



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ANAMERINDA DE OLIVEIRA DIAZ

**GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL DO CEARÁ**

FORTALEZA/CE

2025

ANAMERINDA DE OLIVEIRA DIAZ

GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do
Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Epidemiologia da Saúde
Materno-infantil.

Orientador: Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima
Rocha.

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sabrina Gabriele Maia
Oliveira Rocha.

FORTALEZA/CE

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- D538g Diaz, Anamerinda de Oliveira.
 Gravidez Não Planejada, Violência Doméstica e Métodos Contraceptivos em Mulheres em Idade
 Fértil do Ceará / Anamerinda de Oliveira Diaz. – 2025.
 63 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
 Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2025.
 Orientação: Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha .
 Coorientação: Prof. Dr. Sabrina Gabriele Maia Oliveira Rocha .
1. Gravidez Não Planejada . 2. Violência Doméstica . 3. Anticoncepcionais . 4. Educação Sexual e
 Reprodutiva. 5. Saúde da Mulher . I. Título.

CDD 610

ANAMERINDA DE OLIVEIRA DIAZ

GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do
Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Epidemiologia da Saúde
Materno-infantil.

Aprovado em: ____/____/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dr^ª. Sabrina Gabriele Maia de Oliveira Rocha (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Luciano Lima Correia
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dr^ª. Jocileide Sales Campos
Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS

À minha mãe amada, Erivan, que debaixo de muito sol,
me fez chegar até aqui, na sombra.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em sua infinita bondade, cujo amor e iluminação foram apresentadas em cada passo percorrido, proporcionando perseverança, sabedoria e inspiração para concluir mais essa etapa.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha e Prof^ª. Dr^ª. Sabrina Gabriele Maia Oliveira Rocha, pelo tempo dedicado, pelo apoio e pelas valiosas contribuições e sugestões ao longo deste trabalho.

Aos excelentíssimos professores membros da banca examinadora, Prof. Dr. Luciano Lima Correia, Prof^ª. Dr^ª. Jocileide Sales Campos e Prof^ª. Dr^ª. Anamaria Cavalcante e Silva, por dedicarem seu tempo e expertise na avaliação desse estudo.

Aos meus amados familiares pelo amor, apoio e compreensão a mim dedicados. Em especial, a minha mãe, Erivan Josina de Oliveira e minhas tias Ana Elena Maia de Oliveira e Maria Ednar Maia de Oliveira, cujas presenças são a minha motivação constante e ao meu tio, e pai de coração, Ivan Chaves de Oliveira (*in memória*), pelos ensinamentos de vida, tão valorosos e valiosos.

Aos meus amigos de uma vida, obrigada por todos os momentos de descontração e por todo o apoio e amor incondicionais. Em especial, às minhas melhores amigas Andressa Laura Castro Silva, Anna Géssyca Maia Andrade por acreditarem em mim, quando eu mesma, por vezes, desacreditei.

À Coordenação e aos funcionários do PPGSP-UFC por todo suporte. Aos professores, que direta ou indiretamente, desenvolveram para esta dissertação. Aos colegas de curso pela troca de experiências e pelo apoio mútuo ao longo deste percurso, em especial à Tayná Viera da Silva, grande amiga dessa e de outras longas caminhadas.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo suporte bem-vindo.

Aos que participaram da Pesquisa de Saúde Materno Infantil do Ceará (PESMIC) que, de alguma forma, passaram para a realização deste trabalho, mesmo que não mencionados nominalmente.

Meu mais sincero obrigada!

RESUMO

A gravidez não planejada é um importante problema de saúde pública, fortemente associada a desfechos adversos à saúde, impactos socioeconômicos e taxas elevadas de violência doméstica. Apesar de estudos extensivos em nível global, no Ceará, os estudos de fatores associados a gestações não planejadas ainda são insuficientes. Este estudo teve como objetivo identificar as características e os principais fatores associados ao planejamento reprodutivo através da prevalência de gestações não planejadas em mulheres de idade fértil do Estado do Ceará. Para isso, um estudo transversal de base populacional foi conduzido a partir de um recorte da VII Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC). A variável dependente foi a gravidez não planejada, sendo definida por qualquer gestação que a mulher não tenha planejado e/ou não tivesse desejado naquele momento da sua vida. A prevalência de gravidez não planejada foi de 31,8%. Mulheres que estudaram até ensino fundamental apresentaram 20% mais chances de terem gravidez não planejada (ORa= 1,2; IC95% 1,1 – 1,4; p=0,005), que as mulheres que estudaram até ensino médio ou mais. Mulheres que usam o dispositivo intrauterino - DIU (ORa= 1,5; IC95% 1,0 – 2,3; p=0,035) e que já usaram contraceptivo de emergência (ORa= 1,4; IC95% 1,2 – 1,7; p<0,001) apresentaram 50% e 40% mais chances de relatarem gravidez indesejada, respectivamente. Mulheres que vivem em famílias onde há brigas (ORa= 1,9; IC95% 1,4 – 2,8; p<0,001), que já foram agredidas (ORa= 1,9; IC95% 1,4 – 2,6; p<0,001) tiveram quase duas vezes mais chance de terem tido alguma gravidez não planejada. Esses achados destacam a complexa interação entre fatores sociais, comportamentais e de violência doméstica que influenciam as taxas de gravidez não planejada no Ceará. Os dados produzidos por este estudo podem contribuir para a criação e aprimoramento de políticas públicas para a saúde da mulher.

Palavras-chave: Gravidez não planejada; Violência doméstica; Anticoncepcionais; Fatores de risco; Educação sexual e reprodutiva; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Unplanned pregnancy is an important public health issue, strongly associated with adverse health outcomes, socioeconomic impacts, and high rates of domestic violence. Despite extensive global studies, in Ceará, research on factors associated with unplanned pregnancies remains insufficient. This study aimed to identify the characteristics and main factors associated with reproductive planning through the prevalence of unplanned pregnancies among women of childbearing age in the state of Ceará.

To this end, a population-based cross-sectional study was conducted using data from the seventh edition of the Ceará Maternal and Child Health Survey (PESMIC). The dependent variable was unplanned pregnancy, defined as any pregnancy that the woman had not planned and/or did not want at that particular time in her life. The prevalence of unplanned pregnancy was 31.8%. Women with education up to elementary school were 20% more likely to have had an unplanned pregnancy (Adjusted Odds Ratio [aOR]=1.2; 95%CI: 1.1–1.4; $p=0.005$) than those with education at the high school level or higher.

Women who used intrauterine devices (IUD) (aOR=1.5; 95%CI: 1.0–2.3; $p=0.035$) and those who had previously used emergency contraception (aOR=1.4; 95%CI: 1.2–1.7; $p<0.001$) were 50% and 40% more likely, respectively, to report an unplanned pregnancy. Women living in households where there were frequent conflicts (aOR=1.9; 95%CI: 1.4–2.8; $p<0.001$) or who had experienced physical aggression (aOR=1.9; 95%CI: 1.4–2.6; $p<0.001$) were nearly twice as likely to have experienced an unplanned pregnancy.

These findings highlight the complex interplay between social, behavioral, and domestic violence factors influencing unplanned pregnancy rates in Ceará. The data produced by this study can contribute to the creation and improvement of public policies aimed at women's health.

Keywords: Unplanned pregnancy; Domestic violence; Contraceptives; Risk factors; Sexual and reproductive education; Women's health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Análise descritiva das mulheres em idade fértil, 10 a 49 anos. Estado do Ceará, 2023 -----	29
Tabela 02	Fatores sociodemográficos e econômicos associados à gravidez não planejada entre mulheres em idade fértil no Ceará, 2023 -----	30
Tabela 03	Fatores ginecológicos e comportamentais associados à gravidez não planejada entre mulheres em idade fértil no Ceará, 2023 -----	32
Tabela 04	Hábitos e fatores ambientais associados à gravidez não planejada entre mulheres em idade fértil no Ceará, 2023 -----	33
Tabela 05	Fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e familiares associados à gravidez não planejada, mulheres em idade fértil do Ceará, 2023 -----	34

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GNP	Gravidez não planejada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ORa	<i>Odds Ratio</i> Ajustado
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PESMIC	Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará
PIB	Produto Interno Bruto
PR	Planejamento Reprodutivo
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
SEPLAG	Secretaria do Planejamento e Gestão
SESA	Secretaria da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Breve histórico das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do planejamento reprodutivo no Brasil	13
1.2	Gravidez não planejada no Brasil e no Ceará	16
1.3	Perfil do uso de métodos contraceptivos por mulheres brasileiras e Gravidez não Planejada	17
1.4	Violência Doméstica e Gravidez não Planejada	19
1.5	Pesquisa de Saúde Materno-infantil do Ceará – PESMIC	20
2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	22
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo geral	24
3.2	Objetivos específicos	24
4	MÉTODOS	25
4.1	Local e população do estudo	25
4.2	Amostra	25
4.3	Coleta de dados	26
4.4	Variáveis	26
4.4.1	<i>Variável de desfecho</i>	26
4.4.2	<i>Variáveis independentes</i>	26
4.5	Análise de dados	27
4.6	Aspectos éticos	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	36
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO PESMIC 2023	52
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
	ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve histórico das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do planejamento reprodutivo no Brasil

Durante grande parte de sua história, o Brasil manteve uma cultura familista e pró-natalista, colocando a mulher em uma situação de desigualdade em relação ao homem na sociedade. Essa cultura propagava e fortalecia os padrões patriarcais de família, justificando a falta de ação estatal para atender às demandas da saúde da mulher e responsabilizando-a pela constituição do núcleo familiar, especialmente no que diz respeito aos filhos, valorizando apenas seu papel reprodutivo (Favaro, B.F; Lima, F.S; Ilíbio, M.B, 2022).

Somente nos anos 1920 surgem as primeiras ações voltadas à saúde materno-infantil com o intuito de reduzir a mortalidade infantil, sem grandes preocupações com a qualidade da reprodução humana ou com a situação de saúde da mulher, vista apenas como o ser reprodutor. Essa abordagem reforçava uma saúde materno-infantil baseada na especificidade biológica e no papel social de mãe, sem direitos pessoais, sociais ou econômicos (Santos, D.G; Simoura, J.B; Sogame, L.C.M, 2018).

A postura pró-natalista no país permaneceu hegemônica até meados de 1970, quando o movimento feminista ganhou força devido à abertura política e à reestruturação dos movimentos sociais. O Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), datado de 1975 pelo Ministério da Saúde (MS), foi uma ação estatal com o intuito de oferecer assistência à saúde da mulher. No entanto, seu foco de atuação era limitado, percebendo a saúde da mulher apenas no escopo materno, através de ações centralizadoras, como o uso da cesariana e da esterilização como métodos contraceptivos de primeira escolha (SILVA *et al.*, 2024).

Nos anos 1980, o planejamento reprodutivo (PR) passou a ser defendido dentro do contexto da saúde integral da mulher, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo MS, mais especificamente em 1984. O PAISM concebia um ideal de saúde integral, refletindo o compromisso com a saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas evitáveis. O enfoque estava na atenção obstétrica, no PR, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, através de articulações de ações de promoção, prevenção e

assistência, suscitando linhas de cuidado delineadas para transformar o grupo em sujeitos ativos na dimensão da integralidade (Santana, T.D.B., *et al.*, 2019).

O PAISM propunha atender a mulher durante todo o seu ciclo vital, dando atenção a todos os aspectos de sua saúde, com informação e livre escolha, sendo ofertados esclarecimentos quanto ao exercício da sexualidade, a fisiologia da reprodução, a regulação da fertilidade e os riscos envolvidos. As atividades incluíam assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle do pré-natal, do parto e do puerpério, abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, controle das infecções sexualmente transmissíveis, do câncer de útero e mamário, e assistência para concepção e contracepção (Ministério da Saúde, 1984).

A criação do PAISM precedeu à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado através da Constituição Federal de 1988. A partir deste marco, o programa passa por uma série de mudanças influenciadas pelas transformações da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, foi instituído o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, pautado nos princípios e diretrizes do SUS (Favaro, B.F; Lima, F.S; Ilíbio, M.B, 2022).

Os objetivos específicos do PNAISM incluem, dentre outros, o incentivo a implantação e implementação do PR, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, em um contexto de atenção integral à saúde através de ações como:

- a ampliação e qualificação a atenção ao planejamento reprodutivo, inclusive na assistência à infertilidade;
- a garantia da oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
- a ampliação do acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; e
- o estímulo a participação e inclusão dos homens e adolescentes nas ações de planejamento reprodutivo (Ministério da Saúde, 2004).

Pela primeira vez, reconhece-se a necessidade da criação de políticas públicas de saúde pautadas no gênero, superando a visão da mulher como ser reprodutivo, e considerando-a como uma unidade ímpar dentro de uma categoria que não poderia ser vista como um todo homogêneo, confirmando que é necessário reconhecer e incluir grupos que outrora foram esquecidos pelas políticas públicas (Favaro, B.F; Lima, F.S; Ilíbio, M.B, 2022).

O PR no Brasil é uma questão importante de ser discutida por envolver políticas públicas, acesso a métodos contraceptivos, educação sexual e direitos reprodutivos. São elementos que vão para além de uma questão de saúde pública, especialmente para as mulheres. Historicamente, o país passou por diferentes fases em relação ao tema, e na maioria delas, esse processo esteve associado à mulher como principal responsável pela anticoncepção, enquanto o homem assumia um papel de coadjuvante, ao invés de agente ativo em sua história sexual e reprodutiva (Baptista, V. F., 2021).

O PR é regulado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, sendo definido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (Art. 2º). Isso deve ocorrer dentro de uma premissa de atendimento global e integral à saúde (Art. 3º), por meio de ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (Art. 4º), sendo direito de todo cidadão (Art. 1º) (Brasil, 1996).

