

DÉTERMINANTES DE LA PLANIFICATION DE LA GROSSESSE, SELON RACE/COULEUR, BRÉSIL

Résumé: Analyser la planification de la grossesse et de ses déterminants selon la race/couleur femmes utilisatrices des services publics de santé. Une étude transversale, réalisé avec 792 femmes de cité de São Paulo entre 2011 et 2013. Nous avons utilisé l'instrument pour mesurer de la planification de la grossesse *London Measure of Unplanned Pregnancy*, version le Brésil. les femmes noires grossesses ont planifiée moins la gestation que le femme blanc; également elles sont parlée, en une plus grande proportion, la première grossesse à un âge plus jeunes et avaient plus d'enfants. Cohabiter avec leur partenaire était le déterminant le plus important pour la planification de la grossesse, à la fois chez les femmes noires que femmes blanches (Noir: OR = 4,20, IC 95%: 1,80-9,76; Blanc: OR = 4,26 , IC 95%: 1,62 à 11,19). Quant plus élevé le niveau de scolarité, moins de chance les femmes noires avait à vivre une grossesse non planifiée (OR = 0,87; IC à 95%: 0,78 à 0,97) Il ya des éléments qui se concentrent également entre femmes blanches et noires dans. la planification de la grossesse, par exemple, le partenariat. Cependant, chez les femmes noires, l'augmentation de la filiale de l'éducation en adoptant des mesures pour prévenir une grossesse non planifiée.

Mots-clés: Race et de la santé; Femmes; la planification de la grossesse; Les grossesses non désirées; Santé sexuelle et reproductive.

DETERMINANTES DEL PLANEAMIENTO DEL EMBARAZO, SEGÚN RAZA-COLOR, BRASIL

Resumen: Analizar el planeamiento del embarazo y sus determinantes según la raza y color de mujeres que utilizan los servicios públicos de salud. Método: Estudio transversal, realizado con 792 mujeres en la municipalidad de São Paulo entre 2011 y 2013. Se utilizó el instrumento para mensuración del planeamiento del embarazo *London Measure of Unplanned Pregnancy*, versión Brasil Resultados: Las mujeres negras han planeado menos el embarazo que las blancas; también han relatado, en mayor proporción, el primer embarazo en edades más jóvenes e tuvieron más hijos. La pareja fue el factor más determinante e importante para el planeamiento del embarazo, tanto entre las mujeres negras cuanto entre las blancas. (Negras: OR=4,20, IC95%: 1,80-9,76; Blancas: OR=4,26, IC95%: 1,62-11,19) Cuanto mayor la escolaridad, menos oportunidad las mujeres negras tuvieron de vivir un embarazo no planeado (OR=0,87; IC95%: 0,78-0,97). Hay elementos que inciden igualmente entre las mujeres blancas y negras en el planeamiento del embarazo, por ejemplo, la pareja. Pero, entre las mujeres negras, el aumento de escolaridad las subsidia en la adopción de medidas para evitar un embarazo no planeado.

Palabras-clave: Raza y salud; Mujeres; Planeamiento del embarazo, Embarazo no planeado; Salud Sexual y Reproductiva.

INTRODUÇÃO

A gravidez planejada é aquela que foi desejada, intencional, e que incluiu a adoção de ações comportamentais centradas na concepção (Barrett, Smith & Wellings, 2004). O planejamento da gravidez contribui para a autonomia da mulher, diminui o número de gravidezes de risco, de abortos inseguros e a mortalidade materno-infantil (Who, 2013). Apesar dos benefícios conhecidos em se planejar uma gravidez, no Brasil,

aproximadamente, metade das mulheres não gostaria de ter engravidado no momento em que ocorreu a gravidez (Brasil, 2009a).

