

Prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste Brasileiro

Ana Cleide Mineu Costa ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0125-9535>

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira ²

 <https://orcid.org/0000-0001-8053-7972>

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves ³

 <https://orcid.org/0000-0002-4806-7752>

^{1,3} Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

² Departamento de Medicina I. Universidade Federal do Maranhão. Praça Gonçalves Dias, 21. Centro, São Luís, MA, Brasil. CEP: 65.020-240. E-mail: oliveira.bruno@ufma.br

Resumo

Objetivos: analisar a prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste brasileiro.

Métodos: estudo transversal aninhado à coorte de nascimento hospitalar com amostra probabilística de 5.110 puérperas. Fatores associados foram analisados utilizando-se modelo teórico hierarquizado em três níveis: distal (características socioeconômicas e demográficas da mulher), intermediário (características reprodutivas, hábitos maternos e IMC), e nível proximal (características do companheiro). Realizou-se análise de regressão multivariada de Poisson.

Resultados: a prevalência de gravidez não planejada foi de 68,1% (IC95%= 66,8-69,4). A análise multivariada mostrou associação com cor/raça preta (RP=1,03; IC95%= 1,01-1,07), faixa etária da mãe até 19 anos (RP=1,09; IC95%= 1,06-1,12) e 20 a 24 anos (RP=1,04; IC95%= 1,01-1,07), não residir com o companheiro (RP=1,09; IC95%= 1,07-1,11), maior o número de pessoas no domicílio: 5 pessoas (RP= 1,10; IC95%= 1,08-1,13) e de 3 a 4 (RP=1,08; IC95%= 1,05-1,10), número de ≥ 4 filhos (RP=1,09; IC95%= 1,06-1,13) e 2 ou 3 filhos (RP=1,03; IC95%= 1,02-1,05), uso de álcool (RP=1,03; IC95%= 1,01-1,05), IMC pré-gestacional desnutrido (RP=1,03; IC95%= 1,01-1,06) e baixa escolaridade (5 a 8 anos) do companheiro (RP=1,03; IC95%= 1,01-1,07). O aborto prévio associou-se inversamente com gravidez planejada (RP=0,95; IC95%= 0,93-0,97).

Conclusões: foi elevada a prevalência de gravidez não planejada, e esteve associada a características socioeconômicas e demográficas que refletem a combinação de complexas desigualdades que impactam mulheres e seus parceiros.

Palavras-chave Gravidez não planejada, Planejamento reprodutivo, Saúde reprodutiva, Desigualdades



Introdução

A gravidez não planejada, indesejada, imprevista ou não intencional por um ou ambos parceiros é um indicador chave de saúde pública e é o principal problema global de saúde reprodutiva, acarretando significativos problemas de ordem física, econômica, social e psicoemocional¹⁻⁴ que impactam negativamente mulheres, parceiros e filhos envolvidos, tanto nos ciclos de vida atual quanto futuro.²

Estimativas globais, regionais e sub-regionais da gravidez não planejada, mostram que houve redução dessas estimativas entre 1995 a 2008³ e entre 1990-1994 a 2010-2014.⁴ Porém, permanecem as piores estimativas nos países em desenvolvimento, especialmente no continente africano.^{3,4} Em alguns casos até cresceram como nas sub-regiões da América do Sul e Caribe.^{3,4} Somente em 2008, foram estimadas 208 milhões de gestações, 185 milhões delas ocorreram em países em desenvolvimento e 11,3 milhões na América do Sul, sendo 63,0% delas não planejadas.³ Globalmente, 86 milhões foram não planejadas, das quais 33 milhões resultaram em nascimentos e 41 milhões em abortos realizados, sendo que a metade dos abortos ocorreram em situações inseguras e 98% destes realizados em países em desenvolvimento.^{3,4} Entre 2010 a 2014 houve cerca de 99,1 milhões de gestações não planejadas por ano, 23% delas resultaram em nascimentos não intencionais e 56% em abortos no período. Na América do Sul foram 72,0% das gestações não planejadas.⁴

A gravidez não planejada aumenta o risco de morbimortalidade materna e infantil. Mulheres com esse tipo de gestação tem maiores riscos de depressão, *stress*, suicídio, pior nutrição durante a gestação, instabilidade no relacionamento familiar, violência física e psicológica, retardo no início do pré-natal, maiores complicações obstétricas, aborto e morte relacionada ao aborto, principalmente sob condições inseguras e em países com restritivas leis de aborto.^{3,5,6,7} Crianças nascidas de gestações não planejadas têm piores indicadores perinatais e infantis, maiores riscos de morte infantil e até os cinco anos de idade, de problemas emocionais, cognitivos, depressão, ansiedade, maior evasão escolar, pior inserção no mercado de trabalho, envolvimento em delinquência social, comportamentos de risco como abuso de drogas lícitas e ilícitas.^{5,6} Já parceiros que enfrentam esse tipo de gravidez passam por maiores níveis de stress, sentimento de impotência e dificuldades financeiras no manejo da vida com a chegada do novo filho.⁷