O PR é um direito humano, e garantir seu acesso é fundamental. A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu Artigo 226 §7, estabelece o PR como um princípio da dignidade humana, sendo de livre decisão do casal. Porém, compete ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (Brasil, 1988). No país, a assistência ao PR é ofertada, majoritariamente, pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se constitui como peça indispensável para a efetivação do PR por ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, possuidor do vínculo que facilita a comunicação entre o cliente e o profissional de saúde (Lelis, B.D.B., *et al.*, 2019).

A gravidez não planejada (GNP) é uma das consequências imediatas da ineficácia do PR. Além dos riscos para a saúde da mulher e os potenciais impactos na saúde infantil, há desafios financeiros, emocionais e sociais significativos para os pais, especialmente os não estão preparados para assumir a responsabilidade de criar uma criança.

O PR é uma questão complexa. Requer uma abordagem holística, articulando políticas de saúde, educação e direitos humanos capazes de garantir que todas as pessoas tenham o direito de decidir livremente sobre sua reprodução e saúde sexual. Isso inclui a necessidade de ampliar os serviços de saúde sexual e reprodutiva em áreas remotas, bem como investir em campanhas de conscientização e educação sexual mais abrangentes.

1.2 Gravidez não planejada no Brasil e no Ceará

A GNP é um importante problema da saúde pública mundial, com implicações significativas para a saúde materno-infantil. Essas gestações são frequentemente associadas a desfechos negativos, como acompanhamento inadequado ao pré-natal, maiores taxas de abortos inseguros e maior risco de complicações obstétricas, além do impacto também na saúde mental das mulheres, que podem apresentar maiores níveis de estresse, ansiedade e depressão. No âmbito socioeconômico, a GNP leva a uma maior instabilidade financeira para as famílias e custos onerosos para a sistema público, contribuindo com a perpetuação de ciclos de pobreza e desigualdade (UNFPA, 2022).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, cerca de 45% de todas as gestações no mundo não foram planejadas, refletindo uma necessidade urgente de estratégias de prevenção efetivas.

A frequência de GNP é consideravelmente maior em países de baixo e médio desenvolvimento, onde os recursos de PR e acesso à educação sexual são mais precários (Bearak, *et al*, 2020). Em um distrito da Etiópia, por exemplo, existe alta taxa de prevalência de necessidades não atendidas de PR em mulheres em idade reprodutiva, resultando em gestações não planejadas, seguindo a tendência de outras regiões africanas. Esse dado expõe desigualdades estruturais, incluindo fatores socioeconômicos e culturais, barreiras para o acesso a contraceptivos e informações sobre saúde sexual e reprodutiva (G/Meskel, Desta, Bala, 2021; Browne, *et al*, 2022).

No Brasil, a prevalência de GNP também é significativa, com estimativas de mais de 60%. Esse fenômeno justifica-se quando se associa à desigualdade socioeconômica, à baixa escolaridade e ao acesso irregular aos serviços de PR. Além disso, a descontinuidade no uso de métodos contraceptivos, bem como a desinformação sobre concepção, contribui para o alto índice de GNP (Nilson, *et al*, 2023; Egito, *et al*, 2023; Wender, Machado, Politano, 2022).

No estado do Ceará, a situação reflete o panorama nacional, no entanto, com especificidades regionais. Estudos indicam alta prevalência de GNP, especialmente entre adolescentes, frequentemente associada a barreiras culturais, baixa escolaridade e acesso limitado a serviços de saúde reprodutiva (Queiroz, *et al*, 2017; Alcântara, *et al*, 2025).

Dessa forma, entre os principais fatores associados à GNP, destacam-se as desigualdades de gênero, o baixo nível educacional, a cor/raça preta, a baixa idade materna, problemas com o acesso e/ou o uso de métodos contraceptivos modernos e a

deficiência de uma educação sexual e reprodutiva de qualidade. Além disso, aspectos culturais e religiosos também influenciam a aceitação e uso de contraceptivos nos diversos contextos. Esses dados refletem a importância de ações de prevenção amplas, que abordem tanto fatores individuais quanto coletivos (Costa, Oliveira, Alves, 2021; Lelis, Prietsch, 2024; Yillah, Sawaneh, 2024).

1.3 Perfil do uso de Métodos Contraceptivos por mulheres brasileiras e Gravidez não Planejada

O Brasil vem apresentando mudanças na sua taxa de fecundidade. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que no começo dos anos 2000, a taxa de fecundidade total era de 2,39, em 2016 caiu para 1,69 e projeções indicam que esse índice pode chegar em 0,08 para mulheres entre 25 e 29 anos em 2025. No entanto, essa redução ocorreu de maneira desigual entre as regiões. Fato evidenciado, especialmente, a partir dos dados do Censo de 2010, que demonstraram que as taxas nas regiões menos desenvolvidas do País, Norte e Nordeste, eram de 2,4 e 2,0 filhos, respectivamente, deixando essas regiões acima da média nacional de 1,87, enquanto nas regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste, foram de 1,7 filho por mulher (IBGE, 2017; IBGE, 2017). Além disso, mais da metade das gestações que ocorrem no Brasil não são planejadas e acontecem, em grande parte, por dificuldades relacionadas aos contraceptivos (Bayer, 2022; Wender, Machado e Politano, 2022).

A saúde reprodutiva é um componente essencial para a saúde pública, sendo o acesso e o uso de métodos contraceptivos elementos fundamentais na promoção do bem-estar das mulheres em idade fértil (Brasil, 2004). Os métodos contraceptivos desempenham um papel central na autonomia feminina e na prevenção de GNP, além de contribuir significativamente para a redução de riscos associados à morbimortalidade materna e infantil (Brasil, 2004; UNFPA, 2020). No entanto, o acesso a métodos contraceptivos e sua utilização ainda enfrenta desigualdades, especialmente em contextos de vulnerabilidade econômica e social, como em muitas regiões do Brasil, incluindo o estado do Ceará (Souza, *et al*, 2024; Menaguali, *et al*, 2024).

O Ceará, estado do Nordeste brasileiro, apresenta uma interessante combinação de características econômicas e desafios sociais e de saúde. Fortaleza, a capital, geopoliticamente localizada como um importante centro logístico, possui a maior economia da região, e figura entre as cidades de maior PIB (Produto Interno Bruto) do

país (IPECE, 2021). Em contrapartida, enfrenta graves desigualdades socioeconômicas, inclusive com uma parcela da população vivendo em áreas de habitação informal e em áreas rurais e semiáridas. Esses fatores impactam diretamente na saúde pública do estado (Oliveira; Oliveira Neto, 2014).

Epidemiologicamente, o uso de contraceptivos é influenciado por uma variedade de fatores socioeconômicos, demográficos e culturais que afetam a escolha e a adesão aos métodos disponíveis. Estudos mostram que fatores como idade, escolaridade, estado civil, renda e acesso à informação têm forte impacto sobre as taxas de uso e a escolha do método contraceptivo, refletindo padrões heterogêneos que variam conforme o contexto regional (Trindade, *et al*, 2021; Araújo; Abreu; Felisbino-Mendes, 2023). Tais variações ressaltam a necessidade de entender o panorama do uso de contraceptivos em cada localidade, possibilitando a implementação de políticas públicas adaptadas às particularidades regionais.

A análise dos fatores associados ao uso de contraceptivos é fundamental para identificar lacunas e fortalecer a implementação de estratégias em saúde pública. Estudos populacionais revelam que mais de 70% das mulheres em idade fértil no Brasil utilizam algum tipo de método contraceptivo, com variações significativas entre métodos hormonais, de barreira e permanentes (Trindade, *et al*, 2021; Araújo; Abreu; Felisbino-Mendes, 2023). No entanto, a prevalência de cada tipo de método e os fatores que influenciam essas escolhas carecem de maior análise, especialmente entre as mulheres mais jovens, cujo uso de métodos tradicionais e a descontinuidade no uso de métodos modernos têm chamado atenção para a necessidade de instruções direcionadas (Reis; Rodrigues; Brandão, 2024).

Ademais, a disponibilidade dos métodos contraceptivos pode variar de acordo com a demanda e a capacidade de cada unidade de saúde, indicando que ainda existem desafios em garantir acesso equitativo aos serviços de PR em todas as regiões do Ceará, especialmente em áreas rurais e remotas. Barreiras geográficas e aspectos econômicos podem dificultar o acesso da população aos serviços de saúde, impactando diretamente na saúde sexual e reprodutiva dessas pessoas (Paula, M. B. M., *et al.*, 2022).

Nesse sentido, fica claro que a falta de acesso à educação de qualidade, ao conhecimento básico sobre fertilidade e reprodução, e aos serviços de saúde parecem influenciar nas decisões reprodutivas das pessoas e contribuir diretamente para taxas mais altas de GNP.

1.4 Violência doméstica e gravidez não planejada

A violência doméstica é um fenômeno complexo e multifacetado que afeta mulheres em diversas regiões do mundo, comprometendo não apenas a integridade física, mas também a saúde mental e social das vítimas. No Brasil, a violência contra a mulher é uma das formas mais comuns de violência de gênero e é caracterizada por ações ou omissões que causam danos, sofrimento e/ou morte à mulher no âmbito familiar ou de relações afetivas (Brasil, 2006). Os impactos dessa violência são vastos, abrangendo traumas psicológicos, distúrbios emocionais e sérias consequências para a qualidade de vida e bem-estar das mulheres envolvidas, além de perpetuar ciclos de desigualdade e vulnerabilidade social: uma em cada três mulheres no mundo já foi vítima de violência física ou sexual por um parceiro íntimo (WHO, 2021).

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil destacam a elevada frequência de casos de violência doméstica, com prevalências alarmantes em estados do Nordeste, incluindo o Ceará. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), cerca de 27% das mulheres brasileiras afirmaram ter sofrido algum tipo de violência no último ano, sendo que 42% das agressões ocorreram no âmbito domiciliar, resultando em mais de 50 mil mulheres assassinadas entre 2010 e 2019 (IPEA, 2021). No Ceará, estudo realizado por Coelho e colaboradores (2022), mostrou que, entre 2020 e 2021, houve elevada prevalência de violência física entre mulheres, com destaque para a faixa etária entre 20 e 39 anos, principal grupo reprodutivo. Esses achados ressaltam a necessidade de ações de prevenção e intervenção em nível regional e nacional.

Diversos fatores estão associados à violência doméstica, incluindo desigualdades socioeconômicas, baixos níveis de escolaridade, abuso de substâncias por parte dos agressores e a persistência de padrões culturais machistas (Garcia-Moreno et al., 2015). Além disso, o isolamento social, a dependência econômica das mulheres e o acesso limitado a serviços de proteção e apoio ampliam o risco de ocorrência e perpetuação do ciclo de violência. Silva e Leite (2020) destacam que a gestação pode atuar como um fator de risco para a violência por parceiro íntimo, o que agrava ainda mais o quadro de vulnerabilidade da mulher. Entender esses fatores é crucial para a formulação de políticas públicas eficazes que abordem não apenas os sintomas, mas também as causas estruturais desse problema.

A associação entre violência doméstica e a GNP é amplamente documentada e reflete um importante impacto indireto da violência na saúde reprodutiva das mulheres.

Mulheres que sofrem abusos físicos ou psicológicos muitas vezes enfrentam dificuldades em negociar o uso de métodos contraceptivos pelo medo de represálias, além de estarem mais sujeitas a estupros conjugais ou coerção sexual, uma vez que mulheres expostas à violência física e/ou sexual têm maior probabilidade de relatar uma gestação indesejada, interrupção de gravidez e complicações obstétricas (Pallitto et al., 2013). Em estudo realizado no Brasil, com gestantes usuárias do SUS, foi observado que a prevalência de gravidez não planejada foi significativamente maior entre aquelas que relataram episódios de violência por parceiro íntimo (Silva e Leite, 2020).

Essa dinâmica reforça a importância de intervenções integradas que considerem tanto o apoio às vítimas quanto a promoção de saúde reprodutiva. Ademais, a violência doméstica pode gerar um ambiente de estresse crônico e falta de autonomia reprodutiva, influenciando diretamente as decisões relacionadas à concepção. O ciclo de abuso, portanto, não apenas perpetua gestações indesejadas, mas também compromete a saúde materna e infantil, gerando impactos duradouros na vida das mulheres e suas famílias.

1.5 Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará – PESMIC

A Pesquisa de Saúde Materno Infantil no Ceará (PESMIC) é um inquérito populacional que integra uma série de estudos transversais voltados à saúde materno-infantil, abrangendo mulheres em idade reprodutiva e crianças na primeira infância, de maneira representativa em todo o estado do Ceará. Apesar da existência de bases de dados bem estabelecidas, essas fontes podem apresentar limitações, como subnotificação e incapacidade de captar certas variáveis que apenas pesquisas de campo conseguem abordar. Os inquéritos populacionais, auxiliam, assim, no planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas, especialmente se realizados periodicamente (Correia et al., 2014; Martins, 2020).

O Ceará foi o estado brasileiro pioneiro na realização de estudos transversais para avaliação da saúde materno-infantil, em 1987. Até a década de 1980, os indicadores de saúde no estado eram desatualizados ou inexistentes. Nesse contexto, o governo estadual, com apoio do UNICEF e da Universidade Federal de Pelotas, implementou a PESMIC, voltada para diagnosticar a saúde materno-infantil. Esse esforço visava atender à vulnerabilidade do grupo e orientar ações específicas para problemas identificados, além de prever a realização periódica de novos inquéritos para monitorar os efeitos das intervenções (Correia et al., 2014).

