

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

NATÁLIA DE CASTRO NASCIMENTO

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO,
NA ATITUDE E NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-
CONCEPCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

SÃO PAULO

2020

NATÁLIA DE CASTRO NASCIMENTO

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO,
NA ATITUDE E NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-
CONCEPCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

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

SÃO PAULO

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Nascimento, Natália de Castro

Efeito de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na realização de ações do cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária / Natália de Castro Nascimento. - São Paulo, 2020.

171 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

Área de concentração: Enfermagem em Saúde

Coletiva.

1. Cuidado pré-concepcional. 2. Conhecimento. 3. Prática. 4. Profissionais de Saúde. 5. Intervenção Educativa. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.

Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Natália de Castro Nascimento

Título: Efeito de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na realização de ações do cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu bom Deus e a minha mãe, Maria.
Aos meus pais, Cirilo e Marta, e ao meu Irmão, Augusto.
Ao meu esposo, Fabrício.
A todas as mulheres e homens que desejam um filho.*

AGRADECIMENTO

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

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

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

*Agradeço, também, à Prof.^a Dr.^a Ana Paula Sayuri Sato, à Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracolli e
à Prof.^a Dr.^a Luciana Magnoni Reberte, por terem participado da banca de qualificação e pelas
grandes contribuições no projeto.*

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

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

Aos meus pais, Cirilo e Marta, e ao meu irmão, Augusto, pelo apoio diário; por todo amor, carinho e cuidado; por acreditarem na minha capacidade e por apoiarem as minhas escolhas.

Ao meu esposo, Fabrício, pelos incentivos e motivações, por apoiar minhas escolhas e acreditar nos meus sonhos. Obrigada por todo amor, carinho, cuidado e por me alegrar em tê-lo ao meu lado e me fortalecer a cada dia.

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

A todos os trabalhadores de saúde que pacientemente se disponibilizaram a participar do estudo.

Aos profissionais das UBS deste estudo, pelo acolhimento e por facilitarem o processo de coleta de dados.

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

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

*a cada dia,
a cada instante*

*Não por vaidade,
mas para corresponderes
à obrigação sagrada
de contribuir
sempre mais
e sempre melhor,
para a construção do Mundo ...
(Dom Hélder Câmara)*

Nascimento NC. Efeito de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na realização de ações do cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: O cuidado pré-concepcional tem impactos positivos nos indicadores de saúde materna e infantil pelo fato de possibilitar que mulheres e casais vivenciem uma gravidez de forma mais saudável. Entretanto, é pouco ofertado nos serviços de atenção primária, sendo o baixo nível de conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre o tema um dos obstáculos para sua efetiva implementação. **Objetivo:** Avaliar o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento, nas atitudes e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional e compreender a forma como o cuidado pré-concepcional é e pode ser ofertado por trabalhadores de saúde da atenção primária. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, com abordagem quanti e qualitativa. A abordagem quantitativa constituiu-se de um ensaio comunitário randomizado conduzido em oito unidades básicas de saúde da zona leste da cidade de São Paulo (quatro unidades compuseram o grupo intervenção e quatro o grupo controle). A intervenção constituiu-se de uma ação educativa destinada aos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, com duração de uma hora, que abordou os principais tópicos da saúde pré-concepcional. Os trabalhadores preencheram instrumentos estruturados em três momentos: antes da intervenção, um mês e três meses após a intervenção. Além disso, mulheres em idade fértil, usuárias das unidades participantes, foram aleatoriamente selecionadas para responder a respeito de ações de cuidado pré-concepcional que porventura tenham recebido/participado naquela unidade; por fim, os farmacêuticos de cada unidade responderam quantos comprimidos e/ou frascos de ácido fólico foram dispensados pela farmácia local. A abordagem qualitativa constituiu-se de grupos focais com os trabalhadores do grupo intervenção. Foi conduzida uma investigação narrativa que envolveu os relatos sobre as experiências vividas. **Resultados:** A intervenção educativa aumentou o nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre os trabalhadores da saúde, mas não teve efeito em suas atitudes nem na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional, com exceção do aumento do questionamento da intenção de engravidar, evidenciado nos relatos das mulheres usuárias das UBS. A oferta do cuidado pré-concepcional parece ser realizada de maneira indireta e com fragilidades, como a falta de agenda destinada a esse cuidado, existência de protocolos inadequados para sua oferta, pouca participação das mulheres em grupos educativos, vergonha de algumas mulheres em questionar sobre como preparar-se para uma gravidez, receio de julgamento por parte dos trabalhadores de saúde, dentre outras. As ações do cuidado pré-concepcional ofertadas são basicamente de cunho biológico, desconsiderado os aspectos psicológicos e sociais do cuidado pré-concepcional. Os trabalhadores de saúde identificaram o momento de coleta do exame preventivo de câncer de colo do útero, os grupos educativos e a participação dos agentes comunitários de saúde como estratégias para a promoção da saúde pré-concepcional na atenção primária à saúde. **Conclusão:** Embora o conhecimento dos trabalhadores de saúde e a educação permanente em saúde sejam requisitos fundamentais para a oferta do cuidado pré-concepcional, outros elementos mostraram-se mais importantes para sua implementação, como a necessidade de políticas públicas e programas específicos para fomentar a oferta do cuidado pré-concepcional na atenção primária à saúde, bem como a divulgação desse cuidado para a população geral. **Palavras-Chave:** Cuidado Pré-concepcional. Profissionais de Saúde. Conhecimento.

Prática. Atitude. Intervenção Educativa. Saúde Reprodutiva. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

Nascimento NC. Effect of an educational intervention on knowledge, attitude and performance of preconception care actions among primary care health workers [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: The preconceptional care has positive impacts on maternal and child health indicators because it allows women and couples to experience pregnancy in a healthier way. However, it is rarely offered in primary care services, and the low level of knowledge of health workers on the topic is one of the obstacles to achieve the effective implementation. **Objective:** To evaluate the impact of an educational intervention on knowledge, attitudes, and actions related to preconception care and to understand the way preconception care is and can be offered by primary care health workers. **Method:** It is a research of mixed methods, with a quantitative and qualitative approach. The quantitative approach consisted of a randomized community trial conducted in eight basic health units in the east side of the city of São Paulo (four units comprised the intervention group and four units the control group). The intervention consists of an educational action aimed at doctors and nurses in family health teams, lasting one hour, which addressed the main topics of preconception health. The workers filled out structured instruments in three moments: before the intervention, one month and three months after the intervention. In addition, women of childbearing age, users of the participating units, were randomly selected to respond to preconception care actions that they may have received / participated in in that unit; finally, the pharmacists in each unit answered how many pills and / or bottles of folic acid were dispensed by the local pharmacy. The qualitative approach consisted of focus groups with the workers in the intervention group. A narrative investigation was conducted that involved the reports about the lived experiences. **Result:** The educational intervention increased the level of knowledge about the preconception care of health workers, but it had no effect on their attitudes and in carrying out actions related to preconception care, except by the increased questioning about pregnancy according to UBS women users' reports. The provision of preconception care is carried out indirectly and presents some weaknesses, such as the lack of disclosure about preconception care, lack of a scheduled towards it, inadequate protocols for its provision, limited participation by women in educational groups, some women are ashamed to question how to prepare for pregnancy, fear of health workers and health workers judgment and 'disagreement with their patients' reproductive intent. However, health workers identified the moment to collect the cervical cancer preventive exam, the activities of educational groups, and the CHA participation in the care disclosure as initiatives to promote preconception health in primary health care. **Conclusion:** Knowledge is a fundamental condition to provide preconception care, but other elements are essential for this action to occur, such as the need for public policies and specific programs to foster the provision of preconception care in primary health care, as well as the care dissemination to population.

Keywords: Pre-conceptual care. Health professionals. Knowledge. Practice. Attitude. Educational Intervention. Reproductive Health. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Recomendações sobre o Cuidado Pré-Concepcional pela Organização Mundial de Saúde (Tradução feita pela pesquisadora). São Paulo, 2020.23
- Quadro 2** - Recomendações sobre o Cuidado Pré-Concepcional pelo Ministério da Saúde do Brasil. São Paulo, 2020.27
- Quadro 3** - Estratégia de busca nas bases de dados, São Paulo, 2020.38
- Quadro 4** - Descrição de artigos da revisão da literatura que exploram intervenções sobre o cuidado pré-concepcional entre profissionais de saúde e estudantes de cursos de saúde.40
- Quadro 5** - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo. São Paulo, 2020.50
- Quadro 6** - Descrição das UBS do distrito de Itaim Paulista sorteadas para o estudo de acordo com o número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). São Paulo, 2020.52
- Quadro 7** - Realização da intervenção educativa sobre o cuidado pré-concepcional para trabalhadores de saúde. São Paulo, 2020.56
- Quadro 8** - Afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional para avaliação do conhecimento entre trabalhadores de saúde. São Paulo, 2019.63
- Quadro 9** - Afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional para avaliação das atitudes dos trabalhadores de saúde. São Paulo, 2019.64
- Quadro 10** - Descrição dos desfechos conforme questionários. São Paulo, 2019...66

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características pessoais, educacionais e da experiência profissional dos trabalhadores de saúde segundo o tipo de grupo (intervenção e controle). São Paulo, 2019.....76
- Tabela 2** - Média da pontuação de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional dos trabalhadores de saúde segundo os Momentos (1, 2 e 3) e o tipo de grupo (intervenção e controle). São Paulo, 2019.77
- Tabela 3** - Proporções de acertos de afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde segundo o Momento do estudo (1, 2 e 3). São Paulo, 2019.....79
- Tabela 4** - Ações do cuidado pré-concepcional realizadas por trabalhadores de saúde segundo o Momento do estudo (1,2 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.83
- Tabela 5** - Número de comprimidos e frascos de ácido fólico dispensados segundo o Momento do estudo (1, 3 e 4) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.....85
- Tabela 6** - Características sociais, demográficas e reprodutivas das mulheres segundo o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019..87
- Tabela 7** - Cuidados pré-concepcionais recebidos pelas mulheres segundo o Momento do estudo (1 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.....90
- Tabela 8** - Atitude sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde segundo o Momento do estudo (1 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.....92

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Mapa do município de São Paulo com a localização da CRS Leste e do distrito do Itaim Paulista da zona leste da cidade de São Paulo. São Paulo, 2020.51
- Figura 2** - Mapa do distrito de Itaim Paulista com a localização das UBS sorteadas para o estudo. São Paulo, 2020.53
- Figura 3** - Estratégias de coleta de dados quantitativos. São Paulo, 2020.....57
- Figura 4** - Coleta de dados do estudo “Efeito de uma intervenção educativa no conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária e na realização de ações do cuidado pré-concepcional”. São Paulo, 2020.....58
- Figura 5** - Momentos da coleta de dados do estudo de acordo com as datas. São Paulo, 2019.59
- Figura 6** - Média da pontuação de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional dos trabalhadores de saúde segundo o Momento (1, 2 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 201978
- Figura 7** - Número de comprimidos e frascos de ácido fólico dispensados segundo o Momento do estudo (1, 3 e 4) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.....85

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CPC	cuidado pré-concepcional
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LMUP	London Measure of Unplanned Pregnancy
MGF	Mutilação Genital Feminina
MS	Ministério da Saúde
NEPESC	Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL.....	22
1.2 REALIZAÇÃO DE AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL	31
1.3 CONHECIMENTO E ATITUDES DE TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL	35
1.4 INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS SOBRE O CUIDADO PRÉ- CONCEPCIONAL.....	37
2 HIPÓTESE.....	45
3 OBJETIVOS	47
3.1 OBJETIVO GERAL.....	47
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4 MÉTODO	49
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	49
4.2 LOCAL DO ESTUDO	50
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	53
4.4 COLETA DOS DADOS.....	54
4.4.1 Dados quantitativos.....	54
4.4.2 Dados qualitativos	60
4.5 INSTRUMENTOS.....	62
4.5.1 Instrumento usado com trabalhadores de saúde	63
4.5.2 Instrumento para mulheres em idade reprodutiva	64
4.5.3 Instrumento para farmacêuticos	65
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	65
4.6.1 Análise dos dados quantitativos	65
4.6.2 Análise dos dados qualitativos	72
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	72
5 RESULTADOS	75
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA	75
5.1.1 Caracterização dos trabalhadores de saúde.....	75
5.1.2 DESFECHO 1: Conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde.....	77

5.1.3 DESFECHO 2: Realização do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde.....	81
5.1.3.1 Ações de saúde realizadas por trabalhadores de saúde.....	81
5.1.3.2 Dispensação do ácido fólico pelas farmácias das UBS.....	84
5.1.4 Ações de saúde pré-concepcional recebidas por mulheres em idade fértil	86
5.1.5 DESFECHO 3: Atitudes sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde.....	91
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA	94
5.2.1 Contextos da oferta do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde	95
5.2.1.1 A oferta do cuidado pré-concepcional	95
5.2.1.2 Barreiras para a oferta do cuidado pré-concepcional: concepções diferenciadas sobre engravidar	98
5.2.1.3 Barreiras organizacionais para a oferta do cuidado pré-concepcional.....	99
5.2.1.4 Potencialidades para a oferta do cuidado pré-concepcional	102
6 DISCUSSÃO	104
6.1 EFEITOS DA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO, NA ATITUDE E NA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL.....	106
6.2 CONTEXTOS DA OFERTA DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL POR TRABALHADORES DE SAÚDE.....	115
7 CONCLUSÃO.....	122
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICES	137
ANEXOS	163

Apresentação

APRESENTAÇÃO

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

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

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

item seis - que aborda o preparo pré-concepcional - interferiu de forma determinante na performance do instrumento. Provavelmente, isso ocorreu porque o preparo pré-concepcional foi pouco adotado pelas adolescentes, mesmo em caso de gravidez planejada. Isso foi ajustado em nova onda de coleta de dados com mulheres de diferentes perfis demográficos e reprodutivos, além de terem sido consideradas mulheres em situação de abortamento, durante o pré-natal e durante o período pós-parto.

Tampouco foi observado o conhecimento adequado sobre quais seriam as medidas pré-concepcionais indicadas para melhorar a saúde materna e infantil. Além disso, os resultados revelaram a importância de incorporar, nos programas destinados aos cuidados pré-concepcionais, outras dimensões inerentes ao período da adolescência, como, por exemplo, de âmbito social e psicológico.

Assim, no mestrado, quis elucidar as seguintes questões: mulheres que planejaram a gravidez prepararam-se para engravidar? Se sim, como as mulheres que planejam engravidar preparam-se para a gravidez, ou seja, no que consiste esse preparo? Se não, quais são as razões para a não realização do preparo pré-concepcional? E, ainda, quais aspectos são associados com a realização do preparo pré-concepcional? Observamos que nem todas as mulheres com gravidez planejada realizaram o preparo pré-concepcional, tendo sido o desconhecimento sobre o mesmo e sobre os serviços que o ofertam a principal razão para tal. Dentre as mulheres que realizaram o cuidado pré-concepcional, as medidas mais relatadas foram a procura por serviço de saúde, o uso de vitaminas e minerais e a realização de exames. Por sua vez, as mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional foram aquelas que reuniram perfis sociais mais favoráveis, como alta renda e escolaridade, o que revela sua determinação social. Experiência de infertilidade também foi determinante para sua realização, o que já era esperado.

Após a defesa da dissertação, ingressei em uma instituição particular de ensino superior, fui professora de saúde coletiva e fui coordenadora dos estágios curriculares do curso de enfermagem por quase dois anos. Ao mesmo tempo, em 2016, considerando os resultados encontrados no mestrado e considerando que o cuidado pré-concepcional deve fazer parte das práticas cotidianas dos serviços de atenção primária do país, por conta de sua importância nas condições de saúde materna e neonatal, ingressei no doutorado para pesquisar o cuidado pré-concepcional na perspectiva dos trabalhadores de saúde. Após análise da literatura,

observei que há baixo conhecimento e oferta desse cuidado por parte dos trabalhadores de saúde. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi elaborar uma intervenção educativa sobre o cuidado pré-concepcional e avaliar o efeito dessa intervenção no conhecimento, na atitude e na realização desse cuidado por trabalhadores de saúde da atenção primária. A finalidade deste trabalho é que ele possa contribuir futuramente para que o cuidado pré-concepcional seja parte integrante das ações de saúde e possa ser ofertado para todas as mulheres e homens que desejam um filho.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

O cuidado pré-concepcional é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

A prestação de intervenções biomédicas, comportamentais e sociais de saúde no período antes da concepção, cujo objetivo é melhorar o estado de saúde e reduzir comportamentos e fatores que contribuem para maus resultados de saúde materna e infantil (WHO, 2012 p. 6).

O cuidado pré-concepcional consiste num conjunto de medidas de saúde a serem adotadas antes da concepção, tanto por mulheres quanto por homens, em idade reprodutiva ou em todo curso da vida, que sejam ou não sexualmente ativos e que estejam ou não planejando engravidar, com o objetivo de se alcançar os melhores resultados na saúde materna e infantil (Hill et al., 2020). Essas medidas de saúde podem ser implementadas a partir da decisão de engravidar, durante todo o curso de vida ou em um período definido antes da concepção (Stephenson et al., 2018). Essas ações de saúde incluem a promoção de alimentação saudável e suplementação de vitaminas e minerais, o estímulo à prática de exercícios físicos, a orientação sobre o uso de medicamentos, atuação com foco na diminuição ou cessação do uso de tabaco, álcool e outras drogas, a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e crônicas, imunização, avaliação das condições de trabalho e vida; orientação e acompanhamento genético; tratamento de infertilidade; atuação no âmbito da saúde mental, nas questões sociais, na identificação de violência interpessoal e na prevenção de gravidezes na adolescência, não intencionais e/ou sucessivas. Paralelamente a isso, os países têm autonomia para estabelecer medidas adicionais que sejam localmente relevantes (WHO, 2013), como a atuação em casos de exposição ao vírus Zika (Petersen et al., 2016) e orientações específicas para casais homoafetivos que pretendem ter um filho (Ross, Steele, Epstein, 2006).

Algumas ações do cuidado pré-concepcional, como a prática de exercício físico e a diminuição ou cessação de tabaco, podem ser orientadas durante todo o

período de vida de homens e mulheres. Outras ações, por sua vez, são orientadas a partir do momento de decisão de engravidar como, por exemplo, a perda ou ganho de peso antes da concepção que pode durar meses ou anos. Por fim, outras ações do cuidado pré-concepcional são implementadas em um período definido antes da concepção como é o caso da suplementação de ácido fólico.

O Quadro 1 descreve os cuidados pré-concepcionais preconizados pela OMS (WHO, 2013).

Quadro 1 - Recomendações sobre o Cuidado Pré-Concepcional pela Organização Mundial de Saúde (Tradução feita pela pesquisadora). São Paulo, 2020.

continua

ÁREAS DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL	EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS
<p>CONDIÇÕES NUTRICIONAIS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação, educação e aconselhamento. ▪ Identificação de anemia e diabetes. ▪ Assistência e aconselhamento a pessoas com anemia e diabetes mellitus. ▪ Suplementação de ferro e ácido fólico. ▪ Monitoramento do estado nutricional. ▪ Suplementação de alimentos ricos em energia e nutrientes. ▪ Promover a prática de exercício físico. ▪ Iodação de sal.
<p>USO DE TABACO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de mulheres e meninas tabagistas e fumantes passivas em todas as visitas clínicas, usando "5 As" (ask, advise, assess, assist, arrange)/(pergunte, aconselhe, avalie, ajude, organize). ▪ Aconselhar sobre cessação do tabagismo, farmacoterapia (incluindo terapia de reposição de nicotina, se disponível) e serviços de aconselhamento comportamental. ▪ Identificação dos não fumantes (homens e mulheres) e aconselhamento sobre os efeitos nocivos do fumo passivo em mulheres grávidas e nos fetos.
<p>CONDIÇÕES GENÉTICAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Levantamento da história familiar para identificar fatores de risco para condições genéticas. ▪ Planejamento familiar. ▪ Aconselhamento genético. ▪ Identificação e teste de portadores. ▪ Tratamento adequado das condições genéticas. ▪ Identificação, em nível comunitário ou nacional, de indivíduos de alto risco.
<p>SAÚDE AMBIENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação e informações sobre riscos e prevenção



ambiental.

- Proteção de exposição à radiação em ambientes e instituições médicas.
- Evitar o uso desnecessário de pesticidas e fornecer alternativas ao uso deles.
- Proteção da exposição ao chumbo.
- Informar as mulheres em idade fértil sobre os níveis de metilmercúrio em peixes.
- Promoção da utilização de fogões melhorados e combustíveis líquidos / gasosos mais limpos.

Quadro 1 - Recomendações sobre o Cuidado Pré-Concepcional pela Organização Mundial de Saúde (Tradução feita pela pesquisadora). São Paulo, 2020.

continuação

<p>INFERTILIDADE / SUBFERTILIDADE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar consciência e compreensão da fertilidade e infertilidade e suas causas evitáveis e inevitáveis. ▪ Atuar na estigmatização da infertilidade e na suposição do destino. ▪ Identificação e diagnóstico de casais, após 6 a 12 meses de tentativas para engravidar, e atuar na gestão de causas subjacentes de infertilidade / subfertilidade, incluindo ISTs anteriores. ▪ Aconselhar indivíduos / casais diagnosticados com infertilidade das causas inevitáveis / subfertilidade.
<p>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção de saúde para prevenir a violência no namoro. ▪ Proporcionar uma educação sexual abrangente e adequada à idade que aborde a igualdade de gênero, direitos humanos e relações sexuais. ▪ Interligar o empoderamento econômico, a igualdade de gênero e as atividades de mobilização comunitária. ▪ Reconhecer sinais de violência contra as mulheres. ▪ Ofertar cuidados de saúde (incluindo cuidados pós-estupro), encaminhamento e apoio psicossocial às vítimas de violência. ▪ Alterar as normas individuais e sociais relativas ao consumo de álcool; identificar e aconselhar pessoas que utilizam álcool de forma problemática; e tratar pessoas que têm transtornos por uso de álcool.
<p>GRAVIDEZ MUITO PRECOCE, INDESEJADA E SUCESSIVA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter meninas na escola. ▪ Influenciar nas normas culturais que apoiam o casamento precoce e o sexo coagido. ▪ Ofertar educação sexual abrangente e adequada à idade. ▪ Ofertar contraceptivos e construir um suporte comunitário para prevenir gravidez precoce e ofertar contraceptivos para adolescentes. ▪ Capacitar meninas para resistir ao sexo forçado. ▪ Envolver homens e meninos para avaliar criticamente as normas e práticas relativas à violência de gênero e ao sexo coagido. ▪ Informar mulheres e casais sobre os perigos de intervalos curtos entre gravidezes para o bebê e para a mãe.

Quadro 1 - Recomendações sobre o Cuidado Pré-Concepcional pela Organização Mundial de Saúde (Tradução feita pela pesquisadora). São Paulo, 2020.

continuação

<p>INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornecer educação e serviços abrangentes adequados à idade e à sexualidade. ▪ Promover práticas sexuais seguras, por meio de intervenções comportamentais a indivíduos, grupos e comunidades. ▪ Promover o uso de preservativos para proteção dupla contra ISTs e gravidez indesejada. ▪ Garantir maior acesso aos preservativos. ▪ Identificação de ISTs. ▪ Aumentar o acesso ao tratamento e outros serviços de saúde relevantes.
<p>HIV</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planejamento familiar. ▪ Promover práticas sexuais seguras e método duplo para controle da natalidade e controle de ISTs (uso de preservativos). ▪ Aconselhamento e testagem de HIV incluindo teste do parceiro. ▪ Ofertar terapia antirretroviral para prevenção e profilaxia pré-exposição. ▪ Ofertar profilaxia antirretroviral para prevenir a transmissão de mãe para filho. ▪ Determinar a elegibilidade para terapia antirretroviral ao longo da vida.
<p>SAÚDE MENTAL</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar problemas psicossociais. ▪ Proporcionar aconselhamento educacional e psicossocial antes e durante a gravidez. ▪ Aconselhamento, tratamento e controle da depressão em mulheres que planejam engravidar e em mulheres em idade fértil. ▪ Fortalecer redes comunitárias e promover o empoderamento das mulheres. ▪ Melhorar o acesso à educação para mulheres em idade fértil. ▪ Reduzir a insegurança econômica das mulheres em idade fértil.
<p>USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do uso de substâncias psicoativas. ▪ Ofertar intervenções breves e tratamentos quando necessário. ▪ Tratamentos de transtornos por uso de substância, incluindo intervenções farmacológicas e psicológicas. ▪ Assistência ao planejamento familiar para famílias com transtornos por uso de substâncias (incluindo pós-parto e entre gestações). ▪ Estabelecer programas de prevenção para reduzir o uso de substâncias por adolescentes.

Quadro 1 - Recomendações sobre o Cuidado Pré-Concepcional pela Organização Mundial de Saúde (Tradução feita pela pesquisadora). São Paulo, 2020.

continuação	
<p>DOENÇAS EVITÁVEIS POR VACINAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacinação contra a rubéola. ▪ Vacinação contra tétano e difteria. ▪ Vacinação contra a hepatite B.
<p>MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA (MGF)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discutir e desencorajar a prática com a menina e seus pais e / ou parceiro. ▪ Informar as mulheres e os casais sobre as complicações da Mutilação Genital Feminina e sobre o acesso ao tratamento. ▪ Execução de desfibulação de meninas e mulheres infibuladas ou seladas antes ou no início da gravidez. ▪ Remoção de cistos e tratamento de outras complicações.

conclusão

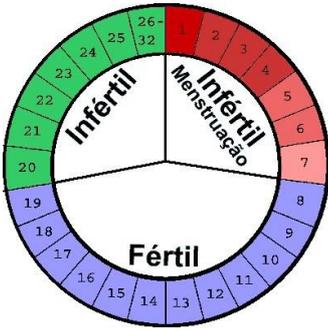
No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) enfatiza que o preparo pré-concepcional consiste na identificação e modificação dos fatores de risco reprodutivos antes que a concepção ocorra (Brasil, 2006, 2012b, 2016), destinada a mulher ou casal que planeja a gravidez (Brasil, 2016), desconsiderando indivíduos/casais que podem engravidar sem ter tido a intenção (Hill et al., 2020). Ainda, o MS propõe que o cuidado pré-concepcional consista de atenção no âmbito da alimentação e nutrição, na prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas, na promoção de ambiente seguro, na prevenção e controle de doenças, no aconselhamento genético, na identificação do período fértil, na cessação dos métodos contraceptivos e no tratamento de infertilidade (Quadro 2) (Brasil 2012b, 2016).

Quadro 2 - Recomendações sobre o Cuidado Pré-Concepcional pelo Ministério da Saúde do Brasil. São Paulo, 2020.

continua

CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL	AÇÕES RECOMENDADAS
<p>ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do estado ponderal e levantamento dos hábitos alimentares da futura mãe. ▪ Diminuição do índice de massa corporal para mulheres com sobrepeso e obesidade. ▪ Promover alimentação saudável e suplementação de vitaminas e minerais. ▪ Estimular a prática de exercícios físicos.
<p>DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação sobre o uso de medicamentos, sendo necessário conhecer o perfil do medicamento para mantê-los ou substituí-los por outros com efeitos menos prejudiciais ao feto. ▪ Atuar com foco na diminuição ou cessação do uso de tabaco, álcool e outras drogas pelas mulheres.
<p>PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas (toxoplasmose, sífilis, HIV, rubéola, hepatite B, hepatite C e outras ISTs) e crônicas (diabetes, hipertensão arterial, doença falciforme e epilepsia). ▪ Realização de colpocitologia oncótica.
<p>AMBIENTE SEGURO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação das condições de trabalho, com orientações sobre os riscos de exposição a tóxicos ambientais.
<p>ACONSELHAMENTO GENÉTICO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação familiar de condições genéticas. ▪ Orientação e acompanhamento genético.

Quadro 2 - Recomendações sobre o Cuidado Pré-Concepcional pelo Ministério da Saúde do Brasil. São Paulo, 2020.

continuação	
<p>INFERTILIDADE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do quadro de infertilidade. ▪ Tratamento e acompanhamento na concepção. ▪ Orientar sobre o Cadastro Nacional de Adoção.
<p>CICLO MENSTRUAL</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar a calcular o período ovulatório do ciclo. ▪ Suspender métodos contraceptivos. ▪ Avaliar a prática sexual.

conclusão

Outras instituições, como a OMS e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), por sua vez, como já citado anteriormente, apresentam um leque mais ampliado de ações que possibilitam às mulheres o preparo pré-concepcional adequado, como atuação no âmbito da saúde mental, nas questões sociais, na identificação de violência interpessoal e na prevenção de gravidezes sucessivas (Johnson et al., 2006; WHO, 2012).

A importância das ações de saúde no período que antecede a concepção justifica-se pelo fato que alguns elementos prejudiciais para a saúde materna e infantil estão presentes no período anterior à concepção e podem permanecer durante a gravidez. Por exemplo, as questões relacionadas à nutrição e estilo de vida (Hill et al., 2019, 2020).

Os benefícios do cuidado pré-concepcional são reconhecidos globalmente e ratificados em conferências, em pesquisas internacionais sobre a temática, as quais têm formulado recomendações e diretrizes visando à redução dos resultados adversos no processo da gravidez (Boulet, Parker, Atrash, 2006; Tydén, 2016; Hill et al., 2019). Destaca-se que o preparo pré-concepcional pode contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil; pode evitar gravidezes não intencionais; prevenir complicações durante a gravidez e parto; prevenir natimortos, parto

prematureo e baixo peso ao nascer; prevenir a transmissão vertical de HIV e ISTs; reduzir o risco de doenças genéticas e exposição ambiental; contribuir para o desenvolvimento social e econômico das famílias e comunidades, uma vez que apoia as mulheres a tomar decisões bem informadas e ponderadas sobre sua fecundidade e saúde; contribuir para melhorar a saúde dos bebês e crianças à medida que crescem até a adolescência e a idade adulta; promover a participação dos homens, ao fomentar a consciência da importância da saúde e do comportamento dos homens sobre os resultados da saúde materna e infantil (WHO, 2012).

No Brasil, o cuidado pré-concepcional está inserido na Lei do Planejamento Familiar (Brasil, 1997), que prevê não só o cuidado em contracepção, mas também voltado à concepção. A lei determina, em seu art. 9.º, que:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de **concepção** e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (Brasil, 1997, grifo nosso).

No entanto, vários pontos dessa lei são alvo de críticas, predominantemente em relação à atenção em contracepção (Cavenaghi, 2019; Neto, 2010), mas também com vistas a melhorar o acesso aos serviços de concepção, como o cuidado pré-concepcional. Ou seja, além da necessidade de melhorar a qualidade da atenção em contracepção, é preciso considerar e ampliar o cuidado pré-concepcional nas ações de planejamento familiar.

Nem mesmo a Rede Cegonha, que é a estratégia que tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna no país, considera o cuidado pré-concepcional nos seus componentes, que são Pré-natal; parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (Brasil, 2012a).

Portanto, no Brasil, o cuidado pré-concepcional ainda é incipiente. Sabe-se que há orientações de medidas do cuidado pré-concepcional nos manuais do MS, mas são ações basicamente de cunho biológico que não consideram as questões sociais e psicológicas que cercam a preparação para uma gravidez, como atuação em violências interpessoais, transtornos mentais e acesso a educação; ainda, tais ações são destinadas apenas a mulheres e homens que planejam engravidar, desconsiderando mulheres que podem engravidar mesmo não tendo tido a intenção

(Brasil, 2012b, 2016).

Mesmo assim, os escassos estudos conduzidos no país mostram que o preparo pré-concepcional é pouco realizado pelas mulheres e casais. Estudo conduzido em São Paulo mostrou que foi realizado por menos da metade das mulheres que haviam planejado a gravidez (47,0%) e por 15,9% das mulheres em geral (Borges et al., 2016). Outro estudo, também conduzido em São Paulo, mas apenas com mulheres que planejaram a gravidez, mostrou que a oferta desse cuidado parece estar atrelada a serviços privados de saúde, pois dentre as que realizaram alguma medida como preparo para a gravidez, 70% procuraram clínicas particulares e 62,2% tinham plano de saúde. Ainda, as ações de saúde mais ofertadas foram a solicitação de exames e suplementação com ácido fólico. As demais ações, como verificação da situação vacinal e orientações sobre diminuição/cessação de uso de tabaco, álcool e outras drogas foram pouco realizadas pelos serviços de saúde procurados (Nascimento, Borges, Fujimori, 2019), embora exista orientação do MS a esse respeito.

1.2 REALIZAÇÃO DE AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

A OMS tem como objetivo, a longo prazo, a implantação de um conjunto completo de intervenções sociais e de saúde no contexto da saúde pré-concepcional a serem disponibilizadas a todas as mulheres e casais. E, como objetivo a curto prazo, identificar e ofertar um pequeno número de intervenções efetivas com base na epidemiologia e viabilidade local. Isso porque o custo da implantação desse cuidado é alto e, somado a isso, alguns países ainda têm o desafio de aumentar a cobertura do cuidado pré-natal e cuidados especializados do nascimento (Mason et al., 2014).