Em contrapartida, a gravidez não planejada é considerada um indicador de falha no controle do processo reprodutivo e constitui um problema de saúde pública, devido às consequências que pode acarretar, dentre elas, o abortamento, que é uma importante causa de mortalidade materna no Brasil (Victora et al., 2011). Os piores níveis de saúde ocorrem em mulheres mais vulneráveis do ponto de vista econômico, social e racial, ou seja, as menos escolarizadas, mais pobres, não unidas e negras (Martins, 2006; Brasil, 2009b; Paixão et al., 2011; Brasil, 2012). Especificamente, em relação à população negra, isso ocorre porque esse seguimento da população possui menos acesso – e percepção de pior qualidade – dos serviços de saúde. Além disso, os negros e pardos são os mais excluídos do sistema de saúde e constitui-se como um grupo em situação de desvantagem (Paixão et al., 2011).

Segundo a literatura, os determinantes da gravidez planejada foram ter idade acima de 30 anos, estar em uma união estável (Borges, et al. 2011; Wellings et al., 2013), possuir maior escolaridade (Schünmann & Glasier, 2006), ter histórico de mais de uma gravidez e ter passado por um abortamento (Borges et al., 2011). Por sua vez, as mulheres mais pobres, adolescentes, solteiras e com menor escolaridade são mais propensas a vivenciar gravidez não planejada (Finer & Henshaw, 2006).

O foco no quesito raça/cor do presente estudo é devido ao crescente reconhecimento, nacional e internacional, dessa questão como um determinante de iniquidades étnico-raciais. Ou seja, associa-se cada vez mais a discriminação racial aos efeitos na saúde de adultos, jovens e crianças (Araújo et al., 2009; Bastos & Faerstein, 2012; Batista, Werneck e Lopes, 2012; Monteiro, 2013; Priest et al., 2013). Portanto, a identificação de diferenças étnico-raciais visa distinguir necessidades específicas de cada grupo com a finalidade de direcionar políticas públicas. Essas políticas públicas objetivam a superação de diferenças injustas e evitáveis (Soares Filho, 2012).

Apesar de algumas pesquisas terem observado uma relação entre raça/cor e o planejamento da gravidez (Finer & Henshaw, 2006), este assunto ainda foi pouco explorado na literatura nacional. Nesse contexto, observou-se a pertinência de analisar o planejamento da gravidez segundo a raça/cor de mulheres brasileiras e identificar os determinantes do planejamento ou não planejamento da gravidez. A hipótese inicial é de

que as mulheres negras planejam menos a gravidez em relação às brancas e os determinantes da gravidez planejada e não planejada são diferentes entre as mulheres, segundo a raça/cor.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal conduzido a partir de um conjunto composto por três estudos realizados com usuárias de serviços públicos de saúde do município de São Paulo, Brasil. Os estudos foram conduzidos durante os anos de 2011 a 2013 (Mais detalhes em: Borges et al., 2014; Santos, Borges, Chofakian & Pirotta, 2014; Nascimento et al., 2015). Participaram dos estudos mulheres grávidas usuárias de Unidades Básicas de Saúde; mulheres adolescentes que recebiam atenção ao parto e pós-parto; e mulheres hospitalizadas por abortamento. Todas as participantes deram o consentimento por escrito. Os três estudos tiveram aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e das instituições de saúde em que foram realizados.

Considerando os três estudos, a amostra constitui-se de 807 mulheres. No entanto, optou-se por excluir as mulheres que referiram raça/cor amarelas e indígenas (n=15). Dessa forma, para identificar os determinantes do planejamento e não planejamento da gravidez, segundo a raça/cor, foram consideradas apenas as mulheres brancas e negras (n=792). Neste estudo, consideramos negras as mulheres que se autodeclararam pretas ou pardas, segundo os requisitos de raça/cor disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essas terminologias costumam ser empregadas em razão das similaridades existentes entre os indicadores sociais característicos das duas populações em estudos epidemiológicos (Paixão & Carvano, 2009; Santa Rosa, 2013).