A PESMIC inicialmente buscou descrever a cobertura e o estado dos serviços de saúde para mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, e crianças pequenas, de 0 a 35 meses, com enfoque em fatores socioeconômicos, dados antropométricos, nutrição e mortalidade infantil. O primeiro levantamento revelou, por exemplo, uma alta taxa de mortalidade infantil causada por diarreia. Com base nisso, políticas como a disseminação da terapia de reidratação oral foram implementadas, contribuindo para que o Ceará se tornasse um exemplo de redução da mortalidade infantil por este agravo (SESA, 2013; Andrade, 2017; Martins, 2020).

Ao longo do tempo, os temas investigados pela PESMIC evoluíram, acompanhando as agendas globais, nacionais e locais de saúde materno-infantil, embora variáveis básicas tenham sido mantidas em todos os levantamentos para permitir análises comparativas. Cada edição abordou um tema central: mortalidade infantil (1987), saúde materna (1990), saúde reprodutiva (1994), saúde da família (2001), nutrição materno-infantil (2007), desenvolvimento infantil (2017) e anemia (2023) (Cruz, 2024).

A relevância da PESMIC no Ceará garantiu sua continuidade, sendo conduzida em sete ocasiões até o momento. Essas edições, juntas, abrangem dados de aproximadamente 45.000 famílias, permitindo análises históricas detalhadas sobre a saúde materno-infantil. Desde o início, a PESMIC promove uma valiosa integração entre academia e serviços, contribuindo diretamente para o desenvolvimento de políticas públicas e impactando positivamente a saúde materno-infantil no estado, tendo reconhecimento inclusive em nível internacional (Amarante, 2020; SESA, 2013).

2 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA

A gravidez não planejada (GNP) constitui um relevante problema de saúde pública, com repercussões na qualidade de vida de mulheres, crianças e famílias, além de gerar sobrecarga nos sistemas de saúde. No Brasil, dados recentes indicam que aproximadamente 67,5% das gestações ocorrem sem planejamento prévio, sendo mais prevalentes entre mulheres em situação de vulnerabilidade social, com baixa escolaridade e renda (IBGE, 2022; Nilson, *et al.*, 2023). No estado do Ceará, um dos mais afetados por desigualdades regionais no Nordeste, esse cenário é ainda mais preocupante, exigindo investigações locais que identifiquem os fatores determinantes da GNP e orientem estratégias de intervenção mais eficazes e contextualizadas.

Entre os principais fatores associados à GNP está o uso inadequado ou inconsistente de métodos contraceptivos. Embora o Brasil possua políticas públicas voltadas à ampliação do acesso a esses métodos, obstáculos de ordem cultural, educacional e estrutural ainda comprometem sua utilização, sobretudo entre mulheres jovens e residentes em áreas periféricas e rurais (BRASIL, 2016; Trindade, *et al.*, 2021). No Ceará, onde persistem altos índices de pobreza, compreender como essas barreiras impactam o comportamento contraceptivo das mulheres é fundamental para o desenvolvimento de ações em saúde pública mais efetivas e culturalmente sensíveis.

Outro fator crítico frequentemente relacionado à GNP é a violência doméstica. Mulheres expostas à violência por parceiros íntimos tendem a apresentar menor autonomia reprodutiva e enfrentam maiores dificuldades na adoção e continuidade do uso de métodos contraceptivos (Trindade, *et al.*, 2021; Patrício, *et al.*, 2020). O contexto cearense oferece um campo fértil para investigar como essas experiências influenciam os percursos reprodutivos femininos e quais medidas intersetoriais podem mitigar esses impactos de forma efetiva.

Investigar a GNP a partir da realidade do Ceará permite ainda identificar lacunas nas políticas públicas e nos serviços de saúde sexual e reprodutiva. A incorporação de temas como violência de gênero e desigualdade no acesso à contracepção enriquece a compreensão do fenômeno, proporcionando uma abordagem integrada e multidimensional. Essa perspectiva é essencial para a implementação de políticas que promovam a autonomia das mulheres, a equidade de gênero e a redução das iniquidades em saúde, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 (ONU, 2020).

A escolha deste tema também traduz um compromisso pessoal e profissional da autora, enquanto mulher inserida em uma sociedade onde as questões de saúde reprodutiva e justiça de gênero permanecem desafiadoras. A convivência com realidades em que a GNP impacta profundamente os projetos de vida de mulheres cearenses fortalece o interesse em aprofundar a compreensão dessa problemática. A experiência prática em contextos marcados pela desigualdade social aguçou a sensibilidade e motivou a busca por contribuir com propostas que qualifiquem as políticas públicas voltadas à saúde das mulheres.

Por fim, este estudo se propõe a produzir evidências que orientem intervenções mais efetivas e sustentáveis no campo da saúde reprodutiva e seus determinantes sociais. Para isso, foram analisados dados de um inquérito populacional sobre saúde materno-infantil, realizado com mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) residentes no estado do Ceará. A análise centrou-se na prevalência de GNP e na identificação dos fatores associados, possibilitando uma abordagem mais precisa sobre a complexidade dessa questão. Assim, o presente trabalho busca não apenas contribuir para o avanço do conhecimento acadêmico, mas também oferecer subsídios concretos à formulação de estratégias inclusivas, equitativas e centradas na dignidade e bem-estar das mulheres cearenses.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os principais fatores associados ao planejamento reprodutivo através da prevalência de gestações não planejadas em mulheres de idade fértil do Estado do Ceará.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil de planejamento reprodutivo das mulheres em idade fértil do Estado do Ceará;
- b) Estimar a prevalência de gestações não planejadas na população do estudo;
- c) Investigar a associação dos fatores sociais, demográficos, familiares, biológicos e econômicos associados à gestações não planejadas nas mulheres da PESMIC;
- d) Identificar possíveis fatores associados, seja de risco ou de proteção, para gestações não planejadas em mulheres em idade fértil;
- e) Propor medidas de saúde pública para possíveis resultados negativos alcançados.

4 MÉTODOS

Este foi um estudo do tipo transversal, analítico e de abordagem quantitativa, com dados colhidos na população e amostra selecionada de forma aleatória, em 2023, através da Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará - Pesmic.

4.1 Local e população do estudo

A população da PESMIC foi composta de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, e crianças na primeira infância, de 0 a 71 meses e 29 dias de vida, em todo o Estado do Ceará, selecionadas aleatoriamente.

O Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil, figura entre os estados brasileiros com maior proporção de pessoas em situação de pobreza e está situado em uma região de clima indômito, tendo aproximadamente 90% de seu território sob a influência do clima semiárido. No entanto, o estado ocupa a 12^a posição da economia do Brasil e a 3^a do Nordeste (Nascimento, *et al*, 2022).

O estado do Ceará possui aproximadamente 9 milhões de habitantes, dos quais cerca de 51% são mulheres (SEPLAG, 2020). A capital, Fortaleza, possui cerca de 30% da população do estado, figurando como um dos mais populosos do país.

Para este estudo, focaremos na análise das mulheres em idade fértil.

4.2 Amostra

A pesquisa contou com uma amostra composta por 3.200 famílias, escolhidas através de um sorteio sistemático realizado em múltiplas etapas e organizadas por conglomerados.

De forma resumida, a amostragem da PESMIC é feita por meio de uma seleção aleatória e sistemática de municípios, considerando o peso populacional de cada um. Em seguida, setores censitários são escolhidos aleatoriamente dentro de cada município, de acordo com a definição do IBGE, principal responsável pelos dados populacionais no país. Por fim, de cada setor censitário, são sorteados aleatoriamente 20 domicílios para visitação. No total, 3.200 residências foram selecionadas em 2023, incluindo todas as mulheres de 10 a 49 anos elegíveis para este estudo, exceto as que estiverem internadas,

ou aquelas incapazes de responder às perguntas por motivo de doença ou condição clínica aguda ou agudizada.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando um questionário estruturado com perguntas diretas às participantes, feitas com as mulheres em seus domicílios, além da realização de medidas antropométricas dessas mulheres, por profissionais previamente treinados em entrevistas e medições; eles trabalharam em dupla cobrindo um setor, ou seja, um conglomerado de 20 domicílios.

As famílias selecionadas foram abordadas até 3 vezes, em caso de ausência no domicílio, para garantir a representatividade da amostra. Casas, prédios ou terrenos fechados ou abandonados foram substituídos pelo imediatamente à esquerda, seguindo a ordem de conglomerado da casa inicialmente sorteada, para garantir a representatividade do conglomerado.

Os dados foram inseridos em planilha digital por dois digitadores independentes e avaliados quanto à taxa de igualdade, para dirimir erros de digitação.

4.4 Variáveis

As variáveis deste estudo foram selecionadas a partir do questionário da VII PESMIC, apresentado na íntegra no Anexo A.

4.4.1 Variável de desfecho

A variável desfecho foi gravidez não planejada (GNP), categórica binária (sim/não), cuja resposta referia a alguma gravidez que a mulher não tenha planejado e/ou que não desejasse naquele momento de sua vida.

4.4.2 Variáveis independentes

Para este estudo, foram analisadas variáveis independentes relacionadas à mulher e ao domicílio, estratificadas nos seguintes blocos:

- **Aspectos relacionados à violência doméstica/de parceiro íntimo** (sim/não), tais como: sentir-se segura em casa, se já sofreu agressão física ou verbal, se já agrediu alguém e se há brigas na família.
- **Fatores sociodemográficos e econômicos:** entendendo que essas são características que descrevem e influenciam o comportamento de uma população, foram listadas para este estudo: idade (em anos); escolaridade (anos de estudo); estado civil (união estável ou não); aspectos laborais (com ou sem emprego, com ou sem remuneração); renda familiar (renda média em número de salários mínimos); participação em programas de auxílio financeiro do governo (sim/não); insegurança alimentar (avaliada pela EBIA); local de residência (área urbana ou rural); acesso aos serviços públicos de saúde (recebe visita da Estratégia Saúde da Família - ESF, possui plano de saúde).
- **Fatores ginecológicos e comportamentais:** lista de fatores referentes a características individuais relacionadas à saúde reprodutiva e práticas sexuais e contraceptivas: idade na primeira gravidez (em anos); número de parceiros sexuais no último ano (numérico); histórico de infecções sexualmente transmissíveis - IST (sim/não); uso de contraceptivos hormonais (sim/não); uso de dispositivo intrauterino - DIU (sim/não); histórico de uso de contracepção de emergência (sim/não); uso de métodos contraceptivos cirúrgicos, como laqueadura ou vasectomia (sim/não); acesso a orientações sobre contraceptivos na escola ou em casa (sim/não).
- **Hábitos e fatores ambientais:** refere-se a comportamentos individuais e condições do ambiente familiar e social: tabagismo (sim/não); uso de drogas ilícitas na família (sim/não).

4.5 Análise de dados

As informações, coletadas em questionários impressos, foram digitadas em planilhas eletrônicas Excel por dois profissionais independentes e verificadas quanto à concordância para assegurar a consistência. O processamento dos dados foi realizado utilizando o software *Stata*, e as análises foram conduzidas no *Statistical Package for Social Science* - SPSS. Para ajustar a amostragem por conglomerados, foi aplicado o comando *svy*.

Os dados numéricos foram avaliados com base em medidas de tendência central e análise de normalidade, enquanto os dados categóricos foram examinados por meio de distribuições de frequência.

A regressão logística foi utilizada para ajustar possíveis fatores de confusão. Nesse sentido, foi elaborado um modelo de regressão incluindo os fatores que apresentaram significância estatística inferior a 0,020 na análise bivariada. Após a regressão, foi adotado um nível de significância de 5% para as associações entre os fatores e o desfecho.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo seguiu os critérios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos. A VII PESMIC foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP), de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob o número de protocolo 5.614.102.

As mulheres participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) e/ou um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) e não correram nenhum tipo de risco físico acarretado por esta pesquisa. Além disso, receberam explicação sobre os objetivos, os procedimentos e quanto ao sigilo de dados, bem como ao caráter voluntário de sua participação.

5 RESULTADOS

A VII PESMIC contou com a participação de 3204 mulheres. A idade média das participantes foi de 30 anos. Com relação à raça/cor, 15% se autodeclararam brancas, 76,9% pardas, 7,6% pretas e 0,4% pertenciam a outras categorias. Quanto à escolaridade, cerca de 45% possuíam até o ensino fundamental, enquanto 54% possuíam ensino médio ou superior. 69,5% são residentes de áreas urbanas e 30,5% de áreas rurais. No que se refere à inserção no mercado de trabalho, 26,8% disseram receber salário (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva das mulheres em idade fértil, 10 a 49 anos. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	n	%
Idade		
Menos de 20	186	5,8
20 a 29	1397	43,7
30 a 39	1277	40,0
40 ou mais	336	10,5
Raça		
Branca	481	15,1
Parda	2446	76,9
Negra	242	7,6
Outra	13	0,4
Escolaridade		
Alfabetizada	153	4,9
Fundamental 1	583	18,5
Fundamental 2	694	22,0
Médio	1407	44,6
Técnico/Superior	316	10,0
Trabalho Remunerado		
Sim	851	26,8
Não	2326	73,2
Renda familiar (RM)		
Tercil 1	1229	38,6

Tercil 2	876	27,5
Tercil 3	1081	33,9
Zona		
Urbana	2217	69,5
Rural	973	30,5

Encontrou-se uma prevalência de 31,8% (n=1015; IC95% 30,0-33,6) de mulheres cearenses que tiveram alguma gravidez não planejada ou indesejada. As tabelas 2, 3 e 4 descrevem os fatores associados à gravidez não planejada entre mulheres em idade fértil do Ceará. Observou-se que fatores socioeconômicos como baixa escolaridade (OR= 1,3; IC95% 1,2 – 1,5; p<0,001), não ter união estável (OR= 1,6; IC95% 1,4 – 1,8; p<0,001), receber auxílio de programa governamental de transferência de renda (OR= 1,3; IC95% 1,1 – 1,6; p=0,002), ter insegurança alimentar (OR= 1,4; IC95% 1,2 – 1,7; p<0,001), viver em zona urbana (OR= 1,6; IC95% 1,3 – 1,9; p<0,001), e não ter recebido visita do serviço de saúde da família (OR= 1,2; IC95% 1,0 – 1,5; p=0,023) foram fatores que apresentaram associação significativa com gravidez não planejada (Tabela 2)

Tabela 2. Fatores sociodemográficos e econômicos associados à gravidez não planejada entre mulheres em idade fértil no Ceará, 2023.