As informações sobre serviços de saúde que ofertam os cuidados pré-concepcionais são escassas e a estrutura dos programas destinados à promoção de uma gravidez saudável na comunidade internacional difere de acordo com o tipo de sistema de saúde e o contexto econômico do país (Boulet, Parker, Atrash, 2006). Por exemplo, os países de alta renda tendem a ter sistemas de saúde mais organizados e, portanto, usam políticas e diretrizes mais amplas para direcionar a oferta do cuidado pré-concepcional. Nos Estados Unidos, por exemplo, existe uma

agenda bem estruturada sobre o cuidado pré-concepcional, em que o CDC estabelece a rotina de cuidados pré-concepcionais completos destinados a todas as mulheres e homens que planejam engravidar (CDC, 2020; Johnson et al., 2006). Por outro lado, em muitos países europeus, esse cuidado ainda é uma ação de saúde emergente. Bélgica, Dinamarca, Holanda, Suécia, Reino Unido e Itália têm diretrizes para mulheres com doenças crônicas, mas as orientações para mulheres saudáveis são fragmentadas e inconsistentes, bem como, há pouca orientação em relação aos homens (Shawe et al., 2015). Por esse motivo, estudo inglês recomenda que o cuidado pré-concepcional seja ofertado em nível individual e de saúde pública, considerando como foco a obesidade, o tabagismo, nutrição, uso de álcool, saúde materno-infantil, saúde reprodutiva e doenças crônicas. Além disso, recomenda que a saúde pré-concepcional seja avaliada por indicadores específicos e que haja boletins periódicos detalhando a melhoria desses indicadores (Stephenson et al., 2019).

Países de média e baixa renda das regiões da América Latina, África, Sul da Ásia e Oriente Médio tendem a usar intervenções mais direcionadas à sua realidade epidemiológica, mas também apresentam limitações na oferta do cuidado, como orientações fragmentadas, inconsistentes e pouca orientação em relação aos homens (Boulet, Parker, Atrash, 2006). O fato é que, na maioria dos países, o cuidado pré-concepcional não se tornou prática rotineira nos serviços de saúde.

A falta de políticas públicas e de financiamentos voltados para o cuidado pré-concepcional prejudica a oferta desse cuidado (Mazza, Chapman, 2010). Além disso, quando não ofertado gratuitamente – por meio de serviços públicos e universais de saúde – o custo de uma consulta de aconselhamento pré-concepcional e o custo da realização das medidas pré-concepcionais podem impedir as mulheres e/ou casais de realizarem tal preparo (Mazza, Chapman, 2010).

Estudos reiteram que os serviços públicos de atenção básica no Brasil pouco têm investido em ações de promoção de uma gravidez saudável (Bonan et al., 2010; Coelho, Lucena, Silva, 2000; Moura, Silva, Galvão, 2007). Ressalta-se que há oportunidades na atenção primária para promover o cuidado pré-concepcional, como por exemplo, durante os grupos de planejamento reprodutivo ou nas visitas domiciliares. No entanto, parece que esse cuidado não é prioritário e outras intervenções parecem ter maior importância na atenção primária à saúde (Heyes, Long, Mathers, 2004; Mazza, Chapman, Michie, 2013), como o próprio pré-natal.

Isso é preocupante, pois o Brasil possui um sistema público de saúde que, por ser universal, objetiva perpassar as diferentes classes sociais e diferenças individuais. Sendo assim, a assistência à saúde no Brasil, além de ser implantada na perspectiva da integralidade, o que incluiria o cuidado no período pré-concepcional, também é um direito, o que evidencia enorme desafio para o SUS na área da saúde sexual e reprodutiva. Trata-se, portanto, do desafio de possibilitar que as mulheres, em especial as que planejam engravidar, saibam que existe o cuidado pré-concepcional e que elas possam identificar os serviços de saúde como espaço para buscá-lo e, por fim, consigam acessá-lo.

Em contextos de escassa atenção ao período pré-concepcional, parece que a oferta desse cuidado limita-se à atuação isolada do trabalhador de saúde, ou seja, independe da estrutura oferecida pelo serviço ou pelas redes de atenção. Mesmo considerando que, na maioria dos países, o cuidado pré-concepcional não se tornou parte da prática rotineira dos serviços de saúde, a literatura mostra que mulheres que passam por aconselhamento com trabalhadores de saúde no período pré-concepcional são mais propensas a adotar medidas para iniciar a gravidez de forma mais saudável (Hussein, Kai, Qureshi, 2016; Stephenson et al., 2014).

A literatura mostra que há pouca oferta do cuidado pré-concepcional para mulheres em idade reprodutiva (Davis, Carr, La, 2008; Guess et al., 2017; Kassa, Human, Gameda, 2019; Koren, 1997; Miranda et al., 2003; Rodino, Byrne, Sanders, 2017; Tough et al., 2004, 2006; Van Heesch et al., 2006; Van Voorst et al., 2016). Dentre as ações realizadas pelos trabalhadores de saúde, destacam-se:

Suplementação de vitaminas e minerais:

- ✓ Estudos realizados em Porto Rico e no Canadá mostram que de 50% a 57% dos trabalhadores recomendam a suplementação com ácido fólico para mulheres em idade reprodutiva, respectivamente (Koren, 1997; Miranda et al., 2003).
- ✓ Na Austrália, apenas 56% dos trabalhadores prescreveram a suplementação de iodo, 8% realizaram triagem para identificar mulheres com deficiência de iodo e 40% discutiram fontes alimentares de iodo com as mulheres em idade fértil (Guess et al., 2017).

Atuação no uso de tabaco, álcool e outras drogas

- ✓ Estudos realizados no Canadá e na Holanda mostram que de 57% a 80% dos trabalhadores discutiram o uso de álcool, tabaco e outras drogas com mulheres em idade fértil, respectivamente (Tough et al., 2004; Van Heesch et al., 2006).

Atuação na alimentação e nutrição

- ✓ Na Austrália e na Holanda, menos de 40% dos trabalhadores realizam a triagem e atuação em torno de distúrbios alimentares entre mulheres em idade fértil (Van Voorst et al., 2016; Rodino, Byrne, Sanders, 2017).

Atuação em saúde mental

- ✓ No Canadá, 41,5% dos trabalhadores discutiram depressão (Tough et al., 2004) e 48,1% dos médicos e 39,0% dos enfermeiros usaram técnicas motivacionais breves para mulheres, como ações do cuidado pré-concepcional (Davis, Carr, La, 2008).

Atuação no controle e tratamento de condições crônicas

- ✓ Na Holanda, apenas 16% dos trabalhadores relataram considerar as condições crônicas no contexto do cuidado pré-concepcional (Van Voorst et al., 2016).
- ✓ Na Austrália, apenas 42% dos trabalhadores de saúde recomendaram adiar a gravidez para alcançar o controle do nível glicêmico (Klein et al., 2017).

Outros cuidados, como imunização e prevenção à exposição a fatores de risco no ambiente de trabalho, foram relatados por menos de 40% dos trabalhadores de saúde na Holanda (Van Voorst et al., 2016). Além disso, o levantamento de histórico pessoal e familiar, bem como a identificação de fatores de risco antes da gestação, foram relatados por apenas 41% dos trabalhadores no Canadá (Tough et al., 2006). Estudo recente, realizado na Etiópia, mostrou que a maior parte dos trabalhadores de saúde não ofertavam o cuidado pré-concepcional (85%) (Kassa, Human, Gemed, 2019).

Por último, estudos têm mostrado que os trabalhadores que possuem maior nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional tendem a ofertá-lo mais

frequentemente (Guess et al., 2017; Kassa, Human, Gameda, 2019; Miranda et al., 2003). Não por outro motivo que os estudos mostram que o baixo nível de conhecimento e formação insuficiente sobre o cuidado pré-concepcional constituem razões para a não prestação desse cuidado (Coll et al., 2016; Guess et al., 2017; Heyes, Long, Mathers, 2004; Van Heesch et al., 2006).

1.3 CONHECIMENTO E ATITUDES DE TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

Considerando que o baixo nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde é uma das razões para a não prestação desse cuidado (Coll et al., 2016; Guess et al., 2017; Heyes, Long, Mathers, 2004; Kassa, Human, Gameda, 2019; Van Heesch et al., 2006) e que há associação entre o conhecimento e a oferta de cuidados de saúde, o que inclui o cuidado pré-concepcional (Guess et al., 2017; Kassa, Human, Gameda, 2019; Miranda et al., 2003), é importante considerar o conhecimento como um elemento importante que pode atuar na ampliação da oferta do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, na ampliação da realização do cuidado pré-concepcional por mulheres e casais.

Estudos conduzidos em países de alta renda, como Austrália, Estados Unidos e Canadá, bem como em outros países como Israel, Índia e Egito, observaram baixo nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde (Abu-Hammad et al., 2008; Aggarwal et al., 2010; Conway, Mason, Hu, 1994; Conway et al., 1995; Guess et al., 2017; Kassa, Human, Gameda, 2018; Koren, 1997; Miranda et al., 2003; Rodino, Byrne, Sanders, 2017), sobretudo em relação à suplementação de ácido fólico (Abu-Hammad et al., 2008; Aggarwal et al., 2010; Bekele et al., 2020; Conway et al., 1995; Koren, 1997; Miranda et al., 2003), mas também em relação a algumas ações relacionadas como imunização, controle de doenças crônicas (Conway, Mason, Hu, 1994), suplementação de iodo (Guess et al., 2017) e orientações nutricionais (Rodino, Byrne, Sanders, 2017).

Isso significa que, apesar dos trabalhadores de saúde terem atitudes positivas sobre a temática, ou seja, reconhecerem a importância do cuidado pré-concepcional para melhores resultados maternos e infantis (Aggarwal et al., 2010; Coll et al.,

2016; Guess et al., 2017), a maioria não conhece as ações de saúde (Conway et al., 1995) e os protocolos estabelecidos sobre esse cuidado (Coll et al., 2016).

O baixo nível de conhecimento pode ser reflexo da formação dos trabalhadores de saúde em torno desse tópico. Estudos mostram que os trabalhadores de saúde relataram não ter tido formação suficiente em relação ao cuidado pré-concepcional (Miranda et al., 2003; Van Voorst et al., 2016), não se sentirem satisfeitos com a formação recebida sobre esse tema (Rodino, Byrne, Sanders, 2017) e reconhecerem a necessidade de maior formação acerca dessa prática de saúde (Canady, Tiedje, Lauber, 2008). Há estudos que avaliam o conhecimento acerca desse cuidado entre estudantes de medicina (Conway et al., 1995; Delgado, 2008) que mostraram que sabiam que o uso de cigarros e álcool causava malefícios para o desenvolvimento fetal, mas não apresentaram o mesmo nível de conhecimento em relação ao uso do ácido fólico como prevenção dos defeitos de tubo neural (Delgado, 2008). Em contrapartida, estudo realizado na Etiópia mostrou que os trabalhadores de saúde que possuíam mais conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional foram aqueles que tiveram treinamento específico (Bekele et al., 2020).

Na literatura, estudos que avaliaram o impacto de curso de atualização sobre o cuidado pré-concepcional entre médicos residentes (Delgado, 2013; Spagnoletti et al., 2008) mostraram que há aumento do nível de conhecimento sobre o mesmo e que os trabalhadores de saúde sentem-se significativamente mais preparados para a oferta desse cuidado. Todo esse contexto leva a crer que o conhecimento é requisito fundamental para a oferta do cuidado pré-concepcional, embora outros elementos também sejam essenciais para que essa ação ocorra, como a presença de diretrizes clínicas e políticas públicas.

Diante disso, há a necessidade de esforços adicionais para que o tópico esteja incluído na grade curricular de formação básica e continuada de trabalhadores de saúde para a adequada assistência a mulheres e homens em idade fértil.

1.4 INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

Tendo em vista a importância do cuidado pré-concepcional para a saúde materna e infantil, o baixo nível de conhecimento sobre o tópico entre trabalhadores de saúde (Guess et al., 2017; Rodino, Byrne, Sanders., 2017) e sua oferta insuficiente nos serviços de saúde da atenção primária (Guess et al., 2017; Rodino, Byrne, Sanders, 2017; Van Voorst et al., 2016), há a necessidade de se investir na formação dos trabalhadores de saúde para subsidiar a oferta adequada do cuidado pré-concepcional.

Sem excluir a necessidade de políticas públicas e programas específicos para fomentar a oferta do cuidado pré-concepcional na atenção primária à saúde, optou-se, neste estudo, por abordar o conhecimento dos trabalhadores de saúde como um dos elementos fundamentais para a oferta desse cuidado. Isso porque os trabalhadores de saúde, em diferentes cargos e com diferentes governabilidades, podem transformar a realidade, planejando sua prática assistencial, exigindo melhores condições de trabalho para atender as necessidades de saúde da população adscrita, construindo/fortalecendo políticas públicas e reestruturando os serviços de saúde.

No que concerne à formação dos trabalhadores de saúde, é necessário que o cuidado pré-concepcional seja contemplado na grade curricular dos cursos de graduação de medicina e enfermagem, ao menos, uma vez que consiste em uma ação importante de promoção de saúde e prevenção de doenças a ser ofertado na atenção primária à saúde. Da mesma forma, é necessário considerar também a necessidade de contemplar esse conteúdo durante a formação em nível de pós-graduação, como residências e especializações.

Entre trabalhadores que já atuam na esfera da atenção básica em saúde, é preciso proporcionar formação sobre cuidado pré-concepcional, que é o foco deste trabalho. Alguns estudos que avaliaram o impacto de cursos e capacitações sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde e estudantes dos cursos da saúde mostraram que houve aumento do nível de conhecimento sobre o tema (Delgado, 2013; Hauser, Lilly, Frías, 2004; Spagnoletti et al., 2008) e da oferta desse cuidado (Egen, Hasford, 2003; Hauser, Lilly, Frías, 2004), o que pode ser explicado

pelo fato deles terem se sentido mais preparados para o cuidado em saúde pré-concepcional (Cullum; 2003).

Uma busca bibliográfica com objetivo de encontrar estudos sobre o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde e na realização de ações do cuidado pré-concepcional foi realizada em junho de 2016, tendo sido atualizada em junho de 2020, partindo da seguinte pergunta norteadora: qual o efeito de uma intervenção educativa sobre o cuidado pré-concepcional no conhecimento, nas atitudes e na prática de trabalhadores de saúde?. Foram consultadas as bases de dados CINAHL, EMBASE, ERIC, SCOPUS, PSYCINFO, LILACS e PUBMED/MEDLINE. Essas bases foram escolhidas por contarem com vários periódicos que trabalham temas relacionados à educação e à saúde materna e infantil. A estratégia de busca está descrita no Quadro 3.

Quadro 3 - Estratégia de busca nas bases de dados, São Paulo, 2020.

Estratégia de busca	
LILACS	("Cuidado Pré-Concepcional" AND "Pessoal de Saúde")
PSYCINFO	("preconception care" OR "preconception care")
PUBMED/MEDLINE	("preconception care"[MeSH Terms]) AND ("health personnel"[MeSH Terms]) AND (education[MeSH Terms])
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ("preconception care")) AND (TITLE-ABS-KEY ("health personnel" OR "health professional")) AND (TITLE-ABS-KEY ("educational intervention" OR training))
CINAHL	((MH "Pregnancy Care") OR TI ('preconception care' or 'pre-pregnancy care' or 'pregnancy care') OR AB ('preconception care' or 'pre-pregnancy care' or 'pregnancy care')) AND (MH "Health Personnel") OR TI ("health personnel" or "health professional") OR AB ("health personnel" or "health professional")) OR "pregnancy care education"
EMBASE	('pregnancy care'/exp OR 'pregnancy care' OR 'preconceptional care') AND ('health care personnel'/exp OR 'health professional') AND [embase]/lim AND 'education'/exp
ERIC	("pregnancy care" OR "preconception care")

Foram incluídos todos os estudos que desenvolveram intervenções sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde. Os artigos encontrados sobre estudos do tipo intervenção totalizaram seis estudos, sendo cinco conduzidos nos Estados Unidos e um na Alemanha. As estratégias da intervenção foram variadas, como a publicação de artigos, cursos, palestras, promoção de reuniões entre trabalhadores para a discussão do tema, envio de boletins *online*, envio de

folhetos para o uso dos trabalhadores, envio de cartas educativas, disseminação de informações por meios de comunicação em massa, visitas com orientações a farmácias e folhetos para que os trabalhadores entregassem às mulheres e, por fim, envio de protocolos clínicos para nortear a prática de trabalhadores de saúde. As intervenções tiveram como enfoque a suplementação de ácido fólico, a atuação nas condições crônicas e infectocontagiosas, nutrição, aconselhamento genético, ações de prevenção de violência e abuso (Cullum, 2003; Delgado, 2013; Egen, Hasford, 2003; Hauser, Lilly, Frías, 2004; Spagnoletti et al., 2008; Kvach, Marcus, Loomis, 2018). Importante ressaltar que nenhum dos estudos mencionou o referencial pedagógico que guiou a elaboração e condução da intervenção nem se houve grupo controle para comparação dos achados. A descrição desses estudos encontra-se no Quadro 4.

Quadro 4 - Descrição de artigos da revisão da literatura que exploram intervenções sobre o cuidado pré-concepcional entre profissionais de saúde e estudantes de cursos de saúde.

continua

Autores/Ano/Periódico	Responsáveis	Tipo de estudo	Participantes	Intervenção	Principais resultados
(Cullum AS, 2003) Estados Unidos Changing Provider Practices to Enhance Preconceptional Wellness. Clinical Issues. Volume 32, Issue 4, July 2003, Pages 543-549	Programa da Califórnia, Carolina do Norte e Carolina do Sul.	Estudo quantitativo, do tipo transversal.	187 profissionais da atenção primária à saúde.	Foram realizadas duas atividades: 1) realização de uma revisão, com metanálise, da literatura sobre os cuidados pré-conceituais; 2) construção e distribuição para os profissionais da atenção primária à saúde um pacote de marketing intitulado: "Every Woman, Every Time" para promover a adoção do cuidado pré-concepcional com base na revisão realizada anteriormente. Além disso, houve apresentações em conferências e reuniões, bem como envio de boletins online e por correio para os profissionais.	As respostas de 187 profissionais mostraram que 75% dos profissionais indicaram que o material alteraria a prática da oferta do cuidado pré-concepcional; 62% dos profissionais indicaram que a informação no material era muito útil, 80% dos profissionais indicaram distribuiriam os folhetos para os pacientes, e 77% dos profissionais indicaram que as apresentações orais foram muito úteis.
(Cullum AS, 2003) Estados Unidos Changing Provider Practices to Enhance Preconceptional Wellness. Clinical Issues. Volume 32, Issue 4, July 2003, Pages 543-549	Programa da Califórnia, Carolina do Norte e Carolina do Sul.	Estudo quantitativo, do tipo transversal.	7.500 médicos (obstetras, ginecologistas e médicos da família), obstetras e enfermeiras.	A intervenção se concentrou no ácido fólico. Foi desenvolvida e enviada uma brochura intitulada "Not All Habits Are Bad" para todos os profissionais. O folheto introduziu a ideia de que todas as mulheres, independentemente da intenção de engravidar, se beneficiariam com a ingestão de nutrientes e que isso poderia ser conseguido através da promoção de novos hábitos de saúde, por exemplo, tomar multivitamínico diariamente. Posteriormente, representantes de grupos profissionais de todo o estado foram convocados para refletir sobre como motivar os profissionais de forma eficaz e eficiente para a realização dessa prática de saúde. Eles recomendaram que fosse desenvolvida e ofertada uma ação de educação continuada sobre o tema. Um programa impresso de educação continuada foi enviado em envelopes para os profissionais. O programa é intitulado: "Not All Habits Are Bad".	O Comitê de Educação Profissional da Carolina do Norte reconheceu que a mudança da prática sobre o cuidado pré-concepcional exigiria mais do que a aquisição de conhecimento. O comitê construiu uma série de estratégias de suporte com o propósito de mudar a prática em relação ao cuidado pré-concepcional, são elas: 1) envio de um instrumento de implementação da prática chamada Women's Wellness Rx, que tem sido popular entre os profissionais de saúde; 2) os profissionais receberam dois cartões-postais de acompanhamento, lembrando-os de encorajar as mulheres a tomar o ácido fólico.
(Egen V, Hasford J, 2003)	Pesquisadores do estudo.	Estudo quantitativo, do tipo longitudinal.	27 médicos, 21	Envio de cartas para ginecologistas. Visitas, orientações e entrega de	Antes da intervenção, 38% dos ginecologistas e 38% dos

<p>Alemana</p> <p>Prevention of neural tube defects: effect of an intervention aimed at implementing the official recommendations. <i>Soz Praventivmed.</i> 2003;48(1):24-32.</p>			<p>farmacêuticos e 112 mulheres.</p>	<p>material para os farmacêuticos. Disseminação de informações por meios de comunicação em massa.</p>	<p>farmacêuticos recomendaram a profilaxia em comparação com 74% e 43% depois. Antes da intervenção, 3,8% das mulheres tomaram ácido fólico em comparação com 9,3% depois.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 4 - Descrição de artigos da revisão da literatura que exploram intervenções sobre o cuidado pré-concepcional entre profissionais de saúde e estudantes de cursos de saúde.

continuação					
Autores/Ano/Periódico	Responsáveis	Tipo de estudo	Participantes	Principais resultados	Intervenção
(Spagnoletti CL, Sanders AM, McGee JB, Bost JE, McNeil MA, 2008) Estados Unidos Teaching internal medicine residents to care for reproductive-age and pregnant women: an effective Web-based curriculum. Teach Learn Med. 2008 Apr-Jun;20(2):186-92.	Escola de Medicina da Universidade de Pittsburgh.	Estudo quantitativo, do tipo longitudinal.	68 residentes.	Aqueles que completaram o curso sentiram-se mais preparados para aconselhar e / ou gerenciar problemas do que aqueles que não fizeram. O conforto em atender mulheres grávidas e mulheres em idade reprodutiva foi positivamente associada ao número de módulos concluídos. Entre os que relataram melhorias, a maioria (82%) atribuiu essa melhora a finalização de um ou mais módulos, enquanto 30% atribuiu a leitura autodirigida sobre os tópicos e 30% às aulas recebidas sobre os temas. Os resultados dos testes mostraram melhoria do conhecimento em relação ao cuidado pré-concepcional, passando de 62% a 80% de acertos.	Foi desenvolvido um currículo online que englobou as áreas de aconselhamento pré-concepcional, avaliação da infertilidade e gerenciamento de condições médicas durante a gravidez. O objetivo do currículo era melhorar o conhecimento dos residentes e o nível de conforto para cuidar das mulheres grávidas e mulheres em idade reprodutiva.
(Delgado C, 2013) Estados Unidos Pregnancy 101: a call for reproductive and prenatal health education in college. Matern Child Health J. 2013 Feb;17(2):240-7.	Departamento de Psicologia da Universidade de Miami.	Estudo quantitativo, do tipo longitudinal.	121 alunos de psicologia, educação e biologia.	A percepção dos alunos sobre os fatores positivos e negativos que podem afetar a gravidez aumentou de 13%, no início do curso, para 93% no final do curso. O conhecimento dos alunos sobre a informação relacionada ao curso melhorou em quase todas as áreas avaliadas. A pontuação média entre estudantes aumentou de 67% para 90%. Os resultados da avaliação do curso indicaram que mais de 94% dos alunos reconheceram que o curso era benéfico e informativo.	Foi construído e ofertado um curso intitulado "Preconception Health and Prenatal Development Matern Child Health".
(Kvach E, Marcus H, Loomis L, 2018) Estados Unidos Evaluation of Resident and Faculty Performance in Routinely Addressing Unmet Reproductive Health Needs in a Teaching Health Center Fam Med. 2018; 50 (4): 291-295.	Pesquisadores do estudo.	Estudo quantitativo, do tipo longitudinal.	10 residentes e 12 médicos assistentes e enfermeiros da família.	Residentes e trabalhadores aumentaram suas taxas de atendimento das necessidades reprodutivas não atendidas (cuidado pré-concepcional e atenção em contracepção) de 47% (residentes) e 48% (trabalhadores de saúde) em abril para 66% (residentes) e 67% (trabalhadores de saúde) em julho de 2015.	Revisão dos prontuários das pacientes (mulheres de 12 a 45 anos) para avaliar a taxa de atendimento das necessidades de saúde não atendidas (cuidado pré-concepcional e atenção em contracepção) não atendidas (cuidado pré-concepcional e atenção em contracepção). O feedback de desempenho dos residentes e trabalhadores de saúde foram enviados a eles mensalmente.

conclusão

Este estudo toma como perspectiva a necessidade de formação dos trabalhadores de saúde da atenção primária sobre o cuidado pré-concepcional, o que vai ao encontro de uma das premissas do SUS, que é justamente a formação dos trabalhadores de saúde, inscrita na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A Portaria GM/MS n.º 198 instituiu em 2004 a PNEPS, que é uma estratégia que pretende promover transformações nas práticas de trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho (Brasil, 2004, 2009b).

A educação permanente em saúde é pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, para a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde. De acordo com essa concepção, para que a aprendizagem seja significativa, é preciso partir dos elementos da prática dos sujeitos, bem como proporcionar reflexões críticas sobre as práticas realizadas para que haja o enfrentamento e a resolução dos problemas (Freire, 1988, 1997). Ou seja, ao trabalhar com foco na educação permanente dos trabalhadores da atenção primária à saúde sobre o cuidado pré-concepcional, é esperado que a prática seja alterada.

Sabendo que o cuidado pré-concepcional é um cuidado necessário a ser ofertado na atenção primária à saúde, pois tem influência nas taxas de mortalidade materna e infantil, e potencialidade dos trabalhadores de saúde na prestação desse cuidado, considera-se, neste estudo, a formação dos trabalhadores de saúde com base na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire como um dos elementos fundamentais para a oferta desse cuidado. É nesse contexto que o estudo foi elaborado com o objetivo de avaliar se uma intervenção educativa sobre o cuidado pré-concepcional voltada aos trabalhadores da saúde dos serviços de atenção primária tem efeito sobre o conhecimento e atitude que eles têm sobre o tema e a oferta desse cuidado. Considerando que o cuidado pré-concepcional é um cuidado de saúde incipiente no contexto brasileiro e que, por esse motivo, o efeito da intervenção educativa pode não alcançar o efeito desejado, este estudo também foi elaborado com o objetivo de entender como o cuidado pré-concepcional é e pode ser ofertado na atenção primária a saúde.

2 hipótese

2 HIPÓTESE

A hipótese deste estudo é que uma intervenção educativa sobre o cuidado pré-concepcional para trabalhadores de saúde da atenção primária (médicos e enfermeiros) está associada ao aumento do nível de conhecimento, à mudança das atitudes e à ampliação da realização de algumas ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional, que são a avaliação da intenção de engravidar de mulheres em idade fértil; a divulgação do cuidado pré-concepcional; o aconselhamento pré-concepcional e a prescrição e dispensação de ácido fólico.

3 objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

- Avaliar o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento, nas atitudes e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária.
- Compreender a forma como o cuidado pré-concepcional é e pode ser ofertado por trabalhadores de saúde da atenção primária.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar o nível de conhecimento dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado pré-concepcional antes e após a intervenção;
- Comparar as atitudes dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado pré-concepcional antes e após a intervenção;
- Comparar a realização, antes e após a intervenção, das seguintes ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional: avaliação da intenção de engravidar de mulheres em idade fértil, divulgação do cuidado pré-concepcional, aconselhamento pré-concepcional, prescrição e dispensação de ácido fólico;

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, ou seja, foi realizada a coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa (Creswell, Hirose, 2019), com a estratégia de incorporação concomitante, isso é, os dados quantitativos e qualitativos foram coletados concomitantemente (Santos et al., 2017). É preciso destacar que o método quantitativo é o método principal, tendo os dados qualitativos sido incorporados para compreender a análise dos dados quantitativos (Santos et al., 2017). A escolha por esse desenho de estudo justifica-se pelo fato que ambas abordagens – quantitativa e qualitativa – possuem características diferentes e, assim, se complementam na apresentação de resultados, ou seja, a interação entre as duas abordagens fornece melhores possibilidades analíticas do fenômeno (Creswell, Hirose, 2019).

O estudo quantitativo constituiu-se em um ensaio comunitário randomizado, controlado e não cego, útil para testar a efetividade de uma intervenção (Cunha, 2013, 2015) (Quadro 5). Foram seguidas as diretrizes do CONSORT (Anexo 1) (Campbell et al., 2010), tendo sido aplicados instrumentos estruturados antes e após a intervenção para avaliar o conhecimento, atitudes e realização de ações do cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde.

Por sua vez, o estudo qualitativo constituiu-se em uma investigação narrativa que envolveu relatos de indivíduos sobre experiências vividas (Driessnack, Sousa, Mendes, 2017; Mello, Murphy, Clandinin, 2016) (Quadro 5). A abordagem qualitativa possibilitou revelar a experiência da oferta do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde, permitindo a compreensão da forma de como o cuidado pré-concepcional é e pode ser ofertado por trabalhadores de saúde da atenção primária.

Quadro 5 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo. São Paulo, 2020.

Desenho do estudo	Métodos mistos com a estratégia de incorporação concomitante	
	Estudo Quantitativo	Estudo Qualitativo
	Ensaio Comunitário	Investigação Narrativa
Objetivos	Avaliar o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento, nas atitudes e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária.	Entender a forma como o cuidado pré-concepcional é e pode ser ofertado por trabalhadores de saúde da atenção primária.
Coleta de dados	Instrumento auto-preenchido e entrevista face a face antes e após a intervenção educativa.	Grupo focal.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi conduzido em UBS da zona leste do município de São Paulo, Estado de São Paulo, na Coordenadoria Regional de Saúde – CRS Leste (além da Leste, há CRS Centro, Oeste, Norte, Sudeste e Sul).

O município de São Paulo possuía, em janeiro de 2019 (ano de início da coleta de dados), 468 UBS, sendo 117 pela CRS Leste, nos seguintes distritos: Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Ponte Rasa, Lajeado, Vila Curuçá, Cidade Líder, Guaianazes, Itaim Paulista, Itaquera, José Bonifácio, Parque do Carmo, Iguatemi, São Mateus, São Rafael, Jardim Helena, São Miguel e Vila Jacuí (São Paulo, 2020). As UBS da CRS Leste são gerenciadas por diferentes Organizações Sociais, a saber: SECONCI (UBS do Ermelino Matarazzo e da Ponte Rasa); Santa Marcelina (UBS do Itaim Paulista, Vila Curuçá, Cidade Tiradentes, Guaianases, Penha, Aricanduva, Ermelino Matarazzo, Itaquera e Lajeado); e SPDM (UBS de São Mateus, Iguatemi e São Rafael).

O estudo foi realizado em UBS da zona leste gerenciada pela Organização Social Santa Marcelina, com Estratégia Saúde da Família, especificamente do

distrito do Itaim Paulista, conforme Figura 1. No Itaim Paulista, a Organização Social Santa Marcelina gerencia 12 UBS, sendo 10 com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que são a UBS Cidade Kemel, UBS Dom João Nery, UBS Parque Jaraguá, UBS Jardim Campos, UBS Jardim Indaiá, UBS Jardim Robru II, UBS Jardim Silva Telles, UBS Parque Santa Rita, UBS Vila Curuçá e UBS Vila Nova Curuçá.

Figura 1 - Mapa do município de São Paulo com a localização da CRS Leste e do distrito do Itaim Paulista da zona leste da cidade de São Paulo. São Paulo, 2020.



Fonte: São Paulo, 2016.

A escolha do local de pesquisa deu-se pelo fato que a população atendida pelas UBS da zona leste da cidade de São Paulo caracteriza-se por apresentar menor número de empregos formais, maiores taxas de desemprego, maiores índices de homicídios juvenis, poucos centros culturais, altas taxas de mortalidade materna e infantil, altas taxas de gravidez na adolescência e baixos índices de desenvolvimento humano (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010; Bonilha et al., 2015; Rede Nossa São Paulo, 2017). Assim, é uma região que se beneficiará com a promoção de gravidezes saudáveis e, conseqüentemente, de melhores resultados na promoção da saúde materna e infantil. Além disso, outras pesquisas do grupo de pesquisa NEPESC já foram realizadas nesse mesmo local, o que facilitou a entrada da pesquisadora em campo e o desenvolvimento do estudo.