Elevados percentuais de gravidez não planejada

permanecem mesmo sob a disponibilidade de métodos contraceptivos, ou por falha dos métodos, ou por baixo acesso a métodos mais modernos, desvantagens socioeconômicas, por violência sexual ou coerção nas relações conjugais.^{4,5,8,9} Em vários países, perfil comum de características maternas tem sido associado a gravidez não planejada, tais como: baixa escolaridade, menor renda, sem união conjugal, cor/raça preta ou parda, idade menor de 20 anos, maior número de filhos, hábitos e estilos de vida não saudáveis.^{7,9-14} No Brasil, poucos estudos de base populacional foram realizados demonstrando fatores associados à gravidez não planejada.^{8,12} Também, não foram desenvolvidos ainda estudos que revelem a influência conjunta das características socioeconômicas e demográficas da mulher e do companheiro no planejamento da atual gravidez em modelo teórico com dados de específicos contextos do país. Principalmente, entre as regiões mais empobrecidas do país como o nordeste brasileiro. Entre as cidades desta região, é mais elevada prevalência de gestações não planejadas e sua ocorrência depende ainda mais das condições materiais de vida e acesso às ações e serviços saúde locais.

Logo, este artigo analisou a prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste brasileiro.

Métodos

Trata-se de estudo transversal aninhado à coorte de nascimento hospitalar no município de São Luís, Maranhão (MA), Brasil. Esta coorte integra o projeto “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coorte de nascimento em duas cidades brasileiras” Brisa, realizada em São Luís-Maranhão e Ribeirão Preto - São Paulo. Nesta investigação foram incluídos somente os dados de São Luís, que no ano do censo demográfico 2010 do IBGE tinha 1.014.837 habitantes.¹⁵

Esta coorte foi realizada em 2010, incluiu nascimentos hospitalares ocorridos em serviços públicos e privados, que realizassem mais de cem partos por ano. O tamanho da amostra foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos em 2008, o qual representou 98% de todos os nascimentos na cidade, possibilitando amostra representativa da população. Para todos os nascimentos foi elaborada listagem diária por ordem de ocorrência do parto. A escolha da puérpera foi sistemática a cada três mulheres, com início casual sorteado em cada maternidade. O número inicial sorteado foi somado ao intervalo amostral, resultando em

amostra total de 5.451 nascimentos. Ocorreu perda de 4,6% decorrente da recusa da mãe e alta precoce. Após a exclusão dos partos gemelares, a amostra final foi de 5.110 nascimentos. Maiores informações sobre as características gerais e amostrais relacionadas a essa pesquisa podem ser obtidas em Silva *et al.*¹⁶

Considerou-se como variável dependente a gravidez não planejada (sim ou não) em resposta à pergunta: “a gravidez atual foi planejada?”. Esse tipo de gravidez foi considerada quando não houve decisão consciente da mulher ou casal. As categorias indesejadas e inoportunas foram agregadas à gravidez não planejada. Como covariáveis foram selecionadas: as variáveis demográficas - raça/cor da pele (branca, preta e parda), idade (em anos: ≤ 19 , 20 a 24, 25 a 29 e 30 a 48 anos), idade do companheiro (em anos: ≤ 19 , 20 a 24, 25 a 29 e ≥ 30 anos), residir com companheiro (sim/não); as variáveis socioeconômicas - escolaridade (em anos de estudo: 0 a 4,9 a 11 e ≥ 12 anos), classe econômica (A/B, C ou D/E), a qual foi definida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP),¹⁷ renda familiar em salários mínimos (< 1 , de 1 a 3, > 3 a 5 e > 5) residir com companheiro (sim/não) e residir com filhos (sim/não); variáveis da saúde reprodutiva da mulher - aborto prévio (sim/não); número de filhos (≤ 3 , ≥ 4 filhos), parto prematuro prévio (sim/não), natimorto prévio (sim/não); variáveis comportamentais - Tabagismo e uso de álcool, (sim/não); Índice de Massa Corpórea (IMC) pré-gestacional (desnutrida $< 18,5$, eutrófica: 18,5 a 24,9, sobrepeso: 25 a 29,9 e obesidade: ≥ 30).

A escolha das variáveis ocorreu baseada na literatura e para a análise dos fatores associados a gravidez não planejada foi utilizado modelo teórico hierarquizado em tres níveis: Bloco Distal, Intermediário e Proximal. O modelo teórico e as variáveis que foram incluídas em cada bloco foram descritas na Figura 1. O modelo teórico foi construído considerando a influência das variáveis no bloco seguinte.

Inicialmente, foram estimadas as frequências absolutas e percentuais. Verificou-se diferenças estatisticamente significantes na prevalência de gravidez não planejada segundo as covariáveis quando $\alpha < 0,05$. Em seguida realizou modelagem hierarquizada por meio de regressão de Poisson com variância robusta, a qual permitiu estimar Razão de Prevalência (RP) e Intervalos de Confiança à 95% (IC95%). A modelagem iniciou-se com as variáveis do primeiro nível (distal). Foram conservadas no modelo as variáveis com p -valor $\leq 0,10$ no nível

imediatamente anterior. Variáveis do nível proximal foram ajustadas para variáveis dos níveis intermediário e distal. A análise dos dados foi realizada no *software Stata*[®], versão 13.0.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da UFMA por meio do parecer substanciado nº 223/2009 e registro no CEP 350/08 e processo 4771/2008-30. Após esclarecimentos de riscos e benefícios da pesquisa, as gestantes foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