Gravidez não planejada						
	N	n	%	OR	IC95%	p
Fatores sociodemográficos e econômicos						
Idade						
14a19	186	65	34,9	0,9	0,7-1,4	0,823
20a29	1395	439	31,5	0,8	0,6-1,1	0,102
30a39	1277	389	30,5	0,8	0,6-1,0	0,057
40a49	335	120	35,8	1		
Escolaridade						
até fundamental	1428	500	35,0	1,3	1,2-1,5	<0,001
médio ou mais	1722	498	28,9	1		
União estável/casada						
Não	1012	393	38,8	1,6	1,4-1,8	<0,001
Sim	2180	620	28,4	1		
Trabalha recebendo salário						
Sim	850	265	31,2	0,9	0,8-1,2	0,697
Não	2324	743	32,0	1		

Renda familiar (SM)						
Tercil 1	1227	378	30,8	0,9	0,8-1,1	0,589
Tercil 2	876	289	33,0	1,0	0,9-1,3	0,592
Tercil 3	1080	344	31,9	1		
Participa de programa de transferência de renda						
Sim	2440	810	33,2	1,3	1,1-1,6	0,002
Não	755	205	27,2	1		
Insegurança alimentar						
Sim	2486	830	33,4	1,4	1,2-1,7	<0,001
Não	658	171	26,0	1		
Zona						
Urbana	2214	766	34,6	1,6	1,3-1,9	<0,001
Rural	973	246	25,3	1		
Recebe visita do PSF						
Não	595	212	35,6	1,2	1,0-1,5	0,023
Sim	2567	791	30,8	1		

Além destes, também foram identificados fatores ginecológicos e comportamentais que apresentaram associação com gravidez não planejada, como a idade da primeira gestação ter sido inferior a 15 anos (OR= 1,9; IC95% 1,7 – 2,3; p<0,001), ter tido 2 ou mais parceiros sexuais no último ano (OR= 1,7; IC95% 1,3 – 2,3; p=0,001), ter histórico de infecções sexualmente transmissíveis - IST (OR= 1,2; IC95% 1,1 – 1,5; p=0,007), não utilizar métodos contraceptivos hormonais (OR= 1,3; IC95% 1,2 – 1,6; p<0,001), além de associação com uso de DIU (OR= 1,6; IC95% 1,1 – 2,4; p=0,014), com uso de contraceptivo de emergência ou a “pílula do dia seguinte” (OR= 1,4; IC95% 1,2 – 1,7; p<0,001), e laqueadura tubária (OR= 1,3; IC95% 1,1 – 1,6; p=0,008) (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores ginecológicos e comportamentais associados à gravidez não planejada, mulheres em idade fértil no Ceará, 2023.

	Gravidez não planejada					
	N	n	%	OR	IC95%	p
Fatores ginecológicos e comportamentais						
Idade da primeira gravidez						
<15 anos	194	91	46,9	2,7	1,9-3,8	<0,001
15 a 20 anos	1383	521	37,7	1,8	1,6-2,2	<0,001
20 anos ou mais	1575	388	24,6	1		
Parceiros sexuais no último ano						
2 ou mais	172	75	43,6	1,7	1,3-2,3	0,001
até 1	2983	927	31,1	1		
Teve IST						
Sim	1094	382	34,9	1,2	1,1-1,5	0,007
Não	2044	613	30,0	1		
Uso de contraceptivos hormonais (ACO/injetável, exceto de emergência)						
Não	1709	593	34,7	1,3	1,2-1,6	<0,001
Sim	1486	422	28,4	1		
Uso de DIU						
Sim	134	57	42,5	1,6	1,1-2,4	0,014
Não	3047	956	31,4	1		
Já usou "pílula do dia seguinte" (contraceptivo de emergência)						
Sim	1579	566	35,8	1,4	1,2-1,7	<0,001
Não	1602	447	27,9	1		
Fez laqueadura						
Sim	472	176	37,3	1,3	1,1-1,6	0,008
Não	2714	837	30,8	1		
Recebeu orientação sobre contraceptivos						
Não	340	126	37,1	1,3	1,0-1,6	0,029
Sim	2841	887	31,2	1		

Por fim, na tabela 4 identificam-se ainda hábitos como tabagismo (OR= 1,9; IC95% 1,4 – 2,7; $p<0,001$), e fatores ambientais familiares relativos à violência doméstica, como receber agressões físicas ou verbais (OR= 1,9; IC95% 1,4 – 2,8; $p<0,001$), já ter agredido outros adultos (OR= 1,9; IC95% 1,5 – 2,4; $p<0,001$), já ter sido agredida dentro de casa (OR= 2,5; IC95% 1,9 – 3,2; $p<0,001$), haver brigas e violência na família (OR= 2,7; IC95% 1,9 – 3,6; $p<0,001$) e ter alguém da família que usa ou já usou alguma droga ilícita (OR= 2,6; IC95% 1,4 – 4,8; $p=0,004$), associados à indicação de gravidez não planejada ou indesejada.

Tabela 4. Hábitos e fatores ambientais associados à gravidez não planejada entre mulheres em idade fértil no Ceará, 2023.

Gravidez não planejada						
	N	n	%	OR	95%CI	p
Hábitos e fatores ambientais						
Tabagista						
Sim	176	82	46.6	1.9	1.4-2.7	<0.001
Não	3012	931	30.9	1		
Sente-se segura em casa						
Sim	2993	941	31,4	0,8	0,6-1,1	0,125
Não	199	73	36,7	1		
Alguém bate ou xinga você						
Sim	153	72	47,1	1,9	1,4-2,8	<0,001
Não	3037	941	31,0	1		
Você já agrediu alguém						
Sim	283	128	45,2	1,9	1,5-2,4	<0,001
Não	2908	886	30,5	1		
Você já foi agredida						
Sim	311	160	51,4	2,5	1,9-3,2	<0,001
Não	2879	854	29,7	1		
Há brigas na família						
Sim	170	92	54,1	2,7	1,9-3,6	<0,001
Não	3025	923	30,5	1		
Uso de drogas ilícitas na família						
Sim	48	26	54.2	2.6	1.4-4.8	0.004
Não	3086	974	31.6	1		

A tabela 5 mostra os fatores que permaneceram associados à gravidez não planejada após análise de regressão multivariada. Mulheres que estudaram até ensino fundamental apresentaram 20% mais chances de terem gravidez não planejada (ORa= 1,2; IC95% 1,1 – 1,4; p=0,005), que as mulheres que estudaram até ensino médio ou mais. Além disso, mulheres que não tem relacionamento civil estável (ORa= 1,5; IC95% 1,3 – 1,8; p<0,001), ou que estão em situação de insegurança alimentar (ORa= 1,2; IC95% 1,0 – 1,6; p=0,041) tiveram 50% e 20% mais chances de ter gravidez não planejada, que mulheres em união estável, e sem insegurança alimentar, respectivamente. Ainda, mulheres que vivem em zona urbana tiveram 60% mais chances (ORa= 1,6; IC95% 1,3 – 1,9; p<0,001) de terem gravidez não planejada que as moradoras de zona rural (Tabela 5).

Comportamentos sexuais e uso de contraceptivos também se associaram ao histórico de gravidez não planejada. Mulheres que relataram a primeira gestação com idade < 15 anos tiveram 2,6 vezes mais chance terem tido uma GNP (ORa= 2,6; IC95%

1,8 – 3,7; $p < 0,001$). Mulheres que declararam ter tido 2 ou mais parceiros sexuais no último ano tiveram 50% mais chances de terem tido gravidez não planejada ($ORa = 1,5$; $IC95\% 1,1 - 2,0$; $p = 0,013$). Além disso, mulheres que referiram histórico de IST também tiveram mais chances para gravidez indesejada ($ORa = 1,2$; $IC95\% 1,1 - 1,5$; $p = 0,007$). Somado a isso, mulheres que não fazem uso de métodos contraceptivos hormonais, como o oral ou injetável, apresentaram 30% mais chances para gravidez não planejada ($ORa = 1,3$; $IC95\% 1,0 - 1,5$; $p = 0,014$), denotando que comportamentos sexuais de risco, e sem métodos preventivos de uso regular, aumentam as chances para gravidez não planejada. Mulheres que usam o dispositivo intrauterino - DIU ($ORa = 1,6$; $IC95\% 1,0 - 2,3$; $p = 0,027$) e que já usaram contraceptivo de emergência ($ORa = 1,4$; $IC95\% 1,2 - 1,7$; $p < 0,001$) apresentaram 60% e 40% mais chances de relatarem gravidez indesejada, respectivamente (Tabela 5).

Somados a esses fatores socioeconômicos e comportamentais, fatores de violência no ambiente doméstico apresentaram associação com relato de gravidez não planejada. Mulheres que vivem em famílias onde há brigas ($ORa = 1,9$; $IC95\% 1,4 - 2,8$; $p < 0,001$), que já foram agredidas ($ORa = 1,9$; $IC95\% 1,4 - 2,6$; $p < 0,001$) tiveram quase duas vezes mais chance de terem tido alguma gravidez não planejada (Tabela 5).

Tabela 5. Fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e familiares associados à gravidez não planejada, mulheres em idade fértil do Ceará, 2023.

Gravidez não planejada					
	OR	IC95%	ORa	aIC95%	p
Fatores socioeconômicos					
Escolaridade					
até fundamental	1,3	1,2-1,5	1,2	1,1-1,4	0,005
médio ou mais	1		1		
União estável/casada					
Não	1,6	1,4-1,8	1,5	1,3-1,8	<0,001
Sim	1		1		
Zona					
Urbana	1,6	1,3-1,9	1,6	1,3-1,9	<0,001
Rural	1		1		
Insegurança alimentar					
Sim	1,4	1,2-1,7	1,2	1,0-1,6	0,041
Não	1		1		

Variáveis no modelo regressivo: escolaridade, união estável, programa de transferência de renda, insegurança alimentar, zona.

Fatores ginecológicos e comportamentais

Idade da primeira gravidez					
<15 anos	2,7	1,9-3,8	2,6	1,8-3,7	<0,001
15 a 19 anos	1,8	1,6-2,2	1,8	1,6-2,1	
20 anos ou mais	1		1		
Parceiros sexuais no último ano					
2 ou mais	1,7	1,3-2,3	1,5	1,1-2,0	0,013
até 1	1		1		
Teve IST					
Sim	1,2	1,1-1,5	1,2	1,1-1,5	0,007
Não	1		1		
Uso de contraceptivos hormonais (ACO/injetável, exceto de emergência)					
Não	1,3	1,2-1,6	1,3	1,0-1,5	0,014
Sim	1		1		
Uso de DIU					
Sim	1,6	1,1-2,4	1,6	1,0-2,3	0,027
Não	1		1		
Já usou "pílula do dia seguinte"					
Sim	1,4	1,2-1,7	1,4	1,2-1,7	<0,001
Não	1		1		

Variáveis no modelo regressivo: idade da primeira gestação, nº parceiros sexuais no último ano, teve IST, uso de contraceptivos hormonais, DIU, "pílula do dia seguinte", laqueadura.

Hábitos e Fatores ambientais

Tabagista					
Sim	1,9	1,4-2,7	1,6	1,2-2,2	0,005
Não	1		1		
Você já foi agredida					
Sim	2,5	1,9-3,2	1,9	1,4-2,6	<0,001
Não	1		1		
Há brigas na família					
Sim	2,7	1,9-3,6	1,9	1,4-2,8	<0,001
Não	1		1		

Variáveis no modelo regressivo: tabagismo, recebe violência, agrediu alguém, foi agredida, brigas na família, uso de drogas ilícitas na família.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar os principais fatores associados ao planejamento reprodutivo através da prevalência de gestações não planejadas em mulheres de idade fértil do Estado do Ceará.

Neste estudo, constatou-se que quase um terço das mulheres teve pelo menos uma gravidez não planejada. Também se verificou que um ambiente doméstico violento favorece as gravidezes indesejadas, com mais que o dobro de ocorrências entre mulheres que relataram sofrer violência. Além disso, foi identificado que certos padrões comportamentais estão associados a relatos de gravidez não planejada, como ter múltiplos parceiros sexuais em um ano e optar por contraceptivos de emergência em detrimento de métodos contraceptivos regulares.

A experiência de violência, pessoal e familiar, se destacou como fator de risco para a gravidez não planejada. Mulheres que relataram histórico de agressão física (ORa=1,9; IC95% 1,4 – 2,6; $p<0,001$) ou que viviam em ambiente familiar com brigas frequentes (ORa=1,9; IC95% 1,4 – 2,8; $p<0,001$) tiveram um risco significativamente maior para a gestação não planejada. Isso evidencia a necessidade de abordar medidas integradas para a prevenção da gravidez não planejada em contextos de violência.

As implicações da violência sexual dentro de relacionamentos íntimos são substanciais, especialmente no que diz respeito à saúde reprodutiva, pois pesquisas demonstram que mulheres expostas à violência sexual — particularmente por parceiros íntimos — estão em risco significativamente elevado de gravidezes não intencionais. Por exemplo, uma pesquisa na Tanzânia indicou que mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo tinham um risco 1,6 vezes maior de gravidez não planejada, o que reforça a necessidade de intervenções em saúde pública voltadas para o enfrentamento da violência baseada em gênero (Torres, *et al*, 2024). Resultados semelhantes do Tajiquistão e de Bangladesh relataram que a violência por parceiro íntimo está fortemente correlacionada com taxas mais altas de interrupções de gravidez e gravidezes não planejadas, ilustrando o impacto prejudicial da violência doméstica sobre as escolhas reprodutivas (Vinnakota, *et al*, 2022).

Um estudo conduzido também no Ceará, em Fortaleza, com adolescentes entre 13 e 19 anos, demonstrou uma porcentagem de violência doméstica durante a gestação de 26%, sendo o companheiro o principal agressor (Aguiar e Gomes, 2021).

Compreender os mecanismos que ligam a violência por parceiro íntimo às gravidezes não planejadas reforça a necessidade de respostas abrangentes. Um fator-chave é a coerção reprodutiva, situação em que as mulheres são privadas da autonomia sobre suas decisões reprodutivas. Estudos demonstram que a coerção reprodutiva frequentemente coexiste com a violência por parceiro íntimo, levando a um aumento nas ocorrências de gravidez não planejada, especialmente entre mulheres latinas (Grace, *et al*, 2022). Por exemplo, mulheres que vivenciam coerção reprodutiva têm quase três vezes mais probabilidade de sofrer outros tipos de violência por parceiro íntimo, o que evidencia a complexa interação entre essas formas de violência e os desfechos em saúde reprodutiva (Smith, Bailey e Cascio, 2024).

Além disso, tanto achados qualitativos quanto quantitativos revelam consistentemente que a violência por parceiro íntimo afeta não apenas a incidência de gravidez não planejada, mas também está associada a desfechos negativos na saúde materna e infantil. Mulheres submetidas à violência por parceiro íntimo estão em risco de várias complicações, incluindo aborto e desfechos adversos para si e para seus bebês (Gebreslasie, *et al*, 2024). Esses desfechos são agravados pelos efeitos psicológicos da violência, como aumento do estresse e problemas de saúde mental, o que dificulta a gestão da saúde reprodutiva e os processos de tomada de decisão.

No que tange aos fatores socioeconômicos, observou-se que mulheres com menor grau de escolaridade apresentam maior risco de gravidez não planejada ($ORa=1,2$; $IC95\% 1,1 - 1,4$; $p=0,005$). Essa associação pode refletir o impacto da educação na aquisição de conhecimento sobre saúde reprodutiva e no acesso a métodos contraceptivos eficazes.

Associado a isso têm-se a relação entre o uso de contraceptivos de emergência e a gravidez não planejada ($ORa=1,4$; $IC95\% 1,2 - 1,7$; $p<0,001$), que evidencia desafios significativos de saúde pública e destaca a importância de compreender as opções contraceptivas e suas implicações. Os contraceptivos de emergência são destinados a prevenir a gravidez após relações sexuais desprotegidas ou falhas contraceptivas, com estudos indicando que podem prevenir até 95% das gravidezes não planejadas se forem usados dentro de cinco dias após a relação sexual. Seu uso eficaz pode reduzir significativamente o risco de gravidez não intencional, mas a dependência do contraceptivo de emergência em detrimento dos métodos regulares traz implicações específicas que merecem investigação adicional. Dito isso, um estudo conduzido na Etiópia destacou que muitas mulheres veem os contraceptivos de emergência como método principal, e não secundário, o que resulta em menor uso geral de contraceptivos

— achado semelhante ao que se observou neste estudo (Fikre, *et al*, 2020). Essa dependência tende a se correlacionar com a falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos regulares, resultando em oportunidades perdidas de prevenção de gravidezes não desejadas por meio de métodos mais confiáveis e de uso contínuo.

A preferência por contraceptivos de emergência em vez de métodos tradicionais aponta para lacunas educacionais e equívocos sobre as opções contraceptivas. Estudos mostram que informações incorretas sobre a eficácia e segurança dos métodos regulares muitas vezes levam ao uso inconsistente ou até a sua rejeição, contribuindo para gravidezes não planejadas. Especialmente entre adolescentes e jovens adultos, há uma percepção de que os contraceptivos de emergência são suficientes para o controle da fertilidade, o que pode dificultar a adoção de métodos regulares (Takang, Pisoh e Atanga, 2023).

Por outro lado, na Zâmbia, uma pesquisa investigou o efeito da educação sexual abrangente vinculada a serviços de saúde sexual e reprodutiva na redução de gestações precoces e não planejadas entre adolescentes na idade escolar. O estudo revelou uma redução significativa nas taxas de gravidez não planejada nas escolas que implementaram o método juntamente com informações e serviços de saúde reprodutiva, destacando a eficácia de uma abordagem integrada no combate e prevenção de gestações não planejadas (Mbizvo *et al*, 2023).

Observa-se, ainda, que ter múltiplos parceiros sexuais por ano aumenta significativamente o risco de gravidez não planejada. Um estudo na Etiópia mostrou que mulheres com múltiplos parceiros tinham 2,68 vezes mais probabilidade de buscar abortos induzidos repetidos em comparação com aquelas com um único parceiro (Waktola, *et al*, 2020). Esse achado sugere uma ligação entre relacionamentos instáveis e o uso inconsistente de contraceptivos, o que pode levar tanto à falha contraceptiva quanto à gravidez indesejada. Outros estudos relataram resultados semelhantes: mulheres com múltiplos parceiros geralmente não têm relacionamentos estáveis e contínuos, o que complica suas práticas contraceptivas e aumenta sua vulnerabilidade à gravidez não planejada (Abebe, *et al*, 2022).

Além disso, os adolescentes — que muitas vezes estão em fase de experimentação sexual — parecem particularmente em risco. O início precoce da atividade sexual está consistentemente associado à multiplicidade de parceiros, ao uso inadequado de contraceptivos e a maiores taxas de gravidez indesejada. Os impactos psicológicos de se envolver em múltiplos relacionamentos sexuais podem influenciar os desfechos da saúde

reprodutiva. Fatores como baixa autoestima e problemas de saúde mental estão associados a comportamentos sexuais de risco, incluindo ter múltiplos parceiros e uso inconsistente de preservativos — o que, em conjunto, contribui para maiores taxas de gravidez não planejada (Sánchez-SanSegundo, *et al*, 2022). Os achados desse estudo corroboram com essa afirmativa, uma vez que mulheres com idade < 15 anos (ORa= 2,6; IC95% 1,8 – 3,7; $p<0,001$) apresentaram alto risco de relatar uma GNP em detrimento de mulheres que relataram a primeira gestação já na idade adulta.

Esses dados evidenciam que a combinação entre educação sexual e reprodutiva de qualidade mais acesso facilitado aos serviços de saúde, e consequentemente, aos métodos contraceptivos é uma estratégia eficaz para a redução das gestações não planejadas. No Brasil a taxa alarmante de gestações não planejadas, mesmo entre mulheres que fazem uso de algum método, como apontam pesquisas supracitadas, ressalta a necessidade de aprimorar tanto o acesso quanto a correta utilização desses métodos, além de reforçar a necessidade de integrar a educação sexual e suporte contínuo para a tomada de decisões conscientes sobre a saúde reprodutiva.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a complexidade dos fatores que influenciam a prevalência de gestações não planejadas entre mulheres em idade fértil no Estado do Ceará. A análise revelou que quase um terço das participantes já vivenciou pelo menos uma gravidez não planejada, confirmando um desafio significativo para a saúde pública da região.

Essa alta prevalência deve ser um chamado à ação, destacando a necessidade de práticas que não apenas informem, mas também capacitem as mulheres a tomarem decisões conscientes sobre suas vidas reprodutivas. É fundamental que o sistema de saúde e a sociedade, como um todo, reconheçam a gravidade dessa questão e promovam um diálogo aberto sobre o planejamento reprodutivo, bem como sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

Os dados aqui encontrados sugerem que fatores socioeconômicos, como escolaridade e união estável, desempenham papel significativo na determinação do planejamento reprodutivo e na autonomia das mulheres frente essa questão. A transparência entre o baixo nível educacional e a maior prevalência de gestações não planejadas destaca a necessidade urgente de políticas públicas que promovam uma educação sexual abrangente, acolhedora e humana, entendendo as particularidades de cada pessoa que busca o serviço, além de garantir o acesso aos serviços de saúde reprodutiva.

O empoderamento feminino por meio da educação é um investimento que pode transformar não apenas a vida delas, mas também a de suas famílias e comunidades. A falta de conhecimento sobre métodos de contracepção e saúde reprodutiva muitas vezes leva a um ciclo de desinformação, reprodução e perpetuação de desigualdades. Portanto, iniciativas que integram a educação e a saúde são essenciais para mudar essa realidade. Até aqui, é possível entender que a educação salva e muda vidas e que a saúde, não se faz apenas no setor saúde.

Além disso, os fatores comportamentais, como o número de parceiros sexuais e o uso inadequado de contraceptivos de emergência, são determinantes importantes para o não planejamento de uma gestação. A vulnerabilidade das mulheres mais jovens foi particularmente evidenciada, reforçando a importância de intervenções direcionadas a esse grupo. É difícil dissociar a gestação não planejada com a gravidez na adolescência,

elas caminham, até certo ponto juntas. Vale lembrar que a adolescente de hoje, é a mulher de amanhã, e sendo mãe, ela assume esse papel ainda mais cedo.

A adolescência e o início da vida adulta são períodos críticos de formação de identidade e tomada de decisões. A falta de suporte adequado pode levar os jovens a escolhas impulsivas e a situações de risco. Programas de educação sexual nas escolas, que não abordem apenas a biologia da reprodução, mas também aspectos emocionais e relacionais, são fundamentais para preparar os jovens para uma vida sexual de forma segura e consciente.

A experiência de violência também foi identificada como condição que agrava o risco de gestações não planejadas, reafirmando a intersecção entre saúde reprodutiva e fatores sociais. O fato de que as mulheres que enfrentam violência têm maior chance de terem gestações não planejadas sugere que a pobreza e a violência de gênero estão intrinsicamente entrelaçadas com a saúde reprodutiva. É crucial que as políticas públicas abordem essas questões de forma integrada, garantindo que a saúde reprodutiva não possa ser desligada das condições sociais e econômicas nas quais essas mulheres vivem. A promoção de ambientes seguros, nos quais as mulheres têm acesso sobretudo, a apoio emocional, é um passo importante para garantir suas escolhas reprodutivas.

Por fim, os resultados deste estudo sublinham a urgência de desenvolver políticas públicas e estratégias multidimensionais que abordem não apenas a prevenção da gravidez não planejada como um problema de saúde pública, mas também a promoção da autonomia reprodutiva das mulheres como um direito humano fundamental que deve ser respeitado e elevado. As mulheres precisam de acesso facilitado aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, aos métodos contraceptivos, mas também e especialmente, a informações seguras e ao suporte contínuo na tomada de decisões sobre suas vidas reprodutivas. Para isso, o envolvimento da comunidade, das instituições de saúde e da educação é essencial para criar um ambiente que valorize os direitos das mulheres, garantido que todas tenham a oportunidade de viver com dignidade e fazer escolhas informadas e assertivas.

REFERÊNCIAS

ABEBE, M.; MERSHA, A.; DEGEFA, N.; GEBREMESKEL, F.; KEFELEW, E.; MOLLA, W. Determinants of induced abortion among women received maternal health care services in public hospitals of Arba Minch and Wolayita Sodo town, southern Ethiopia: unmatched case–control study. **BMC Women's Health**, v. 22, n. 1, p. 107, 2022.

AGUIAR, C. M.; GOMES, K. W. L. Gravidez na adolescência e violência doméstica no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, 2021. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2401](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2401).

ALCÂNTARA, W. B.; et al. Principais fatores associados à gestação na adolescência em um município do Ceará. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 18, n. 2, p. 1–21, fev. 2025. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.2-330>.

AMARANTE, M. M. F. do. **Prevalência e fatores determinantes para asma em crianças de 3 a 6 anos no Estado do Ceará**. 2020. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/56644>. Acesso em: 6 mar 2025.

ANDRADE, F. M. O. **O valor social da criança para o governo: motivações dos gestores públicos do Ceará para priorizar a saúde infantil**. 2017. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/69185>. Acesso em: 14 fev 2025.

ARAÚJO, F. G.; ABREU, M. N. S.; FELISBINO-MENDES, M. S. Mix contraceptivos e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, e00229322, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT229322>.

ASSIS, T. S. C.; *et al.* Reincidência de gravidez na adolescência: fatores associados e desfechos maternos e neonatais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 8, p. 3261–3271, jul./ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.00292022>.

BAPTISTA, V. F. Planejamento familiar: “inimigo” a ser combatido, “aliado” libertador ou falso “amigo”? **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 394–417, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v11i1.6575>.

BAYER BRASIL. GRAVIDEZ não planejada atinge 62% das mulheres no Brasil. 19 abr. 2022. Disponível em: <https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil>. Acesso em: 14 fev. 2022.

BEARAK, J.; POPINCHALK, A.; GANATRA, B.; MOLLER, A. B.; TUNÇALP, O.; BEAVIN, C.; *et al.* Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 9, p. e1152–e1161, set. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jan. 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. 1984. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/assuntos/saude-da-mulher/assistencia-integral>. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 4 maio 2025.