Com relação à classificação do planejamento da gravidez, utilizou-se o instrumento para mensuração do planejamento da gravidez *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), versão Brasil. Ele foi adaptado transculturalmente para o português falado no Brasil (Borges et al., 2011) e usado de forma padronizada nos três estudos. O LMUP é uma medida válida para qualquer modalidade de gravidez, independente se o desenlace foi nascimento ou aborto. Trata-se de um instrumento constituído por seis itens. O score é calculado pela soma dos pontos, que variam entre 0 a 2 pontos para cada item, totalizando no máximo 12 pontos. As autoras do instrumento original sugerem uma classificação segundo o número de pontos obtidos:

10 a 12 pontos (gravidez planejada); 4 a 9 pontos (gravidez ambivalente) e 0 a 3 pontos (gravidez não planejada). Usamos o LMUP porque esse instrumento leva em consideração que as mulheres têm atitudes e intenções ambivalentes, não classificando-as somente em posição dicotômica de “planejou” ou “não planejou a gravidez” (Barrett e Wellings, 2002).

Foi realizada uma análise bivariada para comparar as características sociodemográficas e da história reprodutiva das mulheres segundo a raça/cor, por meio de proporções, médias e desvios-padrão. A diferença entre as proporções foi testada pelo teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher e as médias por meio da análise de variância. A análise dos determinantes da gravidez planejada e gravidez não planejada segundo raça/cor foi realizada por meio da regressão logística multinomial. A variável dependente foi o planejamento da gravidez (planejada, ambivalente e não planejada), estratificada pela raça/cor (branca e negra). As variáveis independentes foram a idade (anos), escolaridade (anos); situação conjugal (viver com parceiro e não viver com parceiro); trabalho remunerado (sim e não), número de filhos; e abortamento anterior (sim e não). A escolha das variáveis para compor o modelo de regressão logística multinomial justifica-se por serem importantes para o planejamento da gravidez na literatura consultada (Finer e Henshaw, 2006; Borges et al., 2011; Wellings et al., 2013).

O grupo de referência foi composto por mulheres que tiveram sua gravidez classificada como ambivalente. Dois grupos foram comparados ao grupo anterior: o grupo de mulheres que planejaram a gravidez; e o grupo de mulheres que não planejaram a gravidez. Optou-se por tomar como grupo de referência as mulheres com gravidez ambivalente porque a gravidez envolve desejos reprodutivos que podem ser contraditórias ou que não estão claramente estabelecidos (Schwarz et al., 2007), tendo sido pouco explorado na literatura e seus determinantes pouco estabelecidos.

Considerou-se nível de 5% de significância ($p < 0,05$) para todas as análises. A força de associação entre a variável dependente e as variáveis independentes foi avaliada pelo odds ratio ajustado (OR ajustado). As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* Stata versão 12.0.



Não	169	61,2	340	65,9	509	64,3
Sim	107	38,8	176	34,1	283	35,7

	Média (dp)	Média (dp)	Total	
Idade (anos)	26,0 (7,4)	25,1 (7,1)	25,4 (7,2)	0,314
Escolaridade (anos)	9,9 (2,4)	9,2 (2,4)	9,4 (2,4)	0,689
Idade na primeira gravidez (anos)	20,8 (5,1)	19,9 (4,5)	20,2 (4,8)	0,013
Número de filhos	0,8 (1,0)	0,9 (1,3)	0,9 (1,2)	0,001

*Uso de métodos anticoncepcionais no mês em que a mulher ficou grávida.

O modelo da regressão logística multinomial é apresentado na Tabela 2. Em relação ao planejamento da gravidez, viver com o parceiro foi o determinante mais forte da gravidez planejada entre as mulheres. Isto significa que as mulheres que vivem com parceiro, independentemente de sua raça/cor, têm mais chance de planejar a gravidez, comparadas com as mulheres que não vivem com o parceiro (Branças: OR=4,26, IC95%:1,62-11,19; Negras: OR=4,20, IC95%:1,80-9,76). A idade também foi positivamente associada ao planejamento da gravidez em ambos os grupos comparados (Branças: OR=1,13, IC95%: 1,08-1,19; Negras: OR=1,15, IC95%: 1,10-1,21).