Considerando os resultados alcançados por estudo que objetivou reduzir o número de prescrições inadequadas de antibióticos em pacientes pediátricos por

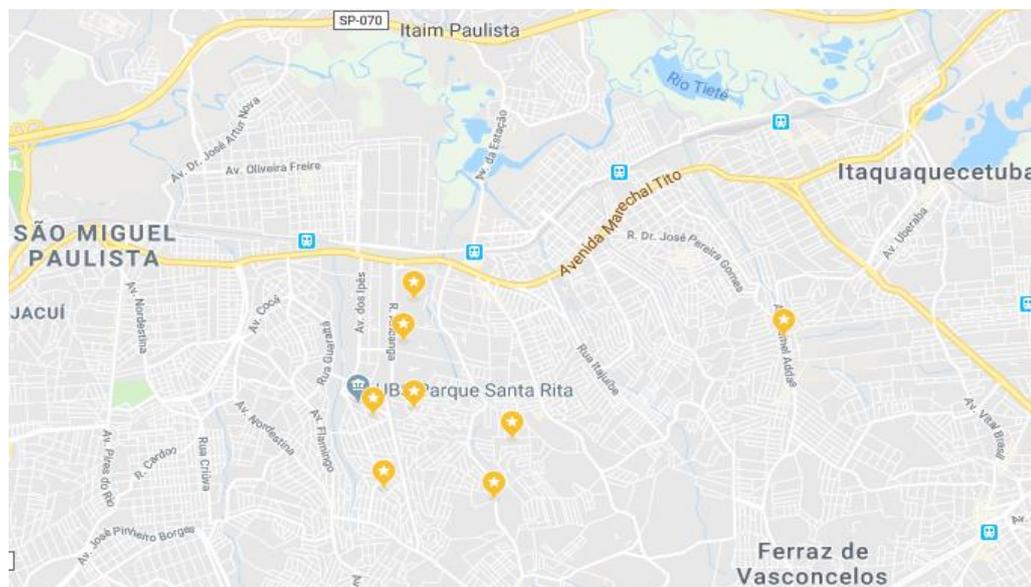
meio de um programa educativo para trabalhadores de saúde de hospitais na China (houve diminuição da taxa de prescrição de 82% para 40% no grupo intervenção e de 75% para 70% no grupo controle) (Wei et al., 2017), foi realizado cálculo amostral com modelo de análise de variância (ANOVA - modelo de comparações de média para medidas repetidas), poder de teste de 95% e erro tipo I de 5%, e o resultado mostrou que o valor da amostra deveria ser de, no mínimo, oito unidades amostrais - UBS (quatro UBS do grupo intervenção e quatro UBS do grupo controle).

As UBS foram alocadas aleatoriamente em UBS do grupo intervenção (que receberam a intervenção durante a pesquisa) e UBS do grupo controle. Foram listadas todas as UBS e sorteadas quatro UBS do grupo intervenção e quatro UBS do grupo controle. Essa etapa foi realizada por indivíduo alheio ao estudo. As UBS sorteadas, estão descritas no Quadro 6 e sua distribuição geográfica no Itaim Paulista está apresentada na Figura 2.

Quadro 6 - Descrição das UBS do distrito de Itaim Paulista sorteadas para o estudo de acordo com o número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). São Paulo, 2020.

GRUPO INTERVENÇÃO		GRUPO CONTROLE	
UBS	N.º de equipes da Estratégia Saúde da Família	UBS	N.º de equipes da Estratégia Saúde da Família
UBS 1	6 equipes	UBS 5	5 equipes
UBS 2	4 equipes	UBS 6	5 equipes
UBS 3	6 equipes	UBS 7	4 equipes
UBS 4	4 equipes	UBS 8	6 equipes
TOTAL	20 equipes	TOTAL	20 equipes

Figura 2 - Mapa do distrito de Itaim Paulista com a localização das UBS sorteadas para o estudo. São Paulo, 2020.



Fonte: Google Maps.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi composta por trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) e por mulheres em idade fértil, ou seja, de 18 a 49 anos de idade.

A população de trabalhadores de saúde foi composta por aqueles que atuam no nível da atenção primária à saúde, nas equipes de saúde da família e que fossem de nível superior, especificamente médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Foram convidados a participar do estudo todos os trabalhadores dessas categorias atuantes nas UBS estudadas. A escolha por entrevistar médicos e enfermeiros justifica-se pela intenção em avaliar o conhecimento e atitudes sobre o cuidado pré-concepcional e identificar orientações e prescrições do cuidado pré-concepcional realizadas por eles. Eles foram divididos em trabalhadores de saúde do grupo intervenção (os que participaram da intervenção) e trabalhadores de saúde do grupo controle (os que não participaram da intervenção). A escolha por entrevistar farmacêuticos deu-se pela intenção de contabilizar o número de comprimidos e frascos de ácido fólico dispensados pela UBS do grupo intervenção e do grupo controle.

A população de mulheres em idade fértil foi composta por usuárias das UBS, entre 18 e 49 anos de idade e que frequentavam a UBS mensalmente, isso é, os critérios de inclusão foram ter entre 18 e 49 anos, ser usuária da UBS e frequentar mensalmente a UBS (cada mulher abordada foi questionada sobre a frequência à UBS, independentemente da razão para as idas à UBS). A escolha por entrevistar mulheres em idade fértil justifica-se para identificar orientações e prescrições do cuidado pré-concepcional recebidas e, assim, avaliar a realização de ações do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde antes e após a intervenção. Tomando como parâmetro os resultados alcançados em estudo que mostrou que 16,0% das mulheres realizaram alguma medida do preparo pré-concepcional (Borges et al., 2016), propondo aumento para 30%, poder de teste de 95% e erro tipo I de 5%, o cálculo amostral mostrou que seria necessário entrevistar, no mínimo, 226 mulheres antes da intervenção (113 das UBS do grupo intervenção e 113 das UBS do grupo intervenção) e 226 após (113 das UBS do grupo intervenção e 113 das UBS do grupo intervenção), totalizando 452 mulheres. As mulheres entrevistadas antes da intervenção educativa são diferentes das mulheres entrevistadas após a intervenção educativa.

4.4 COLETA DOS DADOS

4.4.1 Dados quantitativos

Os dados quantitativos foram coletados antes e após a intervenção. A intervenção constituiu-se de uma capacitação sobre o cuidado pré-concepcional. Foi elaborada com base nos cuidados pré-concepcionais preconizados tanto pela OMS quanto pelo MS (Brasil, 2016; WHO, 2012) e conduzida pela própria pesquisadora. O objetivo da intervenção foi propor reflexão e sensibilização sobre o cuidado pré-concepcional. Considerando que as ações de saúde pré-concepcional são amplas e complexas, que são poucos os artigos publicados sobre a oferta desse cuidado no Brasil, que a literatura internacional mostra que há baixo conhecimento e oferta desse cuidado por parte dos trabalhadores de saúde, os conteúdos trabalhados na intervenção foram ações do cuidado pré-concepcional mínimas, mas essenciais. Essas ações seriam o ponto de partida para que, futuramente, o acesso a esse

cuidado seja ampliado no Brasil.

Como etapa de elaboração da intervenção, foi realizado um teste piloto na Escola de Enfermagem da USP para 11 alunos de graduação e pós-graduação, com duração de uma hora. Os participantes avaliaram que a capacitação estava clara e objetiva, mas sugeriram algumas alterações nos slides e que a intervenção fosse mais longa, para abordar com profundidade cada tópico. As sugestões foram prontamente acatadas, com exceção da última, pois optou-se por realizar uma intervenção curta, de no máximo uma hora, considerando a rotina e a carga de trabalho dos trabalhadores de saúde, assim como a organização dos serviços de saúde.

Os tópicos abordados foram:

- a) definição do cuidado pré-concepcional;
- b) o cuidado pré-concepcional na Lei do Planejamento Familiar;
- c) benefícios do cuidado pré-concepcional;
- d) ações de saúde do cuidado pré-concepcional (identificação do período fértil; aspectos nutricionais como a suplementação de ácido fólico e o IMC; orientação sobre uso de tabaco, álcool e outras drogas; atualização do calendário vacinal; aconselhamento genético; identificação de casos de infertilidade; tratamento e acompanhamento de doenças preexistentes; exposição ambiental; intervalo mínimo entre gestações; prevenção do Zika vírus, questões sociais e psicológicas);
- e) locais e momentos para a oferta do cuidado pré-concepcional;
- f) principais razões pelas quais as mulheres que planejam uma gravidez não se preparam para engravidar.

Esses tópicos foram trabalhados com o auxílio de slides, que podem ser vistos no Apêndice 1. Os dias e horários da intervenção foram combinados com os gestores conforme a organização das UBS. A intervenção foi realizada nas quatro UBS do grupo intervenção (UBS 1, UBS 2, UBS 3 e UBS 4) por meio de um módulo, com duração de uma hora, entre maio e junho de 2019. Foram realizadas durante as reuniões técnicas de cada UBS, em sala de grupo e consultórios, como apoio de um projetor. A intervenção educativa foi avaliada pelos trabalhadores de saúde. Participaram e avaliaram a intervenção 23 trabalhadores de saúde (8 médicos e 15 enfermeiros), conforme mostra o Quadro 7. Os trabalhadores de saúde avaliaram a

intervenção como objetiva (100,0%), clara (100,0%) e que mudaria a prática clínica (91,6%).

Após a finalização da coleta de dados, a intervenção educativa foi também realizada com os trabalhadores de saúde das UBS do grupo controle em janeiro de 2020.

Quadro 7 - Realização da intervenção educativa sobre o cuidado pré-concepcional para trabalhadores de saúde. São Paulo, 2020.

UBS	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES
UBS 1 (4 equipes)	30/mai Intervenção - 4 trabalhadores participaram Avaliação da intervenção - 4 trabalhadores participaram	Equipe 1 - Não tem médico Equipe 1 - Enfermeira em campanha vacinal na escola Equipe 3 - Não tem médico Equipe 4 - Não tem médico
UBS 2 (4 equipes)	17/jun Intervenção - 6 trabalhadores participaram Avaliação da intervenção - 6 trabalhadores participaram	Equipe 3 - Enfermeira de folga Equipe 3 - Troca de médico
UBS 3 (6 equipes)	11/jun Intervenção - 7 trabalhadores participaram Avaliação da intervenção - 7 trabalhadores participaram	Equipe 3 - Médico em férias Equipe 5 - Médica afastada (atestado) Equipe 6 - Enfermeira afastada (atestado) 2 trabalhadores no acolhimento
UBS 4 (6 equipes)	26/jun Intervenção - 6 trabalhadores participaram Avaliação da intervenção - 6 trabalhadores participaram	Equipe 1 - Não tem enfermeira Equipe 2 - Médica estava em reunião na supervisão 2 trabalhadores em férias 2 trabalhadores no acolhimento

Antes e após a intervenção, os trabalhadores de saúde responderam um instrumento estruturado que tinha como objetivo mensurar o conhecimento e atitudes sobre o cuidado pré-concepcional, assim como sua oferta na rotina da UBS. A intenção foi comparar o conhecimento, a atitude e a realização de algumas ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional antes e após a intervenção.

A mensuração da realização dessas ações pelos trabalhadores de saúde foi realizada por dados coletados dos próprios trabalhadores, das mulheres em idade fértil e pela contagem de dispensação do ácido fólico pelas farmácias das UBS, conforme mostra a Figura 3.

O preenchimento de um instrumento estruturado pelos trabalhadores de saúde foi proposto para se avaliar se eles conheciam e realizaram ações do cuidado pré-concepcional, comparando-se os momentos antes e após a intervenção. A entrevista com mulheres em idade fértil foi proposta para avaliar se receberam algum tipo de cuidado pré-concepcional e se isso se modificou com a intervenção. Por fim, a contagem da dispensação do ácido fólico pelas UBS foi proposta para avaliar se houve aumento da prescrição desse suplemento após a intervenção, considerando os três meses anteriores e três/seis meses posteriores à intervenção.

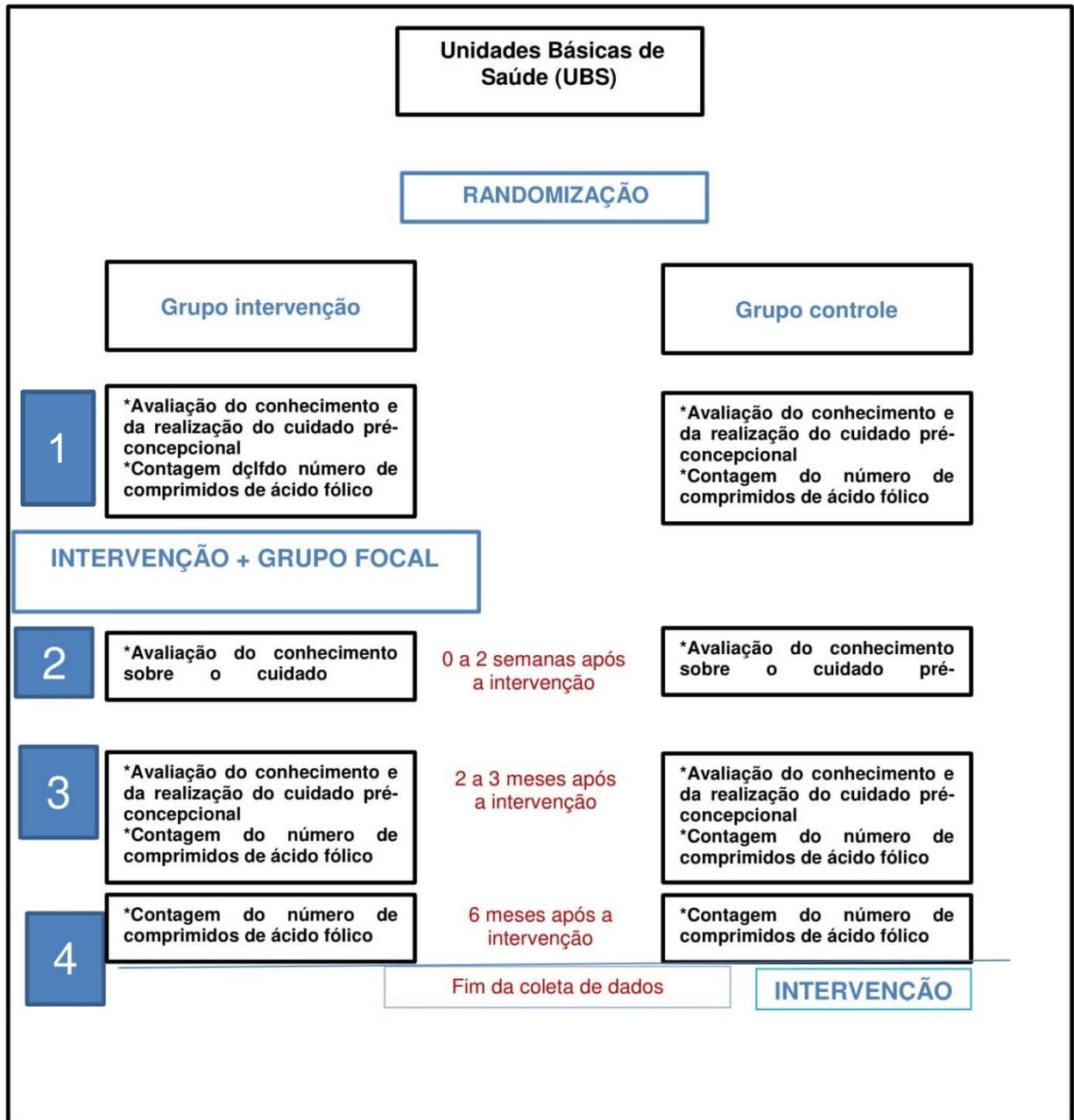
Figura 3 - Estratégias de coleta de dados quantitativos. São Paulo, 2020.



A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento estruturado auto-preenchido pelos trabalhadores de saúde, entrevistas face a face com usuárias e entrevistas face a face com o farmacêutico de cada UBS.

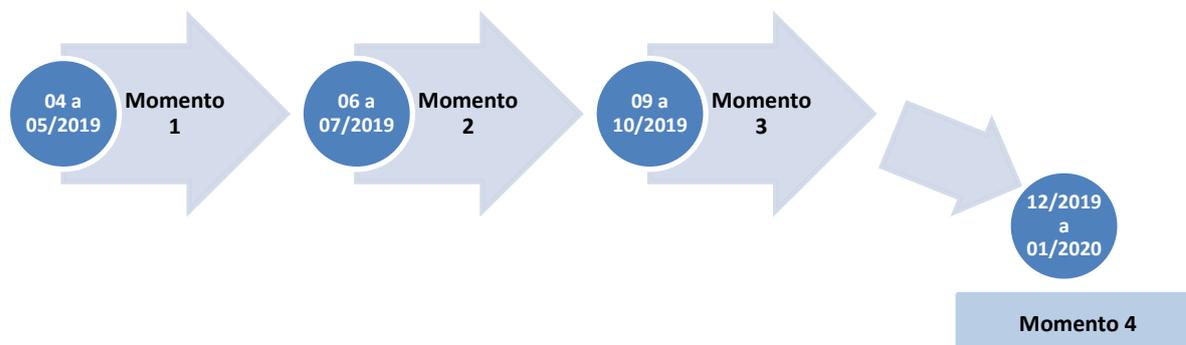
Além disso, conforme mostra a Figura 4, foram coletados dados em quatro Momentos. O Momento 1 refere-se ao período antes da intervenção; os demais (Momento 2, Momento 3 e Momento 4) referem-se ao período após a intervenção. A escolha por avaliar os achados entre dois a três meses após a intervenção está consonante com estudos desse tipo (Silva et al., 2015; Teixeira et al., 2013; Wei et al., 2017).

Figura 4 - Coleta de dados do estudo “Efeito de uma intervenção educativa no conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária e na realização de ações do cuidado pré-concepcional”. São Paulo, 2020.



A coleta de dados foi realizada entre maio de 2019 a janeiro de 2020, conforme mostra a Figura 5.

Figura 5 - Momentos da coleta de dados do estudo de acordo com as datas. São Paulo, 2019.



Momento 1 (antes da intervenção) – foi entregue um instrumento estruturado para avaliar o conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional e outro instrumento estruturado para verificar a realização de ações do cuidado pré-concepcional para todos os médicos e enfermeiros do grupo intervenção e do grupo controle. Foi realizada uma reunião com a gerência das UBS para definir a melhor maneira de abordar os trabalhadores de saúde, a fim de não atrapalhar a rotina da UBS. Em todas as UBS, a pesquisadora foi orientada a se apresentar aos trabalhadores de saúde e aguardar na sala de espera. No intervalo entre as consultas médicas ou de enfermagem, a pesquisadora era chamada nos consultórios, entregava o instrumento estruturado ao trabalhador, aguardava o preenchimento e, logo em seguida, o instrumento era recolhido. Nenhum trabalhador se recusou a participar da pesquisa.

As mulheres usuárias das UBS foram convidadas a participar de uma entrevista face a face, a fim de identificar orientações e prescrições do cuidado pré-concepcional recebidas naquela UBS nos três meses anteriores. A pesquisadora abordou aleatoriamente as mulheres na entrada da UBS, de modo que, a cada cinco mulheres, uma era convidada a participar do estudo. Nessa etapa, nove mulheres se recusaram a participar da pesquisa relatando dor, pressa e não querer responder perguntas.

Por fim, foi realizada a pergunta ao farmacêutico de cada UBS sobre o número de comprimidos de ácido fólico dispensados na farmácia (representando os três meses anteriores à intervenção). O controle da dispensação de ácido fólico foi contabilizado de modo geral, para gestantes e não gestantes.

Momento 2 (após a intervenção) – de zero a duas semanas após a intervenção, foi entregue o instrumento estruturado para avaliar o conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional para médicos e enfermeiros das UBS do grupo intervenção e do grupo controle, da mesma forma que no Momento 1. Nenhum trabalhador recusou-se a participar da pesquisa.

Momento 3 (após a intervenção) – de dois a três meses após o término da intervenção, a coleta de dados foi realizada da mesma forma que no Momento 1. Nessa etapa, seis mulheres se recusaram a participar da pesquisa, relatando não querer responder perguntas. Nenhum trabalhador recusou-se a participar da pesquisa. Além disso, foi realizada a pergunta ao farmacêutico sobre o número de comprimidos de ácido fólico dispensados na farmácia da UBS (representando os três meses posteriores à intervenção). O controle da dispensação de ácido fólico foi contabilizado de modo geral, para gestantes e não gestantes.

Momento 4 (após a intervenção) – seis meses após a intervenção, foi realizada entrevista com o farmacêutico sobre o número de comprimidos de ácido fólico dispensados na farmácia da UBS (representando os seis meses posteriores a intervenção). O controle da dispensação de ácido fólico foi contabilizado de modo geral, para gestantes e não gestantes.

É importante ressaltar que foram os mesmos trabalhadores que participaram antes e após da intervenção e que durante toda a coleta de dados, observou-se muita rotatividade dos trabalhadores nas equipes da ESF: houve 16 trabalhadores afastados, 19 em férias, 11 desligamentos/substituições e 12 equipes incompletas (sem trabalhadores de saúde contratados).

4.4.2 Dados qualitativos

Logo após a intervenção educativa, a pesquisadora conduziu um grupo focal como estratégia para proporcionar a reflexão do conjunto de trabalhadores sobre o cuidado pré-concepcional. Foram conduzidos quatro grupos focais, um em cada UBS do grupo intervenção. A técnica de grupo focal permitiu a interação entre os

participantes por meio da discussão focada em tópicos direcionados (Chiesa, Ciampone, 1999; Mazza, Melo, Chiesa, 2009), que foram quatro perguntas norteadoras:

1. Fale de uma experiência sobre o cuidado pré-concepcional.
2. Como é ofertado o cuidado pré-concepcional nessa UBS?
3. Quais as facilidades e dificuldades encontradas para a oferta do cuidado pré-concepcional?
4. Como organizar ou reorganizar a atenção pré-concepcional nessa UBS?

Logo após o término da intervenção educativa, os trabalhadores foram convidados a participar do grupo focal, que foi realizado nesse mesmo dia. O convite para a participação na intervenção educativa e no grupo focal foi reforçado pelos gerentes das UBS, que também participaram de ambos momentos (intervenção educativa e grupo focal).

Os grupos focais ocorreram no mesmo ambiente que a intervenção educativa em sala de grupo e consultórios das próprias UBS. A distribuição dos participantes na sala foi no formato de círculo para favorecer a interação entre os trabalhadores de saúde.

Para a realização de grupo focal, é recomendável que o número de participantes seja de 6 a 15 integrantes, de acordo com os objetivos do estudo; o tempo de duração não deve ultrapassar duas horas; o trabalho no grupo requer um coordenador e, no mínimo, um observador (Chiesa, Ciampone, 1999; Mazza, Melo, Chiesa, 2009). Neste estudo, o grupo focal contou com 4 a 7 integrantes, pois esse foi o número de trabalhadores que participaram da intervenção educativa. Além disso, houve apenas uma coordenadora, que também fez o papel de observadora, assim, além de facilitar a interação dos participantes e propiciar o pensar e a troca de experiências no grupo, registrou os acontecimentos no decorrer dos encontros. Embora isso possa ter configurado em limitações do ponto de vista metodológico, é importante ressaltar que a coordenadora do grupo focal é a pesquisadora deste estudo, que tinha claro o objetivo do encontro e o que se esperava dos participantes. A ausência do observador justifica-se pelo número menor de participantes do grupo focal.

Os encontros foram conduzidos por meio da apresentação dos participantes,

intervenção educativa, desenvolvimento do grupo focal e encerramento. A apresentação da pesquisadora e dos participantes durou cinco minutos; a intervenção educativa durou, em média, 40 minutos, com apresentação dos objetivos do trabalho e a exposição dialogada sobre o cuidado pré-concepcional. O desenvolvimento do grupo focal teve duração de, aproximadamente, 30 minutos. No encerramento, que durou cinco minutos, a coordenadora realizou a síntese das discussões e fez esclarecimentos sobre aspectos do cuidado pré-concepcional desconhecidos pelos trabalhadores de saúde. Dessa forma, os encontros tiveram duração média aproximada de 1 hora e 20 minutos. As falas dos trabalhadores de saúde durante o grupo focal foram gravadas com um gravador digital, mas o grupo não foi filmado, para não interferir na espontaneidade dos participantes e para não expor a constrangimentos de se sentirem avaliados.

4.5 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram elaborados pela pesquisadora com base nos cuidados preconizados pela OMS e pelo MS (Brasil, 2016; WHO, 2012). Os instrumentos são semiestruturados com perguntas fechadas e foram pré-testados. O pré-teste foi realizado por e-mail com médicos e enfermeiros que atuam ou já atuaram na atenção básica e eram do círculo pessoal da pesquisadora, portanto, não relacionados à UBS participantes do estudo. Participaram do pré-teste 16 trabalhadores de saúde e, a partir dos resultados, foram alteradas três afirmativas que tinham como finalidade mensurar o conhecimento sobre cuidado pré-concepcional, pois eram negativas e poderiam confundir os respondentes.

O pré-teste com as mulheres foi realizado na UBS Cidade Kemel, com dez mulheres no mês de março de 2019. Não houve alteração do instrumento após o pré-teste, pois as mulheres entenderam e responderam todas as questões. Assim, as entrevistas conduzidas como pré-teste foram incluídas no estudo.

4.5.1 Instrumento usado com trabalhadores de saúde

O Instrumento utilizado entre os trabalhadores de saúde (Apêndice 2) é composto por quatro partes:

Parte 1 – As perguntas versam sobre as características pessoais, educacionais e da experiência profissional, como idade, sexo, formação educativa, cargo de atuação na atenção primária e tempo de prática assistencial.

Parte 2 – As perguntas são sobre o conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional. Foram elaboradas treze afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional com possibilidades de respostas certo, errado e não sei, das quais oito são verdadeiras e cinco são falsas (Quadro 8).

Quadro 8 - Afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional para avaliação do conhecimento entre trabalhadores de saúde. São Paulo, 2019.

AFIRMATIVAS
A suplementação de ácido fólico no período pré-concepcional é recomendada para a prevenção de defeitos do tubo neural - verdadeira (Brasil, 2016)
As mulheres que planejam engravidar devem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos, três semanas antes de engravidar - falsa, pois é indicada a suplementação 1 mês antes de engravidar (Brasil, 2016)
A dose única diária de ácido fólico recomendada pelo Ministério da Saúde é de 0,4 mg para ser ingerido no período pré-concepcional por mulheres - verdadeira (Brasil, 2016)
Para mulheres com risco elevado de dar à luz a criança com defeito do tubo neural, a dose única diária de ácido fólico recomendada é de 0,10 mg para ser ingerido no período pré-concepcional - falsa, a dose para esses casos é de 4 mg (Brasil, 2016)
Mulheres com IMC muito baixo ou muito alto devem ser orientadas a alcançarem a faixa de IMC ideal antes da concepção - verdadeira (Brasil, 2016)
A realização do cuidado pré-concepcional contribui para a redução da mortalidade neonatal - verdadeira (WHO, 2012)
A infecção por rubéola em uma mulher grávida pode causar surdez em fetos expostos no útero - verdadeira (Brasil, 2016)
Mulher com menos de 30 anos e com seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção, está em um quadro de infertilidade - falsa, para mulheres com menos de 30 anos, é necessário que tenha mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção (Brasil, 2016)
O cuidado pré-concepcional prevê ações para a diminuição ou cessação do uso de tabaco antes da concepção - verdadeira (Brasil, 2016)
A depressão no período anterior à concepção pode causar nascimento prematuro - verdadeira (WHO, 2012)
Metade das mulheres que planejam engravidar usam ácido fólico no período pré-concepcional - falsa, dentre as que planejaram a gravidez, menos da metade realizou algum preparo (47,0%) (Borges et al., 2016)
A atuação na prevenção do vírus Zika é um cuidado pré-concepcional - verdadeira (Polen et al., 2018)
O incentivo a intervalos curtos entre gravidezes é um cuidado pré-concepcional - falsa, é indicado que tenha um intervalo de 2 anos entre gravidezes (Brasil, 2012b)

Parte 3 – As perguntas são sobre a realização de ações do cuidado pré-concepcional, como avaliação da intenção de engravidar de mulheres em idade fértil, a divulgação do cuidado pré-concepcional, o atendimento de mulheres em idade fértil, o aconselhamento do preparo pré-concepcional e a prescrição de ácido fólico, com possibilidades de respostas “nunca/raramente” e “ocasionalmente/sempre”.

Parte 4 – As perguntas são sobre atitudes sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde com possibilidades de respostas as afirmativas “concordo”, “nem concordo e nem discordo” e “discordo”. As afirmativas estão descritas no Quadro 9.

Quadro 9 - Afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional para avaliação das atitudes dos trabalhadores de saúde. São Paulo, 2019.

AFIRMATIVAS
O cuidado pré-concepcional tem efeitos sobre os resultados de uma gravidez.
O cuidado pré-concepcional é importante para mulheres em idade fértil.
Há tempo suficiente para ofertar o cuidado pré-concepcional.
O cuidado pré-concepcional não deve fazer parte da atenção primária.
O cuidado pré-concepcional é um cuidado de luxo.
Você tem conhecimento apropriado sobre o cuidado pré-concepcional.
Você tem formação apropriada sobre o cuidado pré-concepcional.
É necessária mais formação sobre o cuidado pré-concepcional.

4.5.2 Instrumento para mulheres em idade reprodutiva

O Instrumento semiestruturado usado entre as mulheres (Apêndice 3) é composto por três partes:

Parte 1 – As perguntas são sobre as características sociais e demográficas das mulheres, como a idade, a situação conjugal, a cor de pele, o trabalho remunerado, a escolaridade, o uso de plano de saúde e a classe econômica.

Parte 2 – As perguntas são sobre a história reprodutiva das mulheres, como a

idade da menarca, a idade do início da vida sexual, a idade da primeira gravidez, o número de gestações, o número de filhos e a história de abortos.

Parte 3 – As perguntas são sobre as ações do cuidado pré-concepcional recebidas nos três últimos meses, como se foi questionada sobre a intenção de engravidar, as informações do cuidado pré-concepcional recebidas dos trabalhadores de saúde, o aconselhamento pré-concepcional recebido após o teste rápido de gravidez, bem como a prescrição de ácido fólico.

4.5.3 Instrumento para farmacêuticos

O instrumento foi composto por apenas uma pergunta, que versou sobre a quantidade de ácido fólico dispensado nos três meses antes da intervenção educativa e nos três e seis meses posteriores à intervenção educativa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1 Análise dos dados quantitativos

Para analisar o efeito da intervenção educativa no conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional de trabalhadores de saúde e na realização de ações do cuidado pré-concepcional, foram analisados os seguintes desfechos:

- 1) conhecimento de trabalhadores de saúde sobre o cuidado pré-concepcional;
- 2) realização das ações de saúde do cuidado pré-concepcional: avaliação da intenção de engravidar, divulgação do cuidado pré-concepcional, aconselhamento do cuidado pré-concepcional, prescrição e dispensação do ácido fólico;
- 3) atitudes sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde.

Todos os desfechos foram analisados antes e depois da intervenção educativa para permitir a comparação entre os grupos intervenção e controle (Quadro 10).

Quadro 10 - Descrição dos desfechos conforme questionários. São Paulo, 2019.

continua

Desfecho	Indicador	Trabalhadores de saúde	Mulheres em idade fértil
<p>Conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional</p>		<p>A suplementação de ácido fólico no período pré-concepcional é recomendada para a prevenção de defeitos do tubo neural (certo, errado, não sei)</p> <p>As mulheres que planejam engravidar devem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos, três semanas antes de engravidar (certo, errado, não sei)</p> <p>A dose única diária de ácido fólico recomendada pelo Ministério da Saúde é de 0,4 mg para ser ingerido no período pré-concepcional por mulheres (certo, errado, não sei)</p> <p>Para mulheres com risco elevado de dar à luz a criança com defeito do tubo neural, a dose única diária de ácido fólico recomendada é de 0,10 mg para ser ingerido no período pré-concepcional (certo, errado, não sei)</p> <p>Mulheres com IMC muito baixo ou muito alto devem ser orientadas a alcançarem a faixa de IMC ideal antes da concepção (certo, errado, não sei)</p> <p>A realização do cuidado pré-concepcional contribui para a redução da mortalidade neonatal (certo, errado, não sei)</p> <p>A infecção por rubéola em uma mulher grávida pode causar surdez em fetos expostos no útero (certo, errado, não sei)</p> <p>Mulher com menos de 30 anos e com seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção, está em um quadro de infertilidade (certo, errado, não sei)</p> <p>O cuidado pré-concepcional prevê ações para a diminuição ou cessação do uso de tabaco antes da concepção (certo, errado, não sei)</p> <p>A depressão no período anterior à concepção pode causar nascimento prematuro (certo, errado, não sei)</p> <p>Metade das mulheres que planejam engravidar usam ácido fólico no período pré-concepcional (certo, errado, não sei)</p> <p>A atuação na prevenção do vírus Zika é um cuidado pré-concepcional (certo, errado, não sei)</p> <p>O incentivo a intervalos curtos entre gravidezes é um cuidado pré-concepcional (certo, errado, não sei)</p>	

Quadro 10- Descrição dos desfechos conforme questionários. São Paulo, 2019.

continuação

Desfecho	Indicador	Profissionais de saúde	Mulheres em idade fértil
Realização de ações do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde	Avaliação da intenção de engravidar de mulheres em idade fértil por trabalhadores de saúde	Com que frequência você pergunta para mulheres em idade fértil sobre a intenção futura de engravidar? (nunca/raramente ou ocasionalmente/sempre)	Algum profissional de saúde desta UBS perguntou sobre a sua intenção de engravidar nos últimos três meses? (sim/não)
	Divulgação do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde	Com que frequência você atende mulheres em idade fértil que planejam engravidar? (nunca/raramente ou ocasionalmente/sempre) Com que frequência você divulga o cuidado pré-concepcional nas ações em que atua dentro da UBS? (nunca/raramente ou ocasionalmente/sempre)	Você já ouviu falar sobre o cuidado pré-concepcional? (sim/não)
	Aconselhamento pré-concepcional	Após resultado do teste rápido de gravidez, com que frequência você orienta a mulher sobre o cuidado pré-concepcional para uma futura gravidez? (nunca/raramente ou ocasionalmente/sempre)	Você já realizou teste rápido de gravidez nesta UBS? (sim/não) Se sim, naquele momento, você foi orientada sobre como se preparar para uma futura gravidez, caso o resultado tenha sido negativo?(sim/não)
	Prescrição e dispensação de ácido fólico	Com que frequência você prescreve a suplementação de ácido fólico antes da concepção para mulheres? (nunca/raramente ou ocasionalmente/sempre) Item a ser verificado com o farmacêutico Número de comprimidos de ácido fólico dispensados na farmácia da UBS nos últimos três/seis meses	Algum trabalhador de saúde já te orientou sobre a importância do uso de ácido fólico antes da gravidez? (sim/não) Algum trabalhador de saúde já te prescreveu o uso de ácido fólico antes da gravidez? (sim/não).
Atitudes sobre o cuidado pré-concepcional		O CPC tem efeitos sobre os resultados de uma gravidez (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo) O CPC é importante para mulheres em idade fértil (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo) Há tempo suficiente para ofertar o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo) O CPC não deve fazer parte da atenção primária (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo) O CPC é um cuidado de luxo (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo) Há evidência científica sobre o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo) Você tem conhecimento apropriado sobre o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo) Você tem formação apropriada sobre o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo) É necessária mais formação sobre o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo)	

conclusão

Os desfechos foram avaliados pela comparação dos grupos (intervenção e controle) por meio de cinco etapas:

Etapa 1 - Análise das características pessoais, educacionais e da experiência profissional dos trabalhadores da saúde, antes da intervenção, no grupo intervenção e no grupo controle.