BROWNE, L. *et al.* Using experience to create evidence: a mixed methods process evaluation of the new free Family Planning policy in Burkina Faso. **Reproductive Health**, v. 19, n. 67, 2022.

COELHO, A. C. V. D. *et al.* Análise dos locais de ocorrência da violência física contra a mulher no Ceará, 2020-2021. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 12, n. 76, p. 10328-10335, 2022.

CORREIA, L. L. *et al.* Metodologia das pesquisas populacionais de saúde materno-infantil: uma série transversal realizada no estado do Ceará de 1987 a 2007. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, p. 353-362, 2014.

COSTA, A. C. M.; OLIVEIRA, B. L. C. A. de; ALVES, M. T. S. S. de B. E. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 2, p. 461–471, abr. 2021.

COUTO, M. C. do A.; SAIANI, C. C. S.; KUWAHARA, M. Y. Contracepção e autonomia das mulheres na decisão pela gravidez: efeitos do Programa Bolsa Família. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 229–255, jan. 2022.

CRUZ, M. A. A. **Características e fatores determinantes do uso de tela excessivo na primeira infância: abordagem populacional no Ceará**. 2024. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/79156>. Acesso em: 25 jul 2022.

EGITO, I. A. *et al.* Gestações não planejadas e dificuldades no uso e acesso a métodos contraceptivos: análise de um serviço público de saúde. **Revista FT: Ciências da Saúde**, v. 28, ed. 129, dez. 2023. ISSN 1678-0817. DOI: 10.5281/zenodo.10408383.

FAVARO, B. F.; LIMA, F. S.; ILÍBIO, M. B. O Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: *agenda setting* e as mulheres enquanto sujeitos identitários diversos na política de saúde. **Revista RIOS**, ano 17, n. 34, jun. 2022.

FERNANDES, B.; GUERRA, L. D. S. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil: contribuições a partir da economia política da saúde – revisão sistemática integrativa. **Journal of Management & Primary Health Care (JMPHC)**, [S. l.], v. 15, n. spec, p. e003, 2023. DOI: 10.14295/jmphc.v15.1333. Disponível em: <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/1333>. Acesso em: 16 mar. 2025.

FIKRE, R.; AMARE, B.; TAMISO, A.; ALEMAYEHU, A. Determinant of emergency contraceptive practice among female university students in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. **Contraception and Reproductive Medicine**, v. 5, p. 1–9, 2020.

G/MESKEL, A. T.; DESTA, H. O.; BALA, E. T. Factors associated with unmet need for family planning among married reproductive age women in Toke Kutaye District, Oromia, Ethiopia. **International Journal of Reproductive Medicine**, 2021, v. 2021, p. 5514498, 26 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/5514498>.

GARCIA-MORENO, C. *et al.* **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2015.

GEBRESLASIE, K.; WELDEMARIAM, S.; GEBRE, G.; ZENEBE, D.; MEHARI, M.; BIRHANE, A. Intimate partner violence during pregnancy and risks of low birth weight and preterm birth in hospitals of Tigray, Northern Ethiopia. **Scientific Reports**, v. 14, n. 1, p. 1363, 17 jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-51569-8>

GRACE, K. T.; DECKER, M. R.; ALEXANDER, K. A.; CAMPBELL, J.; MILLER, E.; PERRIN, N.; *et al.* Reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy among Latina women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 3–4, p. 1604–1636, 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 2 maio 2025.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores de desenvolvimento sustentável: taxa de fecundidade total**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3727>. Acesso em: 30 abr. 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população: taxa específica de fecundidade, por grupo de idade da mãe**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7363>. Acesso em: 30 abr. 2024.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2021**. Brasília, DF: IPEA, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>. Acesso em: 4 maio 2025.

IPECE – INSTITUTO DE PESQUISA ESTRATÉGICA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Fortaleza é a única capital nordestina entre os dez maiores PIB do Brasil**. Governo do Estado do Ceará – IPECE, 2021. Disponível em: <https://www.ipece.ce.gov.br/2021/12/17/fortaleza-e-a-unica-capital-nordestina-entre-os-dez-maiores-pib-do-brasil/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

LELIS, B. D. B. *et al.* Planejamento familiar: perspectivas de ações a serem implementadas na Estratégia de Saúde da Família – ESF. **Id Online Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v. 13, n. 45, p. 1103–1113, 2019.

LELIS, C. F.; PRIETSCH, S. O. M.; CESAR, J. A. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência, tendência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 5, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.11122023>.

MARTINS, M. I. S. **Experiências adversas na primeira infância e desenvolvimento neuropsicomotor: abordagem populacional no Ceará**. 2020. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/51302>. Acesso em 27 jul. 2022.

MBIZVO, M. T.; KASONDA, K.; MUNTALIMA, N. C.; *et al.* Educação sexual abrangente vinculada a serviços de saúde sexual e reprodutiva reduz gravidezes precoces e indesejadas entre adolescentes na escola na Zâmbia. **BMC Public Health**, v. 23, p. 348, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15023-0>.

MENAGUALI, R. R.; *et al.* Planejamento reprodutivo: fragilidades e resiliências do Sistema Único de Saúde. **Revista Foco**, v. 17, n. 7, e5498, p. 1–18, 2024. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n7-128>

NASCIMENTO, R. L. X.; *et al.* **Caderno de caracterização do Estado do Ceará**. Brasília: CODESVAF, 2022.

NEVES, J. S.; MARQUES, G. C. M.; COUTO, P. L. S.; FERNANDES, E. T. B. S. Autonomia reprodutiva de mulheres quilombolas de uma comunidade rural no sudoeste baiano. **Revista Com Ciência: uma Revista Multidisciplinar**, v. 9, n. 13, p. e9132410, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36112/issn2595-1890.v9.i13.e9132410>. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/comciencia/article/view/19391>. Acesso em: 16 mar. 2025.

NILSON, T. V.; AMATO, A. A.; RESENDE, C. N.; PRIMO, W. Q. S. P.; NOMURA, R. M. Y.; COSTA, M. L.; *et al.* Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 35, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004449>.

OLIVEIRA, Y. M. C.; OLIVEIRA NETO, T. I. Aglomerados subnormais em Fortaleza: representações de desigualdades socioespaciais. **Revista GeoUECE – Programa de Pós-Graduação em Geografia da UECE**, número especial, p. 41–54, dez. 2014. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/GeoUECE/article/view/6950/5845>. Acesso em: 11 nov. 2024..

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório de progresso dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – 2020**. Nova York: ONU, 2020. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment>. Acesso em: 2 maio 2025.

ORRES, M. M. S. M.; KAWANO, M. M.; SOUZA, B. B.; MEDEIROS, E. S. M.; CARVALHO, C. P. P. X.; LIMA, M. S. F. d. S.; *et al.* Pregnancy resulting from sexual violence committed by the intimate partner: characterization of the crime and abortion provided for by law. **Journal of Human Growth and Development**, v. 34, n. 3, p. 396–409, 2024.

PALLITTO, C. C.; *et al.* Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 120, n. 1, p. 3–9, 2013.

PATRÍCIO, A. S. J.; *et al.* Prevalência da violência doméstica contra mulheres atendidas no planejamento familiar em maternidade pública. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 7, p. 940–954, 2020.

PAULA, M. B. M.; QUEIROZ, A. B. A.; PARMEJIANI, E. P.; SALIMENA, A. M. O.; FERREIRA, M. A.; CORDEIRO, E. M. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem no contexto rural: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, p. 69529, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.69529>.

QUEIROZ, M. V. O.; VASCONCELOS, M. M.; ALCÂNTARA, C. M.; FÉ, M. C. M.; SILVA, A. N. S. Características sociodemográficas e gineco-obstétricas de adolescentes assistidas em serviço de planejamento familiar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 4, p. 615–628, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769226988>

REIS, A. P.; RODRÍGUEZ, A. D. P. T.; BRANDÃO, E. R. A contracepção como um valor: histórias de jovens sobre desafios no uso e manejo dos métodos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 33, n. 1, e230803pt, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230803pt>.

SÁNCHEZ-SANSEGUNDO, M.; ALARCÓ-ROSALES, R.; ZARAGOZA-MARTÍ, A.; QUESADA-RICO, J. A.; GABALDÓN-BRAVO, E.; HURTADO-SÁNCHEZ, J. A. The associations of mental health disturbances, self-esteem, and partner violence victimization with condom use in Spanish adolescents. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 9, p. 2467, 2022.

SANTANA, T. D. B.; *et al.* Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. **Revista Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135–141, jul./set. 2019.

SANTOS, D. G.; SIMOURA, J. B.; SOGAME, L. C. M. **Política de atenção materno-infantil: contexto histórico**. In: 6º Encontro Internacional de Política Social; 13º Encontro Nacional de Política Social, Vitória, ES, Brasil, junho 2018.

SANTOS, R. C.; SOTTERO, S. C. B.; SÁ, C. C. R. de; CHAGAS, S. C.; PEREIRA, K. L. S. Insegurança alimentar e perfil socioeconômico de domicílios acompanhados por equipes de saúde da família. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, p. e49993, 2021. DOI: 10.12957/demetra.2021.49993. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/49993>. Acesso em: 16 mar. 2025.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 16, n. 2, p. 1–19, 2009.

SEPLAG - SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E GESTÃO DO CEARÁ.

Diagnóstico consolidado. Fortaleza: SEPLAG, 2020. Disponível em:

<https://www.seplag.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/14/2020/07/1.6-Diagn%C3%B3stico-Consolidado.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2024.

SESA - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Redução da**

mortalidade infantil do Ceará é destaque também no exterior. Fortaleza: SESA, set. 2013. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2013/09/12/reducao-da-mortalidade-infantil-do-ceara-e-destaque-tambem-no-exterior/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

SILVA, R. C. M.; *et al.* Avaliação do preenchimento de Cadernetas da Criança de zero a três anos em um centro municipal de educação infantil. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 1, p. 554–579, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-032>.

SILVA, R. P.; LEITE, F. M. C. Violências por parceiro íntimo na gestação: prevalências e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 2020.

SMITH, E. J.; BAILEY, B. A.; CASCIO, A. Sexual coercion, intimate partner violence, and homicide: a scoping literature review. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 25, n. 1, p. 341–353, 2024.

SOUSA, A. A.; *et al.* Representações sociais sobre o planejamento reprodutivo entre mulheres em gravidez não planejada. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 32, p. e79100, 2024. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.79100>..

TAKANG, W. A.; PISOH, W. D.; ATANGA, M. B. S. Perception of condoms and emergency contraceptive pill use among students in the University of Bamenda. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 13, n. 3, p. 589–608, 2023.

TRINDADE, R. E.; *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3493–3504, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>.

UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Mulheres com mais acesso ao planejamento reprodutivo têm mais controle e autonomia sobre seus corpos.** Brasília: UNFPA, 10 dez. 2020. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/mulheres-com-mais-acesso-ao-planejamento-reprodutivo-t%C3%AAm-mais-controle-e-autonomia-sobre-seus>. Acesso em: 31 out. 2024.

UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional.** Brasília: UNFPA, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2022-ptbr-web.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2024.

VINNAKOTA, D.; PARSA, A. D.; SIVASUBRAMANIAN, M.; MAHMUD, I.; SATHIAN, B.; KABIR, R. Intimate partner violence and pregnancy termination among Tajikistan women: evidence from nationally representative data. **Women**, v. 2, n. 2, p. 102–114, 2022.

WAKTOLA, M. I.; MEKONEN, D. G.; NIGUSSIE, T. S.; CHERKOSE, E. A.; ABATE, A. T. Repeat induced abortion and associated factors among women seeking abortion care services at Debre Markos town health institutions, Amhara regional state, Ethiopia, 2017. **BMC Research Notes**, v. 13, p. 1–6, 2020.

WENDER, M. C. O.; MACHADO, R. B.; POLITANO, C. A. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. **Femina**, v. 50, n. 3, p. 134–141, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women prevalence estimates, 2018.** Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 4 maio 2025.