Resultados

Entre as 5.110 puérperas a prevalência de gravidez não planejada foi de 68,1% (IC 95%: 66,8-69,4). A maioria (32,0%) eram jovens de 20 a 24 anos, de cor/raça parda (69%), pertencia à classe C (53,8%), com 9 a 11 anos de estudo (58,0%), residiam com o companheiro (80,5%) e tinham renda familiar mensal de até 3 salários mínimos (57,8%). A aglomeração no domicílio de 3 a 4 pessoas foi de 43,7%. A maioria (56,2%) referiu a escolaridade do companheiro de 9 a 11 anos de estudo com idade de mais de 30 anos (63,2%). Dentre as que não planejaram a gravidez, 78,3% estavam na faixa de menor de 19 anos de idade, 73,9% referiram raça/cor preta, 84,1% não moravam com o companheiro, 74,0% possuíam 5 a 8 anos de estudo, 70,7% possuíam renda familiar de menos de 1 salário mínimo, 72,6% pertenciam à classe econômica D e E, 75,7% referiram número de pessoas no domicílio de mais de cinco pessoas, 78,2% possuíam companheiro com idade até de 19 anos e 74,0% escolaridade de 5 a 8 anos (Tabela 1).

Entre as características gestacionais, 49,8% das mulheres tiveram um filho, 14,8% tiveram parto prematuro prévio, 3,6% tiveram natimorto prévio, 21,7% tiveram aborto prévio. Quanto aos hábitos de vida, 9,6% fumavam e 14,6% usavam álcool. O IMC prévio das mulheres mostrou que 45,7% eram eutróficas e 32,3% obesas. Das que não planejaram a gravidez, 75,0% tinham o hábito do fumo, 76,0% referiram uso de álcool, 78,0% possuíam 4 ou mais filhos, 61,7% tiveram aborto prévio, 66,1% tiveram parto prévio com feto natimorto, 74,2% parto prematuro prévio e 74% foram classificadas com IMC pré-gestacional desnutrido (Tabela 2).

A análise multivariada hierarquizada mostrou associação da gravidez não planejada com cor/raça preta (RP=1,03; IC95%=1,01-1,07), faixa etária da mãe até 19 anos (RP=1,09; IC95%=1,06-1,12) e 20 a 24 anos (RP=1,04; IC95%=1,01-1,07), não residir com o companheiro (RP=1,09; IC95%=1,07-1,11).

Quanto maior o número de pessoas no domicílio, maior associação, mais de 5 pessoas (RP=1,10; IC95%=1,08-1,13) e de 3 a 4 (RP=1,08; IC95%=1,05-1,10), em nível distal. A classe econômica por índice de bens, a renda e a idade do companheiro não se associaram. Em nível intermediário, ≥4 filhos (RP=1,09; IC95%=1,06-1,13), 2 ou 3 filhos (RP=1,03; IC95%=1,02-1,05). O aborto prévio associou-se inversamente à gravidez não planejada. Não se associaram com o desfecho: hábito do fumo, parto prematuro prévio, natimorto prévio. Em nível proximal, apenas a escolaridade do companheiro de 5 a 8 anos esteve associada (RP=1,03; IC95%= 1,01-1,07) (Tabela 3).

Evidenciou-se um conjunto de características associadas a esse desfecho, tais como cor/raça preta, faixa etária mais jovem da mãe, não residir com o companheiro, maior o número de pessoas no domicílio, maior número de filhos prévios, uso de álcool, IMC pré-gestacional na categoria desnutrido e escolaridade de 5 a 8 anos do companheiro. Semelhante as pesquisas realizadas em outros países e regiões do Brasil, esses achados indicaram que a ocorrência da gravidez não planejada é reflexo da combinação de complexas desigualdades socioeconômicas e de saúde que impactam mulheres e seus parceiros. Porém, observou-se que a prevalência e os fatores associados ao desfecho investigado na Capital em estudo mostram que esse fenômeno se apresenta de forma ainda mais intensa e associado as condições de vida e acesso à saúde nesse estado. Logo, oferece importantes subsídios para o desenho de intervenções de saúde pública reprodutiva e de assistência clínica às mulheres e parceiros em idade fértil.

Discussão

Os resultados desse estudo apontaram elevada prevalência de gravidez não planejada entre puérperas que participaram desse estudo transversal aninhado à coorte de nascimento hospitalar.

Figura 1

Modelo teórico hierarquizado.

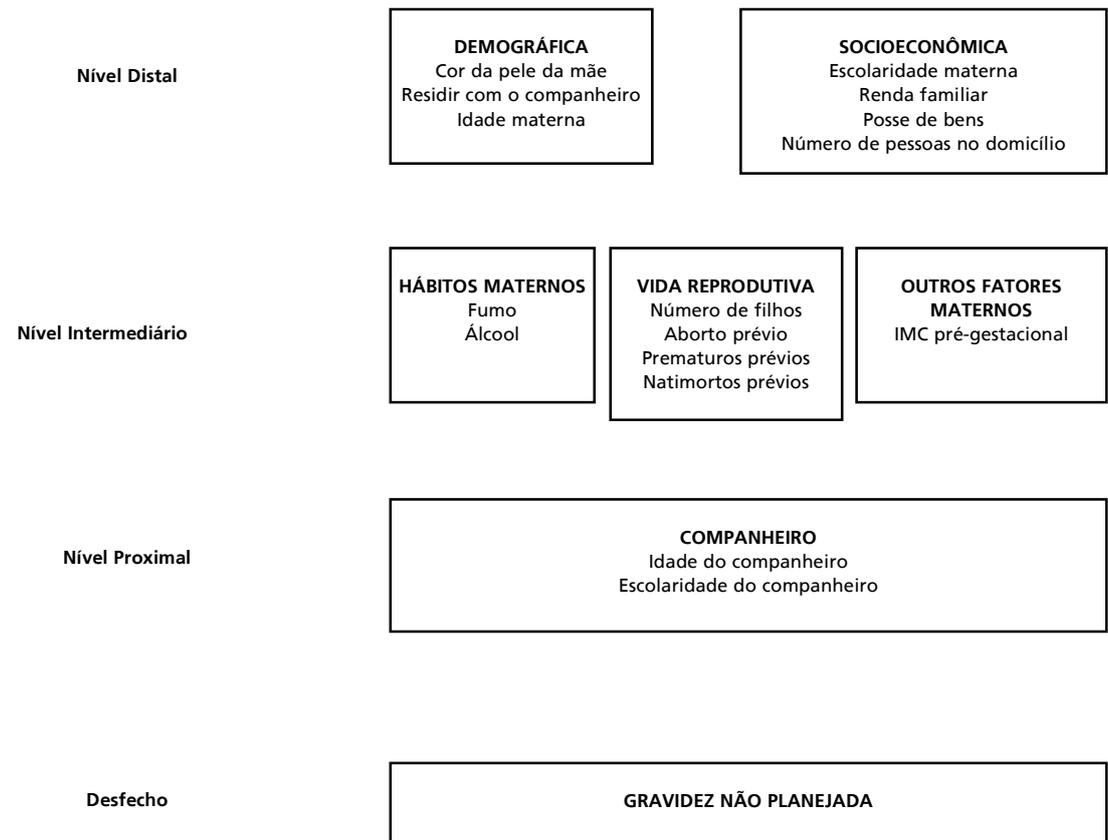


Tabela 1

Características socioeconômicas e demográficas das puérperas segundo a condição de planejamento da gravidez. São Luís - MA, Brasil, 2010.

	Gravidez planejada				Total geral		p [#]
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
Total	1.630	31,9	3.480	68,1	5.110	100,0	
Cor de pele*							0,001
Branca	337	36,1	597	63,9	934	18,0	
Parda	1.118	31,9	2.391	68,1	3.509	69,0	
Preta	171	26,1	484	73,9	655	13,0	
Faixa etária (anos)							0,001
Até 19	201	21,1	750	78,9	951	19,0	
20 - 24	488	29,8	1.147	70,2	1.635	32,0	
25 - 29	460	34,4	878	65,6	1.338	26,0	
30 ou mais	479	40,7	699	59,3	1.178	23,0	
Mora com companheiro							0,001
Sim	1.470	35,8	2.637	64,2	4.107	80,5	
Não	158	15,9	837	84,1	995	19,5	
Escolaridade (anos)*							0,001
12 ou mais	337	44,1	427	55,9	764	15,0	
9 - 11	926	31,4	2.026	68,6	2.952	58,0	
5 - 8	295	26,0	843	74,0	1.138	22,0	
0 - 4	66	28,2	168	71,8	234	5,0	
Renda (salário mínimo)**							0,001
>5	316	42,8	423	57,2	739	17,6	
Mais de 3 - 5	129	29,3	311	70,7	440	10,5	
1 - 3	729	30,7	1.645	69,3	2.374	57,8	
<1	209	33,1	421	66,9	630	15,1	
Classe econômica*							0,001
A/B	392	42,7	526	57,3	918	19,2	
C	812	31,5	1.769	68,5	2.581	53,8	
D/E	355	27,4	943	72,6	1.298	27,0	
Pessoas no domicílio							0,001
1 - 2 pessoas	554	43,4	723	56,6	1.277	25,0	
3 - 4 pessoas	686	30,8	1.542	69,2	2.228	43,7	
>5 pessoas	388	24,3	1.209	75,7	1.597	31,3	
Idade do companheiro (anos)							0,003
Até 19	22	21,8	79	78,2	101	2,0	
20 -24	247	31,3	542	68,7	789	15,4	
25 - 29	358	36,2	632	63,8	990	19,4	
30 ou mais	1.001	31,0	2.221	69,0	3.222	63,2	
Escolaridade do companheiro* (anos)							0,001
12 ou mais	312	43,5	405	56,5	717	15,4	
9 - 11	886	33,8	1.738	66,2	2.624	56,2	
5 - 8	245	26,0	698	74,0	943	20,2	
0 - 4	101	26,3	283	73,7	384	8,2	

Teste de qui-quadrado de Pearson; *excetuando-se ignorados, **Salário Mínimo R\$ 510,00.

Tabela 2

Características reprodutivas, hábitos de vida e IMC pré-gestacional das puérperas segundo a condição de planejamento da gravidez. São Luís, MA Brasil. 2010.

	Gravidez planejada				Total geral		p#
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
Hábito de fumar							0,001
Não	1.506	32,6	3.106	67,4	4.612	90,4	
Sim	122	25,0	366	75,0	488	9,6	
Hábito álcool							0,001
Não	1.450	33,3	2.909	66,7	4.359	85,4	
Sim	178	24,0	565	76,0	743	14,6	
Número de filhos*							0,001
Primeiro	865	34,3	1.659	65,7	2.524	49,8	
2 ou 3	656	30,5	1.498	69,5	2.154	42,5	
4 ou mais	85	22,0	302	78,0	387	7,7	
Aborto prévio							0,001
Não	1.204	30,0	2.791	70,0	3.995	78,3	
Sim	424	38,3	683	61,7	1.107	21,7	
Natimorto prévio							0,533
Não	1.556	31,8	3.353	68,2	4.919	96,4	
Sim	62	33,9	121	66,1	183	3,6	
Parto prematuro prévio*							0,859
Não	1.362	31,9	2.949	68,1	4.331	85,2	
Sim	241	31,9	514	68,1	755	14,8	
IMC pré-gestacional							0,001
Desnutrido	128	25,8	369	74,2	497	9,7	
Eutrófico	802	34,4	1.531	65,2	2.333	45,7	
Sobrepeso	243	38,7	385	61,3	628	12,3	
Obeso	455	27,7	1.189	72,3	1.644	32,3	

#Teste de qui-quadrado de Pearson; *excetuando-se ignorados.

Tabela 3

Análise multivariada hierarquizada de fatores associados à gravidez não planejada de puérperas. São Luís - MA, Brasil, 2010.

	Gravidez planejada		RP	IC95%	p#
	N	%			
<i>Nível Distal</i>					
Cor da pele##					0,001
Branca	587	63,9	Ref.		
Preta	494	73,9	1,03	1,01 – 1,07	
Parda	2.391	68,1	0,99	0,97 – 1,01	
Idade (anos)##					<0,001
30 ou mais	699	59,3	Ref.		
25 - 29	874	65,6	1,02	0,99 – 1,04	
20 - 24	1.147	70,2	1,04	1,01 – 1,07	
Até 19	750	78,8	1,09	1,06 - 1,12	
Mora com companheiro					<0,001
Sim	2.637	64,2	Ref.		
Não	837	84,1	1,09	1,07 – 1,11	

#Teste de qui-quadrado de Pearson; ##excetuando-se ignorados, * Salário Mínimo R\$ 510,00.

continua

Tabela 3

continuação

Análise multivariada hierarquizada de fatores associados à gravidez não planejada de puérperas. São Luís - MA, Brasil, 2010.

	Gravidez planejada		RP	IC95%	p#
	N	%			
<i>Nível Distal</i>					
Escolaridade em anos##					0,770
12 ou mais	427	55,9	Ref.		
9 - 11	2.026	68,6	1,01	0,98-1,04	
5 - 8	843	74,6	1,01	0,98-1,05	
0 - 4	168	71,8	1,01	0,96-1,07	
Renda em salários mínimos*##					0,373
5 ou mais	423	57,2	Ref.		
>3 - 5	311	70,7	1,02	0,98-1,05	
1 - 3	1.645	69,3	1,02	0,98-1,05	
<1	421	66,9	1,00	0,95-1,04	
Classe por posse de bens##					0,075
A/B	526	57,3	Ref.		
C	1.769	68,5	1,02	0,99-1,05	
D/E	943	72,6	1,04	1,01-1,08	
Pessoas no domicílio##					<0,001
1 - 2 pessoas	723	56,6	Ref.		
3 - 4 pessoas	1.522	69,2	1,08	1,05-1,10	
Mais de 5 pessoas	1.209	75,7	1,10	1,08-1,13	
<i>Nível Intermediário</i>					
Hábito fumo					0,148
Não	3.106	67,4	Ref.		
Sim	366	78,0	1,01	0,99-1,04	
Hábito álcool					0,005
Não	2.909	66,7	Ref.		
Sim	565	76,0	1,03	1,01-1,05	
Número de filhos##					<0,001
Primeiro	1.559	65,7	Ref.		
2 ou 3	1.498	69,5	1,03	1,02-1,05	
4 ou mais	302	78,0	1,09	1,06-1,13	
Aborto prévio					<0,001
Não	2.791	70,0	Ref.		
Sim	683	61,7	0,95	0,93-0,97	
Parto prematuro prévio##					0,555
Não	2.949	68,1	Ref.		
Sim	514	68,1	0,99	0,97-1,01	
Natimorto prévio##					0,656
Não	121	66,1	Ref.		
Sim	3.353	68,2	0,99	0,94-1,03	
IMC pré-gestacional					0,033
Eutrófico	1.531	65,6	Ref.		
Desnutrido	369	74,2	1,03	1,01-1,06	
Sobrepeso	385	61,3	0,98	0,96-1,01	
Obesidade	1.189	72,3	1,00	0,99-1,02	

continua

#Teste de qui-quadrado de Pearson; ##excetuando-se ignorados, * Salário Mínimo R\$ 510,00.

Tabela 3

conclusão

Análise multivariada hierarquizada de fatores associados à gravidez não planejada de puérperas. São Luís - MA, Brasil, 2010.

	Gravidez planejada		RP	IC95%	p#
	N	%			
<i>Nível Proximal</i>					
Idade do companheiro (em anos)					0,185
30 ou mais	2.221	69,0	Ref.		
25 - 29	632	63,8	0,99	0,96-1,01	
20 - 24	542	68,7	0,99	0,97-1,02	
Até 19	79	78,2	1,04	0,99-1,10	
Escolaridade do companheiro (em anos)					0,045
12 ou mais	405	56,5	Ref.		
9 - 11	1.738	66,2	1,01	0,99-1,04	
5 - 8	698	74,0	1,03	1,01-1,07	
0 - 4	283	73,7	0,99	0,95-1,03	

#Teste de qui-quadrado de Pearson; ##excetuando-se ignorados, * Salário Mínimo R\$ 510,00.

Gestações não planejadas são amplamente reconhecidas como causa e consequência de desigualdades socioeconômicas e de saúde e são usadas como indicador no monitoramento do impacto e efetividade de programas de planejamento familiar. Nos EUA, os custos econômicos de gestações imprevistas são estimados entre 9,6 a 12,6 bilhões US\$ anuais, com custo médio de 9 mil US\$ por mulher. Ações para reduzir a prevalência dessas gestações poderiam produzir economias de cerca de 5,6 bilhões ao ano.²

No mundo, não são frequentes os estudos sobre o *status* de planejamento da gestação entre mulheres que a conduziram até o nascimento como no presente estudo. Contudo, em projeções e pesquisas em que a pergunta sobre o *status* do planejamento da gravidez foi realizada em diferentes momentos da vida das mulheres têm sido observadas redução da prevalência e taxa de gestações não planejadas em vários países. Porém, ainda permanecem elevadas, principalmente em países em desenvolvimento. Entre 1990-1994 (59,0%; IC90%= 55-64) a 2010-2014 (69,0%; IC90%= 64-76) a América Latina foi a única região na qual a prevalência de nascimento decorrentes de gestações não intencionais aumentou substancialmente,⁴ e Caribe e a América do Sul foram as sub-regiões do mundo que apresentaram os menores declínios dessa taxa por 1000 mulheres entre 15-44 anos, permanecendo nesse mesmo período com a primeira e quarta maior taxa, respectivamente. Quando analisadas de modo agregada entre 1995 e 2008, América Latina e Caribe permaneceram com as maiores prevalências e taxas de gestação não planejadas do mundo.³

Diferentes pesquisas encontraram prevalência semelhante à observada nesta análise. No Brasil, inquérito realizado entre 2011-2012, identificou 55,4% de gravidez não planejada.⁸ No município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul 65%,¹² um estudo multicêntrico no Equador 62,7%,¹⁸ uma coorte de gestantes com HIV+ na África do Sul (72%).⁷ Porém, a prevalência do nosso estudo foi mais elevada do que a estimada em alguns estados americanos (39,7%) e em inquérito realizado na Austrália (23,8%; IC95%= 22,0-25,6),¹⁴ Nigéria (27,7%; IC95%= 26,1-29,3),¹⁹ Grã-Bretanha (16,2%; IC95%= 13,1-19,9),¹³ França (33,3%), Espanha (40%)¹³ e EUA (16,0%; IC95%= 9,0-25,0).¹³

Em relação as observadas na Capital fonte dos dados em estudo, tais diferenças nas prevalências se devem a fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde individuais e contextuais. Serviços de contracepção e aborto que são facilmente disponíveis, melhor estruturados e financeiramente subsidiados pelos governos de países desenvolvidos, podem ter reduzido a taxa e a prevalência de gestações não intencionais nesses locais. Estudo indica que no grupo de países onde o aborto é totalmente proibido por lei ou permitido apenas para salvar vida da mulher, 48% (IC90%= 45-54) das gestações imprevistas terminaram em aborto em 2010-2014. Esta proporção foi substancialmente maior, 69% (IC95%=62-74), em países onde o aborto é permitido a pedido.⁴ Programas de planejamento familiar aumentaram a prevalência do uso de contraceptivos em países independente do seu estágio de desenvolvimento. A proporção de mulheres casadas que usam método contraceptivo

(moderno ou tradicional) nos países em desenvolvimento aumentou 8% (54% para 62%), entre 1990 e 2014 (com a maior parte do aumento ocorrendo na primeira década deste período de 25 anos de estudo). Além disso, entre as usuárias de método anticoncepcional, aumentou a proporção das que usam métodos modernos em vez de métodos tradicionais.⁴ No entanto, o declínio na taxa de gravidez indesejada em regiões em desenvolvimento ainda estar distante do desejado e do observado em países desenvolvidos, em parte devido ao desigual acesso e uso de contraceptivos, especialmente os modernos. Estimativas mundiais indicam que se todas as mulheres não usuárias e todas aquelas que usam métodos tradicionais comessem usar métodos modernos, cerca de 54 milhões de gestações não planejadas seriam evitadas anualmente, incluindo 22 milhões de nascimentos não intencionais e 25 milhões de abortos.³ A alta prevalência verificada nesta pesquisa é preocupante, já que se trata de município com marcadas desigualdades socioeconômicas e onde a mortalidade materna ainda é elevada, apresentando 107,15 óbitos por mil nascidos vivos no ano de 2013,²² e a gravidez não planejada tende a expor mulher à várias situações de risco obstétrico.

Nossos achados são consistentes com outros estudos que indicaram que as gestações não planejadas são mais elevadas e têm mais chances de ocorrer entre mulheres adolescentes e mais jovens, com maior número de filhos prévios, solteiras, de pior posição socioeconômica e com comportamentos deletérios à saúde, tais como uso de álcool.^{7,14,19} Contudo, este estudo adicionou ao debate o fato desses determinantes se estruturarem em modelo teórico hierarquizado, incorporando a influência de variáveis paternas na ocorrência do desfecho. Os resultados indicaram em cada nível à disposição das variáveis associadas. Em nível proximal, mulheres de cor/raça preta, adolescente e mais jovens, que não residem com o companheiro, apresentaram maior número de pessoas residindo no domicílio. Em nível intermediário, as que faziam uso de álcool, possuíam maior número de filhos, *status* de desnutrição antes da gravidez. Em nível proximal, apenas a baixa escolaridade do companheiro aumentou a chance de não planejar a gravidez. Não influenciaram o planejamento da gravidez a idade do parceiro. Todavia, no nível intermediário o aborto prévio aumentou a chance de planejar a gestação atual. Por um lado, é possível que o aborto prévio favoreça a consciência de mulheres sobre a necessidade do controle da fertilidade e planejamento sexual futuro. Esse achado foi semelhante ao observado no Sul do

Brasil.⁸ Por outro, é possível que mulheres que ainda não abortaram estejam em gestações iniciais não planejadas, enquanto as que abortaram persistem sem controle das suas altas fecundidade, porém em menor volume. Indicando forte associação com características contextuais com a manutenção da gestação imprevista. Estudos realizados em outros países apontam associação da gestação atual não planejada com 3 a 5 abortos prévios.⁷

Vários estudos^{10,12,21} confirmam o achado de que mulheres pretas tem maiores chances de gravidez não intencional, fato que sugere desigualdade de acesso dessas mulheres no pleno exercício do direito reprodutivo. A escolaridade materna não se associou, assim como em estudo realizado no Rio Grande do Sul¹² e na Bahia.²² Porém, outros estudos encontraram associação positiva com baixa escolaridade materna.^{7,11,14,19}

Mulheres que iniciam a maternidade na adolescência tendem a ter maior número de filhos durante a vida reprodutiva, sendo em sua maioria, a primeira gestação não planejada. As que possuem menor idade tem mais chance de uma gravidez não planejada por dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos e por falta de educação sexual, principalmente na adolescência. Há, portanto, necessidade de implantar ações diferenciadas e efetivas de planejamento reprodutivo para este grupo, já que no Brasil, as ações estão centradas mais na mulher adulta.

Observou-se que mulheres que não residem com o companheiro tem mais chance de gravidez não planejada, sugerindo a necessidade de estrutura familiar como condição para planejamento da gravidez.¹² Estudo prévio verificou que eventualidade nas relações sexuais que ocorrem normalmente em relacionamentos instáveis, levam ao não uso de métodos contraceptivos e consequentemente à gravidez não planejada.¹³ Em relação ao domicílio, quanto maior o número de pessoas, maior a chance de gravidez não planejada, resultado em conformidade com estudo do sul do Brasil,¹² o que sugere que desigualdades estruturais, socioculturais, pobreza e a falta de planejamento para definição do tamanho das famílias justificaria as gestações continuarem não sendo planejadas. O IMC pré-gestacional na categoria desnutrida aumentou a chance de ocorrência de gravidez não planejada, já evidenciada em outro estudo.⁸ Também o uso de álcool está bem definido na literatura como fator de maior vulnerabilidade para gravidez não planejada. Estudos demonstram^{7,23} que mulheres que não planejam a gravidez consomem mais álcool que as que planejam. Esse conjunto de associações são preocupantes, pois

mulheres que tem mais filhos frequentam mais os serviços de saúde, oferecendo maiores oportunidades para que os profissionais forneçam orientações sobre contracepção, modificação de comportamentos deletérios à saúde e alimentação segura, o que pode indicar a fragilidade assistencial contraceptiva ofertada as mulheres avaliadas.

Evidenciou-se associação de gravidez não planejada com a escolaridade do companheiro na faixa de 5 a 8 anos de estudo. Ao investigar a paternidade entre jovens, estudo em Pelotas-RS encontrou resultado semelhante, sendo maior na faixa de 0 a 4 anos de estudo.²⁴ Esta associação sugere que mulheres podem ter mais dificuldades de negociar com os seus parceiros o uso de métodos contraceptivos, ou potencializar as dificuldades das mulheres de acessar e usar métodos e informações sobre saúde reprodutiva. Apesar desses resultados convém indicar algumas das suas limitações. Estudos transversais aferem simultaneamente fatores de risco, de proteção e o desfecho. Logo isso pode fragilizar a compreensão da direção de algumas associações. Entretanto, o uso do modelo teórico nessa análise indica a direção da associação esperada. A natural ambivalência durante a gestação e após o parto com o desejo da gestação, e os sentimentos e reações com a presença do recém-nascido podem ter alterado a classificação de gravidez, e atenuado ou aumentado a prevalência da condição de gravidez não planejada. A estimativa do desfecho foi obtida por meio de questão dicotômica. A gravidez não planejada é em termos conceituais e práticos um constructo complexo. Não há único termo que capture os nuances do que ela significa.¹³ Já há o reconhecimento de que métodos mais avançados e adequados permitem melhor capturar e refinar a complexidade do *status* de planejamento da gravidez, tais como trata o *status* do planejamento como continuum e usar medidas multi-item para sua classificação.¹³ A base de dados utilizada nesta pesquisa não incluía informações sobre comportamentos sexuais e local urbano-rural de moradia, o que em parte limitou o controle por esses fatores nas análises realizadas. Porém, essas limitações não reduzem a relevância dos achados, pois ao contrário da maioria das pesquisas que são baseadas em estudos retrospectivos, em que a informação sobre o planejamento da gravidez é obtida em período bem posterior a gravidez e nascimento, os dados nessa pesquisa foram obtidos em puérperas participantes de uma coorte de nascimento de estudo de base populacional. Além disso, foi utilizado modelo teórico para definir a estrutura de relação entre as covariáveis e o desfecho de estudo, incorporando-se na análise a influência simultânea das características

maternas e paternas. A ausência de modelo teórico para análise dessas relações tem sido uma das limitações mais importante apontadas.⁹

Este estudo identificou que a gravidez não planejada ainda é substancialmente elevada e esteve associada a características socioeconômicas, demográficas e comportamentais que refletem a combinação de complexas desigualdades que impactam mulheres e seus parceiros. Demonstra que populações de puérperas mais vulneráveis, mais jovens, residentes em domicílios mais precários, com famílias mais extensas são as mais acometidas por gestações não planejadas. Sugerindo que a superação dessas desigualdades representa importante forma de reduzir a prevalência do desfecho em estudo.

Desse modo, serviços de saúde sexual e reprodutiva são necessários para ajudar mulheres e seus parceiros a evitar a gravidez imprevista, e assegurar desfechos mais saudáveis para aquelas que viveriam essas gestações até o nascimento dos seus filhos. Os resultados indicaram necessidade de melhorar a qualidade do planejamento reprodutivo, por meio da integralidade das ações na rede de saúde, garantia de acesso a informações e métodos contraceptivos modernos, estimular a adesão a comportamentos mais saudáveis à saúde, fortalecer a agência das mulheres sobre o controle de sua fertilidade, implementação de adequada assistência na atenção primária para homens, mulheres e adolescentes, a fim de favorecer o pleno exercício dos direitos reprodutivos e sexuais e reduzir nos vários ciclos de vida os riscos e danos associados as gestações imprevistas que afetam mulheres, parceiros e filhos.

Agradecimentos

Agradecemos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - Código do financiamento 001, Brasil) e a Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

Contribuição dos autores

Costa ACM e Alves MTSSB participaram igualmente da concepção do estudo, análise dos dados, interpretação dos resultados, redação do manuscrito. Oliveira BLCA participou da discussão dos resultados, redação e revisão crítica do trabalho. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Wichmann, M. R. The influence of reproductive information quality on the probability of unplanned and unwanted pregnancies in Brazil. *J Bras Econ Saúde*. 2019; 11 (1): 3-9.
2. Monea E, Thomas A. Unintended Pregnancy and Taxpayer Spending. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011; 43 (2): 88-93.
3. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes. *Stud Fam Plann*. 2010; 41 (4): 241-50.
4. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. 2018; *Lancet Global Health*. 6: e380-89
5. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article. *Iran J Public Health*. 2015; 44 (1): 12-21.
6. Herd P, Higgins J, Sicinski K, Merkurieva I. The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life. *Am J Public Health*. 2016; 106 (3): 421-9.
7. Adeniyi OV, Ajayi, AI, Moyaki MG, Goon DT, Avramovic G, Lambert J. High rate of unplanned pregnancy in the context of integrated family planning and HIV care services in South Africa. 2018; 18: 140-7.
8. Brandão ER, Cabral CS. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (2): e00211216.
9. Macleod CI. Public reproductive health and 'unintended' pregnancies: introducing the construct 'supportability'. *J Public Health*. 2015; 38 (3): 84-91.
10. Foster DG, Raifman SE, Gipson JD, Rocca CH, Biggs MA. Effects of Carrying an Unwanted Pregnancy to Term on Women's Existing Children. *J Pediatrics*. 2019; 205 (2): 183-9.
11. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17: 44.
12. Prietsch SOM, Gonzalez-Chica DA, Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (10): 1906-16.
13. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, Copas AJ, Erens B, Gibson LJ, Macdowall W, Sonnenberg P, Phelps A, Johnson AM. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013; 382: 1807-16.
14. Rowe H, Holton S, Kirkman M, Bayly C, Jordan L, McNamee K, McBain J, Sinnott V, Fisher. Prevalence and distribution of unintended pregnancy: the Understanding Fertility Management in Australia National Survey. *Int J Sex Health*. 2014; 26: 100-12.
15. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultados do universo. Rio de Janeiro; 2011.
16. Silva AAM, Batista RFL, Simões VMF, Thomaz EBAF, Ribeiro CCC, Lamy Filho F, Lamy ZC, Alves MTSSB, Loureiro FHF, Cardoso VC, Bettiol H, Barbieri MA. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31: 1437-50.
17. ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Critério de Classificação Econômica Brasