do instrumento, compreensão das perguntas e respostas pelas participantes e transmissão dos dados para o Excel. O estudo piloto observou que as perguntas e respostas foram claramente compreendidas pelas participante.

As participantes foram selecionadas com base no tempo decorrido pós-parto, pois as altas hospitalares de puérperas sem complicações clínicas ocorrem entre 24-48 horas da realização do parto vaginal e 48-72 horas pós-parto operatório, mulheres hospitalizadas e acompanhando RN hospitalizado podem permanecer por tempo superior a 72 horas nos serviços. Diante deste contexto, todas as mulheres aptas que estavam nos serviços durante a coleta de dados e aceitaram participar do estudo foram convidadas verbalmente nas enfermarias pela pesquisadora ou componente da equipe de coleta de dados e as entrevistas ocorreram, priorizando as que estavam mais próximas do período padrão de alta. As entrevistas foram realizadas de segunda à sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino; presencialmente e de forma individualizada, no próprio leito ou em ambiente reservado do alojamento conjunto indicado pelo enfermeiro(a) do setor.

A coleta dos dados utilizou dois instrumentos desenvolvidos no *Google Forms* e aplicados em *Smartfone*. Após a entrevista foi ofertado um folheto educativo sobre a utilização de MAC no pós- parto (Apêndice D) para cada participante e, quando necessário, informações individualizadas sobre as suas necessidades contraceptivas.

A coleta de dados obedeceu a todos os critérios de segurança do comissão de controle de infecção hospitalar, para redução de infecções, como: uso de máscara, higiene das mãos com álcool em gel ou água e sabão, uso de álcool 70% e toalhas de papel para desinfecção das capas de proteção para celulares, canetas, pastas e pranchetas.

4.6 INSTRUMENTOS

Para realização do estudo foram utilizados dois instrumentos, um questionário semiestruturado e o London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP) (Barret et al., 2002), versão em Brasil (Cavaliheri, 2011; Borges et al., 2011).

O primeiro instrumento foi constituído por um questionário semiestruturado desenvolvido pela pesquisadora sobre as características sociodemográficas, características socioeconômicas, história sexual e reprodutiva, informações do pré-natal, conhecimento sobre MAC, aconselhamento contraceptivo, informações sobre o parto, puerpério e recém-nascido (Apêndice C).

Os instrumentos foram previamente avaliados por seis enfermeiras obstetras da MESM, que sugeriram algumas alterações textuais para as questões objetivas e discursivas, para facilitar a compreensão das participantes. As sugestões textuais das questões foram avaliadas e acatadas pela pesquisadora. Antes da realização da coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com 10 mulheres dos serviços de risco habitual e alto risco para avaliar a aplicabilidade do instrumento, compreensão das perguntas e respostas pelas participantes e transmissão dos dados para o Excel. O estudo piloto revelou que as perguntas e respostas se apresentavam de forma clara, facilitando a compreensão das participantes.

O segundo instrumento utilizado foi o London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP), versão Brasil (Borges et al., 2011) (Anexo D), que é um questionário validado sobre o planejamento da gravidez.

4.6.1 Questionário semiestruturado

Questionário semiestruturado desenvolvido pelas pesquisadoras, dividido em seis seções, contendo 94 questões com respostas que abordaram informações sobre as características sociodemográfica e econômica; história sexual e reprodutiva; informações sobre o pré-natal; conhecimento sobre MAC; aconselhamento contraceptivo no pré-natal; informações sobre o parto, pós-parto e RN.

O questionário foi desenvolvido com base na PNDS de 2006 (Brasil, 2009) e os estudos sobre aconselhamento contraceptivo no pré-natal (Teshome et al., 2017;

Coleman-Minahan et al., 2017).

Devido a não existência de instrumentos de pesquisa sobre o aconselhamento contraceptivo validados para português, optou-se por avaliar o acesso ao aconselhamento contraceptivo por meio da pergunta: “Durante o pré-natal, quantas vezes você foi aconselhada/orientada sobre métodos contraceptivos para uso no pós-parto?”.

O acesso ao aconselhamento contraceptivo foi definido como troca de informações/orientações/aconselhamento da gestante sobre os MAC para o pós-parto, de forma individualizada ou em grupo, realizada com o profissional de saúde que realizou seu pré-natal.

4.6.2 *London Measure of Unplanned Pregnancy - LMUP*

A London Measure of Unplanned Pregnancy, versão Brasil (Borges et al., 2016) é uma escala utilizada em estudos de diversos países para avaliar o planejamento da gravidez (Barret et al., 2004; Morof et al, 2013; Rocca et al., 2010; Borges et al., 2011; Muleva et al., 2022;). A escala LMUP é uma medida psicométrica da intenção de gravidez baseada em opiniões leigas (Barret et al, 2020).

É composta por seis itens estruturados por questões objetivas que envolvem as circunstâncias e os sentimentos no momento em que a mulher ficou grávida, com respostas única escolha. Trata-se de um instrumento que pontua o planejamento da gravidez em uma escala de 0 a 12 pontos (Quadro 8).

Quadro 8- Descrição do LMUP

Itens	Pontuação
1. Utilização de MACs antes da gestação 2. Se a gravidez ocorreu no momento adequado 3. A intenção de engravidar 4. Desejo de engravidar 5. Diálogo com o parceiro sobre a futura gravidez 6- Realização de cuidados pré-gestacionais	0-3 pontos - Gravidez não planejada 4-9 pontos - Gravidez ambivalente 10-12 pontos - Gravidez planejada

Fonte: LMUP versão Brasil (Borges et al., 2016).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas geradas na plataforma Google Forms deram origem ao banco de dados que foi convertido em planilha do *Microsoft Office Excel*. As análises foram realizadas com auxílio do programa “R”, versão 4.3.1. O “R” é uma ferramenta gratuita,

atual e eficaz para processamento de dados estatísticos, desde estatísticas frequentistas até processamento de Big Data (Hackenberger, 2020).

As variáveis categóricas foram descritas por meio de valores absoluto e percentuais. As variáveis quantitativas, a depender da normalidade da distribuição dos dados foram descritas por valores mínimos e máximos, média e desvio padrão.

Os dados foram descritos por meio de números absolutos, proporções, médias e medianas. Aspectos associados a ter tido acesso a ações de aconselhamento sobre contracepção no pré-natal serão analisados por meio de regressão logística múltipla, com inserção simultânea das variáveis no modelo.

Os desfechos foram avaliados de forma descritiva pela comparação dos grupos (com aconselhamento e sem aconselhamento) por meio de seis etapas: características sociodemográficas e econômicas; história sexual e reprodutiva; planejamento da gravidez; informações do pré-natal; aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal; e conhecimento sobre MAC e escolha contraceptiva pós-parto.

Etapa 1. Características sociodemográficas e econômica

- Idade- 14 a 24, 25 a 34, 35 ou mais.
- Religião- católica, evangélica, nenhuma, outras (espírita, religião de origem africana, entre outras).
- Cor autodeclarada (IBGE, 2023)- branca, parda, preta, amarela, indígena.
- Anos de estudo- até 9 anos de estudo, 10 anos de estudo ou mais. Baixa escolaridade- até 9 anos de estudo, fundamental II completo (Brasil, 2006a).
- Estado civil- solteira, casada/união estável. Solteira- solteira, divorciada e viúvas que não reside com o parceiro. Casada/união estável- casada, divorciada e viúva que reside com o parceiro.
- Reside com o parceiro/parceria sexual- sim ou não.
- Exerce atividade remunerada- sim ou não.
- Possui cadastro em benefício social- sim ou não.
- Possui a maior renda da sua família- sim ou não.
- Possui plano de saúde/convênio- sim ou não.
- Município de residência- Maceió e interior (101 municípios do estado de Alagoas).
- Critérios de Classificação Econômica Brasil, Critério Brasil (ABEP, 2022). A. 45 –

100 pontos; B1. 38 – 44 pontos; B2. 29 – 37 pontos; C1. 23 – 28 pontos; C2. 17 – 22 pontos; DE. 0 – 16 pontos. Estimativas de renda domiciliar mensal para os estratos socioeconômicos. Os valores se baseiam na PNADC 2021 e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião.

A+B1+B2- alta renda (21.826,74 - 5.755,23)

C1+C2- média renda (3.276,76 - 1.965,87)

D+E- baixa renda (900,60)

Dados do parceiro:

- Idade-14–24anos, 25–34anos, 35 anos ou mais, não sei informar.
- Anos de estudo- até 9 anos de estudo, 10 anos de estudo ou mais, não sei informar.

Etapa 2. História sexual e reprodutiva

- Idade na primeira menstruação (menarca) - <9 anos, 9-12 anos, 13 anos ou mais.
- Idade na primeira relação sexual (coitarca) - <14 anos, 14-17 anos, 18 anos ou mais.
- Idade na primeira gestação- <14anos, 14-17anos, 18anos ou mais.
- Número de filhos vivos- 1, 2, 3 ou mais.
- Quantos filhos gostaria de ter- nenhum, 1-2 filhos, 3 filhos ou mais.
- Pretensão em ter filhos- sim ou não.
- Número de gestações- 1, 2, 3 ou mais gestações.
- Abortamentos- 1, 2, 3 ou mais abortamentos.
- Tipo de abortamento- espontâneo, provocado ou ambos.
- Intervalo de tempo entre o parto atual e o anterior- primeiro parto, < 2anos, ou 2 anos ou mais.

Parto:

- Serviço onde realizou o parto- risco habitual ou alto risco.
- Tipo de parto- vaginal ou operatório.

Pós-parto:

- Tempo pós-parto- até 48 horas ou mais que 48 horas.
- Condição clínica pós-parto- hospitalizada ou acompanhando o RN.
- Intenção de amamentar- sim ou não.

Recém-nascido:

- Classificação do RN- prematuro, termo ou pós-termo.
- Peso do RN ao nascimento- < 2500g ou 2500g ou mais.
- Desfecho clínico- alojamento conjunto ou unidade neonatal.

Etapa 3. Planejamento da gravidez (LMUP)

- Planejamento da gravidez - gravidez planejada, gravidez ambivalente ou gravidez não planejada (Borges et al., 2011).

Etapa 4. Informações do pré-natal

- Realização do pré-natal- sim ou não.
- Município onde realizou o pré-natal- Maceió ou interior (101 municípios do estado de Alagoas).
- Número de consultas pré-natal- nenhuma, < 6 consultas ou 6 consultas ou mais
- Período de início do pré-natal- 1º, 2º ou 3º trimestre.
- Adequação do acesso ao pré-natal (iniciado no primeiro trimestre e com 6 consultas ou mais) (Brasil, 2011; Domingues et al., 2015) - sim ou não.
- Profissional que realizou o pré-natal- enfermeiro, médico ou ambos.
- Acolhimento profissional- sim ou não.
- Serviço onde realizou o pré-natal- Unidade Básica de Saúde (UBS), alto risco (UBS + ambulatório de alto risco), serviço privado (maioria ou totalidade da assistência pré-natal realizada em consultório médico particular).
- Realização de exames laboratoriais do pré-natal- sim ou não.
- Suplementação de ferro – sim ou não.
- Suplementação de ácido fólico- sim ou não.
- Realização de algum teste rápido (HIV, VDRL, Hepatite B e C) - sim ou não.
- Realização de alguma vacina (tétano, hepatite B, influenza) - sim ou não.
- Realização de alguma vacina contra Covid-19 - sim ou não.
- Realização de ultrassonografia gestacional- sim ou não.
- Realização de citologia (Papanicolau)- sim ou não.
- Participação em grupos de gestante/planejamento reprodutivo durante o pré- natal - sim ou não.

- Temas abordadas nos grupos educativos- MAC, amamentação, cuidados com o RN, parto, outros.
- Hospitalização durante a gestação- sim ou não.
- Causa da hospitalização- hipertensão crônica, hipertensão gestacional, diabetes *melitus*, diabetes gestacional, infecção, outros.
- Teve covid-19 durante a gestação- sim ou não.

Sobre o parceiro:

- Participação do parceiro no pré-natal- sim ou não.
- Número de consultas acompanhadas do parceiro- nenhuma, poucas, a metade, a maioria, todas.
- Dúvidas sobre MAC durante o pré-natal- sim ou não.
- Quais eram suas dúvidas sobre MAC - eficácia, efeitos colaterais, efeitos sobre amamentação, prevenção de IST, outras.

Etapa 5. Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal

- Acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal- sim ou não (variável dependente).
- Sobre quais MAC você foi aconselhada - LAM, tabelinha, coito interrompido, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, capus cervical, espermicida, anticoncepcional oral de progesterona, anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional injetável de progesterona, anticoncepcional injetável combinado, anel vaginal, adesivo, contraceptivo de emergência, DIU, SIU, implante, laqueadura, vasectomia.
- Quantas vezes foi aconselhada sobre MAC- número de vezes (1,2,3...).
- Profissional que realizou o aconselhamento- médico, enfermeiro, ambos, outros.
- Período gestacional no qual você teve acesso ao aconselhamento - 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre, durante toda a gestação, não tenho certeza.
- Como o aconselhamento foi realizado- individual, grupo, oferta de material informativo, indicação de informação online, outros.
- Satisfação com o aconselhamento- sim ou não.
- Seu parceiro teve acesso ao aconselhamento- sim ou não.
- Qual o melhor período da gestação para o acesso ao aconselhamento- 1º, 2º ou 3º trimestre, durante toda a gestação, não sei.
- Outras formas de acesso a informações sobre MAC- amigos, familiares, outros.

- Gostaria de inserir o DIU pós-parto- sim ou não.
- Iniciou as consultas para realizar laqueadura durante o pré-natal- sim ou não.
- Gostaria de realizar a laqueadura pós-parto- sim ou não.
- Parceiro pretende realizar vasectomia- sim ou não.
- MAC escolhido para utilização no pós-parto- LAM, tabelinha, coito interrompido, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, capus cervical, espermicida, anticoncepcional oral de progesterona, anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional injetável de progesterona, anticoncepcional injetável combinado, anel vaginal, adesivo, contraceptivo de emergência, DIU, SIU, implante, laqueadura, vasectomia.

Etapa 6. Conhecimento contraceptivo e escolha contraceptiva para o pós-parto

- Conhece algum MAC- sim ou não.
- MAC que conhece- LAM, tabelinha, coito interrompido, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, capus cervical, espermicida, anticoncepcional oral de progesterona, anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional injetável de progesterona, anticoncepcional injetável combinado, anel vaginal, adesivo, contraceptivo de emergência, DIU, SIU, implante, laqueadura, vasectomia.
- Já utilizou algum MAC – sim ou não.
- MAC utilizados ao longo da vida sexual- LAM, tabelinha, coito interrompido, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, capus cervical, espermicida, anticoncepcional oral de progesterona, anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional injetável de progesterona, anticoncepcional injetável combinado, anel vaginal, adesivo, contraceptivo de emergência, DIU, SIU, implante, laqueadura, vasectomia.
- Utilizava algum MAC antes de engravidar- sim ou não.
- MAC utilizado antes de engravidar - LAM, tabelinha, coito interrompido, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, capus cervical, espermicida, anticoncepcional oral de progesterona, anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional injetável de progesterona, anticoncepcional injetável combinado, anel vaginal, adesivo, contraceptivo de emergência, DIU, SIU, implante, laqueadura, vasectomia.

- Interrompeu o MAC para engravidar- sim ou não.
- Tinha dúvidas sobre MAC durante o pré-natal- sim ou não.
- Escolha contraceptiva para o pós-parto- LAM, tabelinha, coito interrompido, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, capus cervical, espermicida, anticoncepcional oral de progesterona, anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional injetável de progesterona, anticoncepcional injetável combinado, anel vaginal, adesivo, contraceptivo de emergência, DIU, SIU, implante, laqueadura, vasectomia.

Para as variáveis numéricas com distribuição não paramétrica foi realizado o Teste de Mann-Whitney U e para as categóricas com distribuição não paramétrica o teste Qui-quadrado e Exato de Fisher a depender do tamanho da amostra. Os testes buscam verificar se a associação observada entre as categorias são estatisticamente significativas (p -valor $< 0,05$). Nesse caso, a associação analisada são as frequências de cada variável em relação a ter ou não ter acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal. Variáveis com frequências menor que cinco casos, não foi possível realizar os testes. A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste Shapiro-Wilk, enquanto que a homocedastidade, pelo teste de Levene.

O modelo de regressão logística foi realizado com as variáveis independentes utilizadas em estudos sobre aconselhamento contraceptivos no pré-natal (idade, cor, religião, anos de estudo completos, residir com o parceiro, Critério Brasil (ABEP, 2022), número de gestações, ter abortamento, município onde realizou o pré-natal, serviço onde realizou pré-natal, adequação do pré-natal, profissional que realizou o pré-natal, participação do parceiro no pré-natal, dúvidas sobre MAC durante o pré-natal e planejamento da gravidez.

Foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow para avaliar o modelo ajustado. A avaliação da multicolinearidade foi realizada pelo cálculo do fator de inflação da variância (GVIF) para ausência de multicolinearidade (ponto de corte < 5). O nível de significância para todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado seguindo os princípios éticos da Resolução 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que regulamenta a ética em pesquisa

envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNCISAL, CAAE: 64382422.1.0000.5011 (Anexo A).

A coleta de dados foi iniciada após anuência do MESM e do HMDNS, e contato com os coordenadores de enfermagem dos respectivos setores para ajustar dias, horários e número de integrantes da equipe de coleta em cada setor.

As participantes foram convidadas verbalmente, nas unidades onde estão hospitalizadas ou alojadas como acompanhante de seus recém-nascidos. A coleta de dados ocorreu de forma reservada e as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que foi assinado pela adolescente (Apêndice B).

A participação foi voluntária, não havendo remuneração por participação. Sendo o questionário constituído por perguntas de cunho íntimo e pessoal, as participantes não foram identificadas e tiveram assegurada sua privacidade quanto ao anonimato e ao sigilo dos relatos fornecidos.

Para evitar interferências na resposta ao questionário, as dúvidas foram esclarecidas ao final da entrevista. Além disso, após o término da coleta de dados, foi mantida a distribuição do folheto informativo sobre a utilização dos MAC pós-parto, para puérperas de ambos os serviços durante o segundo semestre de 2023.

Resultados

5.RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Participaram do estudo 595 mulheres que estavam hospitalizadas no período pós-parto pós-parto ou acompanhando RN hospitalizado em serviços de assistência a gestante de risco habitual (HMDNS) e alto risco (MESM). Entre as participantes, apenas 34,8% tiveram acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal.

5.1.1 Características sociodemográficas e econômicas

Entre as mulheres que participaram do estudo, 82,5% se autodeclararam negras (pretas e pardas), 77,3% eram casadas/união estável, 75,5% residiam com seus parceiros, 34,1% relataram não possuir religião, aproximadamente um quarto das mulheres tinham baixa escolaridade (9 anos de estudo completos), com mediana de 25 anos de idade, sendo 6,1% adolescentes. Mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo no pré-natal foram similares entre si no que concerne as características sociodemográficas (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas das mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem aconselhamento		Com aconselhamento		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Idade							0,121***
14 a 24 anos	277	46,3	175	45,1	101	49,0	
25 a 34 anos	253	42,7	174	44,8	81	39,0	
35 anos ou mais	65	11,0	39	10,1	25	12,0	
Cor							0,929**
Branca	104	17,5	68	17,5	37	18,0	
Parda	400	67,0	263	68,0	137	66,0	
Preta	91	15,5	57	14,7	33	16,0	
Anos de estudo completo							0,799**
Até 9 anos	139	23,4	92	24,0	48	23,0	
10 anos ou mais	456	76,6	296	76,0	159	77,0	
Religião							0,689*
Católica	190	31,9	115	29,6	73	35,0	
Evangélica	191	32,1	133	34,3	62	30,0	
Outras ¹	11	1,8	8	2,1	42	4,0	
Nenhuma	203	34,1	132	34,0	70	34,0	
Estado civil							0,732*
Solteira	135	22,7	85	21,9	52	25,0	
Casada/união estável	460	77,3	303	78,1	155	75,0	
Reside com o parceiro							0,406**
Não	146	24,5	91	23,5	56	27,0	
Sim	449	75,5	297	76,5	151	73,0	

Continua

Continuação

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas das mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem		Com		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Possui atividade Remunerada							0,942**
Não	395	66,4	258	66,5	137	66,0	
Sim	200	33,6	130	33,5	70	34,0	
Possui benefício Social							0,256**
Não	536	90,1	346	89,2	190	92,0	
Sim	59	9,9	42	10,8	17	8,0	
Possui plano de saúde/convênio							0,802**
Não	584	98,2	380	97,9	201	97,0	
Sim	11	1,8	8	2,1	6	3,0	
Município de Residência							0,346**
Maceió	136	22,9	95	24,0	43	21,0	
Interior	459	77,1	293	76,0	164	79,0	
Critério Brasil							0,549**
A+B1+B2	23	3,9	12	3,1	9	4,0	
C1+C2	292	49,0	196	50,5	95	46,0	
D+E	280	47,1	180	46,4	103	50,0	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

Nota: ¹ espírita, afro-brasileira, outras religiões.