YILLAH, R.; BULL, F.; SAWANEH, A.; *et al.* Visões diferenciadas de líderes religiosos sobre espaçamento de nascimentos e contraceptivos em Serra Leoa - insights qualitativos. **Contraception and Reproductive Medicine**, v. 9, p. 40, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40834-024-00301-y>.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO PESMIC 2023

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO E DA FAMÍLIA	
01. Município:	02. Distrito/Bairro:
03. Código Município:	04. Setor IBGE:
05. Zona do Setor: 1- Rural 2- Urbana	06. Casa No. :
Endereço: Rua/Av. _____ Nº. _____ Bairro: _____	
07. Respondente do questionário:	1- Mãe/Responsável 2- Mulher
08. Ao todo, quantas pessoas moram na casa?	Pessoas:
09. Quantas mulheres de 10 a 49 anos de idade moram na casa?	Mulheres:
10. Quem é o chefe da família? <i>(Em caso de dúvida, marcar o(a) que mais contribui com a Renda Familiar)</i>	1 - Mãe 2- Pai/esposo 3- Avô/avó 5- Outro:
11. Até que ano (série) o(a) Chefe da Família estudou na escola? <i>(Passou de ano)</i> <i>(Se tem nível superior, anotar quantos anos, em 'série', e 3º. Grau)</i>	Série: Grau:
12. A família possui quantos destes bens em casa? <i>(Se Não tem, anotar 0 (zero))</i>	() Banheiros () Empregados domésticos () Automóveis () Microcomputador () Lava-Louças () Geladeira () Freezer () Lava Roupa () DVD () Micro-Ondas () Motocicleta () Secadora de Roupas ____
13. Quais destes recursos (de informática) a Família tem em casa? Internet Notebook Tablet Celular (só fone) Smartphone (celular com toques na tela)	1- Sim 2- Não 1- Sim 2- Não 1- Sim 2- Não 1- Sim 2- Não 1- Sim 2- Não
14. De onde vem a água usada para beber?	1- Encanada, dentro de casa 2- Encanada, fora de casa 3- Cisterna 4- Chafariz 5- Cacimba 6- Rio/açude/lagoa 7- Água mineral 8- Outro: _____
15. Qual o tipo de pavimento da rua onde mora a família?	1- Asfalto 2- Calçamento 3- Terra 4- Outro: _____
16. A família participa do Programa Auxílio Brasil? <i>(Se Não, pular para Q18)</i>	1- Sim, recebe a bolsa 2- Sim, se cadastrou, mas não recebe a bolsa 3- Não

17. Se Sim, quanto recebeu do Auxílio Brasil no último mês?	R\$ __ __ __, 00
18. Ao todo , quanto as pessoas da família ganharam no mês passado? (Incluindo auxílio governamental, pensão, aposentadoria etc.)	R\$ __ __ __, 00
19. Alguém na família tem plano de saúde (convênio)? (Unimed, IPM, HapVida, etc.)	1- Sim, pago pela empresa 2- Sim, pago pela família 3- Não
20. Se Sim, qual o nome do plano?	1- Unimed 2- Hap Vida 3- Liv Saúde 4- GEAP 5- IPM 6- ISSEC 7- Bradesco 8- AMIL 9- Outro: _____
21. Se Sim, quantas pessoas da família estão cobertas pelo plano?	1- Todas as pessoas 2- Uma parte: Nº. de pessoas: ____
22. Da última vez que alguém da família ficou doente, com quem se consultou?	1- Médico do hospital 2- Médico do Posto (Centro) de Saúde 3- Médico da UPA 4- Médico cubano 5- Médico do Plano de Saúde 6- Médico particular (pagou do próprio bolso) 7- Outro Profissional:
23. V. conhece a Estratégia de Saúde da Família? Já foi visitada por alguém do programa?	1- Sim, família já foi visitada em casa 2- Sim, UBS na área, mas família não foi visitada 3- Sim, ouviu falar 4- Não conhece
INFORMAÇÕES SOBRE A MULHER	
24. Qual a sua idade?	Anos:
25. Cor da pele:	1- Branca 2- Parda 3- Negra 4- Outra:
26. Sabe ler e escrever?	1- Sim 2- Não 3- Só assinar
27. Até que ano (série) V. estudou na escola? (Passou de ano) (Se nível superior, anotar quantos anos, em 'série', e 3º. Grau)	Série: Grau: ____
28. Qual o seu estado civil?	1- Solteira 2- Casada 3- União estável 4- Separada 5- Viúva
29. Qual a sua religião?	1- Católica 2- Protestante/Evangélica 3- Espírita 4- Umbanda/Candomblé 5- Outra: 6- Nenhuma
30. Se tem religião, considera-se praticante?	1- Sim 2- Não
31. V. trabalha atualmente?	1- Sim, só em casa (trabalho doméstico)

<i>(Trabalho com algum ganho ou não)</i>	2- Sim, fora de casa 3- Sim, em casa, para fora 4- Não trabalha em nada (nem mesmo trab. doméstico)
32. Quantas horas por dia V. trabalha?	____ horas
33. Quantos dias na semana V. trabalha?	____ dias
34. Nos últimos 30 dias, quantos dias faltou ao trabalho: <i>(Se Não faltou, anotar 00 (zero))</i> <div style="text-align: right;"> Por problemas emocionais _____ dias Por doença, problemas físicos _____ dias Por questões pessoais _____ dias </div>	
35. V. fuma cigarros? Com que frequência?	1- Sim, todos os dias 2- Sim, alguns dias 3- Não, parou de fumar 4- Não, nunca fumou
36. V. faz uso de bebidas alcóolicas?	1- Sim, todos os dias 2- Sim, socialmente 3- Não, parou de beber 4- Não, nunca bebeu
37. V. está satisfeita com o seu corpo, ou se acha magra, gorda?	1- Sim, satisfeita 2- Não, gostaria de emagrecer 3- Não, gostaria de engordar
38. Nos últimos 30 dias, V. fez alguma coisa para perder ou ganhar peso? <i>(Não inclui atividades do trabalho)</i> <div style="text-align: right;"> Caminhada 1- Sim 2- Não Academia 1- Sim 2- Não Esportes 1- Sim 2- Não Dieta/ regime 1- Sim 2- Não Tomou remédio para emagrecer 1- Sim 2- Não Outro: _____ 1- Sim 2- Não </div>	
39. Alguma vez um médico já lhe disse que V. tinha Diabetes?	1- Sim 2- Sim, quando estava grávida 3- Disse que tinha pré-diabetes ou suspeita 4- Não
40. Se Sim, o que V. usa/faz para controlar o Diabetes?	1- Insulina, regularmente 2- Insulina, não regularmente 3- Medicação oral, regularmente 4- Medicação oral, não regularmente 5- Outro: 6- Não usa/faz nada
41. Alguma vez na vida um médico, ou outro profissional de saúde, já lhe disse que V. tinha Hipertensão Arterial (Pressão alta)?	1- Sim 2- Sim, quando estava grávida 3- Disse que tinha PA no limite (pré-hipertensa) 4- Não
42. Se Sim, o que V. usa/faz para baixar a pressão?	1- Medicação oral, regularmente 2- Medicação oral, não regularmente 3- Dieta, reduz sal

	4- Outro: 5- Não usa/faz nada
43. Nos últimos 12 meses, V. fez consulta com Médico, Enfermeira ou Dentista?	<div>Médico</div> <div>Enfermeira</div> <div>Dentista</div> <div>1- Sim 2- Não</div> <div>1- Sim 2- Não</div> <div>1- Sim 2- Não</div>
44. Se fez consulta com médico, qual foi o motivo da última consulta?	1- Doença - Qual: _____ 2- Prevenção
45. Faz uso diário de algum medicamento?	1 – Sim – Qual(ais): _____ 2 – Não
46. Faz tratamento para alguma doença prévia?	1 – Sim – Qual(ais): _____ 2 - Não
INFORMAÇÕES GINECO-OBSTÉTRICAS	
47. Quantos anos você tinha na primeira menstruação? <i>(Anotar 00 (zero) se ainda não teve)</i>	Anos: _____
48. Alguma vez um médico já lhe disse que V. tinha problema no útero/ovários? Se sim, qual?	1 - Sim, endometriose 2 – Sim, mioma (tumor benigno) 3 – Sim, outro tumor 4 – Sim, ovários policísticos 5 – Não 6 – Outro: _____
49. V. já fez alguma dessas cirurgias?	<div>Histerectomia (retirada do útero)</div> <div>Períneo (reparar vagina)</div> <div>Mastectomia (retirada de mama)</div> <div>Tireoidectomia (retirada da tireóide)</div> <div>1 – Sim 2 – Aguarda fazer 3 – Não</div> <div>1 – Sim 2 – Aguarda fazer 3 – Não</div> <div>1 – Sim 2 – Aguarda fazer 3 – Não</div> <div>1 – Sim 2 – Aguarda fazer 3 – Não</div>
50. Fez exame ginecológico nos últimos 12 meses?	1 – Sim 2 - Não
51. Se não, já fez alguma vez na vida?	1 – Sim 2 – Não
52. Suas mamas foram examinadas nessa consulta nos últimos 12 meses? <i>(Não inclui exame feito em consulta Pré-Natal)</i>	1 – Sim 2 – Não
53. V. já fez exame de mamografia? Se sim, quantos? <i>(Se fez, e não lembra quantos, anotar 1)</i>	1 - Sim, _____ exames 2 – Nunca fez 3 – Não sabe o que é mamografia
54. Já teve a primeira relação sexual? Se sim, quantos anos tinha? <i>(Anotar 00 (zero) se ainda não teve e X se não lembra ou não quis responder)</i>	Anos: _____
55. Já necessitou fazer tratamento ginecológico? Se sim, para que?	1 – Sim, para _____ 2 – Sim, prefere não dizer para quê 3 - Não
56. Se sim, seu parceiro necessitou de tratamento também?	1 – Sim 2 – Não
57. V. já ficou grávida alguma vez? <i>(Considere gestação que terminou em aborto)</i>	1- Sim 2- Não

58. Quantas vezes V. já ficou grávida? <i>(Incluindo gestações que terminaram em aborto)</i>		Gravidezes:
59. Houve alguma gestação não planejada?		1 – Sim 2 – Não
60. Com que idade V. ficou grávida pela primeira vez?		Idade ____
61. Essa gravidez foi planejada?		1 – Sim, pela mulher 2 – Sim, pelo casal 3 – Sim, pelo companheiro 4 – Não
62. V. se sentiu apoiada pela sua família durante a(s) gravidez(es)?		1 – Sim 2 – Não 3 – Por uma parte
63. V. se sentiu apoiada pelo seu parceiro/pai da(s) criança(s) durante a(s) gravidez(es)?		1 – Sim 2 – Não
64. Com que idade V. teve seu primeiro filho?		Primeiro filho ____
65. Quantos filhos V. já teve? <i>(não inclui abortos)</i>		Filhos tidos ____
66. Destes, quantos nasceram mortos? <i>(a partir de 7 meses (ou 28 semanas) de gestação)</i>		Filhos mortos ____
67. E quantos nasceram vivos?		Filhos vivos ____
68. Dos filhos que nasceram vivos, quantos estão vivos até hoje?		Vivos hoje ____
69. E quantos morreram?		Morreram ____
70. Dos filhos que morreram :		
70a. Qual a data do nascimento? Último ____/____/____ Penúlt. ____/____/____ Antepenúlt. ____/____/____	70b. Qual a idade quando morreu? ____ dias ____ meses ____ dias ____ meses ____ dias ____ meses	70c. De que morreu (Causa do óbito)? _____ _____ _____
71. V. teve algum aborto no último ano?		1- Sim 2- Não
72. Se sim, quantos abortos foram espontâneos? E quantos provocados? <i>(Marcar X caso abstenha-se de responder)</i>		Espontâneos ____ Provocados ____
73. Dos abortos espontâneos, em quantos precisou ir ao hospital? Dos Abortos provocados, em quando precisou ir ao hospital?		Espontâneos ____ Provocados ____
74. Você teve algum problema no último aborto?		1 – Anemia 2 – Infecção 3 – Outro _____
75. Qual a data do seu último parto?		____/____/____
76. Nessa última gravidez, fez quantas consultas pré-natal?		Nº de consultas: _____
77. Com quantos meses de gravidez fez a primeira consulta pré-natal?		1- Sim 2- Não
78. Quem te acompanhava durante as consultas?		1 – Parceiro/Pai da criança 2 – Familiar 3 – Amigo(a) 4 – Ia sozinha
79. Tomou Sulfato Ferroso (para anemia) nesta última gravidez?		1- Sim 2- Não

80. Tomou Ácido Fólico nesta última gravidez?	1- Sim 2- Não
81. Durante o pré-natal, nesta última gravidez, suas mamas foram examinadas?	1- Sim 2- Não
82. Durante o pré-natal, nesta última gravidez, foi feito exame ginecológico?	1- Sim 2- Não
83. Fez quais tipos de exames durante o pré-natal deste último filho:	
Exames de sangue	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
Exames de urina	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
Exame VDRL (sífilis)	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
Teste de HIV	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
Ultrassom	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe
84. Como está sua carteira de vacinação?	1 – Completa 2 – Incompleta 3 – Não sabe
85. No pré-natal recebeu alguma orientação, ou encaminhamento, sobre o hospital em que deveria realizar o parto?	1 – Sim, orientação 2 – Sim, encaminhamento 3 – Não
86. Onde foi o parto?	1 – Hospital do município 2 – Hospital particular 3 – Hospital de outro município. Qual: _____ 4 – Em casa
87. Quem atendeu o parto?	1 – Médico 2 – Enfermeira 3 – Parteira 4 – Outro: _____
88. Quem foi seu acompanhante durante o parto?	1 – Parceiro/Pai da criança 2 – Familiar 3 – Amiga 4 – Não sabia que podia ter acompanhante 5 – Outro: _____
89. Como foi o parto?	1 – Vaginal 2 – Cesária (1ª vez que fez uma cesárea) 3 – Cesária (já havia realizado outra cesárea antes)
90. Se cesárea, a cirurgia foi de urgência ou com dia marcado?	1 – Urgência, já em trabalho de parto 2 – Urgência, não tinha entrado em trabalho de parto) 3 – Data marcada
91. Se foi com data marcada, quem decidiu que o parto seria cesáreo?	1 – O médico sugeriu 2 – O médico decidiu 3 – Você pediu 4 – Você e o médico decidiram 5 – Outro: _____
92. A criança mamou no peito logo após o parto? (Ainda na sala de parto)	1 – Sim 2 – Não
93. Fez consulta de revisão do parto durante o resguardo?	1 – Sim 2 – Não