Etapa 2 - Análise das características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres, antes e após a intervenção, no grupo intervenção e no grupo controle.

Etapa 3 - Análise do conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional, antes e após a intervenção, no grupo intervenção e no grupo controle.

Etapa 4 - Análise da realização das ações do cuidado pré-concepcional, antes e após a intervenção, no grupo intervenção e no grupo controle.

Etapa 5 - Análise das atitudes sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde, antes e após a intervenção, no grupo intervenção e no grupo controle.

Os dados foram digitados no Excel e a análise estatística foi realizada no Programa R, versão 3.6.2, de acordo com cada etapa:

Etapa 1 - Análise das características pessoais, educacionais e da experiência profissional dos trabalhadores da saúde: a análise descritiva das variáveis (idade, sexo, profissão, tempo de formado, tempo de atuação na atenção básica e formação educativa) compreendeu o cálculo das médias, desvios-padrão, porcentagens, valores mínimos e máximos. Para a comparação dos grupos (intervenção e controle), antes da intervenção, no grupo intervenção e no grupo controle, foi realizada a comparação por meio do teste Wilcoxon-Mann-Whitney para a variável idade, teste Exato de Fisher para a variável escolaridade e teste Qui-quadrado de Pearson para as demais variáveis (sexo, profissão, tempo de formado e tempo de atuação na atenção básica). O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Etapa 2 - Análise das características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres: a análise descritiva das variáveis (idade, cor de pele, união, trabalho, carteira assinada, plano de saúde, escolaridade, classificação econômica, idade da menarca, idade da primeira relação sexual, idade na primeira

gravidez, está grávida, já teve algum aborto, número de gravidezes e número de filhos) compreendeu o cálculo das médias, números absolutos, desvio-padrão, porcentagens, valores mínimos e máximos. Para a comparação dos grupos (intervenção e controle) antes e após a intervenção, foi realizada a comparação usando teste T para duas amostras independentes para as variáveis idade e idade na primeira relação sexual; o teste Wilcoxon-Mann-Whitney para as variáveis idade na menarca, idade na primeira gravidez, número de filhos e números de gravidezes; teste Exato de Fisher para classificação econômica e teste qui-quadrado de Pearson para as demais variáveis (cor de pele, união, trabalho, carteira assinada, plano de saúde, escolaridade, está grávida, já teve algum aborto). O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Etapa 3 - Análise do conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional: as respostas consideradas corretas foram codificadas com valor 1 e as respostas consideradas erradas foram codificadas com valor 0, juntamente com as respostas “não sei”. Dessa forma, quanto maior a pontuação, maior o nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional. A somatória dos acertos formou um escore, que podia variar entre 0 e 13, cuja média foi comparada antes e após a intervenção entre os grupos intervenção e controle, usando o modelo de efeitos mistos. O valor p da interação avalia se os grupos se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos. Valores mínimos indicam que houve interação, ou seja, que os grupos não se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos, tendo assim significância estatística. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Etapa 4 - Análise da realização das ações do cuidado pré-concepcional:

1) Análise das variáveis obtidas a partir dos trabalhadores de saúde

Frequência da avaliação da intenção de engravidar de mulheres em idade fértil (nunca/raramente e ocasionalmente/sempre);

Frequência com que atende mulheres em idade fértil que planejam engravidar (nunca/raramente e ocasionalmente/sempre);

Frequência de divulgação do cuidado pré-concepcional nas ações da UBS (nunca/raramente e ocasionalmente/sempre);

Frequência com que orienta a mulher sobre o cuidado pré-concepcional após

resultado do teste rápido de gravidez (nunca/raramente e ocasionalmente/sempré);

Frequência com que prescreve a suplementação de ácido fólico antes da concepção para mulheres em idade fértil (nunca/raramente e ocasionalmente/sempré).

A análise descritiva das variáveis obtidas a partir dos trabalhadores de saúde compreendeu o cálculo de números absolutos e porcentagens. Para a comparação dos grupos (intervenção e controle) antes e após a intervenção, foi realizada a comparação dos grupos usando regressão logística longitudinal. O valor p da interação avalia se os grupos se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos. Valores mínimos nos indicam que houve interação, ou seja, que os grupos não se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos, tendo assim significância. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

2) Análise das variáveis obtidas a partir das mulheres em idade fértil

Foi questionada sobre a sua intenção de engravidar nos últimos três meses (sim/não);

Já ouviu falar sobre o cuidado pré-concepcional (sim/não);

Recebeu orientação sobre como se preparar para uma futura gravidez (sim/não);

Recebeu orientação sobre como se preparar para uma futura gravidez após teste rápido de gravidez (sim/não);

Na última gravidez, tomou ácido fólico antes da concepção (sim/não);

Recebeu prescrição da suplementação de ácido fólico antes da gravidez (sim/não).

A análise descritiva das variáveis obtidas a partir das mulheres compreendeu o cálculo de números absolutos e porcentagens. Para a comparação dos grupos (intervenção e controle) antes e após a intervenção, foi realizada a comparação dos grupos usando regressão logística com penalização de Firth por meio do teste de razão de verossimilhança (LRT). O valor p da interação avalia se os grupos se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos. Valores mínimos nos indicam que houve interação, ou seja, que os grupos não se comportaram da

mesma forma nos diferentes momentos, tendo assim significância. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

3) Análise das variáveis obtidas a partir das farmácias das UBS

A análise descritiva das variáveis obtidas a partir das farmácias compreendeu o cálculo de números absolutos, médias e desvio-padrão (número de frascos de ácido fólico e número de comprimidos de ácido fólico dispensados). Para a comparação dos grupos (intervenção e controle) antes e após a intervenção, foi realizada a comparação dos grupos usando o modelo de efeitos mistos generalizado para a família Poisson. O valor p da interação avalia se os grupos se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos. Valores mínimos nos indicam que houve interação, ou seja, que os grupos não se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos, tendo assim significância. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Etapa 5 - Análise das atitudes sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde: a análise descritiva foi realizada por meio de porcentagens. Para a comparação dos grupos (intervenção e controle) antes e após a intervenção, foi realizada regressão logística longitudinal. O valor p da interação avalia se os grupos se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos. Valores mínimos nos indicam que houve interação, ou seja, que os grupos não se comportaram da mesma forma nos diferentes momentos, tendo assim significância. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

As variáveis sobre as atitudes sobre o cuidado pré-concepcional (CPC) entre trabalhadores de saúde, são:

O CPC tem efeitos sobre os resultados de uma gravidez (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo);

O CPC é importante para mulheres em idade fértil (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo);

Há tempo suficiente para ofertar o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo);

O CPC não deve fazer parte da atenção primária (concordo, nem concordo e

nem discordo, discordo);

O CPC é um cuidado de luxo (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo);

Há evidência científica sobre o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo);

Você tem conhecimento apropriado sobre o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo);

Você tem formação apropriada sobre o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo);

É necessária mais formação sobre o CPC (concordo, nem concordo e nem discordo, discordo).

4.6.2 Análise dos dados qualitativos

As falas dos trabalhadores de saúde durante os grupos focais foram analisadas por meio da análise categorial temática proposta por Bardin (2010). As falas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, possibilitando encontrar os núcleos de sentidos. O método da análise de conteúdo foi iniciado com a pré-análise, na qual foi organizado o material e especificado o campo que a pesquisadora fixou a sua atenção; depois foi realizada a exploração do material, na qual se codificou os dados segundo os objetivos previamente formulados; e, por fim, estabeleceu-se relações dos achados com a literatura e a realidade social.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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

(Anexo 4). Foram obtidos os termos de consentimento assinados dos trabalhadores de saúde (Apêndice 4) e das mulheres participantes da pesquisa (Apêndice 5). O protocolo deste estudo foi registrado na plataforma do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) no número RBR-4qgwpq.

Ao abordar os trabalhadores de saúde e as mulheres, os objetivos e o procedimento da pesquisa foram explicados. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas em lugar confortável e a privacidade foi garantida. Cada mulher e trabalhador entrevistados receberam um número próprio de identificação. Além disso, após o término da coleta de dados, a intervenção educativa foi também realizada para os trabalhadores de saúde das UBS do grupo controle.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção educacional no conhecimento, na atitude e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária, foi conduzido este estudo em duas etapas, sendo a primeira um estudo quantitativo do tipo ensaio comunitário e a segunda um estudo qualitativo.

Nesta seção, os resultados são apresentados considerando primeiramente os achados relativos à etapa do estudo quantitativo, como a análise das características pessoais, educacionais e da experiência profissional dos trabalhadores da saúde, análise do conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional dos trabalhadores da saúde, análise das características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres, análise da realização das ações do cuidado pré-concepcional, na perspectiva de trabalhadores de saúde e das mulheres e análise das atitudes sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde. Posteriormente, são apresentados os achados relativos à etapa qualitativa, que inclui compreender a forma como o cuidado pré-concepcional é e pode ser ofertado por trabalhadores de saúde da atenção primária.

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

5.1.1 Caracterização dos trabalhadores de saúde

Ao todo, participaram da pesquisa 83 trabalhadores de saúde, sendo 40 médicos (48,2%) e 43 enfermeiros (51,8%). O grupo que recebeu a intervenção educativa (grupo intervenção) constituiu-se de 23 trabalhadores, sendo 8 médicos e 15 enfermeiros. Por sua vez, o grupo que não recebeu a intervenção (grupo controle) foi composto por 60 trabalhadores de saúde, sendo 32 médicos e 28 enfermeiros.

A maioria dos trabalhadores era do sexo feminino (81,9%), sendo 27 médicas (39,7%) e 41 enfermeiras (60,3%). A média de idade foi 37,5 anos (dp=8,7). A maior

parte tinha mais de cinco anos de formação (65,1%) e de atuação na atenção básica (61,5%). No tocante ao nível de escolaridade, a maior parte relatou curso de especialização (73,5%) e apenas 12,1% realizaram curso de residência em Saúde Coletiva e/ou Saúde da Família. O perfil dos trabalhadores de saúde do grupo intervenção foi semelhante ao perfil do grupo controle, com exceção do fato de que, no grupo intervenção havia maior porcentagem de trabalhadores com especialização ($p=0,004$), conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Características pessoais, educacionais e da experiência profissional dos trabalhadores de saúde segundo o tipo de grupo (intervenção e controle). São Paulo, 2019.

Variável	Grupo Intervenção		Grupo controle		Total		p
	Média (dp)	Min/Max	Média (dp)	Min/Max	Média (dp)	Min/Max	
Idade	38,9 (8,4)	27/60	37,0 (8,8)	24/66	37,5 (8,7)	24/66	0,237*
Variável	n	%	n	%	n	%	p
Sexo							0,172**
Feminino	21	91,3	47	78,3	15	18,1	
Masculino	2	8,7	13	21,7	68	81,9	
Profissão							0,132**
Enfermeiro(a)	15	65,2	28	46,7	43	51,8	
Médico(a)	8	34,8	32	53,3	40	48,2	
Tempo de formado							0,081***
Menos de 1 no	-	-	7	11,7	7	8,4	
Entre 2 e 5 anos	4	17,4	18	30,0	22	26,5	
Mais de 5 anos	19	82,6	35	58,3	54	65,1	
Tempo de atuação na AB							0,090***
Menos de 1 ano	-	-	8	13,3	8	9,6	
Entre 2 e 5 anos	5	21,7	19	31,7	24	28,9	
Mais de 5 anos	18	78,3	33	55,0	51	61,5	
Formação Educativa							0,004***
Apenas graduação	-	-	11	30,0	18	21,7	
Pós-graduação (Lato Sensu)	22	95,6	39	65,0	61	73,5	
Pós-graduação (Stritu Sensu)	1	4,4	3	5,0	4	4,8	
Concluiu a residência							0,055***
Não	23	100,0	50	83,3	73	87,9	
Sim	-	-	10	16,7	10	12,1	
Total	23	100	60	100	83	100	

* Wilcoxon-Mann-Whitney **Pearson's Chi-square *** Exato de Fisher

5.1.2 DESFECHO 1: Conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde

Para avaliar o efeito da intervenção educativa no conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde, foi entregue um instrumento estruturado aos mesmos, antes e após a intervenção (Momentos 1, 2 e 3). O instrumento continha treze afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional, cujo escore variou de 0 e 13.

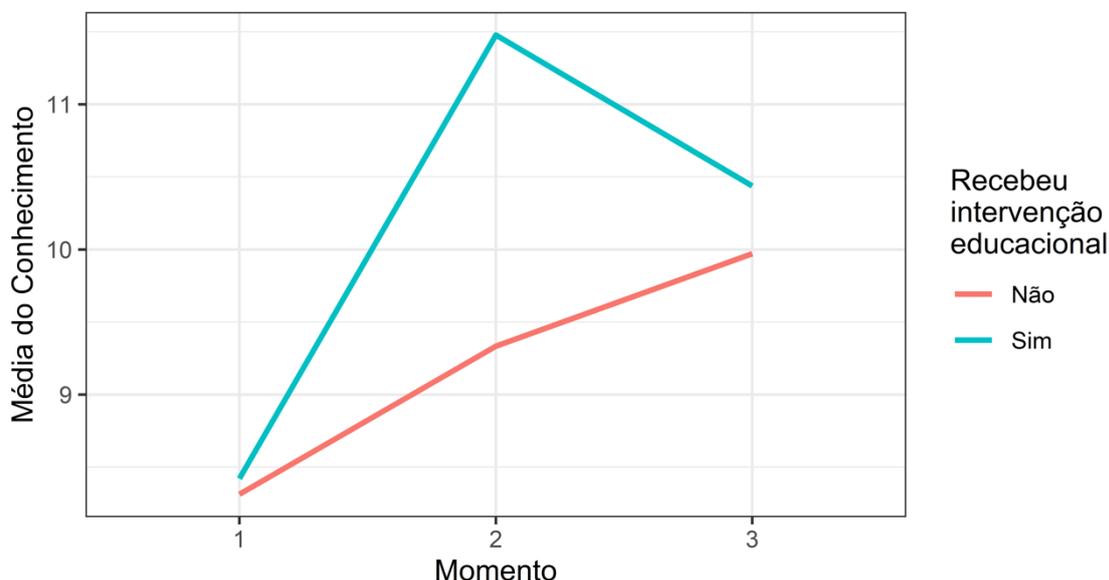
Observou-se que, no Momento 1, as médias do escore de conhecimento dos grupos intervenção e controle sobre o cuidado pré-concepcional foram semelhantes, tendo aumentado 1,8 pontos na média entre os Momentos 1 e 3. Considerando os grupos separadamente, houve aumento de 2 pontos na média do grupo intervenção e, no grupo controle, o aumento foi 1,6 ponto ($p < 0,001$), no mesmo período. Isso significa que a mudança do valor médio do escore de conhecimento ao longo do tempo não ocorreu da mesma forma nos dois grupos, indicando forte evidência de que as médias do grupo intervenção aumentaram mais do que a média do grupo controle. De modo geral, apesar do aumento observado entre os Momentos 1 e 3, foi observada diminuição entre os Momentos 2 e 3, conforme mostra a Tabela 2 e Figura 6. Mesmo assim, pode-se afirmar que a intervenção teve efeito positivo no conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre os trabalhadores de saúde.

Tabela 2 - Média da pontuação de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional dos trabalhadores de saúde segundo os Momentos (1, 2 e 3) e o tipo de grupo (intervenção e controle). São Paulo, 2019.

Variável	Grupo Intervenção	Grupo Controle	Todos	p*
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	
Momento 1	8,4 (1,1)	8,3(1,6)	8,3 (1,4)	
Momento 2	11,5 (1,2)	9,3 (1,6)	10,3 (1,8)	< 0,001
Momento 3	10,4 (1,2)	9,9 (1,3)	10,1 (1,3)	

* modelo de efeitos mistos

Figura 6 - Média da pontuação de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional dos trabalhadores de saúde segundo o Momento (1, 2 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.



Na Tabela 3, são apresentadas as 13 afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional e os respectivos acertos pelos trabalhadores de saúde. As afirmativas com maiores acertos foram: 7) “A infecção por rubéola em uma mulher grávida pode causar surdez em fetos expostos no útero” (98,4%); 1) “A suplementação de ácido fólico no período pré-concepcional é recomendada para a prevenção de defeitos do tubo neural” (98,0%); 6) “A realização do cuidado pré-concepcional contribui para a redução da mortalidade neonatal” (98,0%) e 9) “O cuidado pré-concepcional prevê ações para a diminuição ou cessação do uso de tabaco antes da concepção” (98,0%).

Observou-se baixa porcentagem de trabalhadores que soube responder as afirmativas 2) “As mulheres que planejam engravidar devem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos, três semanas antes de engravidar” (25,5%); 4) “Para mulheres com risco elevado de dar à luz a criança com defeito do tubo neural, a dose única diária de ácido fólico recomendada é de 0,10 mg para ser ingerido no período pré-concepcional” (43,1%) e 10) “A depressão no período anterior à concepção pode causar nascimento prematuro” (54,9%). Nenhum trabalhador acertou todas as afirmativas (o máximo de acertos foi 11) e nenhum trabalhador errou todas as afirmativas (o mínimo de acertos foi 4). A mediana de acertos foi igual a 9.

Tabela 3 - Proporções de acertos de afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde segundo o Momento do estudo (1, 2 e 3). São Paulo, 2019.

Afirmativas	Grupo Intervenção			Grupo Controle			Total		
	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Momento 1	Momento 2	Momento 3
	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)
1. A suplementação de ácido fólico no período pré-concepcional é recomendada para a prevenção de defeitos do tubo neural.	100,0	89,5	93,7	96,1	80,4	100,0	97,1	82,9	98,0
2. As mulheres que planejam engravidar devem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos, três semanas antes de engravidar.	26,3	39,1	31,2	3,9	13,3	22,9	10,0	24,5	25,5
3. A dose única diária de ácido fólico recomendada pelo Ministério da Saúde é de 0,4 mg para ser ingerido no período pré-concepcional por mulheres.	50,0	100,0	93,7	74,5	70,0	77,1	68,1	83,0	82,3
4. Para mulheres com risco elevado de dar à luz a criança com defeito do tubo neural, a dose única diária de ácido fólico recomendada é de 0,10 mg para ser ingerido no período pré-concepcional.	21,0	82,6	43,7	35,3	33,3	42,9	31,4	54,7	43,1
5. Mulheres com IMC muito baixo ou muito alto devem ser orientadas a alcançarem a faixa de IMC ideal antes da concepção.	84,2	95,6	81,2	82,3	86,7	88,6	82,9	90,6	86,3
6. A realização do cuidado pré-concepcional contribui para a redução da mortalidade neonatal.	94,7	100,0	100,0	94,1	93,3	97,1	94,3	96,3	98,0

continua

Tabela 3 - Proporções de acertos de afirmativas sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde segundo o Momento do estudo (1, 2 e 3). São Paulo, 2019.

Afirmativas	Grupo Intervenção			Grupo Controle			Total		
	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Momento 1	Momento 2	Momento 3
	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)	Acertos (%)
7. A infecção por rubéola em uma mulher grávida pode causar surdez em fetos expostos no útero.	100,0	100,0	100,0	86,3	93,3	97,1	90,0	96,2	98,4
8. Mulher com menos de 30 anos e com seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção, está em um quadro de infertilidade.	89,5	91,3	81,2	92,2	86,7	77,1	91,4	88,7	78,4
9. O cuidado pré-concepcional prevê ações para a diminuição ou cessação do uso de tabaco antes da concepção.	100,0	100,0	100,0	86,3	96,7	97,1	90,0	98,1	98,0
10. A depressão no período anterior à concepção pode causar nascimento prematuro.	15,8	87,0	50,0	31,4	36,7	57,1	27,1	58,5	54,9
11. Metade das mulheres que planejam engravidar usam ácido fólico no período pré-concepcional.	73,7	82,6	87,5	68,6	53,3	71,4	70,0	66,0	76,5
12. A atuação na prevenção do vírus Zika é um cuidado pré-concepcional.	89,5	95,6	100,0	80,4	96,7	91,4	82,9	96,2	94,1
13. O incentivo a intervalos curtos entre gravidezes é um cuidado pré-concepcional.	94,7	78,3	81,2	74,5	76,7	74,3	80,0	77,4	76,5

conclusão

5.1.3 DESFECHO 2: Realização do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde

Para avaliar o efeito da intervenção educativa na realização do cuidado pré-concepcional, foi realizada comparação, antes e após a intervenção (Momentos 1, 3 e 4), da realização das seguintes ações: avaliação da intenção de engravidar entre mulheres em idade fértil, atendimento a mulheres em idade fértil, divulgação do cuidado pré-concepcional, aconselhamento do preparo pré-concepcional após o teste rápido de gravidez e prescrição de ácido fólico.

A mensuração da realização dessas ações pelos trabalhadores de saúde foi realizada por meio de dados coletados com próprios trabalhadores de saúde, das mulheres em idade fértil e pela contagem de dispensação do ácido fólico pelas farmácias das UBS.

5.1.3.1 Ações de saúde realizadas por trabalhadores de saúde

Foi entregue aos trabalhadores de saúde um instrumento estruturado antes e após a intervenção educativa (Momentos 1 e 3) com perguntas sobre a realização de ações do cuidado pré-concepcional.

Conforme mostra a Tabela 4, houve aumento do relato de “nunca/raramente” e diminuição do relato de “ocasionalmente/sempre” nos dois grupos (intervenção e controle) no questionamento da intenção de engravidar e em atender mulheres em idade fértil entre os Momentos 1 e 3. Isso é, as mudanças da porcentagem ao longo do tempo ocorreram nos dois grupos, sem evidência de associação ($p=0,749$).

Em relação ao aconselhamento pré-concepcional após teste rápido de gravidez, observou-se diminuição das frequências de resposta “nunca/raramente” e aumento da frequência de resposta “ocasionalmente/sempre”, nos dois grupos, porém sem evidências de associação estatística ($p=0,486$).

No tocante à divulgação do cuidado pré-concepcional, observou-se aumento da frequência de resposta “nunca/raramente” e diminuição da frequência “ocasionalmente/sempre”, em ambos os grupos, mas, nesse caso, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,034$). Considera-se essa associação um falso positivo, pois a diferença observada é pequena e a interpretação não faz sentido

(seria de que a intervenção educativa diminuiu a divulgação) considerando a análise qualitativa em que os trabalhadores reconhecem a divulgação como um elemento importante para a oferta do cuidado pré-concepcional na UBS.

Em relação à prescrição de ácido fólico, houve diminuição entre os Momentos 1 e 3 das frequências “nunca/raramente” e aumento das frequências “ocasionalmente/sempre” no grupo intervenção. No grupo controle, houve diminuição de ambas frequências “nunca/raramente” e “ocasionalmente/sempre”, sem associação significativa ($p=0,324$).

Portanto, os achados mostram que a intervenção educativa junto aos trabalhadores de saúde não teve efeito sobre nenhuma ação relacionada ao cuidado pré-concepcional realizada pelos mesmos.

Tabela 4 - Ações do cuidado pré-concepcional realizadas por trabalhadores de saúde segundo o Momento do estudo (1 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.

Ações do cuidado pré-concepcional	Grupo Intervenção				Grupo Controle				Total				Valor p da interação*
	Momento 1		Momento 3		Momento 1		Momento 3		Momento 1		Momento 3		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Questiona a intenção de engravidar.													0,749
Nunca/Raramente	-	-	1	6,25	5	10,0	7	20,0	5	7,2	8	15,7	
Ocasionalmente/Sempre	19	100,0	15	93,7	45	90,0	28	80,0	64	92,7	43	84,3	
Atende mulheres em idade fértil.													0,486
Nunca/Raramente	4	21,0	7	43,7	15	30,0	13	37,1	19	27,5	20	39,2	
Ocasionalmente/Sempre	15	78,9	9	56,2	35	70,0	22	62,9	50	72,5	31	60,8	
Divulga o cuidado pré-concepcional (CPC).													0,034
Nunca/Raramente	2	10,5	2	12,5	7	14,3	6	17,1	9	13,2	8	15,7	
Ocasionalmente/Sempre	17	89,5	14	87,5	42	85,7	29	82,9	59	86,8	43	84,3	
Orienta sobre o CPC após teste rápido de gravidez.													0,324
Nunca/Raramente	2	10,5	1	6,7	7	13,7	2	5,7	9	12,9	3	6,0	
Ocasionalmente/Sempre	17	89,5	14	93,3	44	86,3	33	94,3	61	87,1	47	94,0	
Prescreve ácido fólico antes da concepção.													0,213
Nunca/Raramente	15	78,9	9	60,0	29	58,0	21	60,0	44	63,8	30	60,0	
Ocasionalmente/Sempre	4	21,0	6	40,0	21	42,0	14	40,0	25	36,2	20	40,0	
Total	19		16		50		35		69		51		

* Regressão logística longitudinal, com o teste de Wald

5.1.3.2 Dispensação do ácido fólico pelas farmácias das UBS

Foram contabilizados os números de comprimidos e frascos de ácido fólico dispensados pelas farmácias das UBS antes e após a intervenção educativa (Momentos 1, 3 e 4).

Observou-se diminuição da dispensação de ácido fólico em frasco no grupo intervenção e aumento no grupo controle entre os momentos 1 e 4 ($p < 0,001$). O valor p mostra que, após a intervenção, houve aumento significativo da dispensação dos frascos de ácido fólico no grupo controle e não no grupo que recebeu a intervenção educativa. Assim, esse dado mostra que a intervenção não teve o efeito esperado sobre o aumento da dispensação de ácido fólico no grupo intervenção, conforme Tabela 5 e Figura 7.

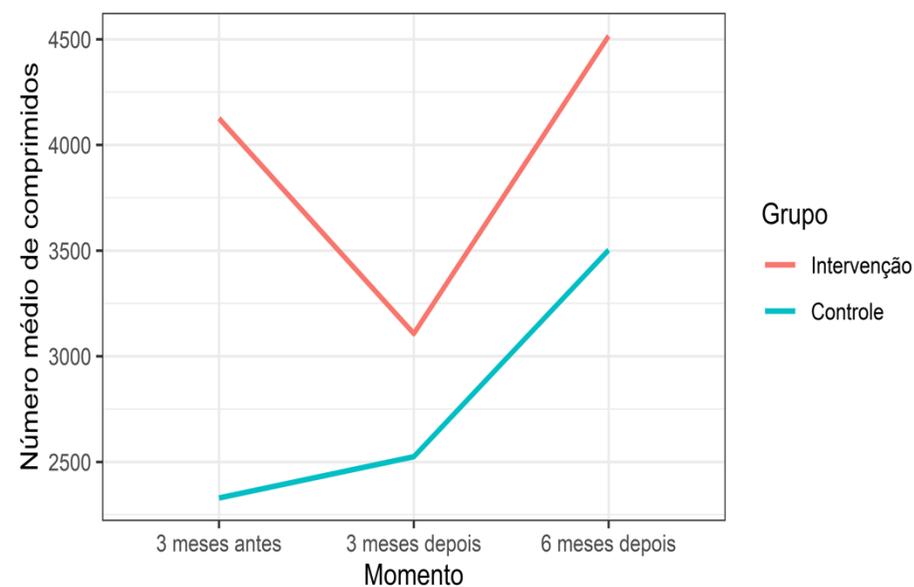
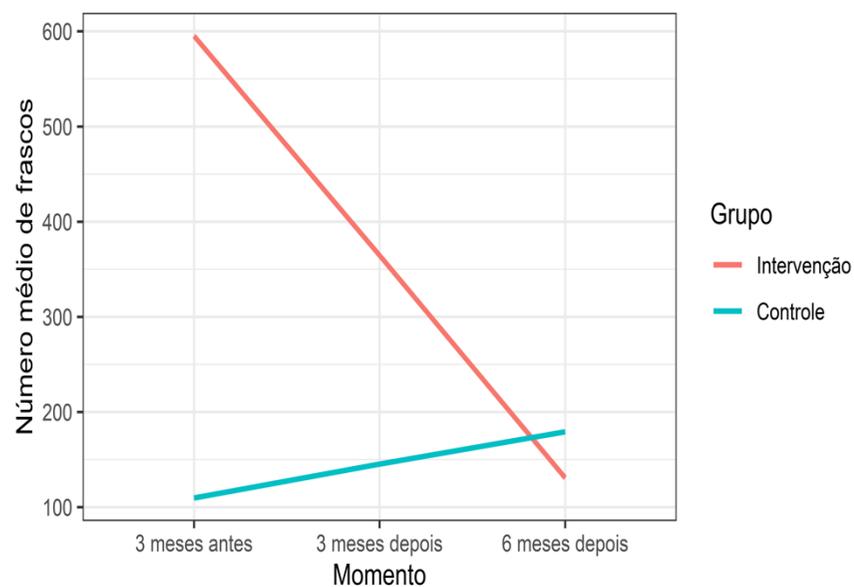
Em relação à dispensação de ácido fólico em comprimidos, houve aumento entre os Momentos 1 e 4 no grupo controle e no grupo intervenção. No entanto, a dispensação de ácido fólico não se comportou da mesma forma no grupo intervenção e controle, pois o aumento da dispensação de ácido fólico no grupo controle foi maior do que o aumento no grupo intervenção ($< 0,001$). Ou seja, esse dado mostra que a intervenção não teve o efeito esperado sobre o aumento da dispensação de ácido fólico no grupo intervenção, conforme Tabela 5 e Figura 7.

Tabela 5 - Número de comprimidos e frascos de ácido fólico dispensados segundo o Momento do estudo (1, 3 e 4) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.

N.º ácido fólico	Grupo Intervenção			Grupo Controle			P da interação
	Momento 1 (3 meses antes)	Momento 2 (3 meses depois)	Momento 3 (6 meses depois)	Momento 1 (3 meses antes)	Momento 2 (3 meses depois)	Momento 3 (6 meses depois)	
Comprimidos	4126	3108	4516	2330	2525	3502	< 0,001*
Frascos	595	365	131	110	145	179	< 0,001*

* Modelo de efeitos mistos generalizado para a família Poisson

Figura 7 - Número de comprimidos e frascos de ácido fólico dispensados segundo o Momento do estudo (1, 3 e 4) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.



5.1.4 Ações de saúde pré-concepcional recebidas por mulheres em idade fértil

Na Tabela 6, são apresentadas as características sociais e demográficas das 464 mulheres entrevistadas. Elas tinham, em média, 32,2 anos de idade ($dp=8,9$). A maior parte vivia com parceiro (71,3%) e não tinha plano de saúde (82,1%). Menos da metade trabalhava (41,2%) e, dentre as trabalhadoras, apenas 21,5% tinham vínculo formal de trabalho. Um pouco mais da metade pertencia à classe econômica C (71,5%) e concluiu o ensino médio completo (58,2%). O perfil sociodemográfico das mulheres do grupo controle e intervenção foi semelhante, com exceção da variável “vive com parceiro”, pois havia maior proporção de mulheres que relataram viver com parceiro no grupo intervenção ($p=0,021$).

Em relação às características sexuais e reprodutivas, as mulheres tiveram a primeira relação sexual, em média, aos 16,9 anos de idade ($dp=2,9$) e a primeira gravidez aos 21,0 anos ($dp=4,9$). A maior parte está ou já esteve grávida (89,9%); entre essas, foi observada média de 2,3 gravidezes e 1,9 filhos. Das entrevistadas, 21,0% referiram ao menos um aborto. Ainda, é importante ressaltar que o perfil social, demográfico, sexual e reprodutivo das mulheres nos Momentos 1 e 3 foi similar, sem qualquer diferença estatisticamente significativa entre as mulheres entrevistadas nos dois Momentos.

Tabela 6 - Características sociais, demográficas e reprodutivas das mulheres segundo o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.

Variável	Grupo intervenção		Grupo controle		Total		p
	Média (dp)	Min/Max	Média (dp)	Min/Max	Média (dp)	Min/Max	
Idade	32,2 (8,8)	18/49	32,1(8,9)	18/49	32,2 (8,9)	18/49	0,878*
Idade da menarca (anos) de mulheres	12,7 (1,8)	7/19	12,7(1,7)	7/19	12,7 (1,7)	7/19	0,884**
Idade na primeira relação (anos) de mulheres	16,7 (2,8)	6/32	17,2(3,1)	11/31	16,9 (2,9)	6/32	0,068*
Idade na primeira gravidez (anos) de mulheres	20,8 (4,8)	13/36	21,1(4,9)	12/39	21,0 (4,9)	12/39	0,577**
Número de filhos	2,0 (1,4)	0/7	1,8(1,2)	0/7	1,9 (1,3)	0/7	0,206**
Número de gravidezes	2,4 (1,4)	0/8	2,2 (1,4)	0/8	2,3 (1,4)	0/8	0,062**
Variável	n	%	n	%	n	%	p
Cor de pele							0,713****
Branca	65	28,1	71	30,5	136	29,3	
Parda	121	52,4	113	48,5	234	50,4	
Preta	37	16,0	43	18,5	80	17,2	
Amarela	7	3,0	4	1,7	11	2,4	
Indígena	1	0,4	2	0,9	3	0,6	
Vive com parceiro							0,021****
Não	55	23,8	78	33,5	133	28,7	
Sim	176	76,2	155	66,5	331	71,3	
Trabalho remunerado							0,864****
Não	135	58,4	138	59,2	273	58,8	
Sim	96	41,6	95	40,7	191	41,2	
Tem carteira assinada							0,617****
Não	179	77,5	185	79,4	364	78,5	
Sim	52	22,5	48	20,6	100	21,6	

Tabela 6 - Características sociais, demográficas e reprodutivas das mulheres segundo o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.

Variável							continuação
	n	%	n	%	n	%	p
Plano de saúde							0,373****
Não	186	80,5	195	83,7	381	82,1	
Sim	45	19,5	38	16,3	83	17,9	
Formação Educativa							0,365****
Analfabeto e fundamental incompleto	33	14,3	30	12,8	63	13,6	
Fundamental completo	50	21,6	47	20,2	97	20,9	
Médio completo	136	58,9	134	57,5	270	58,2	
Superior completo	12	5,2	22	9,4	34	7,3	
Classificação econômica							0,801***
A	1	0,4	1	0,4	2	0,43	
B	28	12,1	31	13,3	59	12,7	
C	170	73,6	162	69,5	332	71,5	
D e E	32	13,8	39	16,7	71	15,3	
Está ou já esteve grávida							0,667****
Não	22	9,5	25	10,7	47	10,1	
Sim	209	90,5	208	89,3	417	89,9	
Aborto anterior							0,846****
Não	169	79,0	165	78,2	334	78,6	
Sim	45	21,0	46	21,8	91	21,4	
Total	231	100,0	233	100,0	464	100,0	

conclusão

* Two Sample ** Wilcoxon-Mann-Whitney *** Exato de Fisher **** Pearson's Chi-square

No tocante às ações do cuidado pré-concepcional recebidas e relatadas pelas mulheres, praticamente um quinto revelou ter sido questionada sobre a intenção de engravidar nos três meses anteriores, considerando o Momento 1 (20,5%). Apesar de ter havido, no geral, diminuição da porcentagem de mulheres que foram questionadas sobre a intenção reprodutiva entre os Momentos 1 e 3, no grupo intervenção foi observado aumento significativo, de 19,0% para 21,7% ($p=0,034$), conforme Tabela 7.

Poucas mulheres já tinham ouvido falar sobre o cuidado pré-concepcional (15,8% - Momento 1). Houve diminuição da porcentagem de mulheres que tinha ouvido falar sobre o cuidado pré-concepcional em ambos os grupos, nos Momentos 1 e 3, porém, sem evidência de associação ($p=0,705$). Proporção menor ainda de mulheres relatou ter sido orientada sobre as ações do cuidado pré-concepcional, tanto no Momento 1 (7,3%) quanto no Momento 3 (5,2%), e a intervenção educativa parece não ter tido qualquer efeito sobre isso ($p=0,606$). Especificamente em relação à orientação sobre pré-concepção após teste rápido de gravidez, observou-se que foi reportada por apenas 3% das mulheres no Momento 1. Embora tenha diminuído ainda mais a proporção no Momento 3, não houve evidência de associação ($p=0,882$), de acordo com a Tabela 7.

Poucas mulheres que já engravidaram relataram ter recebido prescrição e ter tomado ácido fólico antes da concepção. Embora tenha sido observada diminuição da proporção entre os Momentos 1 e 3, não há evidência de efeito significativo da intervenção educativa na prescrição de ácido fólico por trabalhadores de saúde ($p=0,511$) nem no consumo de ácido fólico antes da concepção pelas mulheres ($p=0,478$) (Tabela 7).

Dessa forma, os achados sugerem que, além do fato de poucas mulheres terem relatado o recebimento de cuidados pré-concepcionais, a intervenção educativa só mostrou efeito positivo no questionamento a respeito da intenção reprodutiva.

Tabela 7 - Cuidados pré-concepcionais recebidos pelas mulheres segundo o Momento do estudo (1 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.

Variável	Momento	Grupo Intervenção		Grupo controle		Total		p*
		N	%	N	%	N	%	
Questionada sobre a intenção de engravidar.	1	22	19,0	26	22	48	20,5	0,034
	3	25	21,7	12	10,4	37	16,1	
Ouvir falar sobre o CPC.	1	23	19,8	14	11,9	37	15,8	0,705
	3	17	14,8	8	7	25	10,9	
Recebeu alguma orientação sobre o CPC.	1	11	9,5	6	5,1	17	7,3	0,606
	3	9	7,8	3	2,6	12	5,2	
Orientada sobre o CPC após teste rápido de gravidez.	1	5	4,4	2	1,7	7	3,0	0,882
	3	1	0,9	0	0	1	0,7	
Na última gravidez, tomou ácido fólico antes da concepção.	1	7	6,0	3	2,5	10	5,7	0,511
	3	5	4,4	4	3,5	9	5,6	
Tiveram a prescrição de ácido fólico antes da concepção.	1	8	6,9	4	3,4	12	5,1	0,478
	3	3	2,6	3	2,6	6	2,6	

*Regressão logística com penalização de Firth por meio do teste de razão de verossimilhança (LRT)

5.1.5 DESFECHO 3: Atitudes sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde

Para avaliar o efeito da intervenção educativa nas atitudes dos trabalhadores de saúde sobre o cuidado pré-concepcional, foi realizada comparação antes e após a intervenção (Momentos 1 e 3) entre os grupos intervenção e controle.

Na Tabela 8, pode-se observar que, a proporção de trabalhadores que concorda com as afirmativas “O CPC tem efeitos sobre os resultados de uma gravidez” ($p=0,256$), “O cuidado pré-concepcional é importante para mulheres em idade fértil” ($p=0,980$) e “Há evidência científica sobre o cuidado pré-concepcional” ($p=0,901$), aumentou entre Momento 1 e Momento 3, porém sem evidências de associação.

Mais de 90% dos trabalhadores discordaram que o cuidado pré-concepcional não faz parte da atenção primária à saúde e proporção similar discordou que seja um cuidado de luxo, mostrando o alto nível de acordo que os trabalhadores de saúde têm sobre esses pontos. De toda forma, tais atitudes não foram influenciadas pela intervenção educativa ($p=0,931$ e $p=0,113$, respectivamente), conforme mostra a Tabela 8.

As demais afirmativas que foram usadas para mensurar o efeito da intervenção educativa nas atitudes dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado pré-concepcional mostraram que, no Momento 1, 50% discordaram que há tempo suficiente para ofertar o cuidado pré-concepcional, 52,9% concordaram que tinham conhecimento apropriado sobre o cuidado pré-concepcional, 30% que tinham formação apropriada e 60% concordaram que seria necessária mais formação sobre o cuidado pré-concepcional. Embora algumas dessas proporções tenham aumentado ou diminuído entre o Momento 1 e Momento 3, não houve evidência de efeito da intervenção educativa ($p=0,842$, $p=0,292$, $p=0,229$ e $p=0,675$, respectivamente) (Tabela 8). Os achados mostram, portanto, que a intervenção educativa não teve qualquer efeito significativo nas atitudes dos trabalhadores de saúde sobre o cuidado pré-concepcional.

Tabela 8 - Atitude sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde segundo o Momento do estudo (1 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.

Atitudes sobre o cuidado pré-concepcional	Grupo Intervenção		Grupo Controle		Total		p*
	Momento		Momento		Momento		
	1	3	1	3	1	3	
O cuidado pré-concepcional tem efeitos sobre os resultados de uma gravidez.							0,256
Concorda	88,2	93,3	92,2	88,6	88,2	90,0	
Neutro	11,8	6,7	7,8	11,4	11,8	10,0	
Discorda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
O cuidado pré-concepcional é importante para mulheres em idade fértil.							0,980
Concorda	94,1	93,3	96,1	97,1	95,6	96,0	
Neutro	5,9	6,7	2,0	0,0	2,9	2,0	
Discorda	0,0	0,0	2,0	2,9	1,5	2,0	
Há tempo suficiente para ofertar o cuidado pré-concepcional.							0,849
Concorda	26,3	25,0	31,4	32,4	30,0	30,0	
Neutro	26,3	18,8	17,6	23,5	20,0	22,0	
Discorda	47,4	56,3	51,0	44,1	50,0	48,0	
O cuidado pré-concepcional não deve fazer parte da atenção primária.							0,931
Concorda	15,8	6,3	11,8	0,0	12,9	2,0	
Neutro	5,3	0,0	0,0	2,9	1,4	2,0	
Discorda	78,9	93,8	88,2	97,1	85,7	96,0	
O cuidado pré-concepcional é um cuidado de luxo.							0,113
Concorda	5,3	6,3	2,0	5,9	2,9	6,0	
Neutro	5,3	0	2,0	5,9	2,9	4,0	
Discorda	89,5	93,8	96,1	88,2	94,3	90,0	

Tabela 8 - Atitude sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde segundo o Momento do estudo (1 e 3) e o tipo de grupo (intervenção ou controle). São Paulo, 2019.

Atitudes sobre o cuidado pré-concepcional	Grupo Intervenção		Grupo Controle		Total		continuação
	Momento		Momento		Momento		p*
	1	3	1	3	1	3	
Há evidência científica sobre o cuidado pré-concepcional.							0,901
Concorda	78,9	87,5	72,5	76,5	74,3	80,0	
Neutro	21,1	12,5	25,5	23,5	24,3	20,0	
Discorda	0,0	0,0	2,0	0,0	1,4	0,0	
Você tem conhecimento apropriado sobre o cuidado pré-concepcional.							0,292
Concorda	42,1	68,8	56,9	66,7	52,9	67,4	
Neutro	42,1	25,0	33,3	18,2	35,7	20,4	
Discorda	15,8	6,3	9,8	15,2	11,4	12,2	
Você tem formação apropriada sobre o cuidado pré-concepcional.							0,229
Concorda	36,8	37,5	27,5	48,5	30,0	44,9	
Neutro	21,1	31,3	31,4	21,2	28,6	24,5	
Discorda	42,1	31,3	41,2	30,3	41,4	30,6	
É necessária mais formação sobre o cuidado pré-concepcional.							0,675
Concorda	66,7	56,3	71,4	72,7	70,1	67,3	
Neutro	22,2	18,8	12,2	9,1	14,9	12,4	
Discorda	11,1	25,0	16,3	18,2	14,9	20,4	

conclusão

*Regressão logística longitudinal

Em síntese, a intervenção implementada com base na hipótese que uma ação educativa sobre o cuidado pré-concepcional para trabalhadores de saúde da atenção primária está associada ao aumento do nível de conhecimento, à mudança de atitudes sobre o tema e à ampliação da realização das ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional teve efeito estatisticamente significativo apenas no âmbito do conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre o cuidado pré-concepcional e no questionamento quanto à intenção reprodutiva de mulheres em idade reprodutiva. Para compreender os efeitos observados a partir da intervenção educativa, é importante entender como o cuidado pré-concepcional é e pode ser ofertado por trabalhadores de saúde da atenção primária, o que foi alcançado por meio da análise qualitativa dos dados.

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Com o objetivo de compreender a forma como o cuidado pré-concepcional é e pode ser ofertado por trabalhadores de saúde da atenção primária, foi conduzida a etapa qualitativa, cujos achados são aqui apresentados. Tais achados são fruto da análise das respostas dos trabalhadores logo após a intervenção educativa, ou seja, foram consideradas apenas as UBS do grupo intervenção, coletadas por meio de quatro grupos focais, cujo direcionamento foi dado pelas seguintes questões:

1. Fale de uma experiência que já teve no que concerne ao cuidado pré-concepcional.
2. Como é ofertado o cuidado pré-concepcional nessa UBS?
3. Quais as facilidades e dificuldades encontradas para a oferta do cuidado pré-concepcional?
4. Como organizar ou reorganizar a atenção pré-concepcional nessa UBS?

Por meio da leitura atenta e da análise das falas, emergiu uma única categoria, denominada “Contextos da oferta do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde”.

5.2.1 Contextos da oferta do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde

A categoria temática identificada refere-se aos contextos da oferta do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde, da qual emergiram quatro subcategorias, que são “oferta do cuidado pré-concepcional”; “barreiras para a oferta do cuidado pré-concepcional: concepções diferenciadas sobre engravidar”; “barreiras organizacionais para a oferta do cuidado pré-concepcional”; e “potencialidades para a oferta do cuidado pré-concepcional”.

5.2.1.1 A oferta do cuidado pré-concepcional

Apesar da lei do planejamento familiar prever ações de concepção e contracepção, as ações realizadas pelos trabalhadores de saúde nas UBS são focadas na contracepção, inclusive em grupos educativos. Os trabalhadores de saúde sentem dificuldade em abordar o tema da concepção e podem até mesmo induzir o uso da contracepção, mesmo quando tal demanda não existe.

- *O negócio é o seguinte: não pode engravidar e então a gente vai lhe dar uma medicaçãozinha.*
- *“Não, doutor, eu não gosto de injeção”.*
- *Mas tem o DIU, tem isso, tem aquilo. Você até induz, né? Olha! Vem cá, você tem que tomar a injeção.*

- *No horário do grupo de vida sexual ativa é mais para ofertar a contracepção e não é ofertado para a mulher que quer engravidar, sabe?*

Além das ações do planejamento reprodutivo focarem na contracepção, os trabalhadores de saúde relataram que, na sua perspectiva, o cuidado pré-concepcional já é ofertado, mas não da forma sistematizada como a intervenção mostrou que é recomendada. Na verdade, na perspectiva dos trabalhadores de saúde, a oferta do cuidado pré-concepcional é realizada de maneira fragmentada e mesclada em várias outras ações realizadas como rotina da UBS, não necessariamente em atividades de planejamento reprodutivo ou de cuidado pré-concepcional. Isso porque o cuidado pré-concepcional envolve diversas dimensões do estímulo a comportamentos saudáveis e estilo de vida que são parte das ações

de promoção da saúde, ou seja, da rotina de trabalho das equipes. Sendo, assim, a oferta não é programada, mas decorre da oferta de outras ações realizadas na UBS.

- *Nas consultas, nos grupos, grupo de tabagismo, educação física, por exemplo. Se for pensar em todos os temas que você falou, ofertamos de forma fragmentada para toda a comunidade, inclusive para indivíduos em idade fértil, mas não é específico do cuidado pré-concepcional.*
- *Acaba não sendo o objetivo principal, mas a gente acaba atingindo esse objetivo.*
- *Eu acho que, sem saber, a gente deve fazer em consultas, não intencionalmente, mas acabamos fazendo em consulta.*

Parece, então, que o cuidado pré-concepcional é ofertado de forma sistematizada apenas quando é demandado por mulheres que buscam consultas médicas ou de enfermagem porque têm preocupações em relação à sua própria saúde e querem engravidar. Isso é, a oferta sistematizada do cuidado pré-concepcional é restrita às consultas apenas para mulheres que chegam na UBS dizendo que pretendem engravidar.

- *Não é ofertado. Se eu falar para você que saímos para falar sobre isso, não é verdade. A oferta fica mais na consulta.*
- *Mas quando em consulta, ela fala que quer engravidar, aí eu atuo na concepção.*
- *Acho que é só para aquelas consultas que as mulheres já têm essa intenção. Entende? Se ela mostra que quer engravidar.*
- *Se ela quer engravidar, ela marca uma consulta. Já vem com a intenção de pedir apoio em relação a isso.*
- *Existem algumas consultas que as mulheres já vêm querendo saber da sua saúde, já com pretensão de gravidez ou porque vai casar. Em consultas normais elas chegam e falam: “olha, quero fazer um check-up para saber se está tudo correto ou se tenho algum problema com relação a uma provável gestação”.*

Em contrapartida, as falas denotam que a maioria das mulheres atendidas pelas equipes, na verdade, não tem intenção de engravidar. Ao contrário, os relatos

revelam que a realidade dos trabalhadores de saúde é atender mulheres que não querem engravidar ou que já estão grávidas. Ademais, as mulheres que têm intenção de engravidar procuram a UBS não exatamente porque querem se preparar para isso, mas sim porque não conseguem engravidar ou têm experiência de abortamento anterior.

- *Raramente encontramos alguém que planeja engravidar, não é a nossa realidade. Já chega grávida.*
- *A nossa realidade é que ela já vem aqui “olha estou grávida e vou casar ainda”, então quer dizer... Eu digo que uns 4 a 5 por cento é essa população que vem aqui dizendo que casou e que pretende engravidar daqui um tempo.*
- *A minha experiência é no papa, que elas reclamam que estão tentando engravidar, mas não conseguem.*
- *Eu tive recentemente uma paciente que perdeu o bebê e ela quer ter a gestação. Aí, eu ofereci para ela o cuidado concepcional, porque, além de tudo ela queria investigar o que estava acontecendo de errado e foi nesse momento que ela chorou bastante e falou que queria muito ter esse filho e aí foi o momento que eu usei de orientar a paciente, mas porque teve realmente o interesse.*
- *Eu acho que a maioria, pelo menos aqui na unidade, é como a gente falou, é quando os pacientes chegam com dificuldade para engravidar que aí a gente acaba tomando maior cuidado mesmo né, até porque você se preocupa se aquela paciente não vai conseguir engravidar realmente. Então seu cuidado é dobrado, triplicado e você começa a investir bem mais naquela paciente.*

Essa primeira subcategoria revela que a oferta do cuidado pré-concepcional é realizada de maneira fragmentada, não sistemática e, quando realizada de forma programática, é em resposta à demanda de mulheres que querem engravidar. Essa demanda, por outro lado, é rara e é fruto, na maioria das vezes, de casos de infertilidade ou situação de abortamento anterior. A fragilidade da oferta de cuidado pré-concepcional pode ser elucidada por algumas barreiras expressas nas falas dos trabalhadores de saúde.

5.2.1.2 Barreiras para a oferta do cuidado pré-concepcional: concepções diferenciadas sobre engravidar

Questões culturais da própria comunidade foram levantadas como barreiras para ofertar o cuidado pré-concepcional, como o fato das usuárias pouco participarem de grupos educativos, terem vergonha de perguntar sobre como se preparar para uma futura gravidez (pela concepção de que, para engravidar, é necessária apenas a relação sexual) e por medo de julgamento dos trabalhadores de saúde, uma vez que esses conhecem o contexto de vida das famílias.

- *O que ocorre é que a cultura dos pacientes, hoje, que frequentam a UBS, não é só nessa unidade não, quando se fala em grupo de orientação, eles pensam “aí eu vou lá perder meu tempo escutando o povo falando” não tem adesão e a gente vê pelos grupos de gestante, onde nem gestantes vêm. A Enfermeira X é responsável pelo grupo de gestante, oferta informações importantes para elas tirarem dúvidas sobre como ganhar peso e sobre aleitamento materno, mas é pouca a adesão. Aí, a gente tem que a maioria das pessoas em idade fértil trabalha, então quer dizer, tem um impasse na cultura, na nossa cultura.*
- *É uma questão que já vem de berço e é uma questão cultural, para nós, na nossa cultura, é frescura, essa é a realidade, para nós é feio. Será que eu não tenho conhecimento de ter um bebê? Será que não tenho conhecimento necessário para uma relação sexual? E ficar grávida? E então para gente, isso de chegar ao médico e perguntar para o médico ou para uma enfermeira quais os cuidados para ter uma gravidez é vergonha para a nossa população.*
- *Até mesmo para evitar o julgamento, né, pois a gente vai fazer a visita a pessoa mora em dois cômodos e já tem três, quatro filhos e vive desempregada e aí vai virar para mim e falar assim: “eu estou pensando em engravidar de novo”.*

Muitas vezes, por conhecerem as condições de vida das famílias (de saúde, financeira e relacionais), os trabalhadores relataram que podem não concordar com a intenção de engravidar das mulheres e, por essa razão, tentam influenciar sua escolha reprodutiva, direcionando-as aos cuidados de contracepção.

- *Nessa perspectiva social, de violência e tal, muitas vezes estamos vendo que não há condições econômicas. Não pode! Não tem nenhuma condição de uma gravidez, mas é o sonho da vida, né?!*

- *Eu falo assim “Oi? Você quer o que?” Eu falo, “Não! Você está doida”. Eu falo, “Calma, espera aí! Você precisa se organizar primeiro, entendeu?!” Acaba sendo um jeito que a gente acabou evoluindo de ofertar o não engravidar.*
- *Hipertenso e diabético, não conte comigo para engravidar se tiver mais de 40 anos. Para essas, eu faço o contrário, estímulo a contracepção.*
- *Anteontem, eu atendi uma paciente com 22 anos e três filhos, o último filho tem 1 ano e o cara nada com a vida. Jesus amado! Pensa num casal... Eu falei você não quer engravidar, então, eu já vou te encaminhar para o grupo de planejamento familiar. Ela disse que quer ter um filho ainda desse homem, pois ela não tem filho com ele. Parece que filho é prova de amor e que a cada novo parceiro tem que engravidar. Se troca de parceiro todo ano, a cada ano um filho. Portas fechadas, eu pago o método contraceptivo para todo mundo. É difícil quando você conhece a casa, a realidade da família, a cara de paisagem que você tem que fazer.*

Os trabalhadores relatam que a procura pelo cuidado pré-concepcional é também influenciada pelas condições econômicas das mulheres.

- *Isso tem a ver muito, eu acho, com a cultura dela e a questão social dela também, entendeu? A minha área é essa área aqui ao lado do posto e é uma área nobre. É uma área mais nobre, então já é mais comum eu receber mulheres que passam em consulta e que vêm colher o Papanicolau porque quer engravidar. Elas já pensam assim, mas a gente sabe que ali na região da minha amiga Enfermeira X, quando chega já chega de três meses, né? Três? Já chega de 7.*

Essa segunda subcategoria revela que existem algumas barreiras culturais que influenciam na oferta do cuidado pré-concepcional, como o fato das mulheres não frequentarem grupos educativos, por terem vergonha de perguntar sobre como preparar-se para engravidar e por receio do julgamento dos trabalhadores de saúde, que pelas falas, de fato, acontece. Além disso, as falas revelam que a procura pelo cuidado pré-concepcional também é influenciada pela classificação econômica.

5.2.1.3 Barreiras organizacionais para a oferta do cuidado pré-concepcional

Um dos elementos que podem esclarecer o fato das mulheres raramente

procurarem o serviço de saúde para preparar-se para engravidar é a falta de divulgação desse cuidado para a população.

- *Procura é uma grande dificuldade.*
- *Falta uma divulgação para a população que existe esse serviço e que ela pode se beneficiar talvez desse serviço.*

Por esse motivo, os trabalhadores de saúde relataram que é preciso que a comunidade conheça esse cuidado de saúde por meio da divulgação do cuidado pré-concepcional.

- *Mais divulgação! Mais informação! Falta uma divulgação para a população que existe esse serviço e que ela pode se beneficiar talvez desse serviço.*

Além da não divulgação do cuidado pré-concepcional, não há agenda destinada a esse cuidado, ou seja, não há espaço nas metas das equipes de saúde da família para o cuidado pré-concepcional, tendo em vista a necessidade de dar conta das prioridades elencadas nos protocolos de médicos e enfermeiros da atenção primária, como o próprio pré-natal.

- *Não temos agenda para essa mulher, nem o médico e nem o enfermeiro.*
- *Acho que a nossa agenda não comporta isso. Não dá tempo. O cuidado pré-concepcional não dá tempo. O tempo que você vai levar para ofertar isso, a não ser que seja palestra aberta ou alguma coisa, mas o tempo que você irá levar em uma consulta para explicar todos os cuidados pré-concepcionais é muito para nossa realidade.*

Contrapondo-se ao discurso da falta de agenda, houve também o relato de outras dificuldades na oferta do cuidado pré-concepcional para além da organização das agendas, como o fato das mulheres trabalharem no horário de funcionamento da UBS.

- *Acho que o tempo, né? Isso não é só por conta dos profissionais, mas também por conta das pacientes. A maioria das pacientes em idade fértil trabalha e então não se tem o momento. Até para ter o cuidado de doenças e o acompanhamento de gestantes, sinto dificuldade, muitas vezes, porque não vêm na consulta porque têm que trabalhar.*

A inadequação de protocolos para a oferta do cuidado pré-concepcional também foi uma das barreiras levantadas pelos trabalhadores. As falas dos trabalhadores de saúde denotam que o protocolo de saúde não permite autonomia legal suficiente para a oferta do cuidado pré-concepcional por enfermeiros, bem como a realização de exames e o encaminhamento para serviços de referência em infertilidade, que são poucos e deficientes.

- *Por exemplo, pelo protocolo municipal, o enfermeiro não pode prescrever o ácido fólico [antes] na concepção, só o médico. O enfermeiro só pode prescrever ácido fólico com o teste de gravidez positivo, diferente do protocolo do Ministério da Saúde.*
- *Repelente só vem para gestante em casos específicos para doença. Se aparecer uma mulher falando que quer engravidar, que precisa de repelente, a gente não pode dar, nem o médico e nem o enfermeiro.*
- *Exames necessários para avaliar corretamente a fertilidade feminina, não temos também. Eu só consigo pedir histerectomia diagnóstica, suando muito, mas os demais não consigo.*
- *Tenho uma paciente que tem menos de 40 anos e está há mais de um ano tentando engravidar e o marido já fez espermograma e já fez de tudo e não engravidou. Aí manda para o serviço de fertilização, né? E aí não consegue a vaga.*
- *Quando tem infertilidade, eu encaminho, mas é um encaminhamento perdido, sem resposta.*

Dessa forma, os trabalhadores de saúde relatam que é necessária a melhoria de protocolos e da gestão sobre o cuidado pré-concepcional.

- *Trabalhamos com que temos, que é a questão da orientação, pegar um caso aqui e um caso ali, mas chega um momento que ficamos de mãos atadas, vai até um limite. Acho que é o que você está fazendo, levar estudos, o quanto seria um facilitador e a mudança do protocolo. Se o MS preconiza algumas ações, porque o município não pode ir na mesma direção, vai além da gente aqui.*

Essa terceira subcategoria revela que os trabalhadores de saúde relatam barreiras organizacionais para a oferta do cuidado pré-concepcional, mas não

reconhecem qualquer facilidade para a oferta de tal cuidado.

- *Facilidades, não temos nenhuma. Dificuldade, várias.*
- *Então, são inúmeras dificuldades e nenhuma facilidade, essa é a verdade.*

5.2.1.4 Potencialidades para a oferta do cuidado pré-concepcional

Além do reconhecimento da necessidade da melhoria de protocolos e da gestão de referência e contra-referência acerca do cuidado pré-concepcional e, embora algumas falas sugerem que não há qualquer facilidade para a oferta do cuidado pré-concepcional nas UBS, o momento de coleta do exame preventivo de câncer de colo do útero e de grupos educativos foram identificados como apropriados para a oferta do cuidado pré-concepcional.

- *No exame de prevenção dá para abordar “Olha, você pretende engravidar?” É uma sala que a gente tem que é livre demanda e que não precisa marcar e nem nada.*
- *Os grupos de saúde da mulher eu acho que funcionam muito bem, porque depois vai disseminando na população. De repente, a gente começa a fazer esses grupos com esse tema “Você quer engravidar?”*
- *A gente já tem vários espaços garantidos dentro das agendas e até de grupos que já são realizados aqui na unidade e eu acho que cabe sim a gente fortalecer essa informação e ir multiplicando isso. Eu acho que vai ter muita dificuldade porque muitas pessoas talvez vão ser contra até pela questão do tempo mesmo que a gente tem para dar essas orientações, mas é o necessário.*

Reitera-se que os trabalhadores de saúde reconhecem a importância da divulgação do cuidado pré-concepcional e identificam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como fundamentais na divulgação desse cuidado.

- *A agente comunitária pode abordar isso, falar olha você pretende engravidar, pois a UBS oferece e é só você marcar uma consulta. É o único jeito.*

6 DISCUSSÃO

Com o objetivo de avaliar o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento, na atitude e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional de trabalhadores de saúde da atenção primária, foi conduzido um estudo com técnicas quantitativas e qualitativas em uma mesma pesquisa.

Os principais resultados mostraram que a intervenção educativa aumentou o nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional dos trabalhadores da saúde, mas não teve qualquer efeito em suas atitudes e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional, com exceção do aumento do questionamento da intenção de engravidar, o que foi evidenciado nos relatos das mulheres usuárias das UBS.

Os resultados mostraram, também, que a oferta do cuidado pré-concepcional é realizada de maneira indireta e, quando realizada de forma direta é apenas em resposta à demanda de mulheres que desejam engravidar. Tal demanda é rara e fruto, na maioria das vezes, de casos de infertilidade ou situação de abortamento anterior. Ainda, a oferta de cuidado pré-concepcional na atenção primária parece ser frágil e a análise qualitativa mostrou que isso ocorre por conta de inúmeras situações, como a falta de divulgação a respeito do cuidado pré-concepcional, falta de agenda destinada a esse cuidado, existência de protocolos inadequados para sua oferta, pouca participação das mulheres em grupos educativos, vergonha de algumas mulheres em questionar sobre como preparar-se para uma gravidez, receio de julgamento por parte dos trabalhadores de saúde e a não concordância dos trabalhadores de saúde com a intenção reprodutiva de suas pacientes.

Entretanto, houve o reconhecimento de potencialidades para a oferta do cuidado pré-concepcional por parte dos trabalhadores, que identificaram o momento de coleta do exame preventivo de câncer de colo do útero, as atividades de grupos educativos e a participação do ACS na divulgação desse cuidado como iniciativas que possam promover a saúde pré-concepcional da atenção primária à saúde.

Para o alcance dos objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido com trabalhadores de saúde (médicos e enfermeiros) e mulheres usuárias das UBS. De modo geral, o perfil dos trabalhadores de saúde deste estudo é semelhante aos

trabalhadores atuantes da Atenção Primária da cidade de São Paulo. São trabalhadores, em sua maioria, do sexo feminino, predominantemente com idade entre 21 e 40 anos, atuam há mais de cinco anos na Atenção Primária e possuem curso de especialização (Marsiglia, 2011). Esse perfil de trabalhadores reflete uma força de trabalho jovem, especializada e com experiência na Atenção Primária.

Por sua vez, o perfil sociodemográfico das usuárias entrevistadas revela que são menos escolarizadas, majoritariamente vivendo em união estável e apresentam menor percentual de registro em carteira, menor percentual de acesso a planos de saúde e majoritariamente pertencentes às classes econômicas C, D e E comparadas às mulheres brasileiras em geral (ABEP, 2018; IBGE, 2012, 2013, 2018). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que, aproximadamente, um quarto das mulheres com mais de 25 anos de idade completaram o ensino superior (21,5%), um pouco mais da metade vivia em união estável com o parceiro (54,8%), menos da metade era economicamente ativas (43,4%), pouco mais da metade tinha carteira assinada (54,7%), aproximadamente um quarto das mulheres possuía plano de saúde (28,9%) e a maioria pertencia às classes C/D e E (76,2%) (ABEP, 2018; IBGE, 2012, 2013, 2018).

Da mesma forma, o perfil reprodutivo das usuárias ratifica que a amostra contempla mulheres com perfil diferente da representação nacional, por exemplo, as mulheres deste estudo estiveram mais vezes grávidas em comparação com as mulheres em geral (69,2%), bem como relataram ter passado mais vezes por situações de abortamento em comparação com representação nacional (17,3%) (IBGE, 2013).

A diferença entre as mulheres deste estudo e as mulheres brasileiras em geral pode ser explicada pela escolha do local de pesquisa, que foi conduzida em regiões da cidade de São Paulo caracterizadas por terem baixo IDH. Isso significa que os achados deste estudo não podem ser generalizados para a população brasileira, e nem para usuárias do SUS, na medida em que há uma grande desigualdade social no país.

Quando comparados os trabalhadores de saúde nos grupos intervenção e controle, observou-se que, no grupo intervenção, houve maior porcentagem de trabalhadores com especialização; já no grupo controle, houve maior porcentagem de trabalhadores que concluíram o programa de residência (que é justificado pelo fato de uma UBS do grupo controle estar vinculada ao curso de residência de uma

faculdade particular da região). Essas diferenças podem ter interferido nos resultados do estudo uma vez que a maior escolaridade está relacionada ao maior nível de conhecimento sobre as medidas de saúde referentes ao cuidado pré-concepcional (Aggarwal et al., 2010). No entanto, nossos achados mostraram que os trabalhadores do grupo intervenção e controle partiram do mesmo nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional.

Por sua vez, no que diz respeito ao perfil das mulheres em idade fértil dos grupos intervenção e controle, há proporção maior de usuárias que vivia com os parceiros entre as mulheres do grupo intervenção. Essa diferença entre o perfil das mulheres do grupo intervenção e controle poderia interferir nos resultados da pesquisa, na medida em que, pelo fato das mulheres do grupo intervenção estar majoritariamente em união estável, poderia revelar mulheres que pudesse ter mais oportunidades de procurar ou receber o cuidado pré-concepcional. De fato, no Momento 1, houve maior porcentagem de mulheres que relataram receber as ações do cuidado pré-concepcional e maior porcentagem de trabalhadores de saúde que relataram ofertar as ações do cuidado pré-concepcional no grupo intervenção, mas isso não impactou na análise do efeito da ação educativa, ou seja, na análise de como os grupos se comportaram antes e depois da intervenção.

6.1 EFEITOS DA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO, NA ATITUDE E NA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

Os trabalhadores de saúde do grupo intervenção e controle já tinham considerável conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional antes da intervenção. Comparando os dados deste estudo com estudos internacionais, observa-se que os trabalhadores de saúde deste estudo possuíam nível de conhecimento maior comparado aos trabalhadores de saúde de outros países, inclusive de alta renda, como Austrália, Estados Unidos e Canadá, ou outros países, como Porto Rico, Israel, Índia e Etiópia, que observaram baixo nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional em grupos similares (Abu-Hammad et al., 2008; Aggarwal et al., 2010; Conway et al., 1995; Conway, Mason, Hu, 1994; Koren, 1997; Guess et al., 2017; Kassa, Human, Gameda, 2018; Miranda et al., 2003; Rodino, Byrne, Sanders,

2017), sobretudo em relação à suplementação de ácido fólico (Abu-Hammad et al., 2008; Aggarwal et al., 2010. Conway et al., 1995; Koren, 1997; Miranda et al., 2003).

Dentre as 13 afirmativas usadas para mensurar o nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional, as que tiveram menos acertos dizem respeito ao momento de início das ações do cuidado pré-concepcional e a dosagem de ácido fólico recomendada para mulheres com histórico de gestação de feto com distúrbio do tubo neural. Tal situação também foi observada no estudo desenvolvido na Sérvia, entre farmacêuticos, no que diz respeito ao aconselhamento da suplementação de ácido fólico para mulheres. Poucos reconheceram o momento ideal para a suplementação de ácido fólico, tendo sido observado baixo nível de conhecimento sobre a dosagem adequada para prevenção de recorrência de defeitos do tubo neural (Zeković et al., 2019).

O MS recomenda o início da suplementação de ácido fólico 30 dias antes da concepção na dosagem de 0,4 mg para mulheres que planejam engravidar e, para mulheres com histórico de distúrbio de tubo neural, a dose recomendada é de 4 mg (Brasil, 2016), da mesma forma que as recomendações do CDC (CDC, 2020). A OMS também preconiza a suplementação de 0,4 mg de ácido fólico para mulheres que planejam engravidar, mas que seja iniciada dois meses antes da concepção, além de 5 mg para mulheres com histórico de distúrbio de tubo neural (WHO, 2019). No entanto, além dessas recomendações diferirem entre si, também diferem de alguns protocolos nacionais e municipais. Por exemplo, o protocolo do município de São Paulo recomenda início da suplementação de ácido fólico três meses antes da concepção, sem mencionar a dosagem adequada (São Paulo, 2012); o protocolo de Pré-Natal de Baixo Risco do próprio MS preconiza suplementação de 5 mg para as mulheres que planejam engravidar de 60 a 90 dias antes da gestação, não especificando a dosagem para riscos recorrentes, isso é, para mulheres com histórico de filhos com distúrbio de tubo neural (Brasil, 2012c). Isso mostra a necessidade da atualização constante dos protocolos de saúde do MS, dos estados e municípios, bem como a padronização desses protocolos em nível nacional, considerando, claro, as especificidades locais.

Apesar da literatura revelar que a maioria dos trabalhadores de saúde não conhece os protocolos estabelecidos sobre o cuidado pré-concepcional (Coll et al., 2016), essas divergências entre protocolos podem, também, justificar que os trabalhadores tenham errado mais as afirmativas que se referem ao momento de

início das ações do cuidado pré-concepcional e a dosagem de ácido fólico recomendada para mulheres com histórico de filhos com distúrbio de tubo neural. É preciso ressaltar que o fato dos trabalhadores do grupo intervenção serem mais especializados parece não ter interferido nos resultados do estudo. Mesmo assim, a intervenção educativa aumentou o nível de conhecimento de trabalhadores da saúde (médicos e enfermeiros), da mesma forma que foi observado em estudos realizados nos EUA com estudantes e residentes da área de saúde (Delgado, 2013; Spagnoletti et al., 2008), mostrando que a formação permite a atualização de conteúdos e reflexões críticas sobre a assistência prestada.

No Brasil, essa formação acontece no ambiente de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano da assistência por meio da Educação Permanente em Saúde, que é um instrumento que viabiliza aos trabalhadores de saúde a construção do conhecimentos e a análise crítica sobre a realidade local por meio da troca de ideias e experiências pessoais e profissionais (Brasil, 2004, 2009b). Considerando que o cuidado pré-concepcional é um importante cuidado para melhorar os indicadores maternos e infantis (WHO, 2012) e que é na atenção primária que esse cuidado deve ser ofertado (São Paulo, 2012; Brasil, 2016), faz-se necessário que haja formação, por meio da Educação Permanente em Saúde, sobre essa temática para que haja a possibilidade de transformar as práticas profissionais no cotidiano do trabalho. Isso se justifica pelo fato que o treinamento insuficiente é um elemento relatado como impactante na confiança e na habilidade para a oferta do cuidado pré-concepcional pelos trabalhadores de saúde, sobretudo da atenção primária (Goossens et al., 2018; Heyes, Long, Mathers, 2004; Mazza, Chapman, Michie, 2013; Steel et al. 2016).

No tocante aos efeitos da intervenção educativa nas atitudes sobre o cuidado pré-concepcional, a intervenção não mostrou qualquer efeito significativo. Na verdade, ainda no momento antes da intervenção, já foi observado que muitos trabalhadores possuíam atitude positiva em relação a esse cuidado. Eles reconheciam que o cuidado pré-concepcional tem efeitos positivos para mulheres no período fértil sobre os resultados de uma gravidez. Em geral, trabalhadores de saúde possuem atitude positiva em relação ao cuidado pré-concepcional, estando informados sobre sua importância na saúde materna e infantil (Aggarwal et al., 2010; Coll et al., 2016; Guess et al., 2017; Seman, Teklu, Tesfaye, 2019; Van Voorst et al., 2016). Além disso, nossos achados mostram que os trabalhadores consideram um

cuidado necessário, não entendendo como luxo, e reconhecem que é na atenção básica que esse cuidado precisa ser ofertado, o que está em acordo com os manuais da atenção primária (Brasil, 2016; São Paulo, 2012). No entanto, a maior parte dos trabalhadores relatou que não há tempo suficiente para a oferta do cuidado pré-concepcional, o que é ratificado na abordagem qualitativa. Isso parece mostrar que não há espaço nas metas das equipes de saúde da família para o cuidado pré-concepcional, tendo em vista a necessidade de dar conta das prioridades elencadas nos protocolos de médicos e enfermeiros, como o próprio pré-natal.

Ainda, mesmo que tenhamos observado um nível de conhecimento razoável sobre cuidado pré-concepcional entre os trabalhadores, e que houve ampliação do conhecimento após intervenção educativa, menos da metade referiu ter formação apropriada sobre o tema e a maioria reconheceu a necessidade de mais formação. Já há evidências que esse é um ponto comum em outros contextos (Miranda et al., 2003; Van Voorst et al., 2016), tanto no que concerne à baixa satisfação com a formação recebida (Rodino, Byrne, Sanders, 2017) quanto ao reconhecimento de que há necessidade de formação adequada (Canady, Tiedje, Lauber, 2008). Isso nos leva a concluir que o cuidado pré-concepcional não está integralmente incorporado na formação dos trabalhadores de saúde. Portanto, a inclusão de conteúdos sobre saúde pré-concepcional nos currículos da graduação de medicina e enfermagem pode ser considerado um elemento importante para criar um ambiente propício de ampliação da oferta desse cuidado posteriormente, quando os estudantes se tornarem profissionais.

A atitude favorável e o elevado conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional não se refletiram na oferta dessa prática de saúde. Estudos desenvolvidos na África do Sul e na Etiópia confirmam que o alto nível de conhecimento e atitude positivas sobre o cuidado pré-concepcional não estão relacionados à oferta desse cuidado (Seman, Teklu, Tesfaye, 2019; Ukoha, Dube, 2019). Parece que são necessárias mudanças na organização dos serviços, como por exemplo, tempo na agenda dos trabalhadores, e na sua formação a respeito do cuidado pré-concepcional, o que já foi recomendado por pesquisadores da África do Sul (Ukoha, Dube, 2019).

O estudo realizado na África do Sul, com estudantes de enfermagem da Atenção Primária à Saúde, mostrou que os estudantes tinham conhecimento e

atitude favorável sobre o cuidado pré-concepcional, mas a ausência de recursos (falta de treinamento e apoio do governo) os impediu de ofertar esse cuidado de saúde. O estudo recomenda que, para que a implementação do cuidado pré-concepcional ocorra, os trabalhadores de saúde devem receber os recursos governamentais necessários (Ukoha, Dube, 2019).

Ainda, o estudo realizado na Etiópia mostrou que, embora o conhecimento e a atitude sobre o cuidado pré-concepcional fossem adequados entre os residentes de medicina obstétrica e ginecológica, existia uma lacuna significativa na sua oferta. Por isso, recomendaram que esforços devam ser feitos pelos órgãos governamentais para melhorar a prática de cuidados pré-concepcionais por meio da elaboração de diretrizes, fornecendo treinamento e conscientizando a população (Seman, Teklu, Tesfaye, 2019).

Dessa forma, além do conhecimento de trabalhadores de saúde, que é fundamental para a mudança de práticas assistenciais, é necessário investir em outros elementos para que, de fato, haja mudança no padrão de oferta do cuidado pré-concepcional, como a elaboração de protocolos e diretrizes, maior apoio governamental e promoção do conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional também entre homens e mulheres (Seman, Teklu, Tesfaye, 2019; Ukoha, Dube, 2019).

Os resultados deste estudo mostraram que a intervenção educativa não alterou a prática dos trabalhadores de saúde na oferta do cuidado pré-concepcional, diferentemente do que mostram alguns estudos realizados em outros contextos. Estudo realizado nos Estados Unidos com trabalhadores de saúde da atenção primária observou que, após a intervenção, os trabalhadores relataram que passaram a distribuir os folhetos recebidos sobre o cuidado pré-concepcional as mulheres (Cullum, 2003). Outro estudo, também realizado nos Estados Unidos, com residentes, médicos e enfermeiros, mostrou que durante e após a intervenção houve aumento das taxas de registros da intenção reprodutiva e aconselhamento pré-concepcional (Kvach et al., 2017; Kvach, Marcus, Loomis, 2018). Estudo realizado na Alemanha com ginecologistas e farmacêuticos mostrou que eles aumentaram a prescrição de ácido fólico (Egen, Hasford, 2003). Tais resultados, bastante positivos, diga-se de passagem, podem ter sido observados porque a intervenção incluiu a elaboração de diretrizes, divulgação dessas diretrizes para os trabalhadores de saúde, informação para a população em geral sobre os benefícios do cuidado pré-

concepcional, envio de materiais/protocolos e avisos sobre a importância desse cuidado por correios e por telefone para os trabalhadores de saúde, bem como a avaliação dos prontuários para avaliar a oferta desse cuidado de saúde (Cullum, 2003; Egen, Hasford, 2003; Kvach et al., 2017; Kvach, Marcus, Loomis, 2018). Pode ser que outros elementos podem influenciar mais intensamente a prática profissional do que o conhecimento propiciado pela intervenção. A etapa qualitativa mostrou que, nas falas dos trabalhadores de saúde, a falta de divulgação do cuidado pré-concepcional para a população, falta de agenda destinada a esse cuidado, protocolos inadequados para a oferta do cuidado pré-concepcional, baixa participação das mulheres em grupos educativos, baixa procura pelo cuidado pré-concepcional entre mulheres socialmente mais desfavorecidas, vergonha de questionar sobre como preparar-se para uma gravidez, receio de julgamento por parte dos trabalhadores de saúde e a não concordância dos trabalhadores de saúde com a intenção reprodutiva de suas pacientes compuseram as barreiras para a oferta do cuidado pré-concepcional.

Apesar da intervenção educativa não ter influenciado a prática de trabalhadores de saúde, a maior parte deles relatou a oferta das ações do cuidado pré-concepcional ocasionalmente e/ou sempre, como, por exemplo, questionar a intenção de engravidar, atender mulheres em idade fértil, divulgar o cuidado pré-concepcional e orientar sobre o cuidado pré-concepcional após o teste rápido de gravidez, contrariando achados de outros estudos que mostram baixa proporção da oferta do cuidado pré-concepcional para mulheres em idade reprodutiva (Davis, Carr, La, 2008; Guess et al., 2017; Kassa, Human, Gameda, 2019; Koren, 1997; Miranda et al., 2003; Rodino, Byrne, Sanders, 2017; Tough et al., 2004, 2006; Van Heesch et al., 2006; Van Voorst et al., 2016). Esses achados podem indicar que os trabalhadores de saúde de fato já ofertam o cuidado pré-concepcional ou apenas verbalizam essa percepção, que não necessariamente retrata a realidade. Nossos achados mostram que isso parece ser, antes de tudo, apenas uma percepção dos trabalhadores, tendo em vista que as mulheres em idade fértil pouco relataram o recebimento das ações do cuidado pré-concepcional. Essa contradição pode ser justificada pelo fato de os trabalhadores terem sentido que estavam sendo avaliados sobre suas práticas durante o estudo e, por isso, as terem supervalorizado. Entretanto, foi garantido o sigilo dos dados e enfatizado que o estudo não tinha como objetivo a avaliação individual, mas sim a contribuição para melhoria da

qualidade da atenção às mulheres e homens em idade reprodutiva com intenção de engravidar.

A prescrição de ácido fólico foi a medida menos relatada pelos trabalhadores de saúde. Isso pode ser justificado pelo fato de apenas os médicos poderem prescrever ácido fólico antes da concepção, de acordo com o protocolo municipal estabelecido (São Paulo, 2012). Embora o enfermeiro tenha autonomia para prescrever o ácido fólico no período pré-concepcional de acordo com o MS (Brasil, 2016), é o protocolo municipal que deve ser seguido nas UBS participantes do estudo, entretanto, ele contempla apenas a possibilidade do médico o prescrever. A suplementação de ácido fólico constitui estratégia eficaz para redução da incidência de defeitos no tubo neural (Johnson et al., 2006; WHO, 2012) e, por essa razão, o enfermeiro precisa ser respaldado do ponto de vista legal a prescrever o ácido fólico antes e após a concepção, respeitando as recomendações do MS (Brasil, 2016).

Apenas em uma ação do cuidado pré-concepcional houve aumento na oferta após a intervenção, mesmo que não significativo, que foi a orientação sobre o cuidado pré-concepcional após teste rápido de gravidez. Trata-se de um resultado importante, pois o momento do teste rápido de gravidez é propício para captar mulheres que estão tentando engravidar. Caso a mulher tenha intenção de engravidar e o teste for negativo, ela pode ser orientada sobre as medidas para preparar-se para engravidar (Hall et al., 2016).

Em relação aos efeitos da intervenção educacional na realização das ações do cuidado pré-concepcional na perspectiva das mulheres usuárias de UBS, a única ação que mostrou ter melhorado no período após a intervenção foi o questionamento sobre a intenção reprodutiva. Após a intervenção, proporção significativamente maior de mulheres usuárias das UBS relatou que foi questionada sobre a sua intenção reprodutiva. Uma vez que a avaliação das intenções reprodutivas de mulheres em idade fértil não faz parte da rotina dos serviços de saúde, questionar sua intenção reprodutiva é o ponto de partida para direcionar mulheres e casais ao cuidado pré-concepcional ou para a assistência em contracepção (Hall et al., 2016), sobretudo porque, como revelam os dados qualitativos, na perspectiva dos trabalhadores de saúde as mulheres não procuram o cuidado pré-concepcional. O questionamento da intenção reprodutiva pode se caracterizar, pois, como busca ativa das mulheres que poderiam se beneficiar do cuidado pré-concepcional.

Mesmo tendo sido observado aumento significativo do questionamento quanto

à intenção reprodutiva como efeito da intervenção educativa, pode-se afirmar que as mulheres ainda são raramente questionadas sobre isso, o que está em acordo com a literatura, que mostra que os trabalhadores de saúde geralmente não conhecem a intenção de engravidar de suas pacientes (Goossens et al., 2018; Heyes, Long, Mathers, 2004; Mazza, Chapman, Michie, 2013; Steel et al. 2016).

Na perspectiva das mulheres usuárias das UBS, poucas vezes foram o foco de ações do cuidado pré-concepcional. Além de poucas que foram questionadas sobre a sua intenção reprodutiva, poucas também já ouviram falar ou foram orientadas sobre o cuidado pré-concepcional ou tiveram a prescrição de ácido fólico antes da concepção, o que está consonante com outros estudos internacionais (Backhausen et al., 2014; Luton et al., 2014; Rosenberg, Gelow, Sandoval, 2003; Stephenson et al., 2014). Igualmente, estudo brasileiro mostrou que poucas mulheres em idade reprodutiva realizam o preparo pré-concepcional, como procurar assistência médica, passar a comer de forma mais saudável, tomar ácido fólico, parar ou diminuir bebida alcoólica e o fumo (Borges et al., 2016), mesmo que tenham passado por uma gravidez planejada (Borges et al., 2016; Nascimento, Borges, Fujimori, 2019), tendo sido o desconhecimento sobre o mesmo e sobre os serviços que o ofertam a principal razão para tal (Nascimento et al., 2016). Na verdade, as mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional foram aquelas que reuniram perfis sociais mais favoráveis, como alta renda e escolaridade, o que revela sua determinação social (Nascimento, Borges, Fujimori, 2019).

O cuidado pré-concepcional, no Brasil, ainda é incipiente. Na literatura nacional, há poucos estudos sobre o tema e, apesar de estar contemplado nos protocolos do MS, restringem-se a orientações basicamente de cunho biológico, desconsiderando aspectos psicológicos e sociais que o cercam. Além disso, fica evidente que a oferta do cuidado pré-concepcional realizada pelos trabalhadores de saúde não atinge as mulheres em idade fértil. No Brasil, poucas mulheres já realizaram (15,9%) ou já ouviram falar (35,4%) sobre esse cuidado (Nascimento et al., 2016), o que significa que as mulheres não conhecem, não recebem orientações e, conseqüentemente, não realizam as medidas para se preparar para uma gravidez. Mesmo considerando as mulheres com perfil permeado de riscos e repercussões negativas à saúde materna e fetal, como as mulheres portadoras de diabetes, o conhecimento e realização desse cuidado são baixos (Bezerra, 2012; Moura, Evangelista, Damasceno, 2012;)

Em relação aos efeitos da intervenção educacional na realização das ações do cuidado pré-concepcional na perspectiva do serviço de saúde, a intervenção não teve o efeito esperado na dispensação de ácido fólico, o que difere dos achados de estudo realizado na Alemanha que mostrou que, após a intervenção educativa destinada a trabalhadores de saúde e a mulheres, houve aumento de mulheres que tomaram ácido fólico antes da concepção e também aumento da prescrição de ácido fólico por trabalhadores de saúde. No entanto, além da intervenção ter incluído mulheres e ter tido o apoio da disseminação de informações por meios de comunicação em massa, com envio de material educativos, o levantamento desses dados deu-se por entrevistas com mulheres e com médicos e visitas a farmácias por uma mulher dizendo que queria engravidar e que tinha ouvido falar de certas vitaminas ou minerais que ela devia tomar para ter uma gravidez saudável (Egen, Hasford, 2003). De certa forma, a própria estratégia de coleta de dados pode ter induzido os resultados desse estudo.

A contagem do número de comprimidos e frascos de ácido fólico dispensados consiste em uma limitação deste estudo, pois o dado pode ser influenciado pelo número de gestantes cadastradas naquele período, por exemplo. Tendo em vista que não foi possível diferenciar se o ácido fólico foi dispensado para grávidas ou não grávidas, constata-se que a opção por este critério foi inadequada. Por esse motivo, recomenda-se que haja a especificação, no SUS, do público a quem se destina a dispensação de ácido fólico para que se permita a realização de pesquisas, elaboração e avaliação de programas de saúde pública, inclusive sobre o cuidado pré-concepcional.

Diante dos efeitos vislumbrados a partir da intervenção educativa proposta neste estudo, recomenda-se que haja a formação de trabalhadores de saúde no que concerne o cuidado pré-concepcional nos cursos de graduação, pós-graduação e na educação permanente em saúde, bem como que haja incentivos e condições na organização dos serviços para propiciar a oferta do cuidado pré-concepcional, como por exemplo, elaboração de protocolos e diretrizes atuais e amplas, inclusão da oferta desse cuidado na agenda e metas de trabalhadores de saúde considerando a realidade local, elaboração e distribuição de materiais educativos sobre a temática, revisão da competência legal de enfermeiros para prescrição do ácido fólico no período pré-concepcional, divulgação do cuidado préconcepcional para a população, entre outras ações.

6.2 CONTEXTOS DA OFERTA DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL POR TRABALHADORES DE SAÚDE

Os achados sobre os contextos da oferta do cuidado pré-concepcional por trabalhadores de saúde dizem respeito à parte qualitativa deste estudo, que auxiliou na interpretação dos achados quantitativos.

A Lei do Planejamento Familiar prevê o cuidado em contracepção e em concepção e as ações são oferecidas, atualmente, na atenção primária à saúde por médicos e enfermeiros e foi criada para garantir que homens e mulheres alcancem a sua intenção reprodutiva, ofertando, para isso, métodos de contracepção e concepção (Brasil, 1997). No entanto, as ações de planejamento reprodutivo ofertadas no país têm foco na contracepção (Moura, Silva, Galvão, 2007; Pierre, Clapis, 2010; Silva, Motta, Zeitoune, 2010), o que foi também ressaltado nas falas dos trabalhadores. Uma hipótese é que esse direcionamento na atenção à contracepção não necessariamente ocorre por uma demanda da população, mas pode se justificar por ser um cuidado mais presente em protocolos no Brasil. Em uma busca na plataforma BVS, em junho de 2020 com o descritor “Cuidado Pré-concepcional”, apenas na língua portuguesa, encontrou-se 32 artigos e, em contrapartida, uma busca com o descritor “Anticoncepção”, apenas na língua portuguesa e no mesmo período, apontou 1528 artigos. Da mesma forma, lendo os manuais de saúde sexual e reprodutiva do MS, observa-se que a atenção na concepção não consta ou consta de forma superficial e resumida quando comparada com a atenção em contracepção (Brasil, 2002, 2016). É fato que a realidade brasileira apresenta elevado número de gravidezes não intencionais, justificando o foco na atenção em contracepção (Brasil, 2018; Borges et al., 2011; Leal, Gama, 2014), mas é preciso que a atenção a concepção esteja presente para responder às necessidades de mulheres e homens que planejam engravidar, muitas das vezes, não reconhecidas pelo SUS.

Mesmo com o direcionamento às ações em contracepção, alguns trabalhadores de saúde relataram que ofertam o cuidado pré-concepcional, porém de maneira indireta, ou seja, por meio de estímulo a comportamentos e estilo de vida saudáveis que são parte das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas não exatamente em ações específicas de cuidado pré-concepcional. Essas

ações estão mescladas em várias outras realizadas como rotina da UBS, não necessariamente em atividades de planejamento reprodutivo, como por exemplo, a orientação sobre a cessação ou diminuição do tabaco, que é trabalhada no grupo de tabagismo e também faz parte do rol de ações do cuidado pré-concepcional. Sendo assim, a oferta não é direta, mas incorporada à oferta de outras ações realizadas na UBS.

A oferta do cuidado pré-concepcional atrelada a outras ações mais gerais de promoção da saúde e estilo de vida não é considerada a mais adequada. O CDC e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas recomendam que todos os encontros de saúde durante os anos reprodutivos de mulheres e homens incluam o aconselhamento sobre saúde pré-concepcional. Além disso, preconiza que o atendimento médico na pré-concepção seja direcionado para as necessidades de saúde de cada pessoa, de forma individualizada (CDC, 2020). Além disso, o MS preconiza que o cuidado pré-concepcional deve ser realizado em uma consulta que o casal faz antes de engravidar, com anamnese, exame físico, orientações e intervenções específicas (Brasil, 2006, 2012b, 2013, 2016). Não se deve concluir, contudo, que a abordagem do cuidado pré-concepcional em grupos educativos ou em outras ações de promoção da saúde não seja importante, mas é primordial que seja realizada também de forma direta em consultas individuais, com propósitos específicos.

Neste estudo, os trabalhadores revelaram que só ofertam o cuidado pré-concepcional de maneira direta e individual quando essa necessidade é demandada pela mulher. Parece não haver, portanto, a identificação das necessidades de saúde reprodutiva, mas sim uma resposta às demandas trazidas pelas usuárias. Isso pode ser preocupante pois a literatura mostra que as mulheres nem sempre (re)conhecem o cuidado pré-concepcional e, conseqüentemente, pouco ou nada demandam esse cuidado (Nascimento et al., 2016). Na verdade, as poucas mulheres que procuram no serviço de saúde o cuidado pré-concepcional o fazem quando não conseguem engravidar ou têm experiência de abortamento anterior, mas não com o objetivo de preparar-se para engravidar, e sim por ter dificuldade de engravidar, o que corrobora com as evidências que a experiência de infertilidade é determinante para a realização do cuidado pré-concepcional (Nascimento, Borges, Fujimori, 2019).

Outro ponto relevante levantado durante os grupos focais é que, apesar dos trabalhadores de saúde terem alto nível conhecimento e atitudes positivas sobre o

cuidado pré-concepcional, que seriam elementos facilitadores para a realização dessa ação de saúde (Goossens et al., 2018), não souberam destacar as facilidades que encontram nos serviços de saúde para ofertarem esse cuidado, ao passo que destacaram inúmeras barreiras. Uma delas é o fato das mulheres não demandarem essa ação. Segundo os trabalhadores, o fato das mulheres pouco frequentarem grupos educativos e o horário de funcionamento da UBS coincidir com o horário comercial pode acarretar a não realização do cuidado pré-concepcional, tendo em vista que a falta de tempo no dia-a-dia é uma justificativa para não realizar o preparo pré-concepcional, mesmo em uma gravidez planejada (Nascimento et al., 2016). Mais uma questão levantada pelos trabalhadores de saúde é que as mulheres parecem ter vergonha de perguntar sobre como se preparar para engravidar. Na verdade, as mulheres nem sempre sabem que precisam se preparar para engravidar (Nascimento et al., 2016), inclusive entre mulheres de grupo de risco, como as mulheres portadoras de diabetes (Moura, Evangelista, Damasceno, 2012).

A percepção de alguns trabalhadores de saúde é que as mulheres pouco demandam ações para se preparar para uma gravidez justamente porque não querem engravidar. Muitas, inclusive, já chegam grávidas ao serviço, impossibilitando a adoção de qualquer comportamento de preparo pré-concepcional. Essa percepção também foi descrita em outros contextos, onde o contato com a mulher tende a ocorrer somente após a concepção (Goossens et al., 2018). Pode ser que muitas das mulheres que têm intenção de engravidar não têm conhecimento sobre a necessidade e os benefícios de se prepararem, o que pode explicar a não procura por esse cuidado de saúde pelas mulheres, constituindo uma demanda não reconhecida e não atendida pelo SUS.

O baixo nível de conhecimento a respeito do cuidado pré-concepcional entre as mulheres (Moura, Evangelista, Damasceno 2012) pode ser decorrente da falta de divulgação sobre essas ações nos serviços de atenção primária, diferente do que se faz a respeito dos métodos contraceptivos, o que aponta para a necessidade de se ampliar a divulgação do cuidado pré-concepcional entre mulheres e casais em idade fértil. Isso foi confirmado por estudo desenvolvido no Irã que mostrou que, após uma intervenção educativa de 15 minutos, as mulheres passaram a conhecer e usar mais o ácido fólico no período pré-concepcional (Mirmohammadaliei et al., 2004) e um estudo holandês que observou aumento da procura por consulta de pré-concepção após recebimento de informações direcionadas (Sijpkens et al., 2019).

As falas dos trabalhadores de saúde revelam, também, que a procura pelo cuidado pré-concepcional parece ser influenciada pela inserção social das mulheres/casais. Mulheres que realizam o preparo pré-concepcional são aquelas que reúnem perfis sociais mais favoráveis, como alta renda e escolaridade, o que revela sua forte determinação social (Nascimento, Borges, Fujimori, 2019; Shadab, Nekuei, Yadegarfar, 2017). Pelo fato da pesquisa ter sido realizada em UBS cuja população adscrita é composta, em sua maior parte, por famílias de baixa renda, pode ser que a procura pelo cuidado pré-concepcional seja menor ou até mesmo inexistente. Portanto, não é que não exista mulheres nessas áreas que tenham a clara intenção de engravidar, mas pode ser que não conheçam a importância da saúde pré-concepcional. Nossos achados mostram que a UBS tampouco tem facilitado esse processo.

Aliado a isso, pode ser que os trabalhadores tenham dificuldades em abordar a intenção reprodutiva, o que os impede de iniciar uma conversa sobre o cuidado pré-concepcional com mulheres em idade fértil (Goossens et al., 2018). Tais dificuldades também podem ocorrer por falta de confiança e treinamento na temática (Goossens et al., 2018), mas não se descarta que muitos profissionais simplesmente não concordam com a intenção de engravidar das mulheres pois acham que não há condições familiares para se criar uma criança, tendo em vista que atuam num contexto de maior vulnerabilidade, com altas taxas de gravidezes não intencionais. Na visão dos trabalhadores, isso justifica a insistência com o uso de métodos contraceptivos como tentativa de influenciar a escolha reprodutiva das mulheres e casais. Essa conjuntura pode tanto inibir que as mulheres revelem sua intenção reprodutiva quanto busquem apoio para planejar uma gravidez saudável, além de se constituir em uma ação frontalmente contra os direitos reprodutivos.

Pelas falas dos trabalhadores de saúde, fica claro que não há espaço na agenda de trabalho das equipes que é ou que possa ser destinado ao cuidado pré-concepcional, o que parece não ser um problema detectado exclusivamente nas UBS participantes do estudo, pois a falta de tempo é considerada uma das principais barreiras para a oferta do cuidado pré-concepcional em inúmeros outros países (Archibald et al., 2016; Bortolus et al., 2017; Chuang et al., 2012; Coll et al., 2016; Goossens et al., 2018; Heyes, Long, Mathers, 2004; Mazza, Chapman, Michie, 2013; M'Hamdi et al., 2017; Ojukwu et al., 2016; Poels et al., 2017; Schwarz et al., 2009). A quantidade de atribuições clínicas, gerenciais, administrativas e de supervisão entre

médicos e enfermeiros, aliada à prática assistencial altamente produtivista, pode inviabilizar a não prestação do cuidado pré-concepcional para mulheres que querem engravidar – isso porque não é prioridade na atenção primária à saúde (Goossens et al., 2018; Heyes, Long, Mathers, 2004; Mazza, Chapman, Michie, 2013; Steel et al. 2016).

Há evidências que um dos obstáculos para prestar o cuidado pré-concepcional consiste na dificuldade em encontrar informações clinicamente relevantes (Goossens et al., 2018; Heyes, Long, Mathers, 2004; Mazza, Chapman, Michie, 2013; Steel et al. 2016). Um exemplo é a prescrição de ácido fólico no período anterior à concepção, que, de acordo com o MS, pode ser realizado por médicos e enfermeiros (Brasil, 2016). Por sua vez, a Secretária Municipal de Saúde de São Paulo reitera que só deve ser realizado por médicos (São Paulo, 2012). Além disso, apenas em 2016, a dosagem de ácido fólico adequada para a suplementação no período pré-concepcional passou a constar nos protocolos do MS – que é de 0,4 mg para mulheres em geral e 4,0 mg para mulheres com histórico de defeitos de tubo neural (Brasil, 2016) e não de 5,0 mg para todas as mulheres (Brasil, 2006, 2012b).

Outra fragilidade encontrada nos protocolos do MS é que, apesar do preparo para uma gravidez requerer medidas no âmbito biológico, psicológico e social, haja vista o forte papel da determinação social na saúde materna e infantil (Barreto, 2017; Oliveira, Rizzato, Magaldi, 1983), os manuais contemplam ações basicamente de cunho biológico (Brasil, 2012b, 2016), desconsiderando medidas no âmbito psicológico e social que compõem o cuidado pré-concepcional (CDC, 2020; WHO, 2012). Outro exemplo é que os casos de síndrome congênita relacionados ao Zika constituíram uma oportunidade para se discutir a importância do cuidado pré-concepcional no país, pois a infecção pelo vírus Zika está associada a casos de microcefalia (CDC, 2016). No entanto, ao contrário dos EUA, que formularam diretrizes de cuidados pré-concepcionais destinadas à exposição a esse vírus (Petersen et al., 2016), esse tópico sequer foi considerado no Brasil, pois as respostas do sistema de saúde concentraram-se na vigilância epidemiológica e no controle do vetor. Estudo conduzido em uma capital do Nordeste em 2016, portanto, no auge da epidemia, mostrou que a maioria das mulheres (78,2%) não recebeu qualquer recomendação sobre evitar uma gravidez ou evitar a transmissão sexual do vírus Zika, e apenas 9,3% foram questionadas sobre a intenção de engravidar por

trabalhadores de saúde (Borges et al., 2018).

Apesar das inúmeras barreiras para a oferta do cuidado pré-concepcional reveladas pelos trabalhadores de saúde, o momento de coleta do exame preventivo de câncer de colo do útero (Papanicolaou) e de grupos educativos foram identificados como momentos apropriados para a sua oferta. A coleta de citologia oncológica é oportuna para o questionamento da intenção reprodutiva, bem como da oferta do cuidado pré-concepcional, por ser um momento de atendimento individual em que há o seguimento de protocolo de anamnese, exame físico e intervenções ginecológicas, como a identificação de possíveis ISTs (Brasil, 2016). Grupos educativos também constituem oportunidades para divulgar o cuidado pré-concepcional de forma geral, mas é importante que haja oportunidades para o atendimento individualizado. Além disso, os médicos e enfermeiros relataram a importância da divulgação pelos ACS, que estão próximos à comunidade e treinados para reconhecerem necessidades de saúde em geral, mas precisam de treinamento para identificar mulheres que desejam engravidar e realizar as primeiras orientações, bem como o encaminhamento adequado.

Este estudo alcançou seus objetivos, mas não sem uma série de limitações. Uma das mais importantes foi não ter considerado os homens. Isso foi uma opção pelo fato de que eles pouco frequentam as UBS. Outra limitação diz respeito à contagem do número de comprimidos e frascos de ácido fólico dispensados, pois esse dado é influenciado pelo número de gestantes do período e pouco contribuiu para avaliar os efeitos da intervenção educativa.

A potencialidade do estudo diz respeito ao uso dos dados qualitativos, que não estava previsto no planejamento do estudo, mas que contribuiu para a melhor interpretação dos achados quantitativos.

7 conclusão

7 CONCLUSÃO

A intervenção educativa realizada junto aos trabalhadores da saúde da atenção primária aumentou seu nível de conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional, mas não teve qualquer efeito em suas atitudes e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional, com exceção do aumento do questionamento da intenção de engravidar, o que foi evidenciado nos relatos das mulheres usuárias das UBS.

Os resultados mostraram, também, que a oferta do cuidado pré-concepcional é realizada de maneira indireta e, quando realizada de forma direta, é em resposta à demanda de mulheres que desejam engravidar. Tal demanda é rara e fruto, na maioria das vezes, de casos de infertilidade ou situação de abortamento anterior. A oferta de cuidado pré-concepcional na atenção primária parece ser frágil e a etapa qualitativa mostrou que isso ocorre por conta de inúmeras situações, como a falta de divulgação a respeito do cuidado pré-concepcional, falta de agenda destinada a esse cuidado, existência de protocolos inadequados para sua oferta, pouca participação das mulheres em grupos educativos, vergonha de algumas mulheres em questionar sobre como preparar-se para uma gravidez e receio de julgamento por parte dos trabalhadores de saúde, além do não reconhecimento dos trabalhadores de saúde quanto à intenção reprodutiva das usuárias.

Entretanto, houve o reconhecimento de potencialidades para a oferta do cuidado pré-concepcional por parte dos trabalhadores, que identificaram o momento de coleta do exame preventivo de câncer de colo do útero, as atividades de grupos educativos e a participação de ACS na divulgação do cuidado e orientações gerais como iniciativas que podem promover a saúde pré-concepcional da atenção primária à saúde.

Todo esse contexto leva a crer que o conhecimento é requisito fundamental para a oferta do cuidado pré-concepcional, bem como a inserção do tema nas ações de educação permanente sobre saúde reprodutiva e atenção primária à saúde, mas outros elementos são essenciais para que essa ação ocorra, como a necessidade de políticas públicas e programas específicos para fomentar a oferta do cuidado pré-concepcional na atenção primária à saúde, bem como sua divulgação para a

população geral. Ou seja, é preciso integrar o cuidado pré-concepcional nos cuidados de saúde de rotina para todas as mulheres e homens em idade reprodutiva, elevando o nível de importância do cuidado pré-concepcional na assistência à saúde e em nível de política pública.

referências

REFERÊNCIAS

Abu-Hammad T, Dreier J, Vardy DA, Cohen AD. Physicians' knowledge and attitudes regarding periconceptional folic acid supplementation: a survey in Southern Israel. *Med Sci Monit.* 2008;14(5):262-7.

Aggarwal A, Kumhar GD, Harit D, Faridi MM. Role of folic acid supplementation in prevention of neural tube defects: physicians yet unaware! *J Prev Med Hyg [Internet].* 2010 Sep [cited 2020 Jul 8];51(3):131-2.

Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of Risk Factors for Adverse Pregnancy Outcomes During Pregnancy and the Preconception Period-United States, 2002-2004. *Matern Child Health J [Internet].* 2006;10(Suppl 1):101-6

Archibald AD, Hickerton CL, Wake SA, Jaques AM, Cohen J, Metcalfe SA. "It gives them more options": preferences for preconception genetic carrier screening for fragile X syndrome in primary healthcare. *J Community Genetics.* [Internet]. 2016;7(2):159-71.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. [Internet]. São Paulo, 2018. [citado 2020 jul. 8]. Disponível em: http://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2018.pdf.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Brasil; 1991-2010. [citado 2020 maio. 5]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/>.

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

Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Cien Saude Colet [Internet].* 2017;22(7):2097-108.

Barrett G, Shawe J, Howden B, Patel D, Ojukwu O, Pandya P, et al. Why do women invest in pre-pregnancy health and care? A qualitative investigation with women attending maternity services. *BMC Pregnancy and Childbirth [Internet].* 2015;15(236).

Bekele MM, Gebeyehu NA, Kefale MM, Bante SA. Knowledge of Preconception Care and Associated Factors among Healthcare Providers Working in Public Health Institutions in Awi Zone, North West Ethiopia, 2019: Institutional-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Pregnancy [Internet].* 2020;1-17.

Bezerra CG. Atenção pré-concepcional de mulheres com diabetes mellitus pré-gestacional assistidas no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2012.

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

Bonilha EDA, Barbuscia DM, Vico ESR, Freitas M, Albuquerque SMSR. Gestação na adolescência no município de São Paulo. *Boletim Eletrônico CEInfo*. 2015;(2):1-11.

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

Borges ALV, Moreau C, Burke A, Santos OA, Chofakian CB. Women's reproductive health knowledge, attitudes and practices in relation to the Zika virus outbreak in northeast Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(3):e0195150.

Borges ALV, Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CB, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2016; 50(2):208-16.

Bortolus R, Oprandi NC, Rech Morassutti F, Marchetto L, Filippini F, Agricola E, et al. Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017;17(1):5.

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

Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro 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, Brasília*, 19 ago. 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Política Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 16 fev. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Portal da Saúde [Internet]. Brasília, 2012a. [citado 2012 dez. 5]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha?view=default>.

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013, 300 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 64 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Síndrome da Rubéola Congênita [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2020 jul. 8]. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/sindrome-da-rubeola-congenita#:~:text=Ela%20%C3%A9%20decorrente%20da%20infec%C3%A7%C3%A3o,mais%20grave%20%C3%A9%20a%20doen%C3%A7a.&text=A%20infec%C3%A7%C3%A3o%20da%20m%C3%A3e%20pode,%2C%20catarata%2C%20glaucoma%20e%20surdez>.

Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* [Internet]. 2012;345:e5661.

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

Cavenaghi S, Alves JED. O eterno método contraceptivo antiquado mistura no Brasil e seu legado. *Rev Bras Estud Popul.* [Internet]. 2019;36:e0103.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. CDC conclui que o zika vírus causa microcefalia e outras anomalias [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 8]. Available from: <https://br.usembassy.gov/pt/cdc-conclui-que-o-zika-virus-causa-microcefalia-e-outras-anomalias/>.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Before Pregnancy [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/preconception/index.html>.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. Brasília: ABEn; 1999, p. 306-24.

Chuang CH, Hwang SW, McCall-Hosenfeld JS, Rosenwasser L, Hillemeier MM, Weisman CS. Primary care physicians' perceptions of barriers to preventive reproductive health care in rural communities. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2012;44(2):78-83.

Coelho EAC, Lucena MFG, Silva ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2000;34(1):26-36.

Coll AS, Potter JE, Chakhtoura N, Alcaide ML, Cook R, Jones DL. Providers' perspectives on preconception counseling and safer conception for HIV-infected women. *AIDS Care* [Internet]. 2016;28(4):513-8.

Conway T, Hu TC, Mason E, Mueller C. Are primary care residents adequately prepared to care for women of reproductive age? *Fam Plann Perspect*. 1995 Mar-Apr; 27(2):66-70.

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

Creswell JW, Hirose M. Mixed methods and survey research in family medicine and community health. *Fam Med Com Health* [Internet]. 2019;7(2):e000086.

Cullum AS. Changing Provider practices to enhance preconceptional wellness. *Clinical Issues*. [Internet]. 2003;32(4):543-9.

Cunha DB, Souza BS, Pereira RA, Sichieri R. Effectiveness of a randomized school-based intervention involving families and teachers to prevent excessive weight gain among Adolescents in Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2013;8(2):e57498.

Cunha DB, Souza BSN, Veiga GV, Pereira RA, Sichieri R. Prontidão para mudança de comportamento e variação do consumo alimentar de adolescentes participantes de ensaio comunitário de base escolar em Duque de Caxias, RJ. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2015 Sep;18(3):655-65.

Davis PM, Carr TL, La CB. Needs assessment and current practice of alcohol risk assessment of pregnant women and women of childbearing age by primary health care professionals. *Can J Clin Pharmacol*. 2008;15(2):e214-22.

Delgado C. Pregnancy 101: a call for reproductive and prenatal health education in college. *Matern Child Health J* [Internet]. 2013 Feb;17(2):240-7.

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

Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007;15(4).

Egen V, Hasford J. Prevention of neural tube defects: effect of an intervention aimed at implementing the official recommendations. *Soz Praventivmed* [Internet]. 2003;48(1):24-32.

Fonseca RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 1997; 5(1)5-13.

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

Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a pratica educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.

Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.

Goossens J, De Roose M, Van Hecke A, Goemaes R, Verhaeghe S, Beeckman D. Barriers and facilitators to the provision of preconception care by healthcare providers: A systematic review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018;87:113-30.

Guess K, Malek L, Anderson A, Makrides M, Zhou SJ. Knowledge and practices regarding iodine supplementation: A national survey of healthcare providers. *Women Birth* [Internet]. 2017 Feb;30(1):e56-e60.

Hall JA, Mann S, Lewis G, Stephenson J, Morrioni C. Conceptual framework for integrating 'Pregnancy Planning and Prevention' (P3). *J Fam Plann Reprod Health Care* [Internet]. 2016;42(1):75-6.

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

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

Hill B, Hall J, Skouteris H, Currie S. Defining preconception: exploring the concept of a preconception population. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2020;20:280.

Hill B, Skouteris H, Teede HJ, Bailey C, Baxter JAB, Berfmeier, et al. Health in Preconception, Pregnancy and Postpartum Global Alliance: International Network Preconception Research Priorities for the Prevention of Maternal Obesity and Related Pregnancy and Long-Term Complications. *J Clin Med* [Internet]. 2019;8(12):2119.

Hussein N, Kai J, Qureshi N. The effects of preconception interventions on improving reproductive health and pregnancy outcomes in primary care: A systematic review. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2016;22(1):42-52.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica [Internet]. 2018;(38).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Síntese de indicadores 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro, 2013.

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

Kassa A, Human S, Gemedra H. Level of Healthcare Providers' Preconception Care (PCC) Practice and Factors Associated with Non-Implementation of PCC in Hawassa, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2019; 29(1):903-12.

Kassa A, Human SP, Gemedra H. Knowledge of preconception care among healthcare providers working in public health institutions in Hawassa, Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(10):e0204415.

Klein J, Boyle JA, Kirkham R, Connors C, Whitbread C, Oats J, et al. Preconception care for women with type 2 diabetes mellitus: A mixed-methods study of provider knowledge and practice. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2017;129:105-115.

Koren G. Periconception folic acid supplementation. Knowledge and practice of Canadian family physicians. *Can Fam Physician*. 1997 May; 43:851-2.

Kvach E, Lose J, Marcus H, Loomis L. Routine screening for pregnancy intention to address unmet reproductive health needs in two urban federally qualified health centers. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2017;28(4):1477-86.

Kvach E, Marcus H, Loomis L. Evaluation of Resident and Faculty Performance in Routinely Addressing Unmet Reproductive Health Needs in a Teaching Health Center. *Fam Med* [Internet]. 2018;50(4):291-5.

Laurell AC. La salud como proceso social. *Rev Latinoam Salud*. 1982;2(1):7-25.

Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Sumário executivo temático da pesquisa. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento [Internet] 2014. [citado 2020 jul. 8]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.

Luton D, Forestier A, Courau S, Ceccaldi PF. Preconception care in France. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2014; 125(2):144-45.

Marsiglia RMG. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc. São Paulo* [Internet]. 2011;20(4):900-11.

Mason E, Chandra-Mouli V, Baltag V, Christiansen C, Lassi ZS, Bhutta ZA. Preconception care: advancing from 'important to do and can be done' to 'is being done and is making a difference'. *Reprod Health* [Internet]. 2014;11(Suppl 3):S8.

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

Mazza D, Chapman A. Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10:786.

Mazza VA, Melo NSFO, Chiesa AM. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2009;14(1):183-8.

Mello D, Murphy S, Clandinin J. Introduzindo a investigação narrativa nos contextos de nossas vidas: uma conversa sobre nosso trabalho como investigadores. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica* [Internet]. 2016;1(3):565-83.

M'hamdi HI, van Voorst SF, Pinxten W, Hilhorst MT, Steegers EA. Barriers in the Uptake and Delivery of Preconception Care: Exploring the Views of Care Providers. *Matern Child Health J* [Internet]. 2017;21(1):21-8.

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

Mirmohammadaliei M, Moddares M, Babaei G, Kamravamanesh M. Effect of education on the knowledge and applying folic acid supplement in women at reproductive ages. *Journal of Hayat*. 2004;10(2).

Moura ERF, Evangelista DR, Damasceno AKC. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Fev;46(1):22-9.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007;23(4):961-70.

Nascimento NC, Araújo KS, Santos OA, Borges ALV. Preparo pré-concepcional: conhecimento e razões para a não realização entre mulheres usuárias do SUS. *BIS, Bol Inst Saúde (Impr.)* 2016;17(2):96-104.

Nascimento NC, Borges ALV, Fujimori E. Preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 Dez;72(Suppl 3):17-24.

Ojukwu O, Patel D, Stephenson J, Howden B, Shawe J. General practitioners' knowledge, attitudes and views of providing preconception care: a qualitative investigation. *Ups J Med Sci* [Internet]. 2016;121(4):256-63.

Oliveira, LR, Rizzato ABP, Magaldi C. Saúde materno-infantil. Visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1983;17(3):208-20.

Petersen EE, Meaney-Delman D, Neblett-Fanfair R, Havers F, Oduyebo T, Hills SL, et al. Update: Interim Guidance for Preconception Counseling and Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus for Persons with Possible Zika Virus Exposure - United States, September 2016. *MMWR* [Internet]. 2016;65(39):1077-81.

Pierre LAS, Clapis MJ. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 Dec;18(6):1161-8.

Poels M, Koster MPH, Franx A, van Stel HF. Healthcare providers' views on the delivery of preconception care in a local community setting in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017;17(92).

Polen KD, Gilboa SM, Hills S, Oduyebo T, Kohl KS, Brooks JT, et al. Update: Interim Guidance for Preconception Counseling and Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus for Men with Possible Zika Virus Exposure - United States, August 2018. *MMWR* [Internet]. 2018;67(31):868-71.

Rede Nossa São Paulo. Mapa da desigualdade 2017. São Paulo, 2017. citado 2020 jul. 8]. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/mapa-da-desigualdade-2017.pdf>.

Neto E. Balanço e Propostas Rumo ao Cairo + 20: a perspectiva da CNPD. In: Villela W, Saae E. Rumos para Cairo + 20: Compromisso do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

Brasília: Secretaria de Política para as mulheres; 2010.

Rodino IS, Byrne SM, Sanders KA. Eating disorders in the context of preconception care: fertility specialists' knowledge, attitudes, and clinical practices. *Fertil Steril* [Internet]. 2017 Feb;107(2):494-501.

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

Ross LE, Steele LS, Epstein R. Service use and gaps in services for lesbian and bisexual women during donor insemination, pregnancy, and the postpartum period. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2006;28(6):505-511

Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017;26(3):e1590016.

São Paulo (Município). Escolha no mapa a região que deseja a permuta. [Internet]. São Paulo; 2016. [atualizado 2016 mar 28; citado 2020 jul. 8]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/divisao_de_planejamento_de_pessoal/movimentacao_de_pessoal/index.php?p=214443

São Paulo (Município). Estabelecimentos e Serviços de Saúde. [Internet]. São Paulo; 2020. [atualizado 2020 maio 22; citado 2020 jul. 8]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_assistenciais/index.php?p=30566

São Paulo (Município). Secretaria da Saúde. Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde. 2. ed. São Paulo: SMS; 2012. 70p.

Schwarz EB, Santucci A, Borrero S, Akers AY, Nikolajski C, Gold MA. Perspectives of primary care clinicians on teratogenic risk counseling. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* [Internet]. 2009; 85(10):858-63.

Seman WA, Teklu S, Tesfaye K. Assessment of the knowledge, attitude and practice of residents at tikur anbesa hospital about preconceptional care 2018. *Ethiopian Journal of Reproductive Health (EJRH)*. 2019;11(1):19-28.

Shadab P, Nekuei N, Yadegarfar G. The prevalence of preconception care, its relation with recipients' individuality, fertility, and the causes of lack of checkup in women who gave birth in Isfahan hospitals in 2016. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2017; 6:88.

Shawe J, Delbaere I, Ekstrand M, Hegaard HK, Larsson M, Mastroicovo P, et al. Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet].

2015;20(2):77-87.

Sijpkens MK, Lagendijk J, van Minde MRC, Kroon MLA, Bertens LCM, Rosman AN, et al. Integrating interconception care in preventive child health care services: The Healthy Pregnancy 4 All program. PLoS One [Internet]. 2019;14(11):e0224427.

Silva MAV, Gouvêa GR, Claro AFB, Agondi RF, Cortellazzi KL, Pereira AC, et al. Impacto da ativação da intenção na prática da atividade física em diabéticos tipo II: ensaio clínico randomizado. Cienc Saude Colet [Internet]. 2015;20(3):875-86.

Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2010;12(3):441-8.

Spagnoletti CL, Sanders AM, McGee JB, Bost JE, McNeil MA. Teaching internal medicine residents to care for reproductive-age and pregnant women: an effective Web-based curriculum. Teach Learn Med [Internet]. 2008; 20(2):186-92.

Steel A, Lucke J, Reid R, Adams J. A systematic review of women's and health professional's attitudes and experience of preconception care service delivery. Fam Pract [Internet]. 2016;33(6):588-95.

Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J, Cade J, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. Lancet [Internet]. 2018; 391(10132):1830-41.

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

Stephenson J, Vogel C, Hall J, Hutchinson J, Mann S, Duncan H, et al. Preconception health in England: a proposal for annual reporting with core metrics. Lancet [Internet]. 2019;393(10187):2262-71.

Teixeira PDS, Reis BZ, Vieira DAS, Costa D, Costa JO, Raposo OFF, et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. Cienc Saude Colet [Internet]. 2013;18(2):347-56.

Tian X, Anthony K, Neuberger T, Diaz FJ. Preconception zinc deficiency disrupts postimplantation fetal and placental development in mice. Biol Reprod. [Internet]. 2014;90(4):83.

Tough SC, Clarke M, Hicks M, Cook J. Pre-conception practices among family physicians and obstetrician-gynaecologists: results from a national survey. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2006;28(9):780-8.

Tough SC, Clarke MM, Hicks MM, Clarren S. Clinical practice characteristics and preconception counseling strategies of health care providers who recommend alcohol abstinence during pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2004 Nov; 28(11):1724-31.

Tydén T. Why is preconception health and care important? *Ups J MedSci*. [Internet]. 2016;121(4):207.

Ukoha WC, Dube M. Primary health care nursing students' knowledge of and attitude towards the provision of preconception care in KwaZulu-Natal. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 2019 Nov; 11(1):1916.

Van Heesch PNACM, de Weerd S, Kotey S, Steegers EAP. Dutch community midwives' views on preconception care. *Midwifery* [Internet]. 2006;22(2):120-4.

Van Voorst S, Plasschaert S, de Jong-Potjer L, Steegers E, Denktaş S. Current practice of preconception care by primary caregivers in the Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2016;21(3):251-8.

Wei X, Zhang Z, Walley JD, Hicks JP, Zeng J, Deng S, et al. Effect of a training and educational intervention for physicians and caregivers on antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in children at primary care facilities in rural China: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2017;5(12):e1258-67.

WHO 2019 Periconceptional folic acid supplementation to prevent neural tube defects [Internet]. Geneva 2019 [cited 2020 Jul 8]. Available from: https://www.who.int/elena/titles/folate_periconceptional/en/.

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

World Health Organization - WHO. Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. Geneva: WHO; 2013.

Zeković M, Krajnović D, Nikolić M, Stojković T, Gurinović M, Glibetić M. Periconceptional folic acid supplementation: knowledge, attitudes and counselling practice of Serbian pharmacists and pharmacy technicians. *Vojnosanit Pregl* [Internet]. 2019;76(10):1127-38.

apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - APRESENTAÇÃO UTILIZADA NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL



Natália de Castro Nascimento
Doutoranda, mestre e especialista em Saúde Coletiva
Enfermeira e licenciada em enfermagem

O QUE É O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL?
São ações de saúde no período antes da concepção que tem o objetivo de melhorar o estado de saúde e reduzir fatores que contribuem para resultados negativos de saúde materna e infantil



• Lei do Planejamento Familiar

“Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de **concepção** e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”

↳ Quais os métodos e técnicas de concepção?

- ✓ Reduzir morbimortalidade materna e infantil
- ✓ Prevenir complicações durante a gravidez e parto
- ✓ Prevenir natimortos, parto prematuro e baixo peso ao nascer
- ✓ Prevenir a transmissão vertical de HIV e ISTs
- ✓ Reduzir o risco de doenças genéticas e exposição ambiental
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento social e econômico das famílias e comunidades - uma vez que apoia as mulheres a tomar decisões bem informadas e ponderadas sobre sua fecundidade e saúde
- ✓ Contribuir para melhorar a saúde dos bebês e crianças à medida que crescem até a adolescência e a idade adulta
- ✓ Promover a participação dos homens, ao fomentar a consciência da importância da saúde e do comportamento dos homens sobre os resultados da saúde materna e infantil



PREVENÇÃO DE AGRAVOS E PROMOÇÃO DE SAÚDE → ATENÇÃO PRIMÁRIA

Lei do Planejamento Familiar

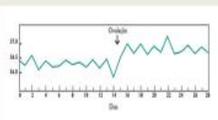
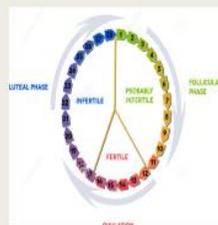
"Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de **concepção** e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção"



- ✓ Estudos mostram que os serviços de atenção básica pouco têm investido em ações de promoção de uma gravidez saudável.
- ✓ O preparo pré-concepcional foi realizado por menos da metade das mulheres que haviam planejado a gravidez (47,0%) e por 15,9% das mulheres em geral.

Ensinar a calcular o período ovulatório do ciclo

Ciclo Regular	Ciclo Irregular
1. A ovulação ocorre 12 a 16 dias antes da menstruação.	1. Manter registro (controle) dos dias do ciclo Menstrual por no mínimo 6 meses.
2. O espermatozoide pode permanecer no trato genital feminino, com capacidade de fertilizar o óvulo até 72 horas (cinco dias).	2. Estime o período fértil. Exemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Se o mais curto dos seus últimos 6 ciclos foi de 27 dias, 27 - 18 = 9. O período fértil inicia no dia 9. • Se o mais longo do seus últimos 6 ciclos foi de 31 dias, 31 - 11 = 20. O período fértil termina no dia 20. • Assim, o período fértil vai do dia 9 ao dia 20 do seu ciclo.



- ✓ Método do muco cervical (Billings)
- ✓ Método da curva da temperatura basal

QUAIS AS AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL?

➤ MINISTÉRIO DA SAÚDE



➤ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E O CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS



- ❖ Orientação de diminuição do índice de massa corporal (IMC) para mulheres com sobrepeso e obesidade.
- ❖ Orientação de aumento do índice de massa corporal (IMC) para mulheres com baixo peso.
- ❖ Alimentação saudável.
- ❖ Estímulo à prática de exercícios físicos.
- ❖ Suplementação de vitaminas e minerais (ferro, iodo, cálcio).
- ❖ **Administração preventiva de ácido fólico (0,4 mg, VO/dia, pelo menos 30 dias antes da concepção).**
- ❖ Mulheres com história de distúrbio de tubo neural devem usar dose diária de 4mg, iniciadas pelo menos 30 dias antes da concepção.



❖ Atuação com foco na diminuição ou cessação do uso de:

- Tabaco
- Álcool
- Outras drogas

❖ Orientação sobre o uso de medicamentos de uso crônico ou para outros fins.



Conhecer o perfil dessas drogas para mantê-las ou substituí-las por drogas menos prejudiciais ao feto.



❖ Avaliação das condições de trabalho, visando os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais.

- Radiações
- Pesticidas
- Chumbo
- Mercúrio



❖ Bom controle das condições clínicas preexistentes.

- Diabetes
- Hipertensão arterial
- HIV
- Infecções sexualmente transmissíveis

❖ Atualização da caderneta de vacina!

- Vacinação contra a rubéola
- Vacinação contra tétano e difteria
- Vacinação contra a hepatite B



❖ Orientação e acompanhamento genético.

- Fibrose cística
- Doença falciforme
- Talassemia
- Fenilcetonúria
- Albinismo
- Retardo mental
- Cegueira ou surdez genética



❖ Identificação do quadro de infertilidade

- Mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com 30 a 39 anos e mais de um ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção
- Mulher com 40 a 49 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção.

❖ Iniciar abordagem do casal infértil na AB

- Solicitação de exames (FSH, TSH, T4 livre, prolactina e espermograma) e tratamentos hormonais.

❖ Encaminhar para serviço especializado em infertilidade

- Hosp. das Clínicas São Paulo
- Cent. de Ref. da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington
- Hosp. das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto
- UNIFESP
- Faculdade de Medicina do ABC

❖ Avaliação das condições de vida e trabalho

As formas de trabalho e vida também determinam os fenômenos de saúde e de doença, na medida em que cria-se padrões de desgastes - riscos de adoecer ou morrer - ou de potencialidades - possibilidades de sobrevivência



❖ Prevenção, diagnóstico e controle das doenças psicossociais

- Depressão
- Esquizofrenia
- Transtorno de ansiedade



❖ Identificação e prevenção de violência sexual e de gênero

- Identificar sinais de violência contra as mulheres
- Proporcionar apoio psicossocial às vítimas de violência
- Educação em saúde: sexual, igualdade de gênero, direitos humanos e o empoderamento econômico
- Atividades de mobilização comunitária



- ❖ Informar mulheres e casais sobre os perigos de intervalos curtos entre gravidezes para o bebê e para a mãe
- Prematuridade, morte fetal, baixo peso ao nascer, entre outros.
- ❖ Estimular para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos



- Diabetes mellitus: a mobilidade dos espermatozoides são menores e a estrutura é prejudicada, além de desencadear disfunção erétil.
- Consumo de cigarros, bebidas alcoólicas, outras drogas e de certos medicamentos: diminuição da quantidade, anormalidade e diminuição da mobilidade dos espermatozoides, associação com diminuição da produção de testosterona.
- Exposição a pesticidas, chumbo, etileno, mercúrio, irradiação radiológica, entre outros: tem o potencial de causar infertilidade e danos no DNA do espermatozoide, algumas doenças genéticas, como fibrose cística, e podem comprometer a qualidade do espermatozoide.

Apenas 13,8% dos parceiros das mulheres que planejam engravidar realizam o preparo pré-concepcional.



❖ Prevenção do vírus Zika (casos de microcefalia)

- Repelentes e inseticidas, seguindo as instruções do rótulo
- Roupas que minimizem a exposição da pele durante o dia
- Eliminando os possíveis criadouros
- Mosquiteiros
- Prática de sexo seguro

Como ofertar o cuidado pré-concepcional?



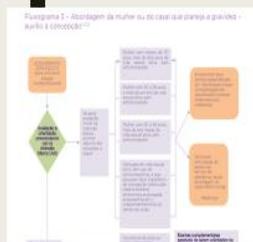
VOCÊ QUER ENGRAVIDAR?



- CONHECER A INTENÇÃO REPRODUTIVA DAS MULHERES
- ✓ 33% DE MULHERES QUEREM ENGRAVIDAR

Quando ofertar o cuidado pré-concepcional?

TODOS OS MOMENTOS DE ENCONTRO COM MULHERES E HOMENS EM IDADE FÉRTIL REPRESENTAM MOMENTO POTENCIAL PARA A OFERTA DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL



ATENÇÃO AO PRÉ-CONCEPCIONAL

Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que é feita às mulheres em idade fértil, objetivando identificar fatores de risco ou danos que possam afetar a evolução normal de uma futura gestação. Contudo, além, não menos importante, de melhorar a qualidade de vida e a saúde das mulheres e famílias (Lima e Colares).

Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade são inicialmente planejadas, embora de pouco ou nenhum planejamento. Entretanto, em muitos casos, o não planejamento se deve à falta de informação ou de oportunidades para a realização de um pré-concepcional. Isso ocorre especialmente com a subutilização.

Logo, é necessário, portanto, a implementação de estratégias em planejamento familiar nos ambientes de saúde básica e regional, com ênfase na divulgação (promoção) do pré-concepcional, da educação em saúde, da capacitação de profissionais, das ações comunitárias, dentre as estratégias de participação, planejamento e na utilização de materiais, assim como garantir com ênfase o acesso de mulheres para a realização de atividades educativas.

A implementação do planejamento familiar na Saúde, por meio da UBS, é essencial, na medida em que representa importante para mulheres e homens no que diz respeito à definição dos direitos reprodutivos. Contudo, ainda há a necessidade de planejamento familiar e atendimento com o objetivo de evitar a gravidez não planejada, de forma que permita obter opções de contraceção, limitando ou aumentando da possibilidade de ter um filho, pelo menos no período atual (17).

EMPENHO (2)

FALAR SOBRE CONCEPÇÃO E INFERTILIDADE

Historicamente os serviços de saúde buscam oferecer injeção e métodos de contraceção anticoncepcional. Porém, não há responsabilidade que se empoeira também em um futuro saúde e concepção.

A atenção em planejamento reprodutivo deve incluir a oferta de métodos e estratégias para a contraceção como parte da concepção, a depender das escolhas de pessoas quanto a ter ou não filhos. Ter filhos e métodos devem ser discutidos desde a infância em casa e não apenas em casa e no início da vida adulta.

(3) AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

O pré-concepcional pode ocorrer de diferentes formas. Uma delas é a abordagem e o monitoramento pré-concepcional, no qual o cuidado que se oferece aos usuários de serviços de saúde é oferecido livremente de tempo em tempo para quem deseja a avaliação pré-concepcional de uma futura gestação. Essa abordagem pode ocorrer especialmente no trabalho das equipes de mobilização e educação comunitária (MEC) (20, 21).

RAZÕES PARA NÃO REALIZAÇÃO DO PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE MULHERES COM GRAVIDEZ PLANEJADA

Razões	%
NUNCA OUVIU FALAR SOBRE O PREPARO PRÉ-CONCEPCIONAL	64,0
NÃO CONHECE NENHUM SERVIÇO DE SAÚDE QUE OFEREÇA O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL	15,0
Não sabe, não pensou muito, deixou acontecer	6,0
Serviço de saúde não ofereceu o cuidado pré-concepcional	5,0
Falta de tempo	4,0
Engravidou muito rápido, não deu tempo de realizar o preparo pré-concepcional	4,0
Achava que já tinha boa saúde ou não era o público alvo do cuidado pré-concepcional	4,0
Não acha importante o preparo pré-concepcional	3,0
Achava de que a gravidez é natural e não deve ter intervenções	3,0
Experiência reprodutiva prévia	2,0
Achava que o atendimento na UBS é muito demorado	2,0
Demorou para engravidar e, por isto, desistiu de realizar o preparo pré-concepcional	2,0



- FALE DE UMA EXPERIÊNCIA SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL?
- COMO É OFERTADO O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL NESTA UBS?
- QUAIS AS FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A OFERTA DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL?
- COMO ORGANIZAR OU REORGANIZAR A ATENÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL NESTA UBS?

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

13/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

*Obrigatório

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS, EDUCACIONAIS E DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1. Quantos anos você tem? *

2. Qual o seu sexo? *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
 Feminino

3. Qual a sua profissão na atenção primária? *

Marcar apenas uma oval.

- médico (a)
 enfermeiro (a)

4. Quanto tempo tem de formado? *

Marcar apenas uma oval.

- mais de 5 anos
 menos de 1 ano
 entre 2 e 5 anos

5. Quanto tempo atua na atenção primária? *

Marcar apenas uma oval.

- menos de 1 ano
 entre 2 e 5 anos
 mais de 5 anos

13/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

6. **Qual a sua última formação educacional? ***

Marcar apenas uma oval.

- graduação
 especialização
 mestrado
 doutorado
 pós-doutorado

7. **Você fez residência? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

8. **Se sim, residência em que?**

CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

9. **A suplementação de ácido fólico no período pré-concepcional é recomendada para a prevenção de defeitos do tubo neural. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

10. **As mulheres que planejam engravidar devem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos, três semanas antes de engravidar. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

11. **A dose única diária de ácido fólico recomendada pelo Ministério da Saúde é de 0,4 mg para ser ingerido no período pré-concepcional por mulheres. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

12. **Para mulheres com risco elevado de dar à luz a criança com defeito do tubo neural, a dose única diária de ácido fólico recomendada é de 0,10 mg para ser ingerido no período pré-concepcional. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

13/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

13. **Mulheres com IMC muito baixo ou muito alto devem ser orientadas a alcançarem a faixa de IMC ideal antes da concepção. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

14. **A realização do cuidado pré-concepcional contribui para a redução da mortalidade neonatal. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

15. **A infecção por rubéola em uma mulher grávida pode causar surdez em fetos expostos no útero. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

16. **Mulher com menos de 30 anos e com seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção, está em um quadro de infertilidade. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

17. **O cuidado pré-concepcional prevê ações para a diminuição ou cessação do uso de tabaco antes da concepção. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

18. **A depressão no período anterior à concepção pode causar nascimento prematuro. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

19. **Metade das mulheres que planejam engravidar usam ácido fólico no período pré-concepcional. ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

13/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

20. **A atuação na prevenção do vírus Zika é um cuidado pré-concepcional ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

21. **O incentivo a intervalos curtos entre gravidezes é um cuidado pré-concepcional ***

Marcar apenas uma oval.

- certo
 errado
 não sei

REALIZAÇÃO DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

22. **Com que frequência você pergunta para mulheres em idade fértil sobre a intenção futura de engravidar? ***

Marcar apenas uma oval.

- nunca
 raramente
 ocasionalmente
 sempre

23. **Com que frequência você atende mulheres em idade fértil que planejam engravidar? ***

Marcar apenas uma oval.

- nunca
 raramente
 ocasionalmente
 sempre

24. **Com que frequência você divulga o cuidado pré-concepcional nas ações em que atua dentro da UBS? ***

Marcar apenas uma oval.

- nunca
 raramente
 ocasionalmente
 sempre

25. **Se (raramente/ocasionalmente/ sempre), em qual ação realiza esta divulgação? ***

Marque todas que se aplicam.

- consultas
 grupos educativos
 visitas domiciliares
 acolhimento
 outros

13/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

26. **Você tem algum material sobre o cuidado pré-concepcional para distribuir? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

27. **Após resultado do teste rápido de gravidez, caso o resultado tenha sido negativo, com que frequência você orienta a mulher sobre o cuidado pré-concepcional para uma futura gravidez? ***

Marcar apenas uma oval.

- nunca
 raramente
 ocasionalmente
 sempre

28. **Após situação de aborto, com que frequência você orienta a mulher sobre o cuidado pré-concepcional para uma futura gravidez? ***

Marcar apenas uma oval.

- nunca
 raramente
 ocasionalmente
 sempre

29. **Com que frequência você prescreve a suplementação de ácido fólico antes da concepção para mulheres? ***

Marcar apenas uma oval.

- nunca
 raramente
 ocasionalmente
 sempre

30. **Se sim (raramente/ocasionalmente/sempre), por quanto tempo antes da concepção?**

31. **E qual dose é prescrita?**

32. **Na sua equipe, quais profissionais ofertam as ações do cuidado pré-concepcional? ***

Marque todas que se aplicam.

- médico
 enfermeiro
 agente comunitário de saúde
 outros
 não sei
 não é ofertado

13/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

33. **Em que contexto o cuidado pré-concepcional é ofertado pela equipe de saúde? ***

Marque todas que se aplicam.

- consultas
- grupos educativos
- visitas domiciliares
- acolhimento
- outros
- não sei
- não é ofertado

34. **Descreva o cuidado pré-concepcional oferecido ***

35. **Quais as barreiras encontradas para a oferta do cuidado pré-concepcional? ***

36. **Você conhece algum protocolo para embasar a oferta do cuidado pré-concepcional? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
- sim

37. **Se sim, você tem o protocolo disponível? ***

ATITUDES SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

Na sua opinião,

38. **O cuidado pré-concepcional tem efeito sobre os resultados de uma gravidez. ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
- nem discordo e nem concordo
- concordo

39. **O cuidado pré-concepcional é um importante cuidado de saúde para mulheres em idade fértil. ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
- nem discordo e nem concordo
- concordo

13/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

40. **Há tempo suficiente para a oferta do cuidado pré-concepcional, ou seja, sua agenda contempla a oferta desse cuidado. ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
 nem discordo e nem concordo
 concordo

41. **O cuidado pré-concepcional não deve fazer parte da atenção primária do SUS ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
 nem discordo e nem concordo
 concordo

42. **O cuidado pré-concepcional é um cuidado de "luxo". ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
 nem discordo e nem concordo
 concordo

43. **Há evidências científicas sobre a importância do cuidado pré-concepcional ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
 nem discordo e nem concordo
 concordo

44. **Qual é o profissional mais indicado para ofertar o cuidado pré-concepcional? ***

Marque todas que se aplicam.

- enfermeiro (a)
 médico (a)
 agente comunitário de saúde
 toda equipe da ESF
 outros

45. **Você tem conhecimento apropriado para ofertar o cuidado pré-concepcional ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
 nem discordo e nem concordo
 concordo

46. **Você teve formação e treinamentos apropriados para essa prática de saúde ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
 nem discordo e nem concordo
 concordo

13/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

47. **É preciso mais formação para ofertar o cuidado pré-concepcional ***

Marcar apenas uma oval.

- discordo
- nem discordo e nem concordo
- concordo

Powered by
 Google Forms

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE MULHERES

12/03/2019

EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

Digite seu texto aqui.

Obrigatório*1. Data da entrevista ***

*Exemplo: 15 de dezembro de 2012***2. Identificação ***

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**3. Qual a sua idade? ***

4. Entre as seguintes alternativas, como você classifica sua cor de pele **Marcar apenas uma oval.*

- amarela
 indígena
 branca
 parda
 preta

5. Você, neste momento, vive com algum parceiro (marido, namorado, companheiro) **Marcar apenas uma oval.*

- não
 sim

6. Você trabalha (trabalho assalariado)? **Marcar apenas uma oval.*

- não
 sim

12/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

7. Se sim: Tem carteira assinada?

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

8. Você possui plano de saúde ou costuma passar em consultas particulares? *

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

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

Marcar apenas uma oval.

- analfabeto / fundamental I incompleto
 fundamental I completo / fundamental II incompleto
 fundamental completo/ médio incompleto
 médio completo/ superior incompleto
 superior completo

10. Quem é o chefe da sua família? *

11. Até que série na escola o chefe da família estudou? *

Marcar apenas uma oval.

- analfabeto / fundamental I incompleto
 fundamental I completo / fundamental II incompleto
 fundamental completo/ médio incompleto
 médio completo/ superior incompleto
 superior completo

12. A água utilizada no seu domicílio é proveniente de? *

Marcar apenas uma oval.

- rede geral de distribuição
 poço ou nascente
 outro meio

13. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é? *

Marcar apenas uma oval.

- asfaltada/pavimentada
 terra/cascalho

Dos itens abaixo, quais você possui em sua casa e quantos de cada?

12/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

14. Banheiro. Quantos?

15. Empregada doméstica. Quantos?

16. Automóvel. Quantos?

17. Microcomputador. Quantos?

18. Lava-Louça. Quantos?

19. Geladeira e Freezer. Quantos?

20. Lava-Roupa. Quantos?

21. DVD. Quantos?

22. Micro-ondas. Quantos?

23. Motocicleta. Quantos?

24. Secadora de roupa. Quantos?

CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS

25. Com qual idade você ficou menstruada pela primeira vez? *

26. Com quantos anos teve a sua 1ª relação sexual? *

12/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

27. **Você está grávida ou já teve uma gravidez anterior? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

28. **Quantas vezes você já ficou grávida (incluindo a gestação atual)? ***

29. **Quantos filhos você tem? ***

30. **Qual idade tinha quando engravidou pela primeira vez?**

31. **Já teve algum aborto? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

32. **Algum profissional de saúde desta UBS perguntou sobre a sua intenção de engravidar? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

33. **Se sim, qual profissional? ***

Marcar apenas uma oval.

- médico (a)
 enfermeiro (a)
 agente comunitário de saúde
 outros

34. **Você já ouviu falar sobre o cuidado pré-concepcional? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

12/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

35. **Se sim, onde ouviu falar?**

Marcar apenas uma oval.

- consulta
- grupos educativos
- visitas domiciliares
- acolhimento
- folhetos
- TV
- internet
- outros

36. **Quem divulgou essa informação?**

Marcar apenas uma oval.

- médicos (as)
- enfermeiros (as)
- agentes comunitários de saúde
- amigos (as)
- familiares
- outros

37. **Você já realizou teste rápido de gravidez nesta UBS? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
- sim

38. **Se sim, neste momento, você foi orientada sobre como se preparar para uma futura gravidez?**

Marcar apenas uma oval.

- não
- sim

39. **Você já passou por uma situação de abortamento nesta UBS? ***

Marcar apenas uma oval.

- não
- sim

40. **Se sim, neste momento, você foi orientada sobre como se preparar para uma futura gravidez?**

Marcar apenas uma oval.

- não
- sim

12/03/2019 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE T...

41. Na sua última gravidez ou na gravidez atual, você tomou ácido fólico?

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

42. Se sim, foi antes ou após engravidar?

Marcar apenas uma oval.

- antes de engravidar
 após engravidar

43. Algum trabalhador de saúde já te orientou sobre a importância de tomar ácido fólico antes da gravidez? *

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

44. Algum trabalhador de saúde já prescreveu ácido fólico antes da gravidez? *

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

45. Algum trabalhador de saúde já te orientou sobre como se preparar para uma futura gravidez? *

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

46. Se sim, qual foi a orientação?

47. Você já recebeu de trabalhadores de saúde algum material sobre como se preparar para uma gravidez?

Marcar apenas uma oval.

- não
 sim

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE



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

Convido o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “Efeito de uma intervenção educacional no conhecimento e na prática acerca do cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária”.

Este estudo pretende examinar o efeito de uma intervenção educacional no conhecimento entre trabalhadores de saúde da atenção primária e na realização de ações do cuidado pré-concepcional. Para atingir esse objetivo o estudo envolve uma intervenção educacional sobre o cuidado pré-concepcional e aplicação de dois questionários antes e após a intervenção. O cuidado pré-concepcional consiste num conjunto de medidas de saúde a serem adotadas no período que antecede a concepção.

Sua participação consiste em preencher dois questionários com duração estimada em dez minutos. Caso aceite participar, o questionário será aplicado em três momentos, respeitando um intervalo de um e três meses entre eles. A aplicação do questionário em três momentos visa examinar possíveis mudanças em seus conhecimentos e na realização de ações dos cuidados pré-concepcionais. Além da aplicação dos questionários você será convidado (a) para uma intervenção educacional sobre os cuidados pré-concepcionais. Informo que a intervenção será composta por dois módulos de 3 horas, a serem realizadas no seu próprio local e horário de trabalho, conforme autorização prévia da Secretaria de Saúde do município e da sua gerência.

Esclareço que lhe é garantida a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A sua participação na pesquisa pode acarretar riscos e benefícios. Sua participação envolve o risco de se sentir avaliado (a) sobre seus conhecimentos e práticas sobre o cuidado pré-concepcional, mas reafirmamos a garantia de que os dados são sigilosos e não visam a sua avaliação individual. Os benefícios incluem a contribuição para melhoria da qualidade da atenção às mulheres e homens em idade reprodutiva com intenção de engravidar. Garanto que as informações obtidas por meio deste estudo serão confidenciais e asseguro o sigilo sobre a identidade.

Você pode se recusar a participar da pesquisa inteira ou de qualquer parte dela ou retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo, inclusive quanto ao seu atendimento nessa UBS. Você não será obrigado a responder questões que não se sentir à vontade para responder. É só informar que passaremos para a próxima pergunta. Não haverá custo e nem remuneração pela sua participação.

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

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é a Sr a Natália de Castro Nascimento que pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP, telefone: (11) 98321-7114, e-mail: natalia.castro.nascimento@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração, dúvida ou reclamação sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) da Escola de Enfermagem da USP e da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP, CEP: 05403-000, telefone: (11) 30618858, e-mail: cepee@usp.br	Endereço: Rua General Jardim, 36, 8º andar - Vila Buarque - São Paulo/SP, CEP: 01223-010, telefone: (11) 3972464/2465, e-mail: smscep@gmail.com, cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Assinatura do participante

São Paulo ____ de _____ de 2019.

APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS MULHERES



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

Convido a Sra para participar da pesquisa intitulada “Efeito de uma intervenção educacional no conhecimento e na prática acerca do cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária”.

Este estudo pretende examinar o efeito de uma intervenção educacional no conhecimento entre trabalhadores de saúde da atenção primária e na realização de ações do cuidado pré-concepcional. Para atingir esse objetivo o estudo envolve uma intervenção educacional sobre o cuidado pré-concepcional e aplicação de dois questionários antes e após a intervenção. O cuidado pré-concepcional consiste num conjunto de medidas de saúde a serem adotadas no período que antecede a concepção.

Sua participação consiste em participar de uma entrevista, como voluntária, com algumas perguntas sobre o preparo pré-concepcional ofertado a você pelos trabalhadores de saúde e durará cerca de 10 minutos. A entrevista será realizada na UBS, em lugar confortável e que garanta a sua privacidade.

A sua participação na pesquisa pode acarretar riscos e benefícios. Os riscos incluem a possibilidade de sentir incômodo com a duração da entrevista ou constrangimento em responder às perguntas. Por esse motivo, caso isso ocorra, você tem toda a liberdade para interromper a resposta ao questionário a qualquer momento. Reafirmamos que não haverá o risco de ser identificada, terá a garantia de que os dados são sigilosos e não visam te expor para os trabalhadores de saúde. Os benefícios incluem a contribuição para melhoria da qualidade da atenção às mulheres e homens em idade reprodutiva com intenção de engravidar.

Você pode se recusar a participar da pesquisa inteira ou de qualquer parte dela ou retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo, inclusive quanto ao seu atendimento nessa UBS. Você não será obrigado a responder questões que não se sentir à vontade para responder. É só informar que passaremos para a próxima pergunta. Garanto que as informações obtidas por meio deste estudo serão confidenciais e asseguro o sigilo sobre a identidade. Esclareço que lhe é garantida a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Não haverá custo e nem remuneração pela sua participação.

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

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é a Sr a Natália de Castro Nascimento que pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP, telefone: (11) 98321-7114, e-mail: natalia.castro.nascimento@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração, dúvida ou reclamação sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) da Escola de Enfermagem da USP e da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP, CEP: 05403-000, telefone: (11) 30618858, e-mail: cepee@usp.br	Endereço: Rua General Jardim, 36, 8º andar - Vila Buarque - São Paulo/SP, CEP: 01223-010, telefone: (11) 3972464/2465, e-mail: smscep@gmail.com, cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Assinatura da participante

São Paulo ___ de _____ de 2019.

ANEXOS

ANEXO 1- RECOMENDAÇÕES CONSORT



CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
			Title and abstract
	1a	Identification as a randomised trial in the title	_____
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	_____
			Introduction
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	_____
	2b	Specific objectives or hypotheses	_____
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	_____
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	_____
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	_____
	4b	Settings and locations where the data were collected	_____
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	_____
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	_____
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	_____
Sample size	7a	How sample size was determined	_____
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	_____
Randomisation: sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	_____
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	_____
Allocation concealment	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	_____

mechanism			
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	
	14b	Why the trial ended or was stopped	
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	Discussion
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	
		Other information	
Registration	23	Registration number and name of trial registry	
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	

*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for cluster randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming: for those and for up to date references relevant to this checklist, see www.consort-statement.org.

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS PELO CAMPO DE PESQUISA



COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE LESTE

AUTORIZAÇÃO ADMINISTRATIVA REGIONAL PARA: CADASTRO DE PESQUISA NA PLATAFORMA BRASIL E APRECIÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA – CEP/SMS. G

Nº de ordem ____ 2018.

Autorizo a realização da pesquisa abaixo descrita, condicionando a coleta de dados após análise e Parecer aprovado do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE- CEP/SMS.G e Liberação formal desta Coordenadoria para início de coleta de dados.

Título da pesquisa: Efeito de uma intervenção educacional no conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional entre trabalhadores de saúde da atenção primária e na realização de ações do cuidado pré-concepcional

Tipo de pesquisa: Ensaio comunitário em que serão aplicados instrumentos de avaliação do conhecimento e da realização de ações do cuidado pré-concepcional antes e depois da intervenção. A intervenção será elaborada a partir da concepção pedagógica de Paulo Freire.

Pesquisador Responsável/Orientador: Ana Luiza Vilela Borges

Pesquisador/Aluno: Natália de Castro Nascimento

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

E-mail/telefones: (11) 983217114

Unidade(s) ou Serviço(s) de interesse: UBS DA ZONA LESTE GERENCIADAS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL SANTA MARCELINA, COM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, ESPECIFICAMENTE DO DISTRITO DO ITAIM PAULISTA, A SABER, UBS CIDADE KEMEL, UBS DOM JOÃO NERY, UBS JARAGUÁ, UBS JD. CAMPOS, UBS JD. INDAIÁ, UBS JD. ROBRU - MESSIAS JOSÉ DA SILVA, UBS JD. SILVA TELLES, UBS PARQUE STA. RITA E UBS ATUALPA.

São Paulo,

de

de 2018.

Carimbo e Assinatura da Coordenadora Regional de Saúde

Elza de Santana Braga
RF: 556.852.8
Carimbo U.O. 8426
Saúde Leste

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

Pesquisador: Natália de Castro Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03791218.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.167.031

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Trata-se de um ensaio comunitário, útil para testar a efetividade de uma intervenção, com pré e pós teste, em que serão aplicados instrumentos de avaliação antes e depois da intervenção para avaliar o conhecimento entre trabalhadores de saúde e a realização de ações do cuidado pré concepcional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o efeito de uma intervenção educacional no conhecimento de trabalhadores de saúde da atenção primária e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional.

Objetivo Secundário:

Comparar o nível de conhecimento dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado pré-concepcional antes e após a intervenção. Comparar a realização, antes e após a intervenção, das seguintes ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional: avaliação da intenção de engravidar de mulheres em idade fértil; divulgação do cuidado pré-concepcional; aconselhamento pré-concepcional após o teste rápido de gravidez, em caso de resultado negativo; prescrição e dispensação de ácido fólico.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

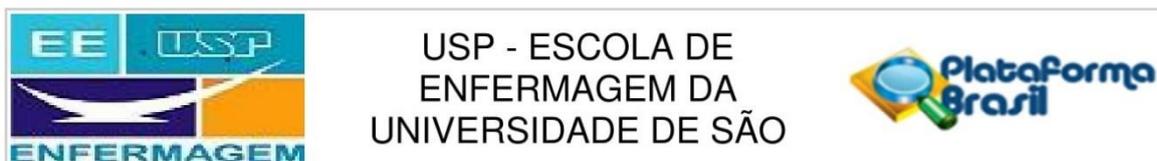
CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 3.167.031

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação envolve o risco do profissional se sentir avaliado (a) sobre seus conhecimentos e práticas sobre o cuidado pré-concepcional, mas reafirmamos a garantia de que os dados são sigilosos e não visam a avaliação individual, mas sim contribuir para melhoria da qualidade da atenção às mulheres e homens em idade reprodutiva com intenção de engravidar. Em relação as mulheres, os riscos incluem a possibilidade de sentir incômodo com a duração da entrevista ou constrangimento em responder às perguntas. Por esse motivo, caso isso ocorra, haverá toda a liberdade para interromper a resposta ao questionário a qualquer momento. Reafirmamos que não haverá o risco de ser identificada, terá a garantia de que os dados são sigilosos e não visam expor para os trabalhadores de saúde.

Benefícios:

Após a entrevista as participantes receberão orientações individuais da própria entrevistadora sobre os conteúdos abordados durante a entrevista ao preparo pré-concepcional de acordo com a demanda e necessidade de cada participante. A intervenção educacional irá contribuir para melhoria da qualidade da atenção às mulheres e homens em idade reprodutiva com intenção de engravidar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é uma etapa "acadêmica" da vida profissional da pesquisadora. Foi pensada a partir de dados empíricos da própria experiência como profissional, aprimoranda e docente em cursos de graduação em enfermagem. O objeto de pesquisa, o conhecimento profissional e pessoal sobre cuidados pré-concepcional é importante e necessário na atenção em saúde e o método proposto para coleta de dados suficiente e abrangente. Explicita a intervenção pretendida (dois módulos de três horas cada), baseada em método desenvolvido por Paulo Freire de educação popular.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os certos estão em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Recomendações:

Não há recomendações.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.167.031

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1211341.pdf	01/01/2019 13:30:11		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1211341.pdf	28/12/2018 12:28:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	28/12/2018 12:27:47	Natália de Castro Nascimento	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	28/12/2018 12:21:29	Natália de Castro Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	28/12/2018 12:15:32	Natália de Castro Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	13/12/2018 15:42:59	Natália de Castro Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/11/2018 15:21:21	Natália de Castro Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.167.031

SAO PAULO, 25 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

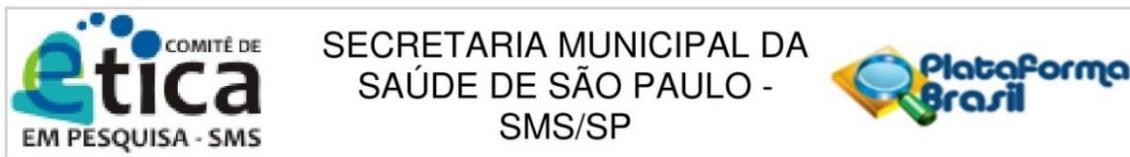
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NA REALIZAÇÃO DE AÇÕES DO CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

Pesquisador: Natália de Castro Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03791218.7.3001.0086

Instituição Proponente: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.269.514

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora apresenta que o período que antecede a concepção é um momento crucial para o desenvolvimento de uma gravidez saudável, com efeitos positivos na saúde materna e infantil. O cuidado pré-concepcional é uma proposta de promoção de saúde e prevenção de agravos antes da concepção que pode contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil. No entanto, a literatura revela que há baixo conhecimento e oferta do cuidado préconcepcional entre trabalhadores de saúde.

Trata-se de um ensaio comunitário, com pré e pós teste, em que serão aplicados instrumentos de avaliação antes e depois da intervenção para avaliar o conhecimento entre trabalhadores de saúde e a realização de ações do cuidado pré-concepcional.

Para avaliar o conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional, os trabalhadores de saúde (médicos e enfermeiros) das UBS serão convidados a preencher um questionário. Para avaliar a realização das ações do cuidado pré-concepcional, os trabalhadores de saúde (médicos e enfermeiros) das UBS serão convidados a preencher um questionário, mulheres em idade fértil, selecionadas aleatoriamente, serão entrevistadas e será coletado dados dos serviços de saúde.

A coleta de dados será realizada em dois momentos, antes e após a intervenção, por meio de instrumentos auto-preenchidos pelos trabalhadores de saúde; entrevistas face-a-face com

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

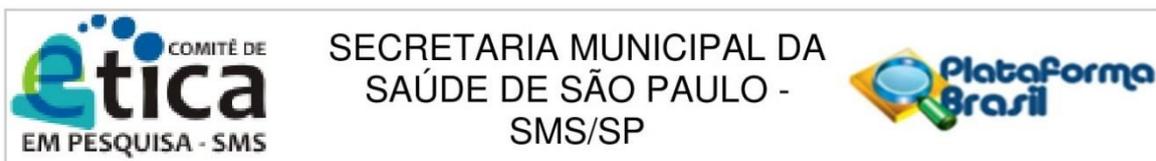
UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.269.514

usuárias; e, por fim, com o responsável pela farmácia de cada UBS (para contagem do número de comprimidos de ácido fólico dispensados nos três meses anteriores e três meses posteriores à intervenção). 1º momento (antes da intervenção) - será entregue um questionário de avaliação do conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional e um questionário de avaliação da realização de ações do cuidado préconcepcional para todos os médicos e enfermeiros do grupo caso e do grupo controle. Para isso, será realizada uma reunião com a gerência das UBS para definir a melhor maneira de abordar os trabalhadores de saúde, a fim de não atrapalhar a rotina da UBS.

As mulheres serão convidadas a participar de uma entrevista a fim de identificar orientações e prescrições do cuidado pré-concepcional recebidas. A pesquisadora irá abordar aleatoriamente as mulheres elegíveis na entrada da UBS. Será realizada a contagem do número de comprimidos de ácido fólico dispensados na farmácia da UBS nos três meses antes da intervenção. Também será observada a presença de cartazes, faixas e materiais expostos na UBS sobre o cuidado pré-concepcional.

2º momento (após a intervenção) - um mês após o término da intervenção, será entregue o questionário de avaliação do conhecimento sobre o cuidado pré-concepcional para médicos e enfermeiros das UBS do grupo caso e do grupo controle. Três meses após o término da intervenção, será entregue o questionário de avaliação da oferta acerca do cuidado pré-concepcional.

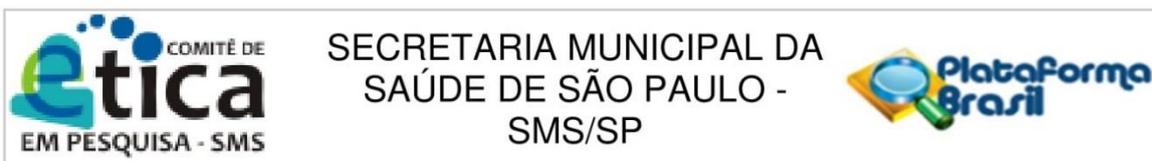
Concomitantemente, três meses após o término da intervenção, as mulheres serão convidadas a participar de uma entrevista face a face a fim de identificar orientações e prescrições do cuidado pré-concepcional ofertadas por trabalhadores de saúde. E, por fim, será realizada a contagem do número de comprimidos de ácido fólico dispensados na farmácia da UBS nos três meses após a intervenção e será observada a presença de cartazes, faixas e materiais sobre o cuidado pré-concepcional para distribuição. A intervenção será conduzida pela própria pesquisadora e será elaborada com base nos cuidados préconcepcionais preconizados pela OMS e pelo MS (Brasil, 2015; WHO, 2012).

Os conteúdos serão trabalhados com base na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire. De acordo com essa concepção, para que a aprendizagem seja significativa, é preciso partir dos elementos da prática dos sujeitos, bem como proporcionar reflexões críticas sobre as práticas realizadas para que haja o enfrentamento e a resolução dos problemas (Paulo Freire, 1988, 1997). Essa intervenção educacional partirá do conhecimento dos trabalhadores a respeito do tema e os conteúdos serão trabalhados de acordo com as questões

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.269.514

levantadas pelos próprios trabalhadores de saúde. Será realizada por meio de dois módulos, tendo cada módulo duração de três horas, totalizando seis horas. O número de trabalhadores de saúde e os dias e horários da intervenção serão combinados conforme organização das UBS e da supervisão técnica de saúde.

Critério de Inclusão:

A população de trabalhadores de saúde será composta por trabalhadores de saúde (40 trabalhadores) que atuam na atenção primária, nas equipes de saúde da família que sejam de nível superior, médicos e enfermeiros.

A população de mulheres em idade fértil(500 mulheres) será composta por usuárias das UBS, entre 18 e 49 anos de idade.

A amostra será de 540 sujeitos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o efeito de uma intervenção educacional no conhecimento de trabalhadores de saúde da atenção primária e na realização de ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional.

Objetivo Secundário:

Comparar o nível de conhecimento dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado pré-concepcional antes e após a intervenção. Comparar a realização, antes e após a intervenção, das seguintes ações relacionadas ao cuidado pré-concepcional:

avaliação da intenção de engravidar de mulheres em idade fértil; divulgação do cuidado pré-concepcional; aconselhamento pré-concepcional após o teste rápido de gravidez, em caso de resultado negativo; prescrição e dispensação de ácido fólico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Seguindo as orientações do parecer emitido em 16/03/2019, a pesquisadora atualizou o cronograma, enviado em novo documento anexado, explicitando as etapas da pesquisa. O cronograma apresentado é coerente e factível.

O orçamento financeiro foi atualizado, inserindo os custos de transporte, e indicando custeio da própria pesquisadora.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

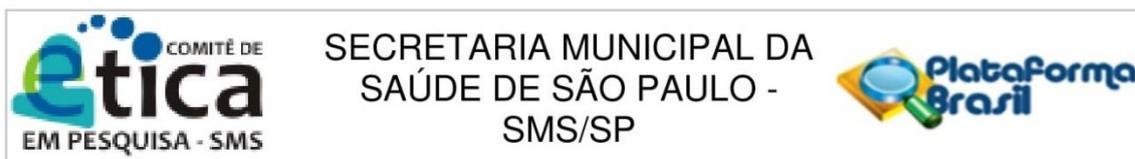
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.269.514

A pesquisadora também apresentou o programa pedagógico da intervenção a ser realizada, indicando a ementa e objetivos, assim como o método. Apesar de muito superficial e sem indicação de bibliografia, os dados apresentados são suficientes para evidenciar que não ocorrerá comprometimento ético.

A pesquisadora em resposta ao parecer de 16/03/2019, também discorreu sobre a necessidade de acionar os pacientes como sujeitos de pesquisa, bem como a necessidade da amostra conter 540 sujeitos. Os argumentos apresentados na resposta deixaram clara a necessidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram corrigidos de acordo com os apontamentos do parecer de 216/03/2019. Foram inseridos os direitos a desistência em qualquer tempo sem ônus e os contatos do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, assim como foi retirado a garantia a indenização financeira.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1304537.pdf	01/04/2019 14:29:48		Aceito
Outros	respostaspp.docx	01/04/2019	Natália de Castro	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

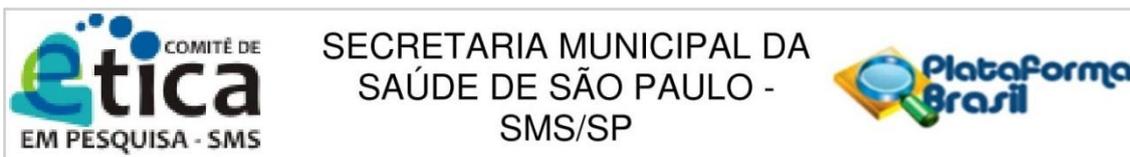
UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.269.514

Outros	respostaspp.docx	14:28:33	Nascimento	Aceito
Outros	projetov2.docx	01/04/2019 14:27:04	Natália de Castro Nascimento	Aceito
Outros	tclev2.docx	01/04/2019 14:25:03	Natália de Castro Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	28/12/2018 12:27:47	Natália de Castro Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	28/12/2018 12:15:32	Natália de Castro Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Abril de 2019

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com