Conclusão

*Fisher ** Qui-quadrado *** Teste de Mann-Whitney U

5.1.2 História sexual e reprodutiva

A menarca (primeira menstruação) ocorreu entre 8-18 anos de idade, com mediana de 12anos, a primeira relação sexual aconteceu entre 9-37 anos de idade com mediana de 16 anos e a idade na primeira gravidez variou entre 12-40 anos, com mediana de 20 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – História sexual e reprodutiva das mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem		Com		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Menarca							0,537***
9 até 12 anos	330	55,5	215	55,4	116	56,0	
13 anos ou mais	265	44,5	173	44,6	91	44,0	
Idade na 1^o relação sexual							0,002***
< 14 anos	71	12,0	36	10,0	35	17,0	
14 até 17 anos	354	59,3	227	57,8	126	61,0	
18 anos ou mais	171	28,7	125	32,2	46	22,0	
Idade na 1^o gravidez							0,005***
< 14 anos	9	1,5	4	1,0	6	3,0	
14 até 17 anos	157	26,4	101	26,0	58	28,0	
18 anos ou mais	429	72,1	283	73,0	143	69,0	
N^o de filhos vivos							0,053**
1 filho	303	51,1	206	53,0	97	47,0	
2 filhos	144	24,2	97	25,0	47	23,0	
3 ou mais filhos	147	24,7	85	22,0	63	30,0	
N^o de gestações							0,082**
1 gestação	248	41,7	162	41,8	87	42,0	
2 gestações	162	27,2	115	29,6	47	22,7	
3 ou mais gestações	185	31,1	111	28,6	73	35,3	
Abortamento							0,509**
Não	476	80,0	308	79,4	168	81,0	
Sim	119	20,0	80	20,6	39	19,0	
Intervalo interpartal							0,644**
< 2 anos	90	15,0	54	13,9	34	16,0	
> 2 anos	217	36,5	140	36,0	78	38,0	
Primípera	288	48,5	194	50,0	95	46,0	
Quantos filhos gostaria de ter tido							0,307**
Nenhum	26	4,4	19	4,9	6	3,0	
Até 2 filhos	455	76,4	302	77,8	154	75,0	
3 ou mais filhos	114	19,2	67	17,3	47	23,0	
Pretensão em ter filhos							0,329**
Não quero ter mais filhos	389	65,0	249	64,1	141	68,0	
Quero ter mais filhos	150	25,6	98	25,3	52	25,0	
Não tenho certeza	56	9,4	41	10,6	14	7,0	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

** Qui-quadrado *** Teste de Mann-Whitney U

Em relação ao serviço onde o parto foi realizado, 73,3% tiveram seus partos em serviço de risco habitual (HMDNS) e 26,7% em serviço de alto risco (MESM), sendo o parto operatório realizado em 47,7% das mulheres. Demais informações sobre o parto, pós-parto e características do RN encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Informações sobre o parto, pós-parto e RN das mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem		Com		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Parto							
Tipo de parto							0,429**
Vaginal	311	52,3	191	49,0	94	45,0	
Operatório	284	47,7	197	51,0	113	55,0	
Onde realizou o parto							0,125**
HMDNS (risco habitual)	436	73,3	278	71,6	160	77,0	
MESM (alto risco)	159	26,7	110	28,4	47	23,0	
Pós-parto							
Tempo pós- parto							0,789**
<48 horas	351	59,0	231	59,0	120	58,0	
48 horas ou mais	244	41,0	157	41,0	87	42,0	
Condição clínica pós-parto							0,267**
Hospitalizada	430	72,3	287	76,5	143	69,0	
Acompanhando RN	165	27,7	91	23,5	64	31,0	
Amamentação							0,231**
Não	23	3,9	24	6,2	6	2,0	
Sim	572	96,1	348	93,8	202	98,0	
Recém-nascido							
Classificação do RN							0,859**
Pré-termo	93	15,6	61	15,7	33	15,0	
Termo	471	79,2	305	78,6	165	80,0	
Pós-termo	31	5,2	22	5,7	10	5,0	
Peso de nascimento							0,144*
< 2500g	109	18,3	79	20,4	30	15,0	
2500g ou mais	486	81,7	309	79,6	176	85,0	
Desfecho clínico do RN							0,878**
Alojamento conjunto	494	83,0	321	82,7	172	83,0	
Unidade neonatal	101	17,0	67	17,3	35	17,0	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

*Fisher ** Qui-quadrado

5.1.3 Planejamento da gravidez

A gravidez foi classificada como ambivalente em mais da metade das mulheres (56,8%), sem diferença estatisticamente significativa entre ter recebido ou não o aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal ($p=0,229$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Planejamento da gravidez (LMUP) entre as mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem		Com		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Itens LMUP							
No mês que ficou grávida							0,289**
Eu/nós não usávamos um MAC	417	70,1	272	70,1	139	67,0	
Eu/nós estávamos usando MAC, mas não em todas as ocasiões	52	8,7	38	9,8	14	6,8	
Eu/nós usávamos MAC, mas sabíamos que o método tinha falhado pelo menos uma vez	31	5,2	19	4,9	13	6,2	
Eu/nós sempre usávamos MAC	95	16,0	59	15,2	41	20,0	
Em termo de se tornar mãe, eu sinto que minha gravidez aconteceu no							0,306**
Momento certo	340	56,7	220	56,7	120	58,0	
Não bem no momento certo	176	30,0	123	31,7	55	27,0	
Momento errado	79	13,3	45	11,6	32	15,0	
Logo antes de ficar grávida							0,427**
Eu tinha intenção de ficar grávida	209	35,0	131	33,8	72	35,0	
Minhas intenções variavam	121	20,3	85	21,9	37	18,0	
Eu não tinha intenção de ficar grávida	265	45,0	172	44,3	98	47,0	
Logo antes de ficar grávida							0,684**
Eu queria ter um filho	254	42,7	167	43,0	90	43,0	
Eu tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho a ter filhos	176	29,6	117	30,2	57	28,0	
Não tinha intenção	165	27,7	104	26,8	60	29,0	
Antes de engravidar							0,799**
Meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida	166	27,9	106	27,3	61	29,0	
Meu parceiro e eu tínhamos conversado sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida	191	32,1	128	33,0	64	31,0	
Nós nunca conversamos sobre ter filhos juntos	238	40,0	154	40,7	82	40,0	
Antes de você ficar grávida, tomou alguma medida para melhorar sua saúde para se preparar para esta gravidez							0,475**
2 medidas ou mais	57	9,6	41	10,7	17	8,2	
1 medidas	52	8,7	31	8,0	23	11,1	
Eu não fiz nada disso antes da minha gravidez	486	81,7	316	81,3	167	80,7	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

** Qui-quadrado

Tabela 5. Classificação do LMUP para o planejamento da gravidez. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem		Com		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Planejamento da Gravidez							0,229**
Gravidez não planejada	129	21,7	78	20,1	51	25,0	
Gravidez ambivalente	328	56,8	231	59,5	106	51,2	
Gravidez planejada	128	21,5	79	20,4	50	23,8	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

** Qui-quadrado

Entre as medidas realizadas para melhorar sua saúde e se preparar para a gravidez observou-se que poucas mulheres realizaram algum cuidado pré-concepcional (18,3%). Dentre as medidas mais citadas, constam alimentar-se de forma mais saudável (12,8%) e tomar ácido fólico (9,6%) (Tabela 6).

Tabela 6. Medidas realizadas antes da gravidez para melhorar a saúde (LMUP- Item 6). Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem		Com		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Tomei ácido fólico							0,391**
Não	538	90,4	347	89,4	191	92,3	
Sim	57	9,6	41	10,6	16	7,7	
Parei ou diminui o fumo							0,702*
Não	587	98,7	382	98,5	205	99,0	
Sim	8	1,3	6	1,5	2	1,0	
Parei ou diminui bebida a bebida alcoólica							0,424**
Não	571	97,6	380	97,9	200	96,6	
Sim	14	2,4	8	2,1	7	3,4	
Comi de forma mais saudável							0,963**
Não	521	87,2	338	87,1	181	87,1	
Sim	74	12,8	50	12,9	26	12,9	
Procurei assistência médica							0,752**
Não	562	94,5	364	93,8	195	94,7	
Sim	33	5,5	24	6,2	11	5,3	
Outras providências							0,498**
Não	585	98,3	382	98,5	202	97,6	
Sim	10	1,7	6	1,5	5	2,4	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

*Fisher ** Qui-quadrado

5.1.4 Assistência pré-natal

Sobre a assistência pré-natal, observou-se que 60,7% das mulheres foram acompanhadas em Maceió. O número de consultas pré-natal variou de 1 a 20, com mediana de 9. A maioria das consultas (84%) foi realizada em Unidades Básicas de Saúde, sendo 76% realizadas por enfermeiro e médico. Entre as mulheres sem aconselhamento, 65,1% não se sentiram acolhidas pelos profissionais que realizaram o pré-natal. Apenas 39,5% dos parceiros estiveram presentes em pelo menos uma consulta pré-natal, com 22,1% comparecendo a todas ou a maioria das consultas e 29,5% a metade ou poucas consultas. Maior número de consultas de pré-natal foi observado entre mulheres aconselhadas ($p=0,003$).

Entre as mulheres que foram hospitalizadas durante a gestação, houve o relato de trabalho de parto prematuro como a principal causa de hospitalização (28,0%), seguido das infecções (23,0%).

Dentre as 59 mulheres que possuíam dúvidas sobre MAC durante o pré-natal, destaca-se as em relação ao DIU (84,0%) e hormonais injetáveis (48,4%). A laqueadura foi o MAC em que houve menos dúvidas (1,7%). Outras dúvidas relacionadas aos MAC foram a escolha contraceptiva pós-parto (6,0%), as vantagens dos MAC (4,3%), onde ter acesso (4,1%), como utilizar (4,0%), mecanismo de ação (3,0%), início do MAC pós-parto (2,6%), eficácia (2,5%), desvantagens, efeito colaterais (2,0%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Informações do pré-natal das mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem		Com		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Serviço onde realizou o pré-natal							
Unidade básica de saúde							
Não	95	16,0	72	18,5	24	11,6	0,046**
Sim	500	84,0	316	81,5	183	88,4	
Pré-natal de alto risco¹							
Não	531	89,3	345	89,0	189	91,3	0,337**
Sim	64	10,7	43	11,0	18	8,7	
Privado							
Não	565	96,7	374	96,5	191	92,1	0,902**
Sim	20	3,3	14	3,5	16	7,9	
Início do pré-natal							
1º trimestre	515	84,4	330	85,0	176	85,0	0,102*
2º e 3º trimestre	80	13,5	58	15,0	29	15,0	

Continua

Continuação

Tabela 7 – Informações do pré-natal das mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem		Com		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Número de consultas							0,001***
6 consultas ou mais	473	72,5	287	74,0	154	74,0	
Menos de 6 consultas	122	20,5	101	26,0	52	26,0	
Profissional que realizou o pré-natal							0,104*
Enfermeiro	89	15,0	54	14,0	28	14,0	
Médico	54	9,0	31	8,0	17	8,0	
Enfermeiro/Médico	452	76,0	303	78,0	161	78,0	
Acolhimento profissional							0,000**
Não	208	34,9	54	14,0	30	14,0	
Sim	387	65,1	334	86,0	177	86,0	
Participação do parceiro no pré-natal							0,945**
Não	360	61,5	241	62,0	126	62,0	
Sim	235	39,5	147	38,0	79	38,0	
Hospitalização nesta gravidez							0,562**
Não	536	88,5	342	88,0	182	88,0	
Sim	69	11,5	46	12,0	25	12,0	
Teve Covid-19 nesta gravidez							0,033*
Não	560	94,4	361	93,0	192	93,0	
Sim	11	1,8	4	1,0	2	1,0	
Sintomas gripais	23	3,8	23	6,0	13	6,0	
Dúvidas sobre MAC no pré-natal							0,980**
Não	536	90,0	349	90,0	360	90,0	
Sim	59	10,0	39	10,0	41	10,0	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

Nota: ¹ O alto risco está vinculado a assistência pré-natal de risco habitual

Conclusão

*Fisher ** Qui-quadrado

A adequação do acesso ao pré-natal, ou seja, número mínimo de seis consultas e início no primeiro trimestre, alcançou 67,0% das mulheres. Dentre os componentes da assistência pré-natal, a ultrassonografia gestacional foi a que apresentou maior percentual de realização (99%). Situação oposta foi observada para citologia (Papanicolau), sendo realizada por apenas 35% das mulheres durante a gestação. Em relação à imunização, a vacinação contra Covid-19 apresentou maiores percentuais de não realização em comparação com os outros imunobiológicos (Hepatite B e Tétano) (Tabela 8).

Entre as mulheres que participaram de grupos educativos (grupo de gestantes/planejamento reprodutivo) durante o pré-natal, as aconselhadas possuem um percentual quatro vezes maior de encontros quando comparadas as sem aconselhamento ($p < 0,001$). Dentre as temáticas mais abordadas, destaca-se a amamentação (55,0%), cuidados com o RN (30,5%), cuidados com a gestação (17,5%), trabalho de parto (10,0%), IST/HIV (7,5%) e imunização (7,5%). Apenas 5,0% dos grupos educativos frequentados pelas mulheres abordaram MAC (Tabela 8).

Tabela 8. Adequação de acesso e componentes da assistência pré-natal das mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem aconselhamento		Com aconselhamento		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Adequação do acesso ao pré-natal							0,792**
Não	197	33,0	136	35,0	69	33,0	
Sim	398	67,0	252	65,0	138	67,0	
Suplementou ácido fólico							0,381**
Não	41	7,0	27	7,0	11	5,0	
Sim	554	93,0	359	93,0	196	95,0	
Suplementou de ferro							0,943**
Não	39	6,5	27	7,0	13	6,0	
Sim	556	93,5	359	93,0	194	94,0	
Realizou exames							0,112**
Não	36	6,0	25	6,5	7	3,0	
Sim	559	94,0	363	93,5	200	97,0	
Realizou USG gestacional							0,104*
Não	4	1,0	1	0,3	3	1,0	
Sim	589	99,0	387	99,7	204	99,0	
Realizou Papanicolau							0,326**
Não	387	65,0	260	67,0	22	62,0	
Sim	208	35,0	128	33,0	78	38,0	
Realizou algum teste rápido							0,009*
Não	30	5,0	24	6,2	4	2,0	
Sim	565	95,0	364	93,8	203	98,0	
Tomou alguma vacina							0,017**
Não	43	7,2	35	9,0	8	4,0	
Sim	552	92,8	353	91,0	199	96,0	
Tomou vacina- Covid-19							0,103**
Não	257	43,2	178	46,0	100	39,0	
Sim	338	56,8	210	54,0	127	61,0	
Participou de grupo educativo							0,000**
Não	554	93,1	372	96,0	182	88,0	
Sim	41	6,9	16	4,0	25	12,0	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

*Fisher ** Qui-quadrado

Entre as mulheres que participaram de grupos educativos (grupo de gestantes/planejamento reprodutivo) durante o pré-natal, as aconselhadas possuem um percentual quatro vezes maior de encontros quando comparadas as sem aconselhamento. Dentre as temáticas mais abordadas explanou-se sobre: amamentação (55%), cuidados com o RN (30,5%), cuidados com a gestação (17,5%), trabalho de parto (10%), IST/HIV (7,5%), imunização (7,5%) e apenas 5% sobre MAC.

5.1.5 Aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal

O número de vezes que as mulheres receberam aconselhamento durante o pré-natal variou de 0 a 7 vezes, com mediana de 2, embora 42,5% das mulheres aconselhadas receberam um único momento de aconselhamento. Mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo pré-natal referiram que o período mais adequado para sua realização é durante todo o pré-natal (41,0%) ou no início (35,0%).

Entre os parceiros que participaram do pré-natal, apenas 16,0% receberam aconselhamento contraceptivo. Entre as mulheres aconselhadas, 65,2% consideraram o aconselhamento muito satisfatório ou estavam bem satisfeitas.

Entre as metodologias utilizadas para ofertar o aconselhamento contraceptivo pré-natal, o aconselhamento individualizado foi citado por 40,0%. A busca por outras formas de informações sobre MAC esteve presente em 36,7%, o acesso a informações *online* (*sites* e redes sociais) foi 15,7% entre as mulheres aconselhadas e 20,0% sem aconselhamento. A busca por informações em sua rede de apoio (familiares e amigos) alcançou 14,9% entre as mulheres aconselhadas e 20,6% entre as sem aconselhamento (Tabela 9).

Entre os MAC mais aconselhados pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, encontra-se: os SARC, apresentando as contraceptivo oral (pílula) com 98% e os contraceptivo injetáveis com 97%; os método de barreira, tendo o preservativo masculino com 96%; os LARC, apresentou o DIU com 84% e como método definitivo, a laqueadura com 97% (Tabela 10).

Tabela 9- Satisfação, período para realização e aconselhamento contraceptivo do parceiro de mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo no pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Com Aconselhamento	
	n=207	100 %
Satisfação com o aconselhamento pré-natal		
Muito satisfeita	38	18,0
Bem satisfeita	97	47,2
Mais ou menos satisfeita	36	17,0
Pouco satisfeita	26	13,0
Insatisfeita	10	4,8
Período para realização do aconselhamento		
No início do pré-natal	73	35,0
No meio do pré-natal	17	8,2
No final do pré-natal	26	13,0
Durante todo o pré-natal	85	41,0
Não sei informar	6	2,8
Aconselhamento contraceptivo do parceiro		
Não	174	84,0
Sim	33	16,0
Total	207	100,0

*Fisher ** Qui-quadrado

Tabela 10 – Métodos contraceptivos aconselhados durante o pré-natal. Maceió, 2023

Variável	Com aconselhamento	
	n=207	100%
MAC comportamental		
LAM	48	23,0
Método do muco cervical	39	19,0
Coito interrompido	14	7,0
MAC de barreira		
Preservativo masculino	198	96,0
Preservativo feminino	107	52,0
Diafragma/Capuz/Espermicida	-	-
SARC		
Contraceptivo oral	202	98,0
Contraceptivo injetável	200	97,0
Adesivo transdérmico	13	6,0
Anel vaginal	10	4,5
Contracepção de emergência	11	5,5
LARC		
DIU	174	84,0
SIU	35	17,0
Implante transdérmico	43	21,0
MAC definitivo		
Laqueadura	200	97,0
Vasectomia	27	13,0

5.1.6 Conhecimento sobre MAC e escolha contraceptiva para o pós-parto

A maioria das mulheres (99,7%) referiu conhecer algum MAC, embora 14,1% tenha relatado nunca ter utilizado um (Tabela 11).

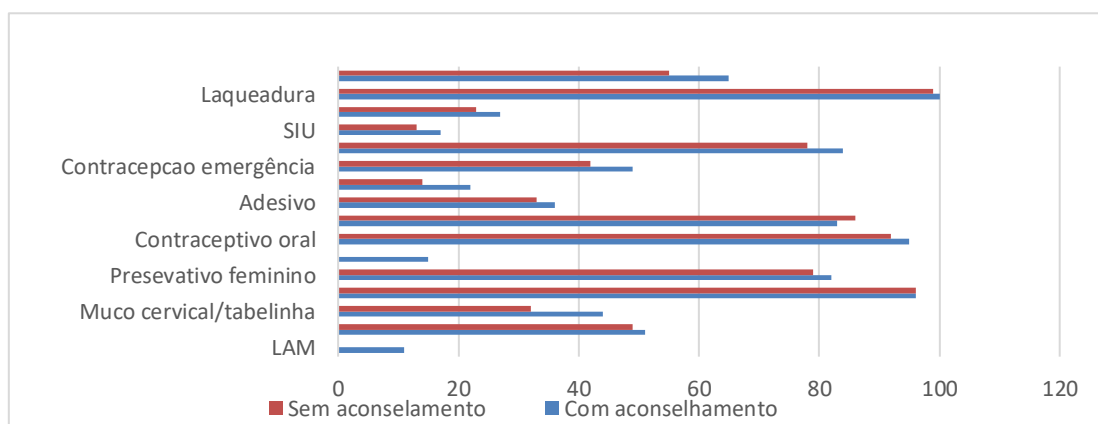
Tabela 11- Conhecimento e utilização dos MAC entre mulheres aconselhadas e sem aconselhamento no pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem aconselhamento		Com aconselhamento		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Conhece algum MAC							0,539*
Não	2	0,3	2	0,5	-	-	
Sim	583	99,7	386	99,5	207	100,0	
Já utilizou algum MAC							0,87**
Não	84	14,1	17	4,4	10	5,0	
Sim	511	85,9	371	95,6	197	95,0	
Estava utilizando MAC antes da gestação atual							0,809**
Não	227	38,2	175	45,1	63	45,0	
Sim	368	62,8	226	54,9	144	55,0	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

*Fisher ** Qui-quadrado

Entre as mulheres com e sem aconselhamento, os MAC mais referidos como conhecidos, respectivamente, são os SARC, como o contraceptivo oral e contraceptivo injetáveis, além dos métodos de barreira, como preservativo masculino (Figura 5).

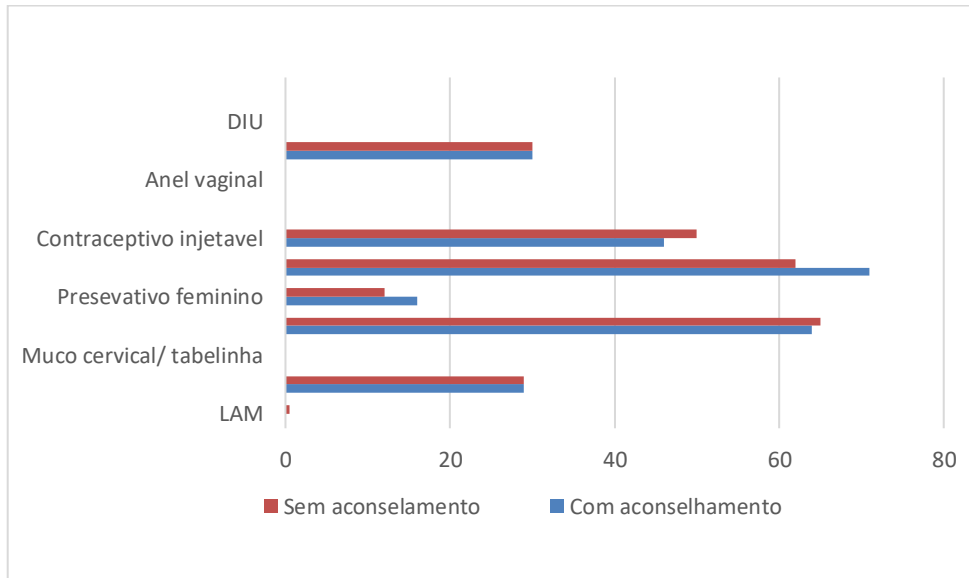
Figura 5. Percentual de MAC referidos como conhecidos por mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal



Os métodos mais utilizados também foram os SARC, com destaque para os contraceptivos orais e contraceptivos injetáveis, além dos métodos de barreira. Poucas

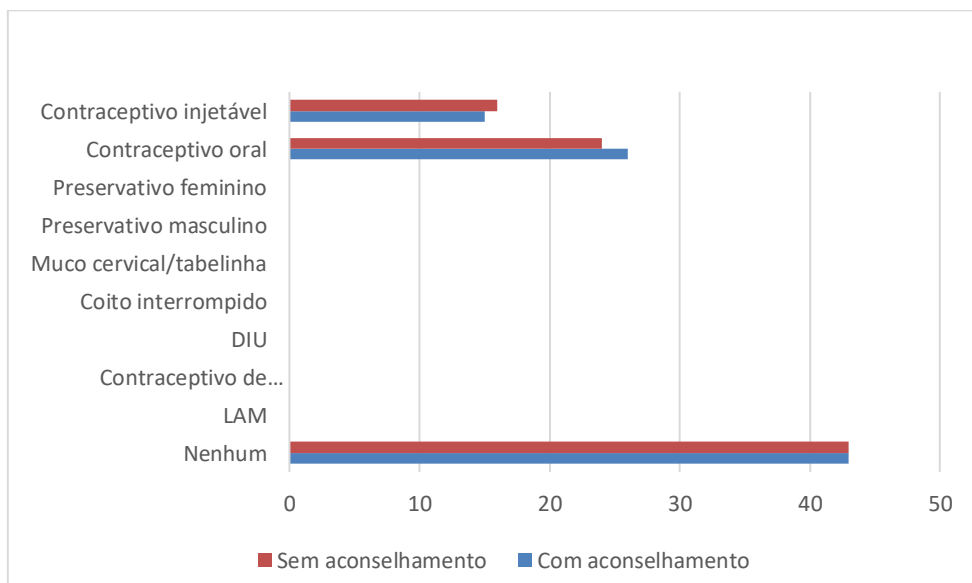
mulheres relataram ter utilizado LARC, sendo o DIU o mais utilizado (Figura 6).

Figura 6. Percentual de MAC utilizados ao longo da vida por mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.



Ao analisar mulheres aconselhadas e sem aconselhamento poucas estavam utilizando MAC logo antes da gravidez, sendo o mais frequente o contraceptivo oral e contraceptivo injetável (Figura 7).

Figura 7. Percentual de MAC utilizando logo antes desta gravidez por mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.



Entre as mulheres que tinham intenção de realizar laqueadura, apenas 10,3% iniciaram consultas de planejamento familiar no pré-natal, sendo um percentual maior observado entre as mulheres que foram aconselhadas ($p=0,001$). A intenção do parceiro em realizar a vasectomia foi relatada por apenas (1,7%) das mulheres (Tabela 12).

Tabela 12- Realização de consultas para realização de métodos definitivos e inserção LARC entre mulheres com e sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem aconselhamento		Com aconselhamento		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
Iniciou as consultas para realização da laqueadura							0,001**
Não	534	89,7	359	92,5	175	85,0	
Sim	61	10,3	29	7,5	32	15,0	
Gostaria de inserir o DIU no pós-parto							0,567**
Não	416	71,9	275	70,9	152	73,0	
Sim	167	28,1	113	29,1	55	27,0	
Gostaria de ter realizado laqueadura no pós-parto							0,511**
Não	346	58,2	229	59,0	116	56,0	
Sim	249	41,8	159	41,0	91	44,0	
Seu parceiro tem intenção de realizar vasectomia							0,329*
Não	585	98,3	380	97,9	205	99,0	
Sim	10	1,7	8	2,1	2	1,0	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

*Fisher ** Qui-quadrado

O DIU foi o principal método de escolha para utilização no pós-parto (26,6%), seguido da laqueadura (24,1%). Entre os SARC, as pílulas e os hormonais injetáveis apresentaram 10,4% e 18,1% das escolhas contraceptivas, respectivamente; 13,7% das mulheres não pretendiam utilizar MAC no pós-parto (Tabela 13).

Tabela 13 – MAC escolhido para o período pós-parto entre mulheres com e sem acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Maceió, 2023.

Variável	Total		Sem aconselhamento		Com aconselhamento		p
	n=595	100%	n=388	100%	n=207	100%	
MAC comportamental							0,892**
LAM	2	0,3	1	0,3	1	0,5	
Método do muco cervical/Tabelinha	3	0,5	2	0,5	1	0,5	
Coito interrompido	2	0,3	1	0,3	1	0,5	
Total	7	1,1	4	1,1	3	1,5	
MAC de barreira							0,725**
Preservativo masculino	17	3,0	13	3,3	4	1,9	
Preservativo feminino	1	0,2	-	-	1	0,5	
Diafragma/Capuz	-	-	-	-	-	-	
Total	18	3,2	13	3,3	5	2,4	
SARC							0,387**
Pilulas	62	10,4	43	11,1	19	9,2	
Hormonal injetável	108	18,1	73	18,7	35	17,0	
Adesivo transdérmico	5	0,8	4	1,0	1	0,5	
Anel vaginal	-	-	-	-	-	-	
Contracepção de emergência	1	0,2	-	-	1	0,5	
Total	176	29,5	120	30,8	56	27,2	
LARC							0,204**
DIU	159	26,6	98	25,3	61	30,0	
SIU	2	0,3	1	0,3	1	0,5	
Implante transdérmico	5	0,8	2	0,5	2	1,0	
Total	166	27,7	101	26,1	65	31,5	
MAC definitivo							0,371**
Laqueadura	143	24,1	90	23,2	53	26,0	
Vasectomia	4	0,7	1	0,3	3	1,4	
Total	147	24,8	91	23,5	56	27,4	
Nenhum MAC							0,129**
Não pretende utilizar MAC pós-parto	81	13,7	59	15,2	22	11,0	
Total	81	13,7	59	15,2	22	11,0	
Total	595	100,0	388	100,0	207	100,0	

*Fisher ** Qui-quadrado

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Os aspectos associados a ter sido aconselhada sobre MAC no pré-natal foram a idade e o número de gestações (Tabela 14). Mulheres de 25 a 34 anos de idade tiveram menos chance de ter sido aconselhada sobre MAC no pré-natal comparadas às mulheres mais

jovens, de 14 a 24 anos de idade (OR=0,63; IC95%=0,43-0,99). Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparadas as mulheres de 35 anos ou mais e as mulheres de 14 a 24 anos de idade (p=0,923). Mulheres que tiveram três ou mais gestações tiveram mais chance de ter sido aconselhada sobre MAC durante o pré-natal em relação às mulheres que tiveram apenas uma gestação (OR=2,14; IC95%=1,16-3,60).

Tabela 14. Regressão logística binomial (0 - sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal; 1 - com aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal).

VARIÁVEIS	OR	95% IC	p-valor	GVI ^a ajustado ¹
Critérios sociodemográfico e econômico				
Idade				1,1
14-24 anos	ref	ref	ref	
25-34 anos	0,63	0,43 - 0,99	0,041	
35 anos ou mais	1,07	0,53 - 1,97	0,923	
Cor				1,0
Branca	ref	ref	ref	
Parda	1,01	0,64 - 1,67	0,899	
Preta	1,13	0,60 - 2,09	0,713	
Religião				1,0
Evangélica	ref	ref	ref	
Católica	0,99	0,57 - 1,41	0,632	
Outras religiões*	1,25	0,81 - 1,99	0,291	
Sem religião	0,33	0,05 - 1,39	0,170	
Anos de estudo completos				1,1
Até 9 anos	ref	ref	ref	
10 anos ou mais	1,30	0,81 - 2,00	0,302	
Residir com o parceiro				1,4
Não	ref	ref	ref	
Sim	0,57	0,39 - 1,18	0,165	
Critério Brasil				1,2
A+B1+B2	ref	ref	ref	
C1+C2	0,73	0,30 - 2,03	0,592	
D+E	0,86	0,34 - 2,41	0,808	
História sexual e reprodutiva				
Número de gestações				1,2
1 gestação	ref	ref	ref	
2 gestações	0,92	0,59 - 1,53	0,831	
3 ou mais filhos	2,14	1,16 - 3,60	0,020	
Teve abortamento				1,2
Não	ref	ref	ref	
Sim	0,78	0,44 - 1,24	0,255	

¹GVI^a[1/(2*df)] AIC= 792,86

Continua

Continuação

Tabela 14. Regressão logística binomial (0 - sem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal; 1 - com aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal).

VARIÁVEIS	OR	95% IC	p-valor	GVIF ajustado ¹
Assistência pré-natal				
Município onde realizou o pré-natal				1,1
Maceió	ref	ref	ref	
Interior	0,70	0,43 - 1,09	0,089	
Serviço onde realizou pré-natal				
UBS				2,0
Não	ref	ref	ref	
Sim	2,11	0,74 - 6,39	0,150	
Alto risco				1,8
Não	ref	ref	ref	
Sim	1,25	0,44 - 3,58	0,616	
Particular				1,7
Não	ref	ref	ref	
Sim	2,13	0,61 - 7,63	0,229	
Profissional que realizou o pré-natal				1,0
Enfermeiro(a)	ref	ref	ref	
Médico(a)	1,20	0,50 - 2,62	0,651	
Enfermeiro(a)/médico(a)	1,39	0,84 - 2,38	0,177	
Dúvidas sobre MAC no pré-natal				1,0
Não	ref	ref	ref	
Sim	1,05	0,63 - 1,91	0,768	
Participação do parceiro no pré-natal				1,2
Sim	ref	ref	ref	
Não	1,00	0,56 - 1,51	0,980	
Não tenho parceiro	0,79	0,38 - 1,68	0,512	
Adequação do acesso ao pré-natal				1,0
Inadequado	ref	ref	ref	
Adequado	1,06	0,69 - 1,60	0,679	
Planejamento da gravidez				
LMUP				1,1
Gravidez não planejada	ref	ref	ref	
Gravidez ambivalente	0,73	0,49 - 1,20	0,216	
Gravidez Planejada	1,31	0,74 - 2,44	0,324	

¹GVIF^{1/(2*df)} AIC= 792,86

Conclusão

Discussão

6.DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o aconselhamento contraceptivo realizado (ou não) durante o pré-natal, tomando como pressuposto que o aconselhamento refere-se a qualquer informação ou orientação que a mulher tenha recebido sobre MAC. Os resultados mostraram que pouco menos de 40% das mulheres no período pós-parto em serviços de assistência ao parto de risco habitual e alto risco relataram ter tido acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal, sendo essas as mais jovens ou mais velhas e as com menor número de gestações.

O acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal pode promover uma escolha contraceptiva compartilhada, a utilização de MAC mais eficazes e que satisfaça as necessidades contraceptivas, além de favorecer o planejamento da gravidez; redução de abortamentos inseguros e de desfechos materno-infantis desfavoráveis (Dehlendorf et al., 2014; Agha; Williams, 2015; Achyut et al., 2015; Zapata et al., 2015; Coleman-minahan et al., 2017; Unger et al., 2018; Reyes-lacalle et al., 2020; Phaloprakam; Suthasmalee, 2023).

Os resultados do estudo evidenciaram que a maioria das mulheres realizou seis ou mais consultas e iniciou o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez. Entretanto, a minoria teve acesso ao aconselhamento contraceptivo durante esta assistência. Estudo transversal com mulheres que realizaram pré-natal em um país de baixa renda também evidenciou que a menor parte teve acesso ao aconselhamento contraceptivo (Teshome et al., 2017). Estudos em países de alta renda reafirmam a necessidade de integração do aconselhamento contraceptivo nos cuidados pré-natais como fator para ampliação da utilização de MAC eficazes no pós-parto (Hernandez et al., 2012; Zapata et al., 2015). A avaliação de forma isolada da relação entre a adequabilidade do acesso ao pré-natal por seu início no primeiro trimestre e alcance do número mínimo de consultas não garante a integralidade da assistência à mulher em relação ao planejamento reprodutivo.

As mulheres que compunham o grupo de 25 a 34 anos apresentaram menos chance de ter sido aconselhada sobre MAC no pré-natal, fator que pode estar relacionado a forma como os profissionais de saúde percebem mulheres adultas como uma clientela com maior experiência e acesso a informações sobre MAC, o que repercute em menos aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Outra interpretação para esse achado é a expectativa que mulheres mais jovens (15 a 24 anos) não passem por uma nova

gravidez num futuro próximo e, por isso, devem ser aconselhadas a evitar uma gravidez após o parto.

A maior parte das mulheres relatou que o pré-natal foi realizado em UBS de Maceió. Entretanto, alguns exames complementares, como exames laboratoriais e a ultrassonografia pelo SUS, podem não estar disponíveis para realização em todos os municípios (residência da gestante), ocasionando deslocamentos em busca de uma melhor assistência pré-natal na capital. A mobilidade entre o domicílio e os serviços de saúde ainda podem ser dificultadas por situar-se em locais socioeconomicamente desfavorecidos, por longas distâncias, dificuldades de transporte, dentre outras condições que podem impactar negativamente na assistência e nos desfechos materno-neonatal (Rodrigues et al., 2021).

Em relação ao estado civil e cor, a maioria das mulheres era casada/união estável (residiam com seus parceiros) e se autodeclararam pardas. Em relação à cor da pele/raça, a maioria das mulheres se autodeclararam pardas, evidenciando um percentual superior à média da população brasileira (43,5%) e da região Nordeste (59,6%) (IBGE, 2022). Estudos nacionais sobre a utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva evidenciam que negras (pretas/pardas) estão mais expostas a barreiras de acesso à assistência pré-natal e parto de qualidade (Theophilo et al., 2018; Lessa et al., 2022), o que pode levar a uma pior condição para exercer seu planejamento reprodutivo.

A maioria das mulheres possuía 10 anos ou mais de estudo, superior ao dos parceiros. Apesar de Alagoas ser um estado de baixo IDH, observa-se uma média de anos de estudo superior ao da média nacional entre as mulheres estudadas (IBGE, 2022), fator que pode favorecer o acesso a informações contraceptivas.

Um maior percentual de mulheres estava inserido em domicílios de baixa (D/E) e média (C) renda; com menor empregabilidade, não possuía a maior renda da família, recebia benefício social e utilizava majoritariamente os serviços vinculados ao SUS para assistência pré-natal e parto. Para o Estado, família de baixa renda é aquela que vive com até meio salário mínimo por pessoa, isso corresponde a R\$ 706,00 por mês para cada pessoa da família, entretanto para integrar o Programa Bolsa Família é necessário ter renda familiar mensal de até R\$ 218,00 por pessoa e cumprir algumas condições relacionadas à saúde e educação (Brasil, s.d.). O acesso a benefícios sociais no país está vinculado à assistência pré-natal, o que reflete na adequação do número de consultas pré-natal.

Ao avaliar o critério renda, as mulheres estudadas possuíam menor renda média mensal quando comparadas à população brasileira, porém, eram semelhantes a média da região Nordeste do país (IBGE, 2022; ABEP, 2022). Correlacionando renda e escolaridade, apesar das mulheres brasileiras possuírem maior escolaridade comparada aos homens, ainda recebem 77,7% do rendimento dos homens (IBGE, 2022), ressaltando a condição das mulheres não possuírem a maior renda familiar. A baixa renda também apresenta-se como um fator de maior incidência entre as negras (Theophilo et al., 2018; Lessa et al., 2022). Apesar da disponibilidade de um *mix* contraceptivo pelo SUS (Brasil, 2016), possuir menor renda também pode influenciar no acesso a informações e ao MAC escolhido para utilização.

Em 2016, o Brasil apresentou 68,4 nascidos vivos a cada mil meninas de 15-19 anos, uma das maiores taxas de gravidez na adolescência da América Latina (OMS, 2018). Em 2019, apesar da redução da gravidez entre as adolescentes no país, 14,7% de todas as gravidezes ocorreram nessa população (Brasil, 2018). As adolescentes constituem um público com maiores condições de vulnerabilidade, menor adequação ao pré-natal e piores desfechos materno-infantis (Assis et al., 2021), sinalizando a necessidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva pois, trata-se de um público distanciado dos serviços de saúde e conseqüentemente de aconselhamento sobre contracepção.

Complementar à idade da primeira gravidez, mulheres com idade materna avançada geralmente apresentam especificidades relacionadas à saúde reprodutiva, estando mais propensas a desenvolver complicações na gestação e parto (Brasil, 2012). No Brasil, regiões com maior IDH apresentam o maior percentual da primeira gravidez na idade de 30 a 39 anos (Morais Fernandes et al., 2019). Apesar do crescente número de mulheres que postergam a maternidade (Takagi et al., 2019), não há uma política reprodutiva estruturada para este grupo, apesar do mesmo apresentar maiores chances de desenvolver uma gravidez de risco.

A média de filhos vivos foi de 1,88, maior que a média nacional 1,6 filhos por mulher (IBGE, 2022), que é justificado pela pretensão da maioria das mulheres em ter até 2 filhos. Mulheres que tiveram três ou mais gestações mostraram maior chance de ter acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal quando comparadas a mulheres com apenas uma gestação. Atualmente observa-se um decréscimo global nas taxas de natalidade, fator que pode explicar um maior acesso ao aconselhamento contraceptivo entre as mulheres com maior número de filhos.

A maioria das mulheres realizou o parto em serviço de risco habitual, contudo observamos um elevado percentual de partos operatório, especialmente entre as mulheres aconselhadas (55,0%). A PNDS-2006 e a Pesquisa Nascer no Brasil (Rede Cegonha), evidenciam 44% e 42,9% de partos operatórios entre mulheres brasileiras (Brasil, 2006; Leal et al., 2019). A Pesquisa Nascer no Brasil (Nascer Saudável) apresenta 87,7% de partos operatórios no serviços privados (Leal et al., 2019). O elevado número de cesáreas no Brasil é um reflexo negativo do processo de medicalização do parto (Barros et al., 2006; Leão et al., 2013). Dados de uma revisão sistemática mostram taxas ideais de cesárea entre 10-19%, não observando melhora da mortalidade materna e neonatal em países com taxas superiores (Ganeriwal et al., 2021). O acesso a informações, a ampliação da autonomia da mulher e efetivação da política de parto e nascimento podem atuar como estratégias para redução das cesárias desnecessárias no país. Mulheres aconselhadas sobre MAC no pré-natal também devem compreender a relação da via de parto com o método escolhido para o pós-parto (DIU e laqueadura).

A maioria das mulheres do estudo estava amamentando ou realizando extração manual de leite para seu filho. A amamentação é um promotor de saúde para a mãe e bebê, além disso, a mulher que amamenta pode estabelecer o LAM como método, promovendo efeito contraceptivo por um período de até seis meses, além de auxiliar na manutenção da amamentação exclusiva do RN (Araújo et al., 2022). Porém, o desconhecimento da ação contraceptiva da amamentação exclusiva coloca o LAM como um método pouco escolhido.

Necessidade de aconselhamento contraceptivo pós-parto foi referida por 49,9% das mulheres e apenas 26% referiu ter acesso ao aconselhamento contraceptivo no serviço onde realizou o parto, antes da alta hospitalar. O acesso tardio a informações contraceptivas pode ocasionar escolhas contraceptivas menos eficazes, utilização incorreta e atraso na utilização do MAC (Zapata et al., 2015). O aconselhamento contraceptivo é uma estratégia de promoção à saúde da mulher/parceiro que deve ser realizado durante todo o ciclo gravídico-puerperal, enfatizando o MAC escolhido para o pós-parto. Um estudo transversal realizado nos Estados Unidos reafirma que o aconselhamento contraceptivo pós-parto de alta qualidade é relativamente raro e ocorre com menos frequência entre mulheres com baixo nível socioeconômico (Coleman-Minahan; Potter, 2019).

Frente a esta realidade, realizar o aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal antecipa informações sobre MAC e sua escolha pós-parto.

6.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O ACESSO AO ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO

Os resultados do estudo mostraram uma elevada adequação de acesso pré-natal entre mulheres aconselhadas e não aconselhadas sobre MAC. A PNS-2013 observou resultados semelhantes, sendo a região Nordeste a única com cobertura acima da média nacional (98,2%). Contudo, esta região também possui a menor média do número de consultas pré-natal, apesar de estar acima das seis consultas preconizadas no país (Nunes et al., 2017).

Outro estudo brasileiro mostra uma cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%) tendo 75,8% das mulheres iniciado o pré-natal antes da 16^a semana gestacional e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas (Viellas et al., 2014). Apesar da maioria das mulheres terem o acesso pré-natal classificado como adequado, com seis consultas ou mais e início no primeiro trimestre (Brasil, 2012; Nunes et al., 2016; Viellas et al., 2014; Bittencourt et al., 2020), é importante resaltar que a adequada assistência pré-natal transcende estes condicionantes, pois necessita contemplar também outras necessidades em saúde durante a gravidez, como exames complementares, adequado estado nutricional, imunização e outras ações.

Isso porque o número elevado de consultas pré-natais pode não ter relação com a qualidade do aconselhamento contraceptivo (Day et al., 2008; Hrusa et al., 2020; Yates et al., 2022). Apesar da adequação de acesso ao pré-natal ser um indicador de qualidade da assistência, faz-se necessária a incorporação de outros indicadores para avaliar e garantir a integralidade deste cuidado.

As variáveis de adequação do acesso ao pré-natal fazem parte das recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, regulamentadas na Rede Cegonha (Brasil, 2011), que preconizam procedimentos e exames que permitem intervenções precoces em gestantes. Os resultados evidenciam que a maioria dos componentes para avaliação da qualidade da assistência pré-natal apresentou percentual elevado de realização, como a suplementação de ferro e ácido fólico; realização de exames laboratoriais da rotina pré-natal, USG

gestacional, testes rápidos (Hepatites B/C, HIV e VDRL) e imunização da rotina pré-natal (Hepatite B e Tétano). Estas ações não foram avaliadas quanto ao período e número de vezes que foram realizadas, nem sobre especificidade de dosagem e exames que podem compor cada uma delas.

Baixos percentuais foram encontrados na realização da citologia, imunização contra Covid-19 e participação de grupos educativos, sendo esses últimos relatados por apenas 7% das mulheres. Sobre a citologia, não foi questionado se a mulher havia realizado exames citológicos recentes antes da gravidez. Durante a realização do pré-natal das mulheres incluídas no estudo, a pandemia Covid-19 já estava controlada e a maioria das gestantes encontrava-se imunizada com pelo menos uma dose de vacina (Brasil, 2022b; Vasconcelos, 2023), resultando em um baixo percentual de mulheres que relataram ter diagnosticado Covid-19 durante a gravidez. De toda forma, a imunização contra Covid-19 ainda apresenta baixa adesão entre gestantes brasileiras, condição relacionada ao medo, opção, orientação médica e desejo de esperar o filho nascer (Espindola et al., 2024). Por sua vez, uma revisão sistemática evidenciou que a participação da gestante em grupos educativos contribuiu para o estabelecimento da amamentação e melhores resultados obstétricos e neonatais, por minimizarem dúvidas e ansios durante o pré-natal, preparando-a para o parto e pós-parto (Silva et al., 2016).

A maioria das mulheres tiveram o pré-natal realizado em UBS e assistido por enfermeiro/médico. No Brasil, a assistência pré-natal é prioritariamente realizada na atenção primária e vinculadas ao SUS (Nunes et al., 2017) e em UBS (89,6%) (Viellas et al., 2014).

Entretanto, a minoria desses serviços contemplam a atenção em contracepção durante o pré-natal (Domingues et al., 2015; Mendes et al., 2020). Apesar dos serviços de atenção primária apresentarem ênfase na promoção à saúde, o acesso ao aconselhamento contraceptivo realizado durante o pré-natal não se apresenta como parte integral e universal à saúde sexual e reprodutiva da mulher/parceiro.

A assistência pré-natal de alto risco contemplou um décimo das gestantes, o que é semelhantes à média nacional (Brasil 2022a). Observou-se também, que 11,5% das mulheres necessitaram de hospitalização durante a gestação, percentual semelhante as que realizaram pré-natal de alto risco. Gestações de alto risco são responsáveis pela elevação das taxas de mortalidade materna e pela maioria dos desfechos perinatais desfavoráveis

(Bernales; Ebensperger, 2012). Essas mulheres seriam aquelas que deveriam ser priorizadas na atenção ao planejamento reprodutivo, tendo em vista que muitas possuem agravos que podem trazer mais riscos obstétricos e neonatais numa futura gravidez. Entretanto, os resultados mostraram que não houve diferença entre gestantes de alto ou baixo risco no que concerne a ter sido aconselhada quanto ao uso de MAC após o parto, o que revela oportunidades perdidas.

A minoria das mulheres realizou pré-natal na rede privada, fator este que pode estar relacionado aos serviços onde o estudo foi realizado, ambos vinculados a assistência ao parto 100% SUS. Os dados da PNS-2013 apontam que 69% das gestantes brasileiras tiveram suas consultas de pré-natal efetivadas pelo SUS e 27,3% em serviço médico particular (Mário et al., 2019), ou seja, divergentes os nossos resultados.

Um baixo percentual de parceiros participou das consultas de pré-natal, fator este que reforça a necessidade de maior estímulo à inclusão do mesmo neste processo. Um estudo nacional observou maior participação do parceiro entre mulheres que desejavam engravidar e planejaram a gravidez; e menor participação entre mulheres com baixa escolaridade e que utilizaram serviço público de saúde (Brito et al., 2021). No Brasil, essa perspectiva de inclusão do homem no planejamento familiar é incentivado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM (Brasil, 2004), pela Lei nº. 9.263/96, que trata do planejamento familiar (Brasil, 1996) e pelo Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2009b). No entanto, a figura masculina ou de parceria ainda tem pouco envolvimento no cuidado pré-natal e no planejamento reprodutivo.

Apesar do pré-natal ser considerando uma grande oportunidade para a prevenção e promoção à saúde, observa-se um elevado percentual de cuidados sub-realizados, que necessitam ser implementados com novas estratégias e campanhas de sensibilização para maior adesão das gestantes, considerando as complicações para a saúde materno-infantil.

O baixo percentual de busca por MAC definitivos durante o pré-natal, como a laqueadura, contrapõe-se ao interesse em realizar o procedimento pós-parto, que foi quatro vezes maior. A legislação do planejamento familiar rege que o acesso a laqueadura deve se iniciar com a expressa intenção de realização do mesmo com no mínimo 60 dias antes do parto, após ter acesso ao aconselhamento contraceptivo (Brasil, 2022c). Mulheres que possuem a intenção de fazer a laqueadura necessitam ser aconselhadas durante o pré-natal para que a realização ocorra logo após o parto ou o mais precocemente

possível (WHO, 2018). Esse descompasso pode estar relacionado ao desconhecimento a respeito das mudanças na legislação do planejamento familiar no país e, sobretudo, pela precariedade/ausência do aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal, que repercute na não concretização das metas reprodutivas de mulheres e casais.

6.2 ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO NO PRÉ-NATAL

Os resultados mostraram que apenas 34,8% das mulheres tiveram acesso a pelo menos uma ação de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal, sendo a maior parte realizada de forma individualizada.

O(a) enfermeiro(a) foi relatado como profissional que mais realizou aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal, seguido do médico(a). Os outros profissionais pouco foram referidos (agente comunitário, farmacêutico). O profissional que realiza a consulta pré-natal, além de realizar exame físico, exames complementares, outras necessidades de saúde da mulher/parceiro, deve promover momentos para a promoção de atividades educativas (Brasil, 2012).

Algumas informações sobre o *mix* contraceptivo foi abordado com maiores percentuais entre como os contraceptivos orais (98%); injetáveis (97%); laqueadura (97%) preservativo masculino (96%) e o DIU (84%). Os MAC com maior percentual de aconselhamento foram os que estão disponíveis com maior facilidade de acesso no SUS ou aqueles no qual a mulher possuía intenção em utilizar/realizar, como a laqueadura e o DIU.

Após quase 30 anos da PNDS-2006, as barreiras de acesso ao *mix* contraceptivo, em especial aos LARC, ainda se fazem presentes e podem corroborar para o um menor percentual de aconselhamento destes métodos pelos profissionais de saúde vinculados ao SUS, promovendo uma maior desinformação contraceptiva no pós-parto. Alguns MAC não foram citados como aconselhados, dentre eles encontra-se o diafragma e o capuz cervical. Uma revisão sistemática avaliou que os diafragmas e capuz cervical modernos ainda apresentam baixa eficácia, com uma taxa de gravidez elevada 10-12% após 6 meses de uso (Lindh et al., 2021). Supõe-se, portanto, que o não aconselhamento destes métodos esteja relacionado à sua baixa eficácia, disponibilidade e aceitabilidade entre as brasileiras.

O aconselhamento contraceptivo no pré-natal é uma prática recomendada para ser realizada em uma ou mais consultas, a depender da mulher/parceiro (Thaxton; Hofler, 2023). No entanto, as ações de aconselhamento contraceptivo são comumente realizadas pautando-se no modelo tradicional de transmissão das informações, na qual a mulher é colocada em uma posição passiva, o que inviabiliza a troca de informações e, conseqüentemente, uma escolha contraceptiva compartilhada (Rios; Vieira, 2007; Shimizu; Lima, 2009). Aconselhar sobre contracepção no pré-natal deve ser um procedimento centrado nas necessidades da mulher, estimulando a discussão individualizada e permitindo a escolha compartilhada do MAC.

A oferta de informações sobre MAC no pré-natal deve abranger todos os métodos; ser centrada na usuária; estar embasada na confiança; fornecer informações precisas sobre utilização, vantagens e efeitos colaterais; segurança do método, duração da ação, doses hormonais, facilidade de acesso, utilização, entre outras informações (Korn, 2023; Minns et al., 2023).

Os resultados sinalizam também a utilização de *sites*, redes sociais, família e/ou rede de apoio na busca por informações sobre contracepção. Um estudo brasileiro sobre contracepção de emergência com usuárias da *internet* aponta a necessidade de informações *online* sobre sexualidade e contracepção, demonstrando a busca destas informações como estratégias para prevenção da gravidez (Silva et al., 2016b). Todavia, a família e pessoas da rede de apoio podem fornecer informações contraceptivas errôneas ou com viéses relacionados as suas experiências contraceptivas. A busca por informações contraceptivas durante o pré-natal transcende as informações ofertadas por familiares e rede de apoio (D'Souza et al., 2022).

O acesso a informações *online* é um recurso importante para esclarecer dúvidas e fornecer orientações, tendo como vantagem a garantia do anonimato sobre a informação, a possibilidade de linguagem informal, menor julgamento e discricção familiar ou profissional (Moretti et al., 2012; Silva et al., 2016b). Contudo, o acesso a informações *online* pode não estar disponível a todas as usuárias devido às desigualdades socioeconômicas da região, além de também poderem trazer consigo conteúdos errôneos sobre os MAC, em especial para o período pós-parto (Toffolutti et al., 2020).

Um estudo realizado em prontuários de mulheres norte-americanas que tiveram acesso ao aconselhamento contraceptivo no pré-natal constatou que receber informações contraceptivas no primeiro trimestre da gravidez aumenta o acesso ao MAC planejado

(Viswanathan et al., 2024). A oferta de informações contraceptivas no início do pré-natal proporciona tempo para que a mulher/parceiro reflita sobre o método para o pós-parto e como obter acesso ao MAC escolhido.

A oferta de informação em grupo, por outro lado, foi vista como uma oportunidade para esclarecer dúvidas sobre os MAC e que pode ser realizado no início ou durante todo o pré-natal. Outras metodologias para oferta de aconselhamento contraceptivo, como folhetos ou *sites*, pouco foram citadas. Em consonância, estudos confirmam que o aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal pode ser ofertado individualmente ou em grupo, ocorrer em períodos distintos do pré-natal, além de utilizar diferentes estratégias educativas (Huber-Krum et al., 2020; Heberlein et al., 2020). Além disso, a realização do aconselhamento contraceptivo pode auxiliar no esclarecimento de dúvidas e predispor o acesso a MAC mais eficazes no pós-parto (Korn et al., 2023).

Observou-se baixa participação do parceiro no pré-natal, condição que reforça o baixo percentual de homens aconselhados sobre contracepção. Na ideação de muitos homens, as mulheres são as principais responsáveis pelo planejamento reprodutivo (Casarim; Siqueira, 2014). Esta ideação pode promover o afastamento deles dos serviços de saúde e da corresponsabilidade com a saúde sexual e reprodutiva, afastando-se do pré-natal e conseqüentemente do aconselhamento contraceptivo. Políticas para integrar os homens no cuidado com sua saúde e da sua parceira buscam promover essa integração (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

O aconselhamento contraceptivo no pré-natal de mulheres que pretendem amamentar ou que irão alimentar seu RN com fórmula láctea pode encontrar barreiras endossadas pelos profissionais de saúde que assistem ao ciclo gravídico-puerperal e pela própria mulher (Furman et al., 2020). Perguntar às mulheres durante o pré-natal sobre a intenção de amamentação pode promover um melhor aconselhamento contraceptivo e criar oportunidades para a tomada de decisões compartilhadas que podem otimizar resultados perinatais. Um estudo clínico randomizado que realizou aconselhamento contraceptivo pré-natal em mulheres com diabetes *mellitus* gestacional mostrou aumento no uso de MAC até 6 semanas após o parto (Phaloprakarn; Suthasmalee, 2023). Mulheres com gravidez de alto risco devem ser aconselhadas precocemente sobre contracepção durante o pré-natal pois as mesmas possuem maiores chances de complicações durante a gestação e parto prematuro.

Apesar da população do nosso estudo não ter contemplado homens trans, o aconselhamento contraceptivo pré-natal para homens trans grávidos apresenta uma escassez de informações sobre as melhores práticas e padrões de cuidados para o período perinatal (MacLean, 2021). Homens trans grávidos devem realizar pré-natal e terem seus direitos sexuais e reprodutivos assistidos com equidade para uma escolha contraceptiva compartilhada e isenta de julgamentos.

A satisfação com o aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal esteve relacionado ao esclarecimento das dúvidas sobre MAC e o aconselhamento do parceiro. Entre as mulheres aconselhadas, um quarto relatou estar insatisfeita ou pouco satisfeita com o aconselhamento contraceptivo ofertado. Especialistas afirmam que o aconselhamento contraceptivo centrado na mulher/parceiro, abordando a tomada de decisão compartilhada, construção de confiança, utilizando diferentes estratégias e isento de coerção aumenta a satisfação e a continuidade de utilização do MAC (Schivone; Glish, 2017). A (in)satisfação com o aconselhamento ofertado sinaliza a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal para implementar sua realização.

6.3 CONHECIMENTO CONTRACEPTIVO E A ESCOLHA CONTRACEPTIVA PARA O PÓS-PARTO

Quase que a totalidade das mulheres relatou conhecer e já ter utilizado algum MAC ao longo da vida. No Brasil, estima-se uma elevada necessidade não atendida por planejamento reprodutivo, especialmente entre mulheres com baixo perfil socioeconômico (Carvalho et al., 2019). Essa situação desigual reflete em maiores gastos em saúde pública e ferem os direitos sexuais e reprodutivo pois, podem culminar no aumento da gravidez não planejada, de abortos inseguros e da morbimortalidade materna-infantil.

Entre as mulheres estudadas, 62,8% estava utilizando MAC logo antes da gravidez. Algumas entrevistadas engravidaram utilizando MAC. O uso inadequado ou eventual do MAC aumenta a chance de uma gravidez não planejada e abortamentos (Bradley et al., 2011).

A escolha contraceptiva para o pós-parto refere a laqueadura como o principal MAC de escolha porém, apenas a minoria das mulheres que pretendia realizar a laqueadura iniciou consultas durante o pré-natal, conforme legislação vigente (Brasil, 2022c). No Brasil, a oferta de informações sobre a laqueadura para gestantes deve ser iniciada durante o planejamento reprodutivo e/ou pré-natal pois, a mesma necessita expressar intenção de realizar o procedimento em consulta com profissional de saúde até 60 dias antes do parto (Brasil, 2022c). Apesar dos avanços do planejamento reprodutivo com a Lei 14.443/2022, barreiras de acesso a laqueadura ainda estão presentes na realidade da maioria dos serviços de assistência ao parto no Brasil. Mulheres que solicitam e não conseguem a esterilização apresentam grande chance de engravidar no primeiro ano pós-parto (Arora et al., 2018).

Neste estudo, observou-se um baixo percentual de mulheres que referiram a intenção de seu parceiro em realizar vasectomia. Um estudo transversal nos Estados Unidos evidencia que o maior conhecimento sobre vasectomia amplia o interesse dos homens no procedimento (White et al., 2022). A importância de integrar e aconselhar o parceiro sobre MAC durante o pré-natal pode ampliar as oportunidades para se escolher a vasectomia, garantindo que os homens também possam atingir ou contribuir para os objetivos reprodutivos do casal.

Ao referir a escolha contraceptiva para o pós-parto, a maioria das mulheres escolheu o DIU como MAC a ser utilizado no período pós-parto. Um estudo transversal realizado no Brasil com mulheres no pós-parto refere maior aceitação do DIU entre mulheres com múltiplas gestações e sem desejo de ter mais filhos (Ferreira et al., 2022).

Um estudo populacional, também realizado no Brasil, evidenciou que mulheres com maior escolaridade, plano de saúde, que já tiveram parto e participaram de grupos de planejamento reprodutivo possuem maiores chances de usar um LARC (Araújo et al., 2023). Entretanto, nenhuma das mulheres deste estudo teve acesso ao DIU antes da alta hospitalar (<48 horas pós-parto) pois o serviço de risco habitual tinha fila de espera para realização do procedimento, apesar do mesmo realizar orientações e encaminhamentos para inserção do DIU de intervalo (ambulatorial); o serviço de alto risco não inseria DIU no pós-parto precoce e nem de intervalo.

Há uma diversidade de barreiras de acesso aos LARC no estado de Alagoas, entretanto algumas capacitações para inserção do DIU por enfermeiros(as) estão sendo

realizadas em municípios do interior do estado pelo Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas, regulamentada pela Resolução 690/2022 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2022) e apoiada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2023), com finalidade de ampliar o acesso ao dispositivo. Vale salientar que mesmo com a nova Lei do planejamento familiar, as brasileiras ainda possuem uma demanda não atendida de LARC e laqueaduras.

Profissionais capacitados na inserção de LARC devem promover a ampliação do acesso ao método, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Na América do Sul, a ampliação de acesso aos LARC e informações contraceptivas de qualidade beneficiariam muitas mulheres e reduziriam as altas taxas de gravidez não planejada e na adolescência (Tirumalasetti, S. et al., 2022). Estudos realizados no Brasil evidenciam satisfação entre a maioria das mulheres que utilizam LARC (DIU e implantes) e métodos definitivos (laqueadura e vasectomia) (Borges et al., 2017; Mendes, 2021). A elevada satisfação com o uso do DIU e implante estiveram relacionadas à segurança, eficácia e na melhora dos efeitos colaterais (Mendes, 2021).

Entre os SARC, os contraceptivos orais e injetáveis foram os que tiveram maior frequência de escolha. Entre os MAC menos citados encontra-se os métodos comportamentais e os métodos de barreira. O acesso a informação sobre métodos comportamentais, amenorreia da lactação (LAM) e método do muco cervical foram pouco abordados durante o pré-natal, em detrimento aos métodos hormonais.

A amamentação pós-parto é uma prática incentivada entre profissionais de saúde como fator protetor materno-infantil e contraceptivo eficaz (Eticha et al., 2023) e sua efetivação de forma exclusiva e livre-demanda não contraindica a utilização de métodos hormonais de progesterona no pós-parto (Sausjord et al., 2023) porém, há mulheres que não podem ou pretendem utilizar contracepção barreira/hormonal por condição clínica, social, motivos religiosos, entre outros fatores (Krull et al., 2020). Devido aos métodos comportamentais possuírem menor eficácia contraceptiva e a necessidade de um maior comprometimento da mulher/casal para sua utilização, pode haver menor oferta de informações.

Entre os MAC de barreira, o preservativo masculino foi o mais referido para utilização pós-parto, além de seu benefício adicional na prevenção de IST (Brasil, 2016). Contudo, apenas 30% da utilização de MAC é realizada pelo homem, sendo os

preservativos masculinos o método prioritário e apenas um pequeno percentual de homens/mulheres são beneficiados pela vasectomia (Patel et al., 2020; Amory, 2023). Um estudo brasileiro evidenciou que mulheres que utilizavam métodos comportamentais e de barreira apresentaram menor satisfação com o método (Borges et al., 2017).

Alguns MAC não foram mencionados pelas mulheres como o capuz cervical, diafragma e anel vaginal. Estes métodos podem não ter sido mencionados devido a sua baixa divulgação pelos profissionais de saúde ou por não estarem disponíveis no SUS.

Observou-se também que um pequeno percentual de mulheres que não possuía a intenção de utilizar MAC pós-parto. Crenças sobre os MAC, fatores religiosos, tabus, influência do parceiro, entre outras condicionantes pode distanciar a mulher/parceiro da utilização de contraceptivos (Alspaugh et al., 2022). O aconselhamento contraceptivo também deve ser ofertado à mulheres que optam por não utilizar um MAC pois as mesmas também podem ser incentivadas a utilizar algum método comportamental (tabelinha, muco cervical), ou seres acompanhadas de forma a respeitando seu direito sexual e reprodutivo e contemplar suas necessidades clínicas.

Limitações do estudo

7.LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta algumas limitações pois, devido ao desenho transversal, nenhuma relação causal pôde ser estabelecida entre o aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal e as demais variáveis independentes analisadas.

A amostra exclusivamente composta por mulheres usuárias de serviços de assistência ao parto de risco habitual e alto risco 100% SUS não promove uma heterogenidade com relação às características sociodemográficas, além de outros fatores relacionados à mulher. Deste modo, os dados não podem ser generalizados para usuárias de serviços privados de saúde, de regiões do país/mundo com diferentes IDH e culturas.

A coleta de dados foi realizada no puerpério imediato, período no qual fatores fisiológicos/emocionais relacionados ao parto e nascimento podem ter influenciado a resposta a algumas perguntas (intenção em ter filhos).

Sobre o fator recordatório, apesar da assistência pré-natal ser um evento relativamente recente na vida das participante do estudo, a abordagem poucas horas/dias após o parto, o cansaço do trabalho de parto ou o estresse relacionado a sua hospitalização ou do RN podem prejudicar no relato das informações. Portanto para minimizar o viés de memória, as informações foram obtidas seguindo um ordem cronológica: período antenatal, pré-natal, parto e pós-parto.

Implicações para a prática

8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O aconselhamento contraceptivo tem por finalidade conhecer as necessidades contraceptivas, a intenção reprodutiva da mulher/parceiro, minimizar dúvidas sobre os MAC e auxiliar na escolha compartilhada. Este aconselhamento realizado durante o pré-natal tem por finalidade garantir informações/orientações que promovam acesso aos MAC e o planejamento de uma futura gravidez.

Apesar do adequado acesso ao pré-natal evidenciado, os resultados ressaltam um baixo percentual de aconselhamento contraceptivo, o que leva à necessidade de repensar o planejamento desta assistência.

Frente a estes resultados, inadequações na formulação e execução de políticas públicas de planejamento sexual e reprodutivo distanciam o Brasil das metas pactuadas para melhoria dos indicadores de saúde materna. Faz-se necessário aumentar o investimento financeiro e garantir o acesso à diversidade de MAC, além de capacitar profissionais de saúde para realização do aconselhamento contraceptivo nas diversas fases do ciclo de vida da mulher/casal.

Disseminar o aconselhamento contraceptivo como componente de assistência à mulher durante o seu ciclo de vida reprodutivo e o acesso a MAC mais eficazes nos serviços pode promover um início contraceptivo pós-parto adequado, menores taxas de gravidez não planejadas e de descontinuidade contraceptiva.

É imprescindível que a nova legislação do planejamento familiar promova a estruturação de serviços que garantam o acesso aos MAC definitivos (laqueadura e vasectomia) após aconselhamento contraceptivo.

Capacitar profissionais que realizam pré-natal, que atuam em serviços de planejamento sexual/reprodutivo e na assistência ao parto/puerpério para auxiliar na promoção de escolhas contraceptivas compartilhadas e embasadas nos direitos sexuais e reprodutivos.

Conclusão

9.CONCLUSÃO

A maioria das mulheres do estudo realizou o pré-natal. Entretanto, evidencia-se um baixo percentual de mulheres que tiveram acesso a ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. Os resultados do estudo mostram que mulheres na faixa etária entre 25-34 anos de idade tiveram menos chance de ter acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal em relação a mulheres com faixa etária de 14-24 anos. Ainda, mulheres que tiveram três ou mais gestações mostraram mais chance de ter acesso ao aconselhamento quando comparadas a mulheres com apenas uma gestação.

Nos dois grupos, poucas mulheres realizaram cuidados pré-concepcionais e a maioria delas apresentou gravidez ambivalente. A maioria das mulheres conhecia uma diversidade de métodos e já tinha utilizado pelo menos um deles ao longo de sua vida. A escolha contraceptiva para o período pós-parto foi centrada em métodos altamente eficazes, como o DIU e a laqueadura. Barreiras de informação e acesso foram relatadas, evidenciando a fragilidade do aconselhamento contraceptivo no pré-natal e a persistência de dúvidas que adentram o período pós-parto.

Os resultados confirmam que é necessário efetivar o aconselhamento contraceptivo como componente da assistência pré-natal para todas as mulheres/parceiros/casais. Estruturar políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva, garantindo o acesso ao *mix* contraceptivo e capacitar profissionais para realização do aconselhamento centrado na mulher em suas diversas fases da vida, em especial no período pré-natal, são fundamentais para que as mesmas consigam realizar uma escolha compartilhada de MAC, respeitando sua intenção reprodutiva.

Referências

REFERÊNCIAS

ABDALLA, M. M.; OLIVEIRA, L. G. L.; AZEVEDO, C. E. F.; GONZALEZ, R. K. Quality in Qualitative Organizational Research: types of triangulation as a methodological alternative. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 19, n. 1, 2018, p. 66-98. Disponível em: <https://doi.org/10.13058/raep.2018.v19n1.578>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ACHYUT, P. *et al.* Integration of family planning with maternal health services: an opportunity to increase postpartum modern contraceptive use in urban Uttar Pradesh, India. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v. 42, 2016, p.107-115. Disponível em: <https://srh.bmj.com/content/42/2/107.short>. Acesso em: 08 dez. 2023.

ACOG. **Prepregnancy Counseling**. 2019. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancy-counseling>

AGHA, S.; WILLIAMS, E. Does the antenatal care visit represent a missed opportunity for increasing contraceptive use in Pakistan? An analysis of household survey data from Sindh province. **Health Policy and Planning**, v. 31, 2016, p. 325–331. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czv065>. Acesso em: 24 out. 2020.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. **Hospital da Mulher Doutora Nise da Silveira**. [s.d.]. Disponível em: Portal Alagoas Digital. Acesso: 21 jan. 2021.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. **Saúde Alagoas: análise da Situação de Saúde 2017**. 2017. Disponível em: <http://ASS-2017-ALAGOAS.pdf> (saude.al.gov.br). Acesso em: 08 fev. 2021.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Superintendência de Planejamento e Participação Social. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Alagoas - PDR 2011**. 2013. Disponível em: http://pdr_2011.pdf(saude.al.gov.br). Acesso: 21 jan. 2021.

ALAGOAS. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. **Maternidade Escola Santa Mônica**. [s.d.]. Disponível em: <https://mesm.uncisal.edu.br/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

ALAGOAS. **Sesau disponibiliza inserção de DIU no Hospital da Mulher**. Governo de Alagoas. 2024 Disponível em: [https://alagoas.al.gov.br/noticia/sesau-disponibiliza-insercao-de-diu-no-hospital-da-mulher#:~:text=Desenvolvido%20pelo%20Servi%C3%A7o%20Ambulatorial%20de,Estadual%20\(Sisreg%2FAL\)](https://alagoas.al.gov.br/noticia/sesau-disponibiliza-insercao-de-diu-no-hospital-da-mulher#:~:text=Desenvolvido%20pelo%20Servi%C3%A7o%20Ambulatorial%20de,Estadual%20(Sisreg%2FAL))

ALI M, TRAN NT. Defining counselling in contraceptive information and services: outcomes from an expert think tank. **BMJ Sexual & Reproductive Health Published Online First**: 14 June 2021. DOI: 10.1136/bmjshr-2021-201132

ALI M. et al. Strengthening contraceptive counselling: gaps in knowledge and implementation research. **BMJ Sex Reprod Health**. 2021 Apr 30:bmjsrh-2021-201104. DOI: 10.1136/bmjsrh-2021-201104

ALKEMA, Leontine et al. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **The Lancet**, v. 381, n. 9878, p. 1642-1652, 2013.

ALSPAUGH, Amy, et al. Women's contraceptive perceptions, beliefs, and attitudes: an integrative review of qualitative research. **Journal of midwifery & women's health**, 2020, 65.1: 64-84.

AMORY, J. K. Male contraception. **Fertil Steril.**, v. 106, n. 6, 2016, p. 1303-1309. Disponível em: <https://10.1016/j.fertnstert.2016.08.036>. Acesso em: 27 fev. 2023.

ARAÚJO, A. K. L. de; NERY, I. S. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018.

Disponível em:

pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=xml&lang=pt&from=&sort=&format=&count=&fb=&page=1&skfp=&index=&q=id%3Abiblio-974967. Acesso em: 04 mar. 2024.

ARAÚJO, A. S. de *et al.* Revisão Integrativa: amenorreia lactacional como método contraceptivo para puérperas. **Saúde em Redes**, v. 8, 2022, p. 207-219. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p207-219>. Acesso em: 15 fev. 2024.

ARAÚJO, F. G. *et al.* Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT229322>. Acesso em: 27 fev. 2024.

ARAÚJO, Regilda Bacelar et al. Cuidados de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Estratégia de Saúde da Família: uma análise em periódicos nacionais. **Revista Uningá**, v. 56, n. S2, p. 160-173, 2019.

ARORA, K. S. Medicaid and fulfillment of desired postpartum sterilization, **Contraception**, v. 97, n. 6, 2018, p. 559-564. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.012>. Acesso em: 27 fev. 2024.

ASSIS, T. de S. C. *et al.* Pregnancy in adolescence in Brazil: associated factors with maternal age. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2021, p. 1055-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400006>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA- ABEP. **Critério de classificação econômica Brasil**. ABEP. 2019. Disponível em: file:///C:/Users/ANACEC~1/AppData/Local/Temp/01_cceb_2019.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1. ed, 2016.

BARRET, G. *et al.* London Measure of Unplanned Pregnancy and newer family forms: an update. **J. Epidemiol Community Health**, v. 74, n. 9, 2020, p. 765-765. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214419>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BARRETT, G.; SMITH, S.C.; WELLINGS, K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. **J Epidemiol Community Health**. 2004;58(5):426-33.

BARRET, G.; WELLINGS, K. What is a planned pregnancy? Empirical data from a British Study. **Soc. Sci. Med.**, v. 55, n. 4, 2002, p. 545-57. Disponível em: [https://10.1016/s0277-9536\(01\)00187-3](https://10.1016/s0277-9536(01)00187-3). Acesso em: 24 jan. 2024.

BARROS, A. J. D. *et al.* Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 3, 2006, p. 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000300007>. Acesso em: 10 fev. 2024.

BARROS, B de S. *et al.* ERICA: age at menarche and its association with nutritional status. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 1, 2019, p. 106–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.12.004>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BATISTA, C. R. *et al.* Assistência pré-natal e acolhimento sob a ótica de gestantes na atenção primária à saúde: estudo qualitativo. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, v. 95, n. 34, 2021, 14p. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1027>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BBC. **Jovens 'sem religião' superam católicos e evangélicos em SP e Rio**. Eleições 2022. Sem religião. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61329257>
BEARAK, J. *et al.* Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. **Lancet Global Health**, v. 6, 2018, p. 380-389. Disponível em: <https://smolski.github.io/livroavancado>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BERNALES, B.D.; EBENSPERGER, E. O. Embarazo de alto riesgo. **Medwave**, v. 12, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429#>. Acesso em: 11 fev. 2021.

BERQUÓ, E. S.; CAVENAGHI, S. M. Notas sobre os diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 2, 2014, p. 471-482. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982014000200012>. Acesso em: 8 fev. 2021.

BITTENCOURT, S. D. de A. *et al.* Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>. Acesso em: 24 mar. 2023.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Descontinuidades contraceptivas no uso do contraceptivo hormonal oral, injetável e do preservativo masculino. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p.

e0014220, 2021.

BORGES, A. L. V. et al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45(spe2), 1679–1684.2011. disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800007>

BORGES, A. L. V. *et al.* Satisfação com o uso do implante contraceptivo e do dispositivo intrauterino com cobre entre usuárias de um hospital público da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, 2017, p. 757-764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BOROVAC-PINHEIRO, A. *et al.* Empowering Adolescent Mothers in the Choice of Contraceptive Methods at the Postpartum Period: Avoiding a Subsequent Pregnancy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, n. 10, 2019, p. 607-612. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019001000607&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2021.

BORROZZINO, N. F. *et al.* Métodos Contraceptivos: análise da temática sob a visão de enfermeiros em um serviço de teleorientação em saúde em nível nacional. **Ciência ET Praxis**, v. 6, n. 11, 2017, p. 25-30. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2117>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BOTELHO, T. V.; BORGES, A. L. V. Outcomes of Intrauterine Device Insertion by Certified Midwives and Obstetric Nurse Practitioners. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 76, n. 5, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0286pt>. Acesso em: 27 fev. 2024.

BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (org.). **Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa em Saúde**: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2021.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. da S. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, 2021, p. 2673-2682. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>. Acesso em: 11 abr. 2021.

BRANDÃO, E. R. Contracepção Reversível de Longa Duração (Larc): solução ideal para tempos pandêmicos? **Saúde em Debate**, v. 46, 2022, p. 237-247. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E116>. Acesso em: 27 abr. 2023.

BRANDÃO, E. R. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 3, 2019, p. 875-879. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.10932017>. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRANDI, K.; FUENTES, L. The history of tiered-effectiveness contraceptive counseling and the importance of patient-centered family planning care. **American journal of obstetrics and gynecology**, 2020, p. 873-877. Disponível em: <https://10.1016/j.ajog.2019.11.1271>. Acesso em: 26 ago. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual de Certificação de Boas Práticas na linha de cuidado materna e neonatal (CBP parto adequado)**: certificação de

operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/parto-adequado/Manual_de_Certificao_do_Partido_Adequado_r15.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL, **Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022c**. Vigência. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei 11.274 de 06 de fevereiro de 2006**. 2006a. Disponível em: [http://\(planalto.gov.br\)](http://(planalto.gov.br)). Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32, 1. ed., 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 5. ed., 2010, 302p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. 1ed. 2016b. Disponível em: <http://projetoGraficoV5.indd> (saude.gov.br). Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde - Sistema de informações sobre nascidos vivos**. DATASUS. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestão de alto risco**. 1. ed. 2022a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2. ed., 2021b, 84p. Disponível em: manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf (saude.gov.br). Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascidos vivos - Alagoas**. DATASUS. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nval.def>. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascidos vivos- Alagoas**. DATASUS. 2021a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nval.def>. 2021. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério - atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5, 3. ed., 2006c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 1. ed. 2016a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26, 1. ed. 1. reimpr., 2010. Disponível em: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (saude.gov.br). Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINASC: nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo número de consultas de pré-natal**. DATASUS. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Noções Básicas Cadastro Único**. [s.d.] 14p. Disponível em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Cadastro_Unico/Cartilha/Cartilha_Nocoas_Basicas.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. **Saiba quais vacinas devem ser administradas durante a gestação**. 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde recomenda colocação do DIU por enfermeiros no SUS. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/ministerio-da-saude-recomenda-colocacao-do-diu-por-enfermeiros-no-sus>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020a**. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2020, 217p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf.

BRADLEY, Sarah EK; CROFT, Trevor; RUTSTEIN, Shea Oscar. **O impacto da falha contraceptiva nos nascimentos indesejados e nos abortos induzidos: estimativas e estratégias para redução**. Population Association of America Conference. Demographic and Health Research Division, USA.2011. Disponível em: https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/Contraceptive%20Failure%20Unintended%20Births%20-%20Bradley%20Croft%20Rutstein%20-%20IUSSP%202013.pdf

BRITO, J. G. E. *et al.* Participação do companheiro da gestante nas consultas de pré-natal: prevalência e fatores associados. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

BULLINGTON, B. W.; SATA, A.; ARORA, K. S. Shared decision-making: the way forward for postpartum contraceptive counseling. **Open Access Journal of Contraception**, v. 13, 2022, p. 121-129. Disponível em: <https://10.2147/OAJC.S360833>. Acesso em: 24 jan. 2024.

CAMERON, S.T. Comparison of uptake of long-acting reversible contraception after abortion from a hospital or a community sexual and reproductive healthcare setting: an observational study. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v. 43, 2017a, p. 31-36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26645198/>. Acesso em: 05 jan. 2021.

CAMERON, S. T. *et al.* Feasibility and acceptability of introducing routine antenatal contraceptive counselling and provision of contraception after delivery: the APPLES pilot evaluation. **BJOG**, v. 124, n. 13, 2017b, p. 2009-2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14728>. Acesso em: 24 mar. 2023

CARLANDER, Alisa et al. Unplanned pregnancy and the association with maternal health and pregnancy outcomes: A Swedish cohort study. **Plos one**, v. 18, n. 5, p. e0286052, 2023.

CARVALHO, A. A. Demanda por contracepção no Brasil em 2006: contribuição para a implementação das preferências de fecundidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, 2019, p. 3879-3888. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n10/1413-8123-csc-24-10-3879.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CASARIN, Sidneia Tessmer; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 662-668, 2014.

CAVALHIERI, F. B. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São

Paulo. São Paulo, 83p., 2011. Disponível em:
<https://doi.org/10.11606/D.7.2011.tde-20062011-141727>. Acesso em: 06 fev. 2024.

CHANNON, S. *et al.* Motivational interviewing competencies among UK family nurse partnership nurses: a process evaluation component of the building blocks trial. **BMC Nurs**, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0176-0>. Acesso em: 07 fev. 2021.

CHENG, T. S. *et al.* Demographic characteristics, health behaviors before and during pregnancy, and pregnancy and birth outcomes in mothers with different pregnancy planning status. **Prevention Science**, v. 17, n. 8, 2016, p. 960-969. Disponível em:
<http://10.1007/s11121-016-0694-8>. Acesso em: 01 mar. 2024.

COFEN. **Resolução 690/2022**. Conselho Federal de Enfermagem. 2022. Disponível em:
<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022/>

COFER, Flojaune Griffin et al. Interpregnancy interval and childbirth outcomes in California, 2007–2009. **Maternal and child health journal**, v. 20, p. 43-51, 2016.

COLEMAN-MINAHAN, K.; AIKEN, A. R. A.; POTTER, J. E. Prevalence and Predictors of Prenatal and Postpartum Contraceptive Counseling in Two Texas Cities. **Womens Health Issues**, v. 27, n. 6, 2017, p. 707-714. Disponível em: Prevalence and Predictors of Prenatal and Postpartum Contraceptive Counseling in Two Texas Cities - PubMed (nih.gov). Acesso em: 06 dez. 2020.

COLEMAN-MINAHAN, K.; POTTER, J. E. Quality of postpartum contraceptive counseling and changes in contraceptive method preferences. **Contraception**, v. 100, n. 6, 2019, p. 492-497. Disponível em: <http://10.1016/j.contraception.2019.08.011>. Acesso em: 15 fev. 2024.

COSTA, A. C. M.; OLIVEIRA, B. L. C. A. de; ALVES, M. T. S. S. de B. Prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 2, 2021, p. 461-471. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200007>. Acesso em: 24 fev. 2024.

COWMAN, W. *et al.* A select issue in the postpartum period: contraception. **Proc. Obstet. Gynecol**, v. 3, n. 2, 2013, 15p. Disponível em: <https://doi.org/10.17077/2154-4751.1198>. Acesso em: 17 dez. 2020.

DAY, T. *et al.* Factors associated with the provision of antenatal contraceptive counseling. **Contraception**, v. 78, 2008, p. 294-299. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.06.006>. Acesso em: 15 nov. 2020.

DEHLENDORF, C.; KRAJEWSKI, C.; BORRERO, S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 57, n. 4, 2014, p. 659-673. Disponível em:
<https://10.1097/GRF.000000000000059>. Acesso em: 18 set. 2020.

DE MORAIS FERNANDES, Fábila Cheyenne Gomes; DE OLIVEIRA SANTOS, Emelyne Gabrielly; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. A idade da primeira gestação no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 29, n. 3, p. 304, 2019.

DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. **World Fertility and Family Planning 2020: Highlights**. 2020. New York: United Nations. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/World_Fertility_and_Family_Planning_2020_Highlights.pdf. Acesso em: 08 fev. 2024.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, 2017, p. 653-660. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Acesso em: 21 fev. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad Saúde Pública**, v. 36, 2020, 40p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418>. Acesso em: 14 jul. 2023.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 3, 2015, p. 140-147. Disponível em: [https://v37n3a03.pdf\(fiocruz.br\)](https://v37n3a03.pdf(fiocruz.br)). Acesso em: 27 fev. 2024.

D'SOUZA, P. *et al.* Fatores que influenciam a escolha e o uso de contraceptivos globalmente: uma síntese de revisões sistemáticas. **O Jornal Europeu de Contraceção e Cuidados de Saúde Reprodutiva**, v. 27, n. 5, 2017, p. 364-372. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006113>. Acesso em: 27 fev. 2023.

ELIASON, S. *et al.* Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. **Reprod Health**, v. 10, n. 34, 2013, 8p. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-34>. Acesso em: 02 jun. 2021.

ESPINDOLA, G. G. *et al.* Imunização da gestante em tempos de pandemia da COVID-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 14, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769283758>. Acesso em: 24 jan. 2024.

ETICHA, T. G. *et al.* Effectiveness of Lactational Amenorrhea Method in Ethiopia: a multi-center prospective cohort study. **Open Access Journal of Contraception**, v. 14, 2023, p.149-157. Disponível em: <https://10.2147/OAJC.S425574>. Acesso em: 08 out. 2021.

FACULTY OF SEXUAL & REPRODUCTIVE HEALTHCARE (FSRH). **Contraception After Pregnancy first published**. Englend. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/ceci_/Downloads/contraception-after-pregnancy-executive-summary-final27feb.pdf

FACULTY OF SEXUAL & REPRODUCTIVE HEALTH CARE (FSRH). **FSRH Guideline contraception after pregnancy**. London: FSRH, 2020. Disponível em: <https://contraception-after-pregnancy-guideline-oct2020.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FAGAN, Thomas *et al.* Family planning in the context of Latin America's universal health coverage agenda. **Global Health: Science and Practice**, v. 5, n. 3, p. 382-398, 2017.

FARIAS, Mareni Rocha *et al.* Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 14s, 2016.

FAÚNDES, Aníbal; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa de. Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério: eliminando a perda de oportunidades. **Femina**, p. 238-244, 2020.
FERNANDES, A. A. T. *et al.* Leia este artigo se você quiser aprender regressão logística. **Revista de Sociologia e Política**, v. 28, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987320287406en>. Acesso em: 24 jan. 2024.

FERREIRA, H. L. O. C. *et al.* Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, 2019, p.1044-1051. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>. Acesso em: 29 jan. 2024.

FERREIRA, P. B. *et al.* DIU de cobre imediatamente pós-parto: Uma análise comparativa entre os perfis das mulheres que aceitam e recusam o método. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, p. 154-160, 2022.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Rio Grande do Sul: Artmed, 3. ed. 2009.

FRANCESCA L C.;LENKA B. Onikepe O Owolabi, Moazzam Ali. A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: what works and what doesn't? **BMJ Sexual & Reproductive Health Published Online First**: 11 December 2019. DOI: 10.1136/bmjsexrh-2019-200377

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Situação da população mundial 2017. **Mundos distantes: saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade**. Brasil: UNFPA. 2017. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PT_WEB-SWOP2017-Report.pdf. Acesso em: 19 out. 2023.

FURMAN, Lydia; SHAKER, Maria; ARORA, Kavita Shah. Do expectant mothers' breastfeeding plans influence provider prenatal contraceptive counseling?. **Journal of Human Lactation**, v. 36, n. 4, p. 808-815, 2020

GANERIWAL, S. A. *et al.* Examining the role and relevance of the critical analysis and comparison of cesarean section rates in a changing world. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 60, n. 1, 2021, p. 20-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.11.004>. Acesso em: 15 fev. 2024.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Social inequalities in the use of contraceptives in adult women from Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 53, 2019, 12p. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000861>. Acesso em: 08 fev. 2024.

GOOSSENS, J. *et al.* The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. **Reprodução Humana**, v. 31, n. 12, 2016, p. 1-13. Disponível em: <http://10.1093/humrep/dew266>. Acesso em: 02 fev. 2024.

GOULDING, A. N. *et al.* Provider Counseling and Women's Family Planning Decisions in the Postpartum Period. **Journal of Women's Health**, v. 29, n. 6, 2020, p. 847-853. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/jwh.2019.7872>. Acesso em: 19 nov. 2022.

HACKENBERGER, B. K. R Software: unfriendly but probably the best. **Croatian Medical Journal**, v. 61, n. 1, 2020, p. 66-68. Disponível em: <https://10.3325/cmj.2020.61.66>. Acesso

em: 17 jun. 2023.

HALL, J. *et al.* Understanding pregnancy planning in a low-income country setting: validation of the London measure of unplanned pregnancy in Malawi. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, n. 200, 2013, p. 1-8. Disponível em: <http://1471-2393-13-200.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024.

HARDEE, Karen; CROCE-GALIS, Melanie; GAY, Jill. Are men well served by family planning programs?. **Reproductive health**, v. 14, n. 1, p. 14, 2017.

HARRINGTON, E. K. *et al.* An mHealth SMS intervention on Postpartum Contraceptive use Among Women and Couples in Kenya: a Randomized Controlled Trial. **American Journal of Public Health**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305051>. Acesso em: 08 fev. 2024.

HARRINGTON, E. K. *et al.* Engaging men in an mHealth approach to support postpartum family planning among couples in Kenya: a qualitative study. **Reproductive Health**, v. 16, n. 1, 2019, p. 1-11. Disponível em: <http://10.1186/s12978-019-0669-x>. Acesso em: 10 fev. 2024.

HARRISON, R. L.; REILLY, T. M.; CRESWELL, J. W. Methodological rigor in mixed methods: an application in management studies. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 14, n. 4, 2020, p. 473-495. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15586898199005>. Acesso em: 19 nov. 2022.

HEBERLEIN, E. *et al.* The effects of CenteringPregnancy group prenatal care on postpartum visit attendance and contraception use. **Contraception**, v. 102, n. 1, 2020, p. 46-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.02.010>. Acesso em: 19 nov. 2022.

HEBERT, Luciana E. *et al.* Mobile contraceptive application use in a clinical setting in addition to standard contraceptive counseling: a randomized controlled trial. **Contraception**, v. 98, n. 4, p. 281-287, 2018.

HERNANDEZ, Leticia E. *et al.* Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. **Maternal and child health journal**, v. 16, p. 423-429, 2012.

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, 2012, p. 236-243. Disponível em: <http://10.1363/4423612>. Acesso em: 04 mar. 2024.

HEIL, Sarah H. *et al.* Eficácia e custo-benefício de serviços anticoncepcionais no local com e sem incentivos entre mulheres com transtorno por uso de opióides com alto risco de gravidez indesejada: um ensaio clínico randomizado. **Psiquiatria JAMA**, v. 10, pág. 1071-1078, 2021.

HRUSA, G. *et al.* Quality of Family Planning Counseling in Ethiopia: trends and determinants of information received by female modern contraceptive users, evidence from national survey data, (2014- 2018). **PLoS ONE**, v. 15, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228714>. Acesso em: 24 mar. 2023.

HUBER-KRUM, S. *et al.* The effect of antenatal counseling and intrauterine device insertion services on postpartum contraceptive use in Nepal: results from a stepped-wedge randomized controlled trial. **Contraception**, v. 101, n. 6, 2020, p. 384-392. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.12.014>. Acesso em: 10 fev. 2024.

HUGO, T. D. de O. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n. 11, 2011, p.2207-2214. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100014>. Acesso em: 20 fev. 2024.

IBGE. **Censo 2010**. [s.d.]. Brasil: IBGE. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 08 ago. 2022.

IBGE. **Censo 2022: panorama**. [s.d.]. Brasil: IBGE. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal. 2022. Acesso em: 10 fev. 2024.

IBGE. **Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda**. 2023. Brasil: IBGE Notícias. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda#:~:text=Desde%201991%2C%20esse%20contingente%20n%C3%A3o,amarelas%20\(0%2C4%25\)](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda#:~:text=Desde%201991%2C%20esse%20contingente%20n%C3%A3o,amarelas%20(0%2C4%25)). Acesso em: 10 fev. 2024.

IBGE. **Cidades e Estados do Brasil**. [s.d.]. Brasil: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al.html>. Acesso em: 08 ago. 2022.

IBGE. **Cidades e Estados do Brasil: Maceió**. 2023. Brasil: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>. Acesso em: 08 fev. 2024

IBGE. **Conheça o Brasil – População. Cor ou raça**. 2024. Brasil: IBGE Educa Jovens. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 10 fev. 2024.

IBGE. **População: taxas de fecundidade total**. 2024. Brasil: IBGE – Brasil em Síntese. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>. Acesso em: 10 fev. 2024.

IRELAND, L. D. *et al.* The effect of immediate postpartum compared to delayed postpartum and interval etonogestrel contraceptive implant insertion on removal rates for bleeding. **Contraception**, v. 90, n. 3, 2014, p. 253-258. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782414002911>. Acesso em: 08 nov. 2022.

JBI. Checklist for Qualitative Research (online). **JBI**, 2017. Disponível em: http://JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017.docx (live.com). Acesso em: 27 abr. 2023.

KAIMAL, Anjali et al. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series# 55: Counseling women at increased risk of maternal morbidity and mortality. **American Journal of**

Obstetrics and Gynecology, v. 224, n. 4, p. B16-B23, 2021.

KARAÇAM, Z.; ÖNEL, K.; GERÇEK, E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. **Midwifery**, v. 27, n. 2, 2011, p. 288-293. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.006>. Acesso em: 02 fev. 2024.

KORN, Electra et al. Is enhanced, structured prenatal counseling in third trimester associated with postpartum contraceptive uptake?. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 35, p. 100818, 2023.

KRULL, L. M.; PEARCE, L. D.; JENNINGS, E. A. How religion, social class, and race intersect in the shaping of young women's understandings of sex, reproduction, and contraception. **Religions**, v. 12, n. 1, 2020. Disponível em: <https://10.3390/rel12010005>. Acesso em: 27 fev. 2023.

KUROKI, L. M. *et al.* Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy? **American Journal of obstetrics and Gynecology**, v. 199, n. 5, 2008. Disponível em: <http://10.1016/j.ajog.2008.03.049>. Acesso em: 02 fev. 2024.

LEAL, C. R. V. *et al.* Contraceção pós-parto e pós-abortamento: um compilado das evidências atuais. **Femina**, v. 51, n. 2, 2022, p. 120-128. Disponível em: <http://femina-2022-512-120-128.pdf> (bvsalud.org). Acesso em: 08 fev. 2024.

LEAL, M. do C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em: 24 jun. 2023.

LEÃO, M. R. de C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, 2013, p. 2395-2400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>. Acesso em: 24 fev. 2024.

LESSA, M. S. de A. *et al.* Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência saúde coletiva**, v. 27, n. 10, 2022, p. 3881-3890. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>. 08 abr. 2022.

LIMA, R. M. *et al.* Prevalence and factors associated with the consumption of folic acid and iron in pregnant women in the BRISA cohort. **Rev. Bras. Saúde. Mater. Infant.**, v. 20, n. 3, 2020, p. 799-807. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300008>. Acesso em: 02 fev. 2024.

LINDH, Ingela, et al. New types of diaphragms and cervical caps versus older types of diaphragms and different gels for contraception: a systematic review. **BMJ Sexual & Reproductive Health**. 47.3. 2021.

LOPES G. da S. *et al.* Os benefícios do pré-natal masculino para a consolidação do trinômio mãe-pai-filho: uma revisão integrativa. **REVISA**, v. 10, n. 1, 2021, p. 22-38. Disponível em: <http://10.36239/revisa.v10.n1.p22a38> Acesso em: 27 ago. 2023.

LORI, J. R. *et al.* Increasing postpartum family planning uptake through group antenatal care: a longitudinal prospective cohort design. **Reprod Health**, v. 15, n. 208, 2018. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-018-0644-y>. Acesso em: 27 ago. 2023.

MAAS, Veronique YF et al. Planning is not equivalent to preparing, how Dutch women perceive their pregnancy planning in relation to preconceptional lifestyle behaviour change-a cross-sectional study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 22, n. 1, p. 577, 2022.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025**. Maceió: SMS/DGPS/CGP, 2021. Disponível em: <https://www.jaguare.es.gov.br/uploads/documento/20230711131710-plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf>

MACLEAN, Lori Rebecca-Diane. Preconception, pregnancy, birthing, and lactation needs of transgender men. **Nursing for Women's Health**, v. 25, n. 2, p. 129-138, 2021.

MCQUILLAN, J.; GREIL, A. L.; SHREFFLER, K. M. Pregnancy intentions among women who do not try: focusing on women who are okay either way. **Maternal and Child Health Journal**, v. 15, n. 2, 2011, p. 178-187. Disponível em: <https://10.1007/s10995-010-0604-9>. Acesso em: 02 fev. 2024.

MAKINS, A.; CAMERON, S. Post pregnancy contraception. **Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 66, 2020, p. 41-54. Disponível em: <http://10.1016/j.bpobgyn.2020.01.004>. Acesso em: 24 fev. 2024.

MARIO, D. N. *et al.* Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2019, p. 1223-1232. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>. Acesso em: 24 jan. 2024.

MCCARLEY et al. 1169 Assessing the role of race in contraceptive counseling and postpartum contraceptive attainment. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Volume 224, Issue 2, Supplement, 2021, Page S720, ISSN 0002-9378, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.1193>.

MELO, R. R. do R. B.; LEAL, A. S. L. G.; SOARES, G. B. Possibilidades e limites do pré-natal do homem em um município do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, 2023, p. 2261-2271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06472023>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MELLI, T.L. **Atenção em contraceção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuária de unidades básicas de saúde?** Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde. Universidade de São Paulo. 2019.
MENDES, L. V. **Satisfação com o uso do implante contraceptivo e do dispositivo intrauterino com cobre entre usuárias de um hospital público da cidade de São Paulo.** Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2021.

MENDES, R. B. *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2020, p. 793-804. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. Acesso em: 27 fev. 2024.

MINNS, A. et al. Elevating the patient voice in contraceptive care quality improvement: a

qualitative study of patient preferences for peripartum contraceptive care. **Contraception**, 2023. Disponível em: <https://10.1016/j.contraception.2023.109960>. Acesso em: 24 jan. 2024.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. Guanabara Koogan, 2013, 1012p.

MONTESCHIO, L. V. C. *et al.* Ganho de peso gestacional excessivo no Sistema Único de Saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001105>. Acesso em: 02 fev. 2024.

MORAES, J. L. de *et al.* Conhecimento de puérperas acerca do método anticoncepcional da lactação com amenorreia. **Aquichan**, v. 15, n. 4, 2015, p. 475-485. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5283325>. Acesso em: 15 jan. 2021.

MORETTI, F. A.; OLIVEIRA, V. E. de; SILVA, E. M. K. da. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Ver. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 6, 2012, p. 650-658. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600008>. Acesso em: 04 mar. 2024.

MOROF, D. *et al.* Evaluation of the London Measure of Unplanned Pregnancy in a United States population of women. **PLoS one**, v. 7, n. 4, 2012. Disponível em: <https://10.1371/journal.pone.0035381>. Acesso em: 24 jan. 2024.

MULEVA, B. R. *et al.* Evaluation of the Portuguese version of the London measure of unplanned pregnancy in Mozambique: a psychometric measurement study. **African Journal of Reproductive Health**, v. 26, n. 2, 2022, p. 47-57. Disponível em: <http://10.29063/ajrh2022/v26i2.5>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MUSHY, S. E. *et al.* Barriers to the uptake of modern family planning methods among female youth of Temeke District in Dar es Salaam, Tanzania: a qualitative study. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575619302095>. Acesso em: 15 jan. 2021.

NASCIMENTO, N. C.; BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, 2019, p.17-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0620>. Acesso em: 15 fev. 2024.

NU. **Relatório de desenvolvimento humano 2021-22**. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/desenvolvimento-humano/publications/relatorio-de-desenvolvimento-humano-2021-22>

NUNES, A. D. da S. *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>. Acesso em: 20 jan. 2021.

OMS. **Taxa de gravidez na adolescência no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha**. Nações Unidas, Brasil, 2018. Disponível em: <http://taxadegravidezadolescentenoBrasil estáacimadamédialatino-americanaecaribenha|AsNaçõesUnidasnoBrasil>. Acesso em: 23 abr. 2021.

OPAS; OMS. **Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)**. 2015. Disponível em: [http://GlobalStrategyforWomen's,Children'sandAdolescentsHealth2016-2030-OPAS/OMS|OrganizaçãOPan-AmericanadaSaúde\(paho.org\)](http://GlobalStrategyforWomen's,Children'sandAdolescentsHealth2016-2030-OPAS/OMS|OrganizaçãOPan-AmericanadaSaúde(paho.org)). Acesso em: 15 set. 2021.

PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. da; MIRANZI, M. A. S. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, 2010, p. 262-268. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i2.9699>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PATEL, J.; NGUYEN, B. T. Vasectomy: an opportunity for obstetricians and gynecologists. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 63, n. 2, 2020, p. 289-294. Disponível em: <https://10.1097/GRF.0000000000000520>. Acesso em: 27 fev. 2023.

PATEL, P. R.; LAZ, T. H.; BERENSON, A. B. Patient characteristics associated with pregnancy ambivalence. **Journal of Women's Health**, v. 24, n. 1, 2015, p. 37-41. Disponível em: <http://10.1089/jwh.2014.4924>. Acesso em: 04 mar. 2024.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. L. R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a, p. 87-104. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. L. R. Uma visão transversal e longitudinal de quatro décadas de queda de fecundidade no Brasil. In: BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, p. 71-86. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

PERRITT, Jamila B. et al. Contraception counseling, pregnancy intention and contraception use in women with medical problems: an analysis of data from the Maryland Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). **Contraception**, v. 88, n. 2, p. 263-268, 2013.

PERRY, R. *et al.* Contraceptive Need, Intimate Partner Violence, and Reproductive Coercion Among Women Attending a Syringe Exchange Program. **Journal of addiction medicine**, v. 14, n. 4, 2020, p. 70-75. Disponível em: https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/Abstract/2020/08000/Contraceptive_Need,_Intimate_Partner_Violence,_and.29.aspx. Acesso em: 15 jan. 2021.

PHALOPRAKARN, C.; SUTHASMALEE, S. Effect of prenatal counseling on postpartum follow-up and contraceptive use in women with gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. **American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM**, v. 5, n. 10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101107>. Acesso em: 19 jan. 2024.

REYES-LACALLE, A. *et al.* Perinatal contraceptive counselling: effectiveness of a reinforcement intervention on top of standard clinical practice. **Midwifery**, v. 83, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102631>. Acesso em: 08 out. 2023.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & saúde coletiva** 12 (2007): 477-486.

RITZ, C. D. A.; SENRA, F. Pessoas sem religião com crenças: considerações sobre o fenômeno religioso dos sem religião. **Caminhos-Revista de Ciências da Religião**, v. 20, n. 3, 2022, p. 316-334. Disponível em: <https://doi.org/10.18224/cam.v20i3.12778>. Acesso em: 24 fev. 2024.

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, 2010, p. 293-334. Disponível em: <http://10.4054/DemRes.2010.23.11>. Acesso em: 24 fev. 2023.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. de T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, 2005, p. 119-128. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2024.

RODRIGUES, I. R. *et al.* Impacto na saúde da gestante/parturiente resultante do deslocamento entre residência e serviço de saúde. **Rev. Rene**, v. 22, 2021. Disponível em: http://2021_art_irrodrigues.pdf (ufc.br). Acesso em: 15 fev. 2024.

SACKEIM M.G. *et al.* Effect of contraceptive choice on rapid repeat pregnancy. **Contraception**. 2019;99(3):184-6. doi: 10.1016/j.contraception.2018.11.008

SANTOS, A. A. P. dos; FERREIRA, C. C.; SILVA, M. L. da. Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 18, n. 3, 2015, p. 368-377. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15619>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SANTOS, José Marcos de Jesus *et al.* Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 529-535, 2019.

SÃO PAULO. **Rede SUS da capital oferece implante contraceptivo para mulheres em alta vulnerabilidade social**. Prefeitura de São Paulo. 2022.

.Disponível em: <https://www.capital.sp.gov.br/noticia/rede-sus-da-capital-oferece-implante-contraceptivo-para-mulheres-em-alta-vulnerabilidade-social-2#:~:text=Na%20cidade%20de%20S%C3%A3o%20Paulo,de%20acordo%20com%20os%20crit%C3%A9rios>

SARNAK, Dana, *et al.* Stop or Switch: Correlates of Stopping Use or Switching Contraceptive Methods While Wanting to Avoid Pregnancy in 48 Low-and Middle-Income Countries. **Studies in family planning** 54.2 (2023): 403-429.

SAUSJORD, I. K. *et al.* Breastfeeding and hormonal contraception: a scoping review of clinical guidelines, professional association recommendations, and the literature. **Breastfeeding Medicine**, v. 18, n. 9, 2023, p. 645-665. Disponível em: <https://10.1089/bfm.2023.0118>. Acesso em: 27 fev. 2024.

SCHIVONE, G. B.; GLISH, L. L. Contraceptive counseling for continuation and satisfaction. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 29, n. 6, 2017, p.443-448. Disponível em: <http://10.1097/GCO.0000000000000408>. Acesso em: 19 mar. 2023.

SENDEROWICZ, L. "I was obligated to accept": a qualitative exploration of contraceptive coercion. **Social Science & Medicine**, v. 239, 2019. Acesso em: 08 fev. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112531>. Acesso em: 08 out. 2023.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2009, v. 62, n. 3 [Acessado 4 Março 2024], pp. 387-392. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>>. Epub 06 Jul 2009. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>.

SHREFFLER, K. M. *et al.* The role of pregnancy intendedness and prenatal contraceptive counseling on postpartum contraceptive use. **Contraception and Reproductive Medicine**, v. 5, n. 28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40834-020-00127-4>. Acesso em: 17 jun. 2021.

SILVA, E. P. da; LIMA, R. T. de; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, 2016a, p. 2935-2948. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015>. Acesso em: 24 jan. 2024.

SILVA, N. G. *et al.* Internet como Instrumento de Disseminação de Informações e Esclarecimento de Dúvidas sobre Contracepção de Emergência. **Panorama da contracepção de emergência no Brasil**, 2016b, p. 205-249. Disponível em: <http://cap.11.Internetcomoinstrumentodedisseminaodeinformaes-naritamoniqueanaluisaregina.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SINGH, P. *et al.* The levels and trends of contraceptive use before first birth in India (2015-16): a cross-sectional analysis. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, 2020, p. 1-9. Disponível em: <http://10.1186/s12889-020-08917-w>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SONDAAL S. F. V. *et al.* Assessing the effect of mHealth interventions in improving maternal and neonatal care in low-and middle-income countries: a systematic review. **PLoS ONE**, 2016, 26p. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154664>. Acesso em: 07 nov. 2022.

SPECTOR, P. E. Do not cross me: optimizing the use of cross-sectional designs. **Journal of Business and Psychology**, v. 34, n. 2, 2019, p.125-137. Disponível em: [http://DoNotCrossMe:OptimizingtheUseofCross-SectionalDesigns|JournalofBusinessandPsychology\(springer.com\)](http://DoNotCrossMe:OptimizingtheUseofCross-SectionalDesigns|JournalofBusinessandPsychology(springer.com)). Acesso em: 14 fev. 2024.

STULBERG, Debra B. et al. Increase in contraceptive counseling by primary care clinicians after implementation of One Key Question® at an urban community health center. **Maternal and child health journal**, v. 23, p. 996-1002, 2019.

SULLY, Elizabeth A.; DARROCH, Jacqueline E.; BIDDLECOM, Ann. The Level and Relative Size of Unmet Need for Family Planning: A Regional and Sub-group Analysis. In: **PAA 2018 Annual Meeting**. PAA, 2018.

SUNDSTROM, B.; SZABO, C.; DEMPSEY, A. “My body. My choice”: a qualitative study of the influence of trust and locus of control on postpartum contraceptive choice. **J. Health Commun**, v. 23, n. 2, 2018, p. 162-169. Disponível em: <http://10.1080/10810730.2017.1421728>. Acesso em: 19 ago. 2023.

TAKAGI, M. M. *et al.* Resultados perinatais em gestantes acima de 35 anos. **Arquivos Médicos dos Hosp. e da Faculd. de Cienc. Med. da Santa Casa de São Paulo**, v. 55, n. 3, 2010, p.108-114. Disponível em: [http://\(fcmsantacasasp.edu.br\)](http://(fcmsantacasasp.edu.br)). Acesso em: 05 maio 2021.

TELÓ, A. F.; YONEGURA, W. H. T. Avaliação da cobertura do exame citopatológico do colo do útero durante a assistência pré-natal. **E-Acadêmica**, v. 4, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.52076/eacad-v4i3.507>. Acesso em: 24 jan. 2024.

TESHOME, A.; BIRARA, M.; ROMINSKI, S. D. Quality of family planning counseling among women attending prenatal care at a hospital in Addis Ababa, Ethiopia. **International J. of Gynecol. Obstet.**, v. 137, n. 2, 2017, p. 174-179. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12110>. Acesso em: 11 nov. 2022.

THAXTON, L.; HOFER, L. G. Prenatal Contraceptive Counseling. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 50, n. 3, 2023, p. 509-523. Disponível em: <http://10.1016/j.ogc.2023.03.006>. Acesso em: 15 jan. 2024.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, 2018, p. 3505-3516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>. Acesso em: 05 fev. 2020.

TIRUMALASETTI, S. et al. Global Access to Women for Modern Contraceptives. **J Pharma Res Dev**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2022.

TOFFOLUTTI, V. *et al.* How the internet increases modern contraception uptake: evidence from eight sub-Saharan African countries. **BMJ Global Health**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002616>. Acesso em: 27 fev. 2023.

TOSCANO, Marika et al. Antepartum contraceptive counseling in women with preterm birth. **American journal of perinatology**, v. 36, n. 12, p. 1310-1316, 2019.

TRINDADE, R. E. da *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372&id=17372>. Acesso em: 27 jan. 2023.

UN. World Fertility and Family Planning 2020. Highlights. 2020. New York. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/World_Fertility_and_Family_Planning_2020_Highlights.pdf. 2023;51(2):120-8.552-557. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.009>.

TRUSSELL, J. Contraceptive efficacy. **Glob. libr. women's med.**, 2014. Disponível em: <https://0.3843/GLOWM.10375>. Acesso em: 19 fev. 2022.

UNGER, J. A. *et al.* Short message service communication improves exclusive breastfeeding and early postpartum contraception in a low- to middle-income country setting: a randomised trial. **BJOG**, v. 125, n. 12, 2018, p. 1620-1629. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15337>. Acesso em: 27 ago. 2022.

UNFPA. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo, 1994**. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **Contraceptive Use by Method 2019**. United Nations. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf, PDF file.

UNITED NATIONS. **The Sustainable Development Goals Report 2016**. New York: United States of America, 2016, 54p. Disponível em: [http://thesustainabledevelopmentgoalsreport2016.pdf\(un.org\)](http://thesustainabledevelopmentgoalsreport2016.pdf(un.org)). Acesso em: 21 fev. 2024.

UNITED NATIONS. **The Sustainable Development Goals Report 2018**. New York: United States of America, 2018, 38p. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2018-EN.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2024.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects: the 2015 revision**. New York: United States of America, 2015, 60p. Disponível em: [http://MicrosoftWord-KeyFindingsWPP2015Final.docx\(un.org\)](http://MicrosoftWord-KeyFindingsWPP2015Final.docx(un.org)). Acesso em: 21 fev. 2024.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **State of world population 2012: by choice not by chance; family planning human rights and development**. 2012. New York: UNFPA. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWOP2012_Report.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

VASCONCELOS, P. P. **Fatores associados à adesão da vacinação contra covid-19 no período gestacional**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 128p., 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/50886>. Acesso em: 06 fev. 2024.

VIELLAS, E.F. et al.. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 2014. 30, S85–S100.

VISWANATHAN, A.V. et al. Documentation of prenatal contraceptive counseling and

fulfillment of permanent contraception: a retrospective cohort study. **Reproductive Health**, v. 21, n. 1, p. 23, 2024.

WARD, E. M. **Expect the Best: your guide to healthy eating before, during, and after pregnancy**. Turner, 2. ed. 2017.