O número de filhos foi negativamente associado ao planejamento da gravidez tanto entre as mulheres brancas quanto entre as negras, ou seja, quanto maior o número de filhos, menos chance de ter uma gravidez planejada (Branças: OR=0,43, IC95%: 0,27-0,68; Negras: OR=0,58, IC95%: 0,43-0,78).

Em relação à gravidez não planejada, a escolaridade mostrou efeito significativo no não planejamento da gravidez entre as mulheres negras, mas não entre as brancas. Quanto menor a escolaridade, mais chance as mulheres negras tiveram de ter uma gravidez não planejada (Negras: OR=0,87, IC95%: 0,78-0,97). Morar com o parceiro foi negativamente associado ao não planejamento da gravidez nos dois grupos de mulheres. As mulheres que viviam com parceiro tiveram menos chance de ter gravidez não planejada, comparadas com as mulheres que não viviam com o parceiro (Branças: OR=0,42, IC95%: 0,20-0,88; Negras: OR=0,42 IC95%: 0,24-0,73). Da mesma forma, quanto maior o número de filhos, mais chance de ter gravidez não planejada, tanto para as mulheres brancas como para as mulheres negras (Branças: OR=1,60, IC95%: 1,08-2,38; Negras: OR=1,59, IC95%: 1,21-2,08).

Tabela 2 – Modelo de regressão logística multinomial para análise do planejamento da gravidez estratificado pela raça/cor. São Paulo, 2011-2013.

Variável	Mulheres com gravidez planejada versus ambivalente		Mulheres com gravidez não planejada versus ambivalente	
	OR ajustado	IC 95%	OR ajustado	IC 95%
Mulheres brancas				
Mora com parceiro				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	4,26	1,62-11,19	0,42	0,20-0,88
Idade (em anos)	1,13	1,08-1,19	0,98	0,92-1,05
Trabalho remunerado				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	1,73	0,91-3,27	0,52	0,25-1,10
Escolaridade (anos de estudo)	0,99	0,86-1,14	0,91	0,78-1,05
Número de filhos	0,43	0,27-0,68-	1,60	1,08-2,38
Abortamento anterior				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	0,67	0,35-1,30	1,37	0,66-2,86
Mulheres negras				
Mora com parceiro				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	4,20	1,80-9,76	0,42	0,24-0,73
Idade (em anos)	1,15	1,10-1,21	1,03	0,98-1,09
Trabalho remunerado				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	1,35	0,83-2,20	0,88	0,51-1,54
Escolaridade (anos de estudo)	0,93	0,84-1,03	0,87	0,78-0,97
Número de filhos	0,58	0,43-0,78	1,59	1,21-2,08
Abortamento anterior				
Não	1,00	-	1,00	-
Sim	0,97	0,58-1,63	0,64	0,36-1,14

DISCUSSÃO

Mulheres negras mais escolarizadas estão mais protegidas de vivenciar uma gravidez não planejada. A baixa escolaridade também esteve associada à gravidez não planejada, mesmo em contextos com adequada atenção em contracepção, como é o caso da Grã-Bretanha (Wellings et al., 2013). O acesso aos MAC eficazes é primordial para o planejamento da gravidez. Grupos socialmente desfavorecidos possuem menos acesso à informação e aos variados MAC mais eficazes. Ainda, quanto maior o nível de educação escolar, maior o nível de conhecimento do próprio corpo, do ciclo menstrual, dos MAC, da autodeterminação e do empoderamento (Who, 2013). Todos estes elementos podem contribuir para que a mulher seja protagonista do planejamento de sua gravidez.

É importante lembrar que a maioria das participantes deste estudo era negra (65,1%). A população negra, em geral, possui os maiores índices de desfavorecimento educacional e socioeconômico (Paixão et al., 2011). Os resultados mostraram que as mulheres desse estudo possuíam, em média, o mesmo nível de escolaridade, no entanto, a baixa escolaridade afetou as mulheres negras negativamente no que diz respeito ao planejamento da gravidez, mas não mostrou qualquer efeito entre as mulheres brancas. É possível que existam outros fatores que contribuam para esse fenômeno como, por exemplo, a condição socioeconômica, que não foi avaliada neste estudo. Há ainda a possibilidade de que o racismo esteja interferindo negativamente no acesso dessas mulheres aos serviços de saúde por meio de mecanismos ainda pouco conhecidos (Kalckmann et al., 2007; Paixão et al., 2011; Santa rosa et al., 2014).

A redução da ocorrência de gravidez não planejada poderia ocorrer por meio do maior acesso aos contraceptivos eficazes e de longa duração (Peipert et al., 2012). O SUS disponibiliza um amplo leque de MAC, como os hormonais (orais e injetáveis), o preservativo masculino e feminino, a contracepção de emergência, o DIU de cobre e os irreversíveis (laqueadura e vasectomia). No entanto, tem-se observado que há inúmeras barreiras para a aquisição desses MAC, como irregular e limitada disponibilidade dos insumos contraceptivos, falta de profissionais capacitados para prover aconselhamento em contracepção, restrição do número de profissionais treinados para inserção e remoção do DIU, fluxos e regras internas dos serviços que adiam a obtenção do MAC, a necessidade de retorno frequente para aquisição dos MAC de uso regular e contínuo, dentre outros (Osis Et Al., 2006; Moura, Silva e Galvão, 2007).



Quanto à proporção de gravidez planejada, o presente estudo observou uma proporção menor do que a de outro estudo brasileiro que também utilizou o LMUP (33,3%) (Borges et al., 2011). A proporção de gravidez planejada foi ainda menor entre as mulheres negras, indicando que existem certos elementos que podem contribuir para que estas mulheres consigam ter menos autonomia sobre sua reprodução do que as mulheres brancas. Nesse sentido, o profissional da saúde deve ser capaz de oferecer um cuidado apropriado para cada caso e culturalmente congruente, com opções durante o aconselhamento contraceptivo, referência e contra referência e ações de prevenção de novas gravidezes não planejadas (Leininger, 2006; Simmonds & Likis, 2011).

Levando em consideração os aspectos já mencionados, o planejamento da gravidez envolve uma dinâmica complexa que se associa a inúmeros outros elementos para além da escolaridade. Um dos mais importantes é a influência do parceiro (Barrett, Smith & Wellings, 2004). Nesta pesquisa, viver com o parceiro contribuiu para que as mulheres planejassem mais a gravidez, independentemente da raça/cor. Isso pode indicar a segurança emocional e financeira proporcionada pela união estável e pela forma como os homens têm sido convocados a compartilhar as decisões do casal no mundo contemporâneo (Freitas, Coelho & Silva, 2007; Tyrlik, Konecny e Kukla, 2013).

Outro aspecto que apresentou estreita relação com o planejamento da gravidez foi a trajetória reprodutiva das mulheres. Quanto maior o número de filhos, maior a chance de se ter uma gravidez não planejada, o que é compatível com os achados descritos em outros estudos (Borges et al., 2011; Wellings et al., 2013). Aparentemente, mulheres que não conseguiram evitar gestações anteriormente, tampouco encontram subsídios para evitar uma próxima. Parece que as intenções reprodutivas das mulheres são menos compatíveis com a realidade conforme a mulher for menos escolarizada, residir nas regiões menos favorecidas e ser negra (Brasil, 2009b). Desse modo, as estratégias para propiciar às mulheres mais autonomia e controle de sua própria fecundidade devem ser iniciadas no começo da construção da família (Wellings et al., 2013) e focalizadas nos grupos mais desfavorecidos.

Com relação à idade, as mulheres mais velhas, tanto negras quanto brancas, planejaram mais a gravidez. Mulheres com mais de 35 anos consideram a experiência da gravidez planejada como positiva. Elas escolhem engravidar mais tarde porque buscam a maturidade do relacionamento conjugal, estabilidade financeira e a consolidação de novas uniões conjugais (Parada & Tonete, 2009). Por outro lado, isso

indica a importância de uma promoção eficaz de cuidados sobre saúde reprodutiva e sexual para os adolescentes, até mesmo antes que se engajem em uma relação sexual, com o intuito de prevenir uma gravidez não planejada nesse Grupo (Moreau et al., 2013; Wellings et al., 2013).

Mulheres que não planejam a gravidez perdem a oportunidade de realizar o preparo pré-concepcional, que consiste na adoção de estratégias de promoção da saúde materna e neonatal. Destacam-se algumas das estratégias mais importantes: o planejamento do intervalo adequado entre as gravidezes, uso de suplementação de ácido fólico pré-concepcional, controle e tratamento de doenças existentes (Corchia e Mastroiacovo, 2013; Farahi e Zolotor, 2013; Lassi et al., 2014). Todas estas estratégias contribuem para melhorar os resultados, tanto maternos, quanto neonatais.

Neste estudo, a prevalência de gravidez planejada foi menor entre as mulheres negras, dessa forma, essas mulheres podem ter menos chance de realizar esse preparo, o que pode contribuir para que os resultados maternos sejam piores. Nos Estados Unidos, as diferenças étnico-raciais foram decisivas para a realização do preparo pré-concepcional. As mulheres negras tiveram chance 20% maior de não consumir um multivitamínico diariamente; três vezes a prevalência de hipertensão arterial e anemia; e o dobro da prevalência de diabetes pré-gestacional, comparado com as mulheres brancas (Kann et al., 2012).

Portanto, destacamos a importância dos profissionais de saúde na provisão de suporte às mulheres e famílias no planejamento reprodutivo, com vistas à melhoria da qualidade assistencial, por meio de um cuidado baseado em evidências e culturalmente congruente (Merighi & Gualda, 2009). Mas, conforme demonstra um estudo recente que reuniu vários trabalhos quantitativos realizados em países em desenvolvimento, as redes sociais possuem importância-chave nas escolhas reprodutivas de mulheres (Lowe e Moore, 2014). Desse modo, não é papel apenas dos profissionais de saúde proverem tal suporte, mas sim, da sociedade como um todo, por meio da educação, formação profissional, seguridade social, emprego, entre outros (Wellings et al., 2013).

Uma limitação deste estudo foi o fato das participantes serem todas usuárias do SUS. É possível que os resultados dessa pesquisa fossem diferentes se as participantes fossem provenientes da rede privada de saúde. Outra limitação diz respeito à impossibilidade de comparar os determinantes do planejamento da gravidez entre mulheres autot classificadas como amarelas ou indígenas, por conta do reduzido número

de participantes desses grupos. Embora esse aspecto não tenha afetado as análises aqui realizadas, permanece a lacuna de conhecimento no que concerne ao comportamento reprodutivo, em especial a intencionalidade da gravidez, entre mulheres de todos os grupos de raça/cor do país.

CONCLUSÕES

As mulheres negras, participantes deste estudo, planejaram menos a gravidez. Elas também são mais protegidas de uma gravidez não planejada conforme possuem maior escolaridade. Mesmo sendo usuárias do sistema público de saúde e em condições semelhantes de escolaridade, as negras menos escolarizadas planejam menos a gravidez do que as brancas. É possível que outros elementos, como a condição socioeconômica e o racismo, interfiram no planejamento da gravidez entre mulheres negras menos escolarizadas. Outros estudos são necessários para investigar os efeitos desses outros aspectos no planejamento da gravidez. O apoio do parceiro é fundamental para que as mulheres engravidem no momento desejado. Várias medidas contribuem para que o casal consiga controlar sua reprodução, e o investimento em áreas como suporte familiar, comunitário, social, educacional e financeiro pode contribuir para que isso ocorra.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Edna Maria de; COSTA, Maria Conceição Nascimento; HOGAN, Vijaya Krishna; ARAÚJO, Tânia Maria; DIAS, Acácia Batista; OLIVEIRA, Lúcio Otávio Alves. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 13, n. 3, 2009, p. 383–394.

BARRETT, Geraldine; SMITH, S C; WELLINGS, Kaye. Conceptualisation, Development, and Evaluation of a Measure of Unplanned Pregnancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 58, n. 5, 2004, p. 426–433.

_____. WELLINGS, Kaye. What is a ‘Planned’ Pregnancy? Empirical data from a British study. *Social Science and Medicine*, v. 55, n. 4, 2002, p. 545–557.

BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 1, 2012, p. 177–183.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araújo. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da Política de Saúde da População Negra. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 99, 2013, p. 681–690.

_____. WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. *Saúde da população negra em ABPN - Associação Brasileira dos Pesquisadores/as Negros/as*. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros: 2012.

BORGES, Ana Luiza Vilela;; CAVALHIERI, Fernanda Bigio; HOGA, Luiza Akiko Komura; FUJIMORI, Elizabeth; BARBOSA, Luís Ricardo. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. esp, 2011, p. 1679–1684.

BORGES, Ana Luiza Vilela; MONTEIRO, Renata Luciria; HOGA, Luiza Akiko Komura; FUJIMORI, Elizabeth; CHOFKIAN, Christiane Borges do Nascimento; SANTOS, Osmara Alves dos. Post-abortion contraception: care and practices. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 2, 2014, p. 293–300.

BRASIL. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 Anos*. Brasília: Ministério da Saúde: 2009a.

_____. *PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório*. Brasília: Ministério da Saúde: 2009b.

_____. Mortalidade Materna. *Boletim Epidemiológico – Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde*, v. 43, n. 1, 2012.

CORCHIA, Carlo; MASTROIACOVO, Pierpaolo. Health promotion for children, mothers and families: here's why we should 'think about it before conception'. *Italian Journal of Pediatrics*, v. 39, n. 1, 2013, p. 68.

FARAH, Narges; ZOLOTOR, Adam. Recommendations for preconception counseling and care. *American Family Physician*, v. 88, n. 8, 2013, p. 499–506.

FINER, Lawrence B; HENSHAW, Stanley K. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 38, n. 2, 2006, p. 90–96.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino E; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Sentir-Se Pai: A vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 1, 2007, p. 137–145.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, 2007, p. 146–155.

KANN, L R Lowry; EATON, D; WECHSLER, H. Preconception health indicators among women - Texas, 2002–2010. *Centers for Disease Control and Prevention*, v. 61, n. 29, 2012, p. 550–555.

LASSI, Zohra S; MANSOOR, Tarab; SALAM, Rehana a; DAS, Jai K; BHUTTA, Zulfiqar a. Essential pre-pregnancy and pregnancy interventions for improved maternal, newborn and child health. *Reproductive Health*, v. 11, n. sup, 2014, p. 550–555.

LEININGER, Madeleine. *Culture Care Diversity and Universality Theory and Evolution of the Ethnonursing Method*. Jones & Bartlett Publishers: 2006.

LOWE, Samantha MP; MOORE, Spencer. Social networks and female reproductive choices in the developing world: a systematized review. *Reproductive Health*, v. 11, n. 1, 2014, p. 85.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, 2006, p. 2473–2479.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Mothers' health in Brazil and recovering the training of midwives for care in the birth process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 2, 2009, p. 265–270.

