

**FATORES ASSOCIADOS COM PLANEJAMENTO FAMILIAR EM MÃES
PARTICIPANTES DA COORTE DE NASCIMENTOS DE PELOTAS-2015**EDUARDA SILBERT LUZZI¹;MARYSABEL PINTO TELIS SILVEIRA² ; PEDRO RODRIGUES CURI HALLAL³¹ Universidade Federal de Pelotas – eduardaluzzi@gmail.com² Universidade Federal de Pelotas – marysabelfarmacologia@gmail.com³ Universidade Federal de Pelotas – prchallal@gmail.com**1. INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas os avanços da medicina no Brasil contribuíram para avanços na saúde materno-infantil, ocorrendo diminuição da mortalidade infantil e ampliação da cobertura pré-natal. Porém, em relação aos óbitos neonatais, os resultados continuam insatisfatórios, já que a maioria das causas são evitáveis através da realização de pré-natal de qualidade. Há também preocupação com a morbimortalidade materna devido à alta taxa de mortalidade, seja por complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), causadas por hemorragia, infecções puerperais, aborto, doenças do aparelho circulatório e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esta última considerada a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2012).

O planejamento da gravidez é um direito das mulheres, é a decisão do momento mais oportuno da gravidez para a mulher, considerando suas condições físicas, psíquicas e sociais. Pelo menos metade das gestações no Brasil não é planejada. O planejamento diminui o número de gestações não desejadas, de abortamentos provocados, diminui o número de cesáreas, o número de ligaduras tubárias e a frequência de bebês de baixo peso; aumentando ainda o intervalo entre as gestações (SES/SP, 2010).

A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade de verificar e recuperar, se for o caso, sua saúde. Isso é especialmente importante para grupos mais suscetíveis, como adolescentes (de 10 a 19 anos), cuja mortalidade materna no período entre 1990 e 2007 variou entre 13% a 16% do total de óbitos maternos. Há também preocupação com aquelas que postergaram a gravidez para depois dos 35 anos, pois possuem risco aumentado de cromossomopatias fetais e doenças como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias malignas e óbito fetal. Um dos indicadores de maior qualidade dos cuidados maternos e o principal indicador do prognóstico ao nascimento é o cuidado assistencial no primeiro trimestre. O início precoce do pré-natal e o auxílio adequado no momento do parto são essenciais para a adequada detecção e a intervenção precoce das situações de risco. Sempre que possível, o pré-natal deve incluir o parceiro e ser realizada por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2012; SES/SP, 2010).

A ocorrência de diabetes mellitus gestacional (DMG), a longo prazo, pode ter sérias consequências para a mãe e para o bebê, COLLIER et al.(2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde, DMG é definida como intolerância aos carboidratos com diferentes graus de severidade, com início ou reconhecimento durante a gestação. O Ministério da Saúde afirma que através do controle estrito da glicemia e o acompanhamento nutricional e dietético é possível reduzir o risco de suas comorbidades associadas como macrosomia e malformação fetal, abortamentos e mortes perinatais, além de reduzir o risco de pré-eclâmpsia e da mãe desenvolver diabetes tipo 2 futuramente. O baixo peso

ao nascer e a prematuridade são os principais determinantes do risco de morrer no período neonatal, estando a eles associados: baixa escolaridade, não realizar atividade remunerada, parto cesáreo, oligodrâmnio, descolamento prematuro da placenta e pré-eclâmpsia GONZAGA et al.(2015).

Este trabalho visa descrever fatores relacionados ao planejamento familiar em gestantes participantes de Coorte de Nascimentos de Pelotas 2015, Rio Grande do Sul.

2. METODOLOGIA

Participaram do estudo 4330 gestantes incluídas na Coorte de Nascimentos de Pelotas 2015. As informações foram coletadas em dois momentos, durante o pré-natal e perinatal. O pré-natal foi realizado com gestantes de idade gestacional entre 16 e 41 semanas, sendo obtidas as seguintes informações: idade, se mora com marido ou companheiro, raça autodeclarada, se mora com filhos, grau de escolaridade da gestante, se planejou a gestação e se fez pré-natal. As respostas para a pergunta sobre o planejamento familiar sim e mais ou menos foram consideradas como planejou e a resposta não, como não planejou. O perinatal foi realizado durante o período de puerpério, onde foram coletadas as seguintes variáveis: se o bebê apresentou ou está apresentando algum problema de saúde, número total de consultas pré-natais, se teve HAS, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia, DMG, depressão e apoio do pai. Foi criada a variável número de consultas pré-natais de acordo com a recomendação da OMS a partir da variável número de consultas pré-natal, sendo considerado sim quando o número de consultas foi igual ou superior a seis e não quando inferior a seis (BRASIL, 2012). Todas as informações foram obtidas através do auto-relato da gestante e da puérpera por entrevistas face a face. Todas as entrevistas foram realizadas por entrevistadoras treinadas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

1. RESULTADOS

A idade variou entre 13 e 46 anos com média de 27 anos (dp 6,5). Resultado semelhante ao estudo de MENDES et al., 2015, cuja média de idade das mães foi de 27,5 anos, (dp 6,6). Quanto à escolaridade, 1.478 (34,1%) gestantes tinham entre 9 e 11 anos de estudo, número menor que o encontrado por MENDES et al. (2015) em que 56,5% tinham entre 8 e 11 anos de estudo. Além disso, em nosso estudo, quase 10% das gestantes apresentava escolaridade entre 0 e 4 anos. Quanto à cor da pele, 2.264 (70,3%) se consideraram brancas, 479 (14,8%) pardas e 443 (13,8%) pretas. O estudo MENDES et al. foi um estudo transversal que utilizou dados do Sistema de Informações sobre nascidos analisando 1.342.655 nascimentos ocorridos no município de São Paulo, nos anos de 2007 a 2013.

Quanto à realização de consultas pré-natal de acordo com a recomendação da OMS (BRASIL, 2012), 3616 mulheres (85,5%) realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, número semelhante a MENDES et al. (2015) com 76,2%. A mediana de consultas pré-natais foi de 9 (IQR₂₅₋₇₅ 7-10). Quanto à renda familiar, 1.907 (46,9%) gestantes tinham renda familiar entre 1,1 e 3 salários-mínimos, com mediana de 2000 reais por mês (IQR₂₅₋₇₅ 1200-3300). A grande maioria (n=2660-82,6%) das gestantes morava com parceiro e a maioria (n=1.718-53,37%) não tinha nenhum filho sendo que 1.034 (32,1%) tinha um filho.

Em relação ao planejamento familiar, 1.737 (54%) gestantes planejaram a gestação. A grande parte dos bebês, 3.801 (89,1%), não apresenta nem apresentou problemas de

saúde. Em relação às comorbidades, um quarto das gestantes, 1.106 (25,5%), apresentou pressão alta e 369 (8,5%) apresentou diabetes durante a gestação, números maiores que os encontrados por OLIVEIRA et al. (2013), o qual foi um estudo transversal realizado em um hospital universitário de Maceió com um total de 159 gestantes, sendo os valores de 18,4% e 6,5% respectivamente. A prevalência de depressão gestacional no estudo foi de 516 (11,9%) e a incidência de eclâmpsia e pré-eclâmpsia foi de 278 (6,4%) gestantes. O apoio do pai foi significativo, com 3.776 (88,6%) gestantes relatando ter muito apoio, enquanto 167 (3,9%) relatando nenhum apoio.

Na análise bruta, as variáveis associadas com planejamento familiar foram: idade, escolaridade, cor da pele, número de consultas pré-natal, morar com companheiro, morar com filhos, apoio do pai, renda familiar e depressão durante a gestação. A baixa escolaridade é considerada pelo Ministério da Saúde um fator de risco obstétrico. Quem planejou tem em média idade maior (28,1 anos, $IC_{95\%} = 27,8-28,4$) que quem não planejou (25,6, $IC_{95\%} = 25,2-25,9$), escolaridade maior (9,8 anos $IC_{95\%} = 9,5-10$) e realizou maior número de consultas pré-natal (11,1 consultas, $IC_{95\%} = 10,9-11,3$). TREVISAN et al. (2002), em estudo de corte transversal em um hospital universitário de Caxias do Sul utilizou dados de 702 gestações que ocorreram entre 2000 e 2001, também concluiu relação direta entre escolaridade e melhor qualidade da atenção pré-natal, por observar busca precoce de acompanhamento pré-natal pelas gestantes com mais anos de estudo. Ainda vemos, no nosso estudo, que quem planejou tem odds 3,3 vezes maior ($IC_{95\%} = 2,6-4,2$) de realizar o número de consultas pré-natal preconizado pela OMS do que quem não planejou. O grupo de gestantes que não planejou tinha maior escolaridade e maior média de idade que no estudo CEOLIN et al. (2008), um estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa com 21 gestantes assistidas em uma Unidade Básica de Saúde em um município da região Norte do estado do Rio Grande do Sul, em que 57,1% das gestantes que não planejaram não possuíam o ensino fundamental e 42,8% tinham até 19 anos de idade.

O planejamento da gestação apresentou relação direta com renda familiar ($p=0,001$), isto é, quanto maior a renda, maior a chance de planejar a gestação, assim como com o apoio do pai, pois as mulheres que receberam muito apoio apresentaram 4,6 vezes mais chance de ter planejado a gravidez ($IC_{95\%} = 3,1-6,8$), resultado diferente de TREVISAN et al. (2002) que não encontrou correlação entre renda familiar e adequação da atenção pré-natal. Quanto à cor da pele, mulheres de pele negra e pele parda, amarela ou indígena, apresentaram chance 47% e 40% menor, respectivamente, de planejar a gestação em comparação às mulheres de pele branca. Nosso estudo ainda mostra que mulheres que residiam com marido ou companheiro tinham 5,9 vezes mais chance de planejar a gestação ($IC_{95\%} = 4,7-7,3$).

Apresentar depressão durante a gestação se associou negativamente com o planejamento da gestação, pois mulheres com esta comorbidade apresentaram chance 47% menor de planejamento gestacional ($IC_{95\%} = 0,43-0,68$) e também viu-se que mulheres que moravam com filhos apresentavam 32% menos chance de planejar a gestação ($IC_{95\%} = 0,6-0,8$), resultado comparável a TREVISAN et al. (2002) que viu relação inversamente proporcional do número de filhos com o número de consultas de pré-natal e com o início tardio do pré-natal. Eclâmpsia e pré-eclâmpsia, diabetes mellitus, hipertensão arterial durante a gestação e problemas de saúde do bebê não se associaram com o planejamento da gestação.

Após análise ajustada, mantendo todas as variáveis associadas citadas acima no modelo, permaneceram associadas com planejamento familiar: idade, renda, morar com marido ou companheiro, morar com filhos e número de consultas de acordo com o preconizado pela OMS.

4. CONCLUSÕES

Com base nas análises ajustadas, é possível perceber que mulheres mais jovens, de menor renda familiar, que não moram com marido ou companheiro e que já possuem pelo menos um filho apresentam maior risco de não realizar planejamento gestacional, apresentando assim maior suscetibilidade e risco de não detecção precoce dos problemas de saúde e de não adesão ao cuidado pré-natal. Deve-se buscar o aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal através da busca ativa e captação das gestantes que apresentam o perfil de vulnerabilidade evidenciado por meio deste estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLLIER, A.; ABRAHAM, E.C.; ARMSTRONG, J.; GODWIN, J.; MONTEATH, K.; LINDSAY, R. Reported prevalence of Gestational Diabetes in Scotland: the relationship to obesity, age, socioeconomic status, smoking and macrosomia and how many are we missing? **Journal of Diabetes Investigation**, Glasgow, manuscrito aceito, 2016.

MENDES, C.Q.S.; CACELLA, B.C.A.; MANDETTA, M.A.; BALIEIRO, M.M.F.G. Low birth weight in a municipality in the southeast region of Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 857-863, 2015.

OLIVEIRA, A.C.M; GRACILIANO, N.G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 441-451, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde, 2012. 318p. – (série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

CEOLIN, T.; CASARIN, S.T.; HECK, R.M. Fatores Relacionados às Falhas do Planejamento Familiar. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Pernambuco, v.2, n.4, p. 329-334, 2008

GONZAGA, I. C. A.; SANTOS, S. L. D.; SILVA, A. R. V. D.;CAMPELO, V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1965-1974,2016.

TREVISAN, M.R.; LORENZI, D.R.S.; ARAUJO, N.M.;ESBER,K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, Rio de Janeiro v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.