94. Foi visitada por alguém da saúde nos primeiros 30 dias após o parto?	1 – Sim, por Agente de Saúde 2 – Sim, por enfermeiro e/ou médico da UBS 3 – Não
95. Durante a gestação, no parto ou no resguardo, recebeu alguma orientação sobre amamentação?	
Na gestação	1 – Sim 2 – Não
No parto	1 – Sim 2 – Não
No resguardo	1 – Sim 2 – Não
96. V. teve algum desses problemas de saúde pós o parto?	
Dor de cabeça	1 – Sim 2 – Não
Mamas inflamadas	1 – Sim 2 – Não
Febre	1 – Sim 2 – Não
Secreção vaginal com mau cheiro	1 – Sim 2 – Não
Infecção urinária	1 – Sim 2 – Não
Pressão alta	1 – Sim 2 – Não
Convulsão/ataque	1 – Sim 2 – Não
Problema de amamentação	1 – Sim 2 – Não
Sangramento	1 – Sim 2 – Não
Outro: _____	1 – Sim 2 – Não
97. V. tem algum filho fruto de adoção? Se sim, quantos?	1 – Sim N° de filhos: 2 – Não
<u>Questões 98 a 101 exclusivas para mulheres com ligação de trompas</u>	
98. Quantos anos tinha quando fez a ligação?	Anos _____
99. Quantos filhos tinha quando fez a ligação?	N° de filhos _____
100. Como foi feita a ligação?	1 - Na cesariana 2 – No pós-parto 3 – Após o parto
101. Quem tomo a decisão de fazer a ligação?	1 – A própria mulher 2 – O casal 3 – O companheiro 4 – O médico
INFORMAÇÕES SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR	
102. Já recebeu orientações sobre planejamento familiar?	1 – Sim 2 – Não 3 – Não sabe o que planejamento familiar

103. Atualmente V., ou seu parceiro, usam algum método para evitar filhos? Qual método usa com mais frequência?	1 – Coito interrompido 2 – Amamentação 3 – Tabela 4 – Diafragma 5 – DIU 6 – Camisinha masculina 7 – Camisinha feminina 8 – Pílula 9 – Vasectomia 10 – Outro: _____ 11 – Não usa
104. Se sim, recebeu orientação de algum profissional para fazer uso desse método?	1 – Sim, da UBS 2 – Sim, particular 3 – Não, usa por conta própria
105. Se não usa, por que não usa?	1 – Não é sexualmente ativa 2 – Esterilidade 3 – Menopausa 4 – Ligação de trompas 5 – Vasectomia 6 – Não pode comprar método 7 – Não tem método da unidade de saúde 8 – Companheiro não quer/não gosta 9 – Quer engravidar 10 – Está grávida 11 – Outra: _____
106. V. teve alguma relação sexual nos últimos 30 dias?	1 – Sim 2 – Não 3 – Não quis responder
107. Se sim, na última relação foi usada camisinha?	1 – Sim, camisinha masculina 2 – Sim, camisinha feminina 3 – Não usou
108. Se não, por que não usou?	1 – Não gosta 2 – Não quis 3 – Parceiro não quis/não gosta 4 – Confia no parceiro 5 – Não pode comprar ou não tem acesso 6 – Já usa outro método 7 – Outro: _____
109. V. já ouviu falar, ou já fez uso de anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte)?	1 – Sim, já ouviu falar 2 – Sim, já usou 3 – Não
110. Com quem você costuma falar sobre sexo?	1 – Familiar 2 – Amigo(a) 3 – Não costuma falar sobre

111. Se não costuma falar, por que não?	1 – Vergonha 2 – Não tem abertura para falar 3 – Não tem com quem falar 4 – Não acha importante 5 – Outro: _____
112. V. considera que teve/tem acesso à educação sexual?	1 – Sim, na escola/faculdade/trabalho 2 – Sim, através do UBS 3 – Sim, através do acesso à internet 4 – Não
113. V. já participou de alguma atividade sobre educação sexual?	1 – Sim 2 – Não 3 – Não lembra
114. Durante sua gestação, participou de algum grupo com outras gestantes?	1 – Sim 2 – Não
115. V. tem algum profissional de referência na UBS? Se sim, quem?	1 – Sim. _____ 2 – Não
INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL (DEPRESSÃO)	
116. V. tem dores de cabeça frequentes?	1 – Sim 2 – Não
117. Tem falta de apetite?	1 – Sim 2 – Não
118. Dorme mal?	1 – Sim 2 – Não
119. Assusta-se com facilidade?	1 – Sim 2 – Não
120. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	1 – Sim 2 – Não
121. Tem dificuldades de pensar com clareza?	1 – Sim 2 – Não
122. Tem se sentido triste ultimamente?	1 – Sim 2 – Não
123. Tem chorado mais do que de costume?	1 – Sim 2 – Não
124. Tem dificuldade de tomar decisões?	1 – Sim 2 – Não
125. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 – Sim 2 – Não
126. Sente-se cansada o tempo todo?	1 – Sim 2 – Não
127. Já teve ideias de acabar com a vida?	1 – Sim 2 – Não
128. Durante alguma gestação sentiu-se triste ou culpada?	1 – Sim 2 – Não

129. Durante alguma gestação teve dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		1 – Sim 2 – Não	
130. Durante alguma gestação chegou a ter sentimentos negativos pela criança?		1 – Sim 2 – Não	
INFORMAÇÕES SOBRE MORTES, VIOLÊNCIA			
131. Morreu alguma pessoa na casa (da família) nos últimos 12 meses?		1- Sim 2- Não	
132. Se SIM, quem foi(ram) esta(s) pessoa(s)? <i>(Parentesco em relação à mulher)</i>	P28.1 Parentesco: _____ P28.2 Parentesco: _____ P28.3 Parentesco: _____	I28.1 Idade: ____ I28.2 Idade: ____ I28.3 Idade: ____	C28.1 Causa: _____ C28.2 Causa: _____ C28.3 Causa: _____
133. Nos últimos 12 meses, tem havido algum destes problema na sua família?			
Morte de pessoa da família ou próximo da família		1- Sim	2- Não
Acidente ou doença grave na família		1- Sim	2- Não
Separação ou divórcio		1- Sim	2- Não
Disputa por custódia de filhos/ pensão alimentícia		1- Sim	2- Não
Alguém perdeu o emprego		1- Sim	2- Não
Alguém foi preso		1- Sim	2- Não
Falta de apoio da família/ dos amigos		1- Sim	2- Não
Outro: _____		1- Sim	2- Não
134. Na sua família, houve ou tem havido brigas, discussões outro tipo de violência em casa? <i>(Violência doméstica)</i>		1- Sim 2- Não	
135. Nos últimos 12 meses, quais destes tipos de problemas tem havido em casa?			
Discussão, bate-boca, xingamento		1- Sim	2- Não
Agressão física		1- Sim	2- Não
Chegar embriagado, drogado		1- Sim	2- Não
Expulsar alguém de casa		1- Sim	2- Não
Outras: _____		1- Sim	2- Não
136. Você se considera segura em casa?		1- Sim 2- Não	
137. Alguém bate em você ou lhe chama de nomes (xinga)?		1- Sim 2- Não	
138. Vc. já empurrou, bateu, chutou, esmurrou um outro adulto?		1- Sim 2- Não	
139. Vc. já foi empurrada, espancada, chutada, esmurrada por outro adulto?		1- Sim 2- Não	
140. Na sua família, alguém tem/teve problema de ficar embriagado (abuso de álcool)?		1- Sim 2- Não	
141. Se Sim, quem tem tido esse problema com abuso de álcool?			
Você mesma		1- Sim	2- Não
Esposo/ companheiro		1- Sim	2- Não
Filho/ filha		1- Sim	2- Não
Mãe / pai		1- Sim	2- Não
Tio/ tia		1- Sim	2- Não

<p style="text-align: right;">Irmão/ Irmã</p> <p>Outro: _____</p>	<p>1- Sim 2- Não</p> <p>1- Sim 2- Não</p>
142. Na sua família, alguém tem tido problema de usar drogas?	<p>1- Sim</p> <p>2- Não</p> <p>3- Não sabe</p> <p>4- Não Pode Perguntar</p>
<p>143. Se Sim, que tipo de droga tem usado?</p> <p style="text-align: right;">Maconha</p> <p style="text-align: right;">Cocaína</p> <p style="text-align: right;">Crack</p> <p style="text-align: right;">Cola</p> <p style="text-align: right;">Comprimidos</p> <p style="text-align: right;">Outra: _____</p>	<p>1- Sim 2- Não 3- Não Sabe</p> <p>1- Sim 2- Não 3- Não Sabe</p> <p>1- Sim 2- Não 3- Não Sabe</p> <p>1- Sim 2- Não 3- Não Sabe</p> <p>1- Sim 2- Não 3- Não Sabe</p> <p>1- Sim 2- Não 3- Não Sabe</p>
EXAME ANTROPOMÉTRICO DA MULHER	
<p>Circunferência da cintura (CC):</p> <p><i>(Medida logo abaixo das costelas)</i></p>	CC (cm): _____
<p>Circunferência abdominal (CA)</p> <p><i>(Medida na altura do umbigo)</i></p>	CA (cm): _____
<p>Circunferência do quadril (CQ)</p> <p><i>(Medida na altura dos glúteos)</i></p>	CQ (cm): _____
Peso (P)	P (Kg): _____
Estatura (E)	E (cm): _____

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Ceará (UFC)
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)
Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Ceará (FUNCAP)



7ª Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC VII)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para mulheres de 18 a 49 anos

Prezada Senhor(a),

Esta pesquisa tem por objetivo estudar os aspectos relacionados à saúde materna no Ceará. Para isto estamos entrevistando as mulheres em idade fértil residentes nos 3.200 domicílios selecionados por sorteio para participarem do estudo. As entrevistas serão realizadas por profissionais de nível superior, especialmente treinadas para este trabalho. Os resultados da pesquisa contribuirão para que os órgãos públicos possam tomar medidas adequadas para melhorar a política de planejamento familiar no estado do Ceará.

Antes que decida sobre sua participação, entretanto, gostaríamos que o(a) senhor(a) fosse informado(a) sobre o seguinte:

- Sua recusa em participar da pesquisa, não implicará em qualquer prejuízo para o(a) senhor(a) ou sua família, quer seja de ordem social ou legal;
- Mesmo concordando inicialmente em participar, o(a) senhor(a) poderá desistir desta participação quando desejar, sendo encerrada a entrevista;
- Durante a entrevista, o(a) senhor(a) poderá passar ou deixar de responder qualquer pergunta que julgue inconveniente, tais como perguntas que considere muito pessoais, ou muito íntimas;
- As entrevistas serão conduzidas de forma anônima e todas as respostas serão analisadas de forma coletiva, não sendo identificada individualmente nenhuma das pessoas entrevistadas;
- Não faz parte da pesquisa a realização de nenhum tipo de experimento ou medicação;

Quaisquer outras informações sobre a pesquisa poderão ser prontamente obtidas junto ao seu Coordenador de Pesquisa de Campo, Dr. Hermano Rocha, no Departamento de Saúde Comunitária, da Universidade Federal do Ceará, situada na R. Prof. Costa Mendes, 1806, Bloco Didático – 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE - Fone: (85) 3366 8044.

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre os principais aspectos da *Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC VII)*, aceito participar da mesma.

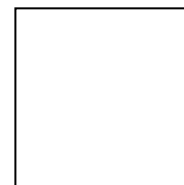
Local: _____, Data: ____ / ____ / 202__

Impressão digital da participante,
caso esta não saiba assinar

Assinatura da Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha



Esta pesquisa foi aprovada sob o número do parecer: 5.614.102, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimed Fortaleza, em Av. Visconde do Rio Branco, 4000, 9º andar, telefone (85) 3277-7149, e-mail: cep@unimedfortaleza.com.br.

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Ceará (UFC)



Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)
Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Ceará (FUNCAP)



7ª Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará (PSMIC VII)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos

Prezada Senhor(a), (responsável legal da criança ou adolescente menor de 18)

Esta pesquisa tem por objetivo estudar os aspectos relacionados à saúde materna no Ceará. Para isto estamos entrevistando as mulheres em idade fértil residentes nos 3.200 domicílios selecionados por sorteio para participarem do estudo. As entrevistas serão realizadas por profissionais de nível superior, especialmente treinadas para este trabalho. Sendo uma das pessoas aptas a participar, menor de 18 anos, solicitamos a sua permissão, como responsável por ela, para sua participação. Os resultados da pesquisa contribuirão para que os órgãos públicos possam tomar medidas adequadas para melhorar a política de planejamento familiar no estado do Ceará.

Antes que decida sobre sua participação, entretanto, gostaríamos que o(a) senhor(a) fosse informado(a) sobre o seguinte:

- Sua recusa em participar da pesquisa, não implicará em qualquer prejuízo para o(a) senhor(a) ou sua família, quer seja de ordem social ou legal;
- Mesmo concordando inicialmente em participar, o(a) senhor(a) poderá desistir desta participação quando desejar, sendo encerrada a entrevista;
- Durante a entrevista, o(a) senhor(a) poderá passar ou deixar de responder qualquer pergunta que julgue inconveniente, tais como perguntas que considere muito pessoais, ou muito íntimas;
- As entrevistas serão conduzidas de forma anônima e todas as respostas serão analisadas de forma coletiva, não sendo identificada individualmente nenhuma das pessoas entrevistadas;
- Não faz parte da pesquisa a realização de nenhum tipo de experimento ou medicação;

Quaisquer outras informações sobre a pesquisa poderão ser prontamente obtidas junto ao seu Coordenador de Pesquisa de Campo, Dr. Hermano Rocha, no Departamento de Saúde Comunitária, da Universidade Federal do Ceará, situada na R. Prof. Costa Mendes, 1806, Bloco Didático – 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE - Fone: (85) 3366 8044.

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre os principais aspectos da *Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil do Ceará (PSMIC VII)*, aceito participar da mesma.

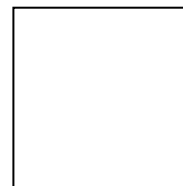
Local: _____, Data: ____ / ____ / 202__

Impressão digital da participante,
caso esta não saiba assinar

Assinatura da Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha



Esta pesquisa foi aprovada sob o número do parecer: 5.614.102, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimed Fortaleza, em Av. Visconde do Rio Branco, 4000, 9º andar, telefone (85) 3277-7149, e-mail: cep@unimedfortaleza.com.br.