WELLINGS, K. et al. Stopping and switching contraceptive methods: findings from Contessa, a prospective longitudinal study of women of reproductive age in England. **Contraception** 91.1. 2015.

WELLINGS, K. *et al.* The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). **The Lancet**, v. 382, n. 9907, 2013, p. 1807-1816. Disponível em: [http://10.1016/S0140-6736\(13\)62071-1](http://10.1016/S0140-6736(13)62071-1). Acesso em: 02 mar. 2024.

WHITE, Kari et al. Vasectomy knowledge and interest among US men who do not intend to have more children. **American Journal of Men's Health**, v. 16, n. 3, p. 15579883221098574, 2022.

WILSON, R. Douglas. Escolhendo o planejamento pré-concepção para mulheres/famílias: aconselhamento e consentimento informado (parte 2) –Planejamento reprodutivo pré-concepção, estilo de vida, imunização e questões psicossociais. **Journal of Obstetrics and Gynecology Canada** , v. 5, pág. 666-678, 2019.

WICHMANN, M. R. The influence of reproductive information quality on the probability of unplanned and unwanted pregnancies in Brazil. **J. Bras. Economia e Saúde**, v. 11, n. 1, 2019, p. 3-9. Disponível em: [http://3.pdf\(jbes.com.br\)](http://3.pdf(jbes.com.br)). Acesso em: 20 out. 2021.

WHO/NU. Situação da população mundial 2017. **Mundos distantes. Saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade. UNFPA Brasil**. 2017. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PT_WEB-SWOP2017-Report.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations**. 2014, 28p. Disponível em: [http://Ensuring_human_rights_in_the_provision_of_contraceptive_information_and_services_\(who.int\)](http://Ensuring_human_rights_in_the_provision_of_contraceptive_information_and_services_(who.int)). Acesso em: 18 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Information, education and communication: Lessons from the past; Perspectives for the future**. 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67127/WHO_RHR_01.22.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5. ed., 2015. Disponível em: http://9789241549158_eng.pdf (who.int). Acesso em: 18 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity**. Geneva: WHO; 2012 [cited 2017 Jul 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78067/1/9789241505000_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): interim guidance.** 2020, 32p. Disponível em: http://WHO/2019-nCoV/IPC_PPE_use/2020.4. Acesso em: 17 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. **Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update).** Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018. Disponível em: <http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf>

WHO. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

YATES, Lindsey et al. A qualitative analysis of Medicaid beneficiaries perceptions of prenatal and immediate postpartum contraception counseling. **Women's Health**, v. 18, p. 17455057221124079, 2022.

YEE, L.; SIMON, M. Urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraceptive counseling. **J. Midwifery Womens Health**, v. 56, n. 1, 2011, p. 54-60. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1542-2011.2010.00012.x>. Acesso em: 17 nov. 2022.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. D. O.; LEONE, C. (2018). Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J. Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, 2018, p. 356-360. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Acesso em: 21 out. 2020.

ZAPATA, L. B. *et al.* Contraceptive counseling in clinical settings: an updated systematic review. **American Journal of Prev. Med.**, v. 55, n. 5, 2018, p. 677-690. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379718321081>. Acesso em: 02 set. 2020.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia Básica.** Editora Manole Saúde. 4ed. 2019.

Apêndices

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“ACESSO ÀS AÇÕES DE ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO DURANTE O PRÉ-NATAL”**, que será realizada na Maternidade Escola Santa Mônica/Hospital da Mulher Doutora Nise da Silveira, pela Sra Ana Cecília Silvestre da Silva, Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:
2. Este estudo se destina a analisar o acesso às ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. A importância deste estudo embasa-se na oferta de ações de aconselhamento contraceptivo realizado durante o pré-natal para que mulheres realizem escolhas contraceptivas mais eficazes e adequadas as suas necessidades no período pós-parto; e os resultados que se desejam alcançar é democratizar essas informações para melhoria da saúde da mulher; tendo início planejado para começar em 01 de fevereiro de 2023, após a aprovação pelo sistema CEP/UNCISAL e terminar em 31 de maio de 2023 para análise e publicação dos resultados posteriormente.
3. O(a) Senhor(a) participará deste estudo através de uma entrevista semiestruturada sobre suas características sociodemográficas e econômicas, história sexual, reprodutiva e contraceptiva, informações do pré-natal, parto e puerpério e sobre o acesso ao aconselhamento contraceptivo ofertado durante o pré-natal. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental estarão relacionados: a constrangimento ao responder questões de cunho íntimo, que pode promover lembranças desagradáveis que será minimizado pela opção de não responder a alguma pergunta e caso necessário, será disponibilizado o acompanhamento e assistência psicológica imediata sem nenhum custo financeiro ofertado pela Psicóloga Bruna Mortari Costa Miorali, CRP: 15/5056. Além do risco de quebra do sigilo e da confidencialidade, que serão minimizados com o acesso as informações restritas aos membros da equipe de pesquisa, além do anonimato da participante obedecendo as normas do CONEP.
4. Os benefícios diretos previstos com a participação do(a) Senhor(a) na pesquisa inclui o esclarecimento de dúvidas e oferta de informações sobre os MAC no pós-parto, além da entrega de um folheto informativo com orientações sobre os MAC e de como acessar os serviços de saúde que disponibilizam estes métodos. Os benefícios indiretos implicarão no fomento de ações na temática a nível nacional e internacional, desta forma o estudo auxiliar profissionais de saúde a melhorar as ações de aconselhamento contraceptivo prestadas às mulheres durante o pré-natal. As questões da entrevista serão disponibilizadas ao(a) entrevistado(a) e também estará disponível na Plataforma Brasil, validado pelo sistema CEP/UNCISAL; para isso o(a) Senhor(a) poderá contar com a assistência da pesquisadora responsável Ana Cecília Silvestre da Silva.
5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
6. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL é um colegiado transdisciplinar de caráter consultivo, educativo e deliberativo. O CEP/UNCISAL tem por finalidade defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos obedecendo aos pressupostos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e de todas as suas complementares. (Regimento Interno do CEP UNCISAL artigos 1º e 2º).
7. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.
8. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre

a sua participação voluntária no estudo “**ACESSO ÀS AÇÕES DE ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO DURANTE O PRÉ-NATAL**”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

9. Este documento foi elaborado em 2 vias de igual teor, firmado por cada uma das partes envolvidas no estudo: participante voluntário(a) da pesquisa e pelo Pesquisador Principal responsável pela pesquisa.

Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com . Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Ciente, _____ dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Sr(a):
 Domicílio: (rua, conjunto) Bloco:
 Nº:, Complemento: Bairro:
 Cidade: CEP..... Telefone:
 Ponto de referência:

Nome e Endereço residencial do Pesquisador principal:

Ana Cecília Silvestre da Silva. E-mail: ceci_ssa@usp.br Contato: (82) 99926-9868
 Rua Poeta Lourival Passos. N. 126. Poço. CEP: 57025-235. Maceió/Alagoas.

Nome e endereço da Instituição Proponente.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo na Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP.
 Telefone 11 3061-7779.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a) ou responsável legal (rubricar as demais folhas)

Assinatura da testemunha
 (rubricar folhas)

Assinatura da Testemunha
 (rubricar folhas)

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Para participar da pesquisa, o seu responsável deverá assinar por você o termo de consentimento. Os (as) adolescentes que participarão dessa pesquisa têm entre 15 e 17 anos de idade.

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “**ACESSO ÀS AÇÕES DE ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO DURANTE O PRÉ-NATAL**”, que será realizada na Maternidade Escola Santa Mônica/Hospital da Mulher Doutora Nise da Silveira, pela Sra. Ana Cecília Silvestre da Silva, Professora do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

2. Este estudo se destina a analisar o acesso às ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal. A importância deste estudo embasa-se na oferta de ações de aconselhamento contraceptivo realizado durante o pré-natal para que mulheres realizem escolhas contraceptivas mais eficazes e adequadas às suas necessidades no período pós-parto; e os resultados que se desejam alcançar é democratizar essas informações para melhoria da saúde da mulher; tendo início planejado para começar em 01 de fevereiro de 2023, após a aprovação pelo sistema CEP/UNCISAL e terminar em 31 de maio de 2023 para análise e publicação dos resultados.

3. O(a) Senhor(a) participará deste estudo através de uma entrevista semiestruturada sobre suas características sociodemográficas e econômicas, história sexual, reprodutiva e contraceptiva, informações do pré-natal, parto e puerpério e sobre o acesso ao aconselhamento contraceptivo ofertado durante o pré-natal. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental estarão relacionados: a constrangimento ao responder questões de cunho íntimo, que pode promover lembranças desagradáveis que será minimizado pela opção de não responder a alguma pergunta e caso necessário, será disponibilizado o acompanhamento e assistência psicológica imediata sem nenhum custo financeiro ofertado pela Psicóloga Bruna Mortari Costa Miorali, CRP: 15/5056. Além do risco de quebra do sigilo e da confidencialidade, que serão minimizados com o acesso às informações restritas aos membros da equipe de pesquisa, além do anonimato da participante obedecendo as normas do CONEP.

4. Os benefícios diretos previstos com a participação do(a) Senhor(a) na pesquisa inclui o esclarecimento de dúvidas e oferta de informações sobre os MAC no pós-parto, além da entrega de um folheto informativo com orientações sobre os MAC e de como acessar os serviços de saúde que disponibilizam estes métodos. Os benefícios indiretos implicarão no fomento de ações na temática a nível nacional e internacional, desta forma o estudo auxiliará profissionais de saúde a melhorar as ações de aconselhamento contraceptivo prestadas às mulheres durante o pré-natal. As questões da entrevista serão disponibilizadas ao(a) entrevistado(a) e também estará disponível na Plataforma Brasil, validado pelo sistema CEP/UNCISAL; para isso o(a) Senhor(a) poderá contar com a assistência da pesquisadora responsável Ana Cecília Silvestre da Silva.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL é um colegiado transdisciplinar de caráter consultivo, educativo e deliberativo. O CEP/UNCISAL tem por finalidade defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos obedecendo aos pressupostos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e de todas as suas complementares. (Regimento Interno do CEP UNCISAL artigos 1º e 2º).

7. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da

sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

8. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “**ACESSO ÀS AÇÕES DE ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO DURANTE O PRÉ-NATAL**”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

9. Este documento foi elaborado em 2 vias de igual teor, firmado por cada uma das partes envolvidas no estudo: participante voluntário(a) da pesquisa e pelo Pesquisador Principal responsável pela pesquisa.

Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com . Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Ciente, _____ dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Sr(a):
 Domicílio: (rua, conjunto) Bloco:
 Nº:, complemento: Bairro:
 Cidade: CEP. : Telefone:
 Ponto de referência:

Nome e Endereço residencial do Pesquisador principal:

Ana Cecília Silvestre da Silva. E-mail: ceci_ssa@usp.br Contato: (82) 99926-9868
 Rua Poeta Lourival Passos. N. 126. Poço. CEP: 57025-235. Maceió/Alagoas.

Nome e endereço da Instituição Proponente.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo na Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP. Telefone 11 3061-7779.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a) ou responsável legal

(rubricar as demais folhas)

Assinatura de testemunha
 (rubricar as demais folhas)

Assinatura de testemunha
 (rubricar as demais folhas)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

A participante da pesquisa terá liberdade de não responder a quaisquer das questões da entrevista.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Universidade de São Paulo
Universidade Estadual de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas

DADOS DO QUESTIONÁRIO

Número do questionário: _____ Data: ____/____/202_____
Entrevistadora: _____ Hora: ____:____

DADOS DA PARTICIPANTE DA PESQUISA

Município de residência: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Email: _____
Município onde realizou o pré-natal: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Qual é a sua idade? _____ anos.

2. Qual é a sua religião?

0() Nenhuma

1() Católica

2() Evangélica

3() Espírita

4() Afro-brasileira (candomblé, umbanda)

5() Outra.

Qual(is) _____

() Não desejo responder

3. Como você classifica sua cor?

0() Branca

1() Parda

2() Preta

3() Amarela

4() Indígena

() Não desejo responder

4. Qual foi a última série que concluiu com aprovação? _____ anos de estudo.

5. Estado civil?

- 0() Solteira
- 1() Casada/União estável
- 2() Viúva
- 3() Divorciada
- () Não desejo responder

6. O seu parceiro mora atualmente com você ou mora em outro lugar?

- 0() Não. Mora em outro lugar
- 1() Sim. Mora comigo
- () Não desejo responder

7. Qual idade do seu parceiro? _____ anos.

- () Não desejo responder

8. Qual foi a última série que seu parceiro concluiu com aprovação? _____ anos de estudo.

- () Não desejo responder

9. Você exerce alguma atividade remunerada?

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

10. Você é a pessoa que possui maior renda na sua família?

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

11. Você ou alguém do seu domicílio recebe algum tipo de benefício social?

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

12. Você possui plano de saúde ou convênio?

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS (ABEP, 2022)

13. Na residência em que você mora, há quantos banheiros?

- 0() Nenhum
- 3() 1
- 7() 2
- 10() 3
- 14() 4 ou mais
- () Não desejo responder

14. Na residência em que você mora, há quantas(os) empregadas(os) domésticas(os) mensalistas, quer dizer, que trabalham em sua casa de modo permanente por cinco ou mais dias por semana, incluindo babás, motoristas, cozinheiras etc?

0() Nenhum(a)

3() 1

7() 2

10() 3

13() 4 ou mais

() Não desejo responder

15. Na residência em que você mora, há quantos automóveis/carro para uso pessoal ou da família (Não considerar táxis, vans ou caminhonetes usadas para fretes, ou qualquer veículo usado para atividade profissional)?

0() Nenhum

3() 1

5() 2

8() 3

11() 4 ou mais

() Não desejo responder

16. Na residência em que você mora, há quantos microcomputadores?

0() Nenhum

3() 1

6() 2

8() 3

11() 4 ou mais

() Não desejo responder

17. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar louça?

0() Nenhuma

3() 1

6() 2

6() 3

6() 4 ou mais

() Não desejo responder

18. Na residência em que você mora, há quantas geladeiras?

0() Nenhuma

2() 1

3() 2

5() 3

5() 4 ou mais

() Não desejo responder

19. Na residência em que você mora, há quantos freezers? (Considerar aparelho independente ou 2ª porta externa da geladeira duplex)

- 0() Nenhum
- 2() 1
- 4() 2
- 6() 3
- 6() 4 ou mais
- () Não desejo responder

20. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar roupa?

- 0() Nenhum
- 2() 1
- 4() 2
- 6() 3
- 6() 4 ou mais
- () Não desejo responder

21. Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de DVD?

- 0() Nenhum
- 1() 1
- 3() 2
- 4() 3
- 6() 4 ou mais
- () Não desejo responder

22. Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de micro-ondas?

- 0() Nenhum
- 2() 1
- 4() 2
- 4() 3
- 4() 4 ou mais
- () Não desejo responder

23. Na residência em que você mora, há quantas motocicletas?

- 0() Nenhum
- 1() 1
- 3() 2
- 3() 3
- 3() 4 ou mais
- () Não desejo responder

24. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de secar roupa?

- 0() Nenhum
- 2() 1
- 2() 2
- 2() 3
- 2() 4 ou mais
- () Não desejo responder

25. Qual é a escolaridade do chefe de sua família?

- 0() Analfabeto /Fundamental I incompleto
1() Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto
2() Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto
4() Médio Completo/Superior Incompleto
7() Superior Completo
() Não desejo responder

26. Na rua em que você mora, tem água encanada?

- 0() Não
4() Sim
() Não desejo responder

27. A rua em que você mora é pavimentada?

- 0() Não
2() Sim
() Não desejo responder

DADOS DA HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA**28. Qual idade você tinha quando menstruou pela primeira vez? ____anos.**

- () Não desejo responder

29. Qual idade tinha quando teve a primeira relação sexual? _____anos.

- () Não desejo responder

30. Qual idade você tinha quando engravidou pela primeira vez? ____anos.

- () Não desejo responder

31. Quantos filhos vivos você tem atualmente? _____

- () Não desejo responder

32. Quantos filhos gostaria de ter/ter tido? _____

- () Não desejo responder

33. Pretende ter outro(os) filho(os)?

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

34. Quantas gestações você teve? _____. () Não desejo responder**35. Quantos partos você teve? _____. () Não desejo responder****36. Qual o intervalo de tempo entre este parto e o parto anterior:**

- 0() < 2 anos
1() > 2 anos
2() Primeiro parto

37. **Quantos abortamentos você teve?**
 __ *(Caso NÃO apresente abortamento. Ir pra questão 39)*

Não desejo responder

38. **Se teve abortamentos, o aborto foi espontâneo ou provocado?**

1 Espontâneo

2 Provocado

3 Espontâneo e provocado (+ de 1 abortamento)

Não desejo responder

39. **Qual é a sua intenção der ter**

filhos? 0 Quero ter filhos nos próximos

dois anos 1 Quero ter filhos no futuro

2 Não quero ter (mais) filhos

4 Não sei

Não desejo responder

DADOS DO PRÉ-NATAL

40. **Qual(is) serviço(s) de saúde você realizou o pré-natal? (Marque todas as opções onde realizou pré-natal).**

0 Não realizei pré-natal (opção única)

1 Unidade Básica de Saúde/ Estratégia Saúde da Família

1 Serviço para pré-natal de alto risco

2 Serviço particular

Não desejo responder

41. **Qual(is) profissional(is) de saúde que realizou seu pré-natal:**

0 Somente com o médico(a).

1 Somente com o enfermeiro(a).

2 Com o enfermeiro(a) e médico(a).

Não desejo responder

42. **Você participou de algum grupo educativo para gestantes/pré-natal/planejamento familiar na Unidade Básica de Saúde?**

0 Não 1 Sim Não desejo responder

43. **Seu parceiro lhe acompanhou durante as consultas de pré-natal? (Caso Não ou não tenha parceiro. Ir pra questão 45)**

0 Não 1 Sim 2 Não tenho parceiro/marido Não desejo responder

44. **Quantas consultas seu parceiro/marido lhe acompanhou durante as consultas de pré-natal?**

0 Nenhuma consulta

1 Poucas das consultas

2 Metade das consultas

3 Maioria das consultas

4 Todas as consultas

Não desejo responder

45. Nesta gestação, você: (Marque todas os cuidados realizados)

1. Suplementou ferro nesta gestação
 2. Suplementou ácido fólico nesta gestação
 3. Realizou testes rápidos (HIV, Hepatites B e C, Sífilis)
 4. Realizou imunização (tétano, hepatite B, gripe, covid-19)
 5. Realizou citologia
 6. Realizou ultrassonografia gestacional
 7. Realizou exames laboratoriais nesta gestação
- () Não desejo responder

46. Você foi hospitalizada durante esta gestação?

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

CONHECIMENTO PRÉVIO SOBRE CONTRACEPÇÃO**47. Você conhece algum métodos contraceptivos? (Caso Não, ir pra questão 53)**

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

48. Qual(is) métodos contraceptivos você conhece? (Marque todas as opções que ouviu falar).

1. Método da Amenorreia da Lactação
 2. Coito interrompido
 3. Tabelinha/ Muco cervical/ Outros métodos comportamentais
 4. Preservativo masculino
 5. Preservativo feminino
 6. Diafragma/Capuz cervical
 7. Pílula oral
 8. Hormonal injetável
 9. Adesivo
 10. Anel vaginal
 11. Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
 12. DIU - Dispositivo intrauterino
 13. SIU - Sistema intrauterino
 14. Implante
 15. Laqueadura
 16. Vasectomia
- () Não desejo responder

49. Você já utilizou algum método contraceptivo? (Caso Não, ir pra questão 53)

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

50. Qual(is) métodos contraceptivos você já utilizou? (Marque todas as opções que você já utilizou).

1. Método da Amenorreia da Lactação
2. Coito interrompido
3. Tabelinha/ Muco cervical/ Outros métodos comportamentais

4. Preservativo masculino
5. Preservativo feminino
6. Diafragma/Capuz cervical
7. Pílula oral
8. Hormonal injetável
9. Adesivo
10. Anel vaginal
11. Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
12. DIU - Dispositivo intrauterino
13. SIU - Sistema intrauterino
14. Implante
15. Laqueadura
16. Vasectomia
- () Não desejo responder

51. Você estava utilizando método contraceptivo logo antes de engravidar? (Caso não, ir pra questão 54)

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

52. Qual é o método contraceptivo que você estava usando logo antes desta gestação? (Marcar apenas o método mais eficaz).

1. () Método da Amenorreia da Lactação
2. () Coito interrompido
3. () Tabelinha/ Muco cervical/ Outros métodos comportamentais
4. () Preservativo masculino
5. () Preservativo feminino
6. () Diafragma/Capuz cervical
7. () Pílula oral
8. () Hormonal injetável
9. () Adesivo
10. () Anel vaginal
11. () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
12. () DIU - Dispositivo intrauterino
13. () SIU - Sistema intrauterino
14. () Implante
15. () Laqueadura
16. () Vasectomia
17. () Não estava utilizando métodos contraceptivos antes desta gestação
- () Não desejo responder

53. Você tinha dúvidas sobre métodos contraceptivos durante o pré-natal? (Caso Não. Ir pra questão 56)

- 0() Não 1() Sim () Não desejo responder

54. Sobre quais métodos contraceptivos você apresentava dúvidas durante o pré-natal? (Marque todas as opções de métodos contraceptivos que você tinha dúvidas)

1. Método da Amenorreia da Lactação
 2. Coito interrompido
 3. Tabelinha/ Muco cervical/ Outros métodos comportamentais
 4. Preservativo masculino
 5. Preservativo feminino
 6. Diafragma/Capuz cervical
 7. Pílula oral
 8. Hormonal injetável
 9. Adesivo
 10. Anel vaginal
 11. Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
 12. DIU - Dispositivo intrauterino
 13. SIU - Sistema intrauterino
 14. Implante
 15. Laqueadura
 16. Vasectomia
- () Não desejo responder

55. Sobre quais temas de contracepção você tinha dúvidas durante o pré-natal? (Marque todos os temas que você tinha dúvida)

0. Qual método usar
 1. Quando iniciar o método após o parto
 2. Como utilizar
 3. Vantagens
 4. Desvantagens
 5. Efeitos colaterais
 6. Eficácia
 7. Duração do efeito contraceptivo
 8. Como interromper
 9. Onde conseguir o método
 10. Como o método funciona
 11. Efeito do método na lactação
- () Não desejo responder

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE PLANEJAMENTO CONTRACEPTIVO

56. Durante o pré-natal. Quantas vezes você foi aconselhada/orientada sobre métodos contraceptivos para uso no pós-parto? (Caso nenhuma, ir para a questão 60)

0. () Nenhuma
 1. () 1
 1. () 2
 2. () 3
 3. () 4 ou mais
- () Não desejo responder

57. Como você foi aconselhada/orientada sobre métodos contraceptivos durante o pré-natal? (Marque todas as opções de orientações/aconselhamento recebida)

- 0. # Não recebi orientações
- 1. Consulta individual
- 2. Orientações em Grupo
- 3. Palestra
- 4. Folheto informativo
- 5. Vídeo
- 5. Sites
- 6. Aplicativos
- 7. Outras fontes de informação
- () Não desejo responder

58. Qual(is) profissional(is) de saúde lhe ofertou aconselhamento/orientações sobre métodos contraceptivos durante o pré-natal? (Marque todas as opções de profissionais que lhe ofertou orientações/aconselhamento).

- 1. Enfermeiro
- 2. Médico
- 3. Agente comunitário de saúde
- 4. Auxiliar/técnico de enfermagem
- 6. Assistente Social
- 7. Farmacêutico
- 8. Outros profissionais de saúde
- () Não desejo responder

59. Durante o pré-natal. Você ficou satisfeita com o aconselhamento/orientações ofertadas sobre métodos contraceptivos?

- 0() Insatisfeita
- 1() Pouco satisfeita
- 2() Mais ou menos satisfeita
- 3() Bem satisfeita
- 4() Muito satisfeita
- () Não desejo responder

60. Para você, qual seria o melhor momento para a oferta de aconselhamento/orientações sobre métodos contraceptivos durante o pré-natal? (Marque todas as opções que considera ser o melhor momento)

- 0[] Durante toda a gestação
- 1[] No início da gestação
- 2[] No meio da gestação
- 3[] No final da gestação
- 4[] Não sei informar
- () Não desejo responder

61. Seu parceiro recebeu algum aconselhamento/orientação sobre métodos contraceptivos durante o pré-natal?

0() Não 1() Sim 2() Não tenho parceiro () Não desejo responder

62. Você gostaria de usar algum método contraceptivo após o parto? (Caso Não. Ir pra questão 65)

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

63. Qual método contraceptivo você gostaria de usar após o parto? (Marque o método que você considera mais eficaz).

- 1() Amenorreia da Lactação
- 2() Coito interrompido
- 3() Tabela/Muco cervical/ Outros métodos comportamentais
- 4() Preservativo masculino
- 5() Preservativo feminino
- 6() Diafragma/Capuz cervical
- 7() Pílula oral
- 8() Hormonal injetável
- 9() Adesivo
- 10() Anel vaginal
- 11() Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
- 12() DIU- Dispositivo intrauterino
- 13() SIU- Sistema intrauterino
- 14() Implante
- 15() Laqueadura
- 16() Vasectomia
- () Não desejo responder

64. Qual o principal motivo levou você a escolher este método?

- 1() Preferência pessoal
- 2() Preferência do parceiro/marido
- 3() Preferência do casal
- 2() Fator financeiro
- 3() Eficácia do método
- 4() Facilidade de conseguir o método
- 5() Medo de uma nova gestação
- () Não desejo responder

65. Você gostaria de receber orientações sobre a utilização de algum método contraceptivo no pós-parto? (Caso Não. Ir pra questão 67)

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

66. Sobre qual(is) métodos contraceptivos você gostaria de obter mais orientações? (Marque as opções das quais quer saber mais informações)

- 1. Método da Amenorreia da Lactação
- 2. Coito interrompido
- 3. Tabela/Muco cervical/ Outros métodos comportamentais

4. Preservativo masculino
5. Preservativo feminino
6. Diafragma/Capuz cervical
7. Pílula oral
8. Hormonal injetável
9. Adesivo
10. Anel vaginal
11. Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
12. DIU - Dispositivo intrauterino
13. SIU - Sistema intrauterino
14. Implante
15. Laqueadura
16. Vasectomia
- () Não desejo responder

67. Você sabe onde ter acesso ao método contraceptivo desejado para o pós-parto?

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

68. Onde você pretende adquirir este método contraceptivo? (Marque todos os serviços/locais onde pretende adquirir o método).

- 0 Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família
1 Farmácia (pretendo comprar o método contraceptivo)
2 Maternidade/Hospital
3 Não sei informar
4 Outros serviços.

Qual? _____

() Não desejo responder

69. Você buscou informações sobre a utilização de método contraceptivo no pós-parto?

(Caso não, ir pra questão 71)

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

70. Onde você buscou informações sobre a utilização de métodos contraceptivos no pós-parto?

0. Familiares
1. Amigos
2. Internet (Sites)
3. Redes sociais (Whatswapp, Instagran, Facebook)
4. Aplicativos

() Não desejo responder

71. Você se sentiu acolhida pelo profissional que realizou as ações de aconselhamento contraceptivo?

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

72. Você pretende amamentar exclusivamente seu filho(a) até 6 meses?

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

73. Você gostaria de ter inserido um dispositivo intrauterino (DIU) logo após o parto?

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

74. Você gostaria de ter realizado uma laqueadura logo após o parto?

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

75. Você recebeu aconselhamento contraceptivo pós-parto nesta maternidade?

0() Não 1() Sim () Não desejo responder

INFORMAÇÕES SOBRE PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E RECÉM-NASCIDO

76. Tempo de pós-parto?

- 1. () Entre 12-24 horas
- 2. () Entre 25-48 horas
- 3. () Entre 3-7 dias
- 4. () Entre 8-15 dias
- 5. () Entre 16-29 dias
- 6. () Entre 1 mês e 1 mês e 15 dias
- 7. () Mais que 45 dias
- () Não desejo responder

77. Número de consultas de pré-natal?

- 0. () Não realizei pré-natal
- 1. () 1
- 2. () 2
- 3. () 3
- 4. () 4
- 5. () 5
- 6. () 6
- 7. () 7 ou mais
- () Não desejo responder

78. Trimestre que iniciou o pré-natal: em que mês da gestação você iniciou o pré-natal?

- 0 () Não realizou pré-natal
- 1() 1º trimestre
- 2() 2º trimestre
- 3() 3º trimestre
- () Não desejo responder

79. Serviço onde realizou o parto da gestação atual?

- 0() Serviço de risco habitual
- 1() Serviço de alto risco.
- () Não desejo responder

80. Tipo de parto?

- 0() Vaginal
- 1() Operatório
- () Não desejo responder

81. Encontra-se hospitalizada ou acompanhando o recém-nascido?

- 0() Hospitalizada
- 1() Acompanhando o recém-nascido hospitalizado
- () Não desejo responder

82. Classificação (IG) do recém-nascido?

- 0. () Prematuro
- 1. () Nasceu no tempo adequado (termo)
- 2. () Nasceu após o tempo adequado (pós-termo)
- () Não desejo responder

83. Peso de nascimento do recém-nascido? _____gramas.

- () Não desejo responder

84. Destino do recém-nascido após o parto?

- 0() Alojamento conjunto
- 1() Unidade Neonatal- UTI/UCI Neonatal
- () Não desejo responder

85. Condição clínica durante a gestação/parto?

- 1.[] Hipertensão gestacional
- 2.[] Hipertensão crônica
- 3.[] Diabetes
- 4.[] Diabetes gestacional
- 5.[] Infecção
- 6.[] Gemelaridade
- 7.[] Outras causas
- () Não desejo responder

APÊNDICE D - FOLHETO SOBRE A UTILIZAÇÃO DE MACs NO PÓS-PARTO



Antes de iniciar qualquer método contraceptivo, procure o enfermeiro ou médico da sua unidade de saúde.

A utilização de um método contraceptivo pos-parto reduz o risco de uma gravidez não planejada.



QUAL MÉTODO CONTRACEPTIVO VOCÊ PRETENDE UTILIZAR NO PÓS-PARTO?

Olá,
Meu nome é Concelção. Vou te apresentar alguns métodos contraceptivos para seu planejamento reprodutivo. Vamos lá?

VOCÊ SABIA QUE EXISTEM MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS GRATUITAMENTE NO SUS?

Alguns métodos citados podem não estar disponíveis em todas as unidades de saúde do SUS *

<ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepcional oral combinado • Minipílula • Pílula do dia seguinte • Diafragma • Preservativo masculino: • Preservativo feminino 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepcional Injetável mensal • Anticoncepcional Injetável trimestral • DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre) • Implante (condições especiais) * • Vasectomia • Laqueadura
--	--

"Protejam-se duplamente! Utilize um método contraceptivo e preservativo juntos, garantindo assim uma dupla proteção contra gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis. Não esqueçam de realizar testes rápidos!"

Autoras:

- Ana Cecília Silvestre da Silva
- Ana Luiza Vilela Borges
- Elinaiva Maria Lima de Araujo

ACESSE A VERSÃO DIGITAL





Você sabia que o uso do método contraceptivo no pós-parto é fundamental para a saúde da mãe e do bebê?

LEMBRE-SE

É importante avaliar com o profissional de saúde o método que melhor se adapta as suas necessidades.

ALGUNS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ESTÃO DISPONÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

MINIPÍLULA E ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS TRIMESTRAL

Pílulas de progesterona:

- Iniciar 6 semanas após o parto.

Anticoncepcional trimestral apenas progesterona.

- Amamentando exclusivamente: iniciar 6 meses após o parto.
- Amamentando parcialmente: iniciar 6 semanas pós-parto.
- Não amamentando: iniciar 3 semanas após o parto.

PRESERVATIVOS: MASCULINO E FEMININO

- Recomenda-se utilização de um dos preservativos em todas as relações sexuais.
- Proteção contra HIV/ Infecções sexualmente transmissíveis.

ANEL VAGINAL E ADESIVO CONTRACEPTIVO COMBINADO

- Amamentando exclusivamente: iniciar 6 meses após o parto.
- Amamentando parcialmente: iniciar 6 semanas pós-parto.
- Não amamentando: iniciar 3 semanas após o parto.

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS MENSAL E ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS

Anticoncepcional mensal: progesterona e estrógeno.

Anticoncepcionais orais combinados

- Amamentando exclusivamente: iniciar 6 meses após o parto.
- Amamentando parcialmente: iniciar 6 semanas pós-parto.
- Não amamentando: iniciar 3 semanas após o parto.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE E DIU HORMONAL

DIU de cobre: Pode ser inserido logo após o parto ou com menos de 48 horas pós-parto ou inserir após 4 semanas após o parto.

- Duração de até 10 anos.

DIU hormonal: Não disponível no SUS. Comprado em farmácias.

- Duração de até 5 anos.
- inserido e removido por profissional de saúde.

IMPLANTES

- inserido e removido por profissional de saúde.
- Duração de até 3 anos.
- Efeito contraceptivo: Muito eficaz.
- Amamentando exclusivamente: inserir a qualquer momento entre o parto e 6 meses pós o parto.
- Amamentando parcialmente ou não amamentando: implantar a qualquer momento após o parto.

LAQUEADURA E VASECTOMIA

- Laqueadura- esterilização feminina (difícil reversão)
- Lei 14.443/2022
- Idade mínima de 21 anos
- Pode ser realizado após o parto mediante solicitação com 60 dias de antecedência
- Não precisa do consentimento do parceiro.
- Vasectomia- esterilização masculina (difícil reversão)
- Realização independente do período pós-parto.

CONHEÇA OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS INDICADOS NO PÓS-PARTO

AMENORRÉIA DA LACTAÇÃO

- Iniciar a amamentação logo após o parto.
- Amamentação exclusiva - 8 mamadas por dia, sem oferta de água e outros alimentos.
- Eficaz até 6 meses pós-parto.

COITO INTERROMPIDO

- Remoção do pênis da vagina antes que ocorra a ejaculação.
- Realizar em todas as relações sexuais.
- Apresenta menor eficácia.

MUCO CERVICAL

- Avaliação das secreções vaginais diariamente.
- Período fértil: apresenta uma secreção semelhante a "clara de ovo".
- Amamentando: iniciar 6 meses após o parto.
- Não amamentando: iniciar 4 semanas após o parto.

TABELINHA

- Avaliação do período fértil através do ciclo menstrual.
- Iniciar a partir de 3 ciclos menstruais regulares pós-parto.

PÍLULA DO DIA SEGUINTE

- Indicação de uso após 4 semanas do parto caso não esteja amamentando exclusivamente.
- Utilizar imediatamente após sexo desprotegido.

DIAFRAGMA E ESPERMICIDAS

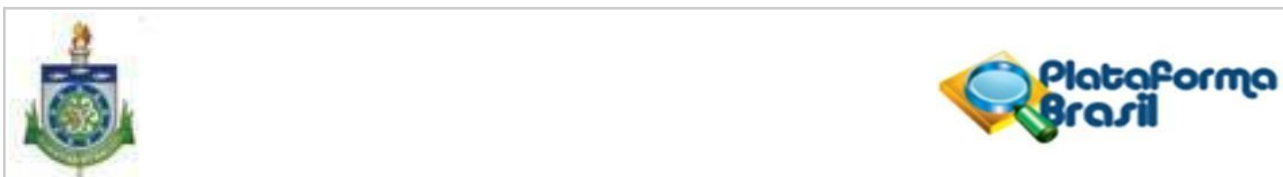
- Realizar medição do diafragma entre 8-12 semanas após o parto.
- Utilizar espermicida em todas as relações sexuais.








ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso à ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal

Pesquisador: ana cecilia silvestre da silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64382422.1.0000.5011

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS -

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE ALAGOAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.864.246

Apresentação do Projeto:

O aconselhamento contraceptivo visa auxiliar a mulher/casal na realização de suas escolhas contraceptivas de forma livre e informada. Aconselhar sobre contraceptivos durante o pré-natal deve apresentar a diversidade de métodos, priorizando o que melhor se adequa às necessidades de cada mulher no período pós-parto. No Brasil, há poucos estudos sobre o recebimento de aconselhamento contraceptivo realizado durante o pré-natal. Diante desta condição, é necessário compreender quais fatores influenciam o recebimento dessas ações. Com o objetivo de identificar o acesso à ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal entre puérperas, será realizado um estudo transversal, qualiquantitativo e descritivo, a ser realizado em duas maternidades de Maceió. A amostra será composta por 667 puérperas proporcionalmente divididas entre estes serviços. A amostra qualitativa se dará por saturação dos dados. Para avaliação do recebimento do aconselhamento contraceptivo, será realizada uma

entrevista constituída por três instrumentos. O primeiro conterà dados do perfil sociodemográfico e econômico; dados do pré-natal e parto; informações sobre planejamento reprodutivo e informações sobre o recebimento de aconselhamento contraceptivo no pré-natal. O segundo instrumento é o London Measure of Unplanned Pregnancy (Lump), que avaliará o planejamento da gestação. O terceiro contém perguntas discursivas da entrevista. Os dados serão analisados por meio de números absolutos e proporções. A análise estatística será realizada no programa R.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL:**

- * Descrever o acesso à ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- * Descrever as ações de aconselhamento contraceptivo recebidas durante o pré-natal.
- * Analisar os fatores associados a ter acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.
- * Compreender como as ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal influenciam na escolha MAC pós-parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**RISCOS:**

Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental estarão relacionados: a constrangimento ao responder questões de cunho íntimo, que pode promover lembranças desagradáveis que será minimizado pela opção de não responder a alguma pergunta e Caso necessário, será disponibilizado o acompanhamento e assistência psicológica imediata sem nenhum custo financeiro ofertado pela Psicóloga Bruna Mortari Costa Miorali, CRP: 15/5056. Além do risco de quebra do sigilo e da confidencialidade, que serão minimizados com o acesso as informações restrito aos membros da equipe de pesquisa, além do anonimato da participante obedecendo as normas do CONEP. As participantes terão seus nomes substituído pela letra "P" (participante), seguida de um algarismo arábico (1,2,3...).

BENEFÍCIOS:

Os benefícios diretos previstos com a participação do(a) Senhor(a) na pesquisa inclui o esclarecimento de dúvidas e oferta de informações sobre os MAC no pós-parto, além da entrega de um folheto informativo com orientações sobre os MAC e de como acessar os serviços de saúde que disponibilizam estes métodos (APÊNDICE). Os benefícios indiretos implicarão no fomento de ações na temática a nível nacional e internacional, desta forma o estudo auxiliar profissionais de saúde a melhorar as ações de aconselhamento contraceptivo prestadas às mulheres durante o pré-natal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1981382.pdf	12/01/2023 13:57:04		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	12/01/2023 13:56:14	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Outros	declaracao_psicologia.pdf	19/12/2022 07:45:39	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	18/12/2022 19:30:35	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	18/12/2022 19:28:40	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_quali.docx	18/12/2022 19:28:25	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/12/2022 19:28:08	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Outros	infraestrutura.pdf	07/12/2022 18:28:03	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Outros	HM.pdf	07/12/2022 18:20:58	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Outros	MESM.pdf	07/12/2022 18:20:15	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Outros	instrumentos_de_pesquisa_1.pdf	19/11/2022	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Outros	instrumentos_de_pesquisa_1.pdf	17:14:52	da silva	Aceito
Outros	conflito.pdf	20/10/2022 06:06:40	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Outros	termo_resp.pdf	18/10/2022 20:33:51	ana cecilia silvestre da silva	Aceito

Outros	USO_DE_IMAGEM_E_SOM _DE_VOZ.d ocx	12/10/2022 11:47:41	ana cecilia silvestre da silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/07/2022 10:51:51	ana cecilia silvestre da silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIÓ, 25 de Janeiro de 2023

Assinado por:

MARIA DO CARMO BORGES TEIXEIRA
(coordenador(a))

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA HMDNS

HOSPITAL DA MULHER DRa. NISE DA SILVEIRA
ASSESSORIA TÉCNICA DOCENTE



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE ALAGOAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PARA O C.E.P. Nº 08/2022

Eu, Graciliana Elise Swarowsky, responsável pela Assessoria Técnica Docente do Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira, autorizo a realização da pesquisa intitulada: **“Acesso à ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal”**, que tem por objetivos **descrever o acesso à ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal; descrever as ações de aconselhamento contraceptivo recebidas durante o pré-natal; analisar os fatores associados a ter acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal e; compreender como as ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal influenciam na escolha do MAC pós-parto.** Estou ciente de que a pesquisa será realizada pela pesquisadora Ana Cecília Silvestre da Silva, com C.P.F. nº 008.559.304-46. Concordo que a mesma seja realizada no período de janeiro a abril de 2023.

Declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e 510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades enquanto Instituição envolvida no referido projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa ou documentos nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização condiciona o início da coleta de dados ao envio do Parecer Favorável à execução da pesquisa emitida pelo sistema CEP/CONEP, a esta Assessoria Técnica Docente.

Maceió, 01 de dezembro de 2022.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Graciliana Elise Swarowsky'.

Graciliana Elise Swarowsky
Assessoria Técnica Docente
Hospital da Mulher Nise da Silveira

ANEXO C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA MESM



ESTADO DE ALAGOAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL

Maternidade Escola Santa Mônica - MESM

Av. Comendador Leão, S/N - Poço da Barra -
Maceió/AL. CEP 57.000-000 Fone: (82) 3315-4401
- CNPJ 12.517.793/0006-04

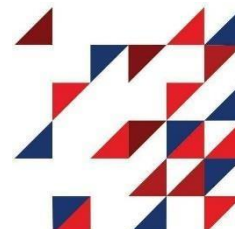
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PARA O C.E.P.Nº 010/2022

Eu, Graciliana Elise Swarowsky, responsável pela Chefia Docente Assistencial da Maternidade Escola Santa Mônica, autorizo a realização da pesquisa intitulada: **“Acesso à ações de aconselhamento**

contraceptivo durante o pré-natal”, que tem por objetivos **descrever o acesso às ações de**

aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal; descrever as ações de aconselhamento contraceptivo recebidas durante o pré-natal; analisar os fatores associados a ter acesso ao aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal e compreender como as ações de aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal influenciam na escolha do MAC pós-parto. Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade das pesquisadoras **Ana Cecília Silvestre da Silva**, com C.P.F. nº 008.559.304-46, **Elinalva Maria Lima de Araújo**, com C.P.F. nº 123.907.384-43, **Amanda Sâmara da Silva Rodrigues**, com C.P.F. nº 125.408.644-73, **Gabriela Ferreira Ribeiro**, com C.P.F. nº 089.973.244-54, **Radielly Lays Melo Teixeira**, com C.P.F. nº 120.914.314-35, **Maria Leandra do Nascimento dos Santos**, com C.P.F. nº 077.981.774-50, sob a orientação da **Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges**, com C.P.F. nº 820.333.672-82, e concordo que a mesma seja realizada no período de janeiro de 2023 a abril de 2023.

Declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e 510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades enquanto Instituição envolvida no referido projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.



Esta autorização condiciona o início da pesquisa e coleta de dados à apresentação e entrega do Parecer Favorável à execução da pesquisa emitida pelo sistema CEP UNCISAL/CONEP, a esta Chefia Docente Assistencial.

Maceió, 28 de novembro de 2022.

Atenciosamente,



Graciliana Elise Swarowsky
Chefe Docente
Assistencial – CDA/
MESM Matrícula n^o
2780-4

ANEXO D - LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY – Versão Brasil (Borges et al., 2016)

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

1) No mês em que eu fiquei grávida (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

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

2) Em termos de me tornar mãe (pela primeira vez ou de novo), eu sinto que minha gravidez aconteceu no (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 momento certo
- 1 não bem no momento certo
- 0 momento errado
- () Não desejo responder

3) Logo antes de ficar grávida. (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 eu tinha intenção de ficar grávida
- 1 minhas intenções variavam
- 0 eu não tinha intenção de ficar grávida
- () Não desejo responder

4) Logo antes de ficar grávida... (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 eu queria ter um filho
- 1 eu tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho
- 0 eu não queria ter um filho
- () Não desejo responder

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

5) Antes de eu ficar grávida: (Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 Meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida
- 1 Meu parceiro e eu tínhamos conversado sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida
- 0 Nós nunca conversamos sobre ter filhos juntos
- () Não desejo responder

6) Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/ iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para esta gravidez? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam):

2 ou mais medidas = 2, 1 medida = 1 e Nenhuma medida = 0

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

() Não desejo responder