MOREAU, C; HALL, K; TRUSSELL, J; BARBER, J. Effect of prospectively measured pregnancy intentions on the consistency of contraceptive use among young women in Michigan. *Human Reproduction*, v. 28, n. 3, 2013, p. 642–650.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 4, 2007, p. 961–970.

NASCIMENTO, Natália de Castro; BORGES, Ana Luiza Vilela; FUJIMORI, Elizabeth; TSUNECHIRO, Maria Alice; CHOFAKIAN, Christiane Borges do Nascimento; SANTOS, Osmara Alves. Cuidado pré-concepcional: conhecimento e prática de adolescentes. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 9, n. 5, 2015, p. 7895-7901.

OSIS, Maria José Duarte; FAÚNDES, Aníbal; MAKUCH, Maria Yolanda; MELLO, Maeve de Brito; SOUSA, Maria Helena de; ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.” *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, 2006, p. 2481–2490.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, Luis M. *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2007-2008*. Rio de Janeiro: Garamond: 2009.

PAIXÃO, Marcelo; ROSSETTO, Irene; MONTOVANELE, Fabiana; CARVANO, Luis M. *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010 - Constituição Cidadã, Seguridade Social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça*. Rio de Janeiro: Garamond: 2011.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Escola Anna Nery*. v. 13, n. 2, 2009, p. 385-392.

PEIPERT, Jeffrey F; MADDEN, Tessa; ALLSWORTH, Jenifer E; SECURA, Gina M. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology*, v. 120, n. 6, 2012, p. 1.

PRIEST, Naomi; PARADIES, Yin; TRENNERY, Brigid; TRUONG, Mandy; KARLSEN, Saffron; KELLY, Yvonne. A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. *Social Science & Medicine*, v. 95, n. 3, 2013, p. 115–27.

SANTA ROSA, Patricia Lima Ferreira. *Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda*. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

_____. HOGA, Luiza Akiko Komura; SANTANA, Mônica Feitosa; SILVA, Pâmela Adalgisa Lopes. Uso de plantas medicinais por mulheres negras: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. esp, 2014, p. 45–52.

SANTOS, Osmara Alves dos; BORGES Ana Luiza Vilela; CHOFAKIAN, Christiane Borges do Nascimento; PIROTTA, Kátia Cibelle Machado. Determinantes do não uso da anticoncepção de emergência entre mulheres com gravidez não planejada ou ambivalente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. esp, 2014, p. 16–22.

SCHÜNMANN, Catherine; GLASIER, Anna. Measuring pregnancy intention and its relationship with contraceptive use among women undergoing therapeutic abortion. *Contraception*, v. 73, n. 5, 2006, p. 520–524.

SCHWARZ, Eleanor Bimla; LOHR, Patricia A; GOLD, Melanie A; GERBERT, Barbara. Prevalence and correlates of ambivalence towards pregnancy among nonpregnant women. *Contraception*, v. 75, n. 4, 2007, p. 305–310.

SIMMONDS, Katherine; LIKIS, Frances E. Caring for women with unintended pregnancies. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, v. 40, n. 6, 2011, p. 794–807.

SOARES FILHO, Adauto Martins. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (orgs.) *Saúde da População Negra*. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

TYRLIK, Mojmir; KONECNY, Stepan; KUKLA, Lubomir. Predictors of pregnancy-related emotions. *Journal of Clinical Medicine Research*, v. 5, n. 2, 2013, p. 112–20.

VICTORA, Cesar G; AQUINO, Estela M; LEAL, Maria do Carmo; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARROS, Fernando C; SZWARCOWALD, Celia L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, 2011, p. 1863–1876.

WELLINGS, Kaye; JONES, Kyle G; MERCER, Catherine H; TANTON, Clare; CLIFTON, Soazig, DATTA; Jessica, COPAS; Andrew J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, v. 382, n. 9907, 2013, p. 1807–1816.

WHO. 2013. *Family Planning*. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>. Acessado em: 17 de junho de 2015.

Recebido em Janeiro de 2015
Aprovado em Maio de 2015