

**FATORES ASSOCIADOS COM PLANEJAMENTO FAMILIAR EM MÃES  
PARTICIPANTES DA COORTE DE NASCIMENTOS DE PELOTAS-2015**EDUARDA SILBERT LUZZI<sup>1</sup>;MARYSABEL PINTO TELIS SILVEIRA<sup>2</sup>; PEDRO RODRIGUES CURI HALLAL<sup>3</sup><sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas – eduardaluzzi@gmail.com<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – marysabelfarmacologia@gmail.com<sup>3</sup>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 macrossomia 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 (IQR<sub>25-75</sub> 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 (IQR<sub>25-75</sub> 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<sub>95%</sub>= 27,8-28,4) que quem não planejou (25,6, IC<sub>95%</sub>= 25,2-25,9), escolaridade maior (9,8 anos IC<sub>95%</sub>= 9,5-10) e realizou maior número de consultas pré-natal (11,1 consultas, IC<sub>95%</sub>= 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<sub>95%</sub>= 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<sub>95%</sub>= 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<sub>95%</sub>= 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<sub>95%</sub>= 0,43-0,68) e também viu-se que mulheres que moravam com filhos apresentavam 32% menos chance de planejar a gestação (IC<sub>95%</sub>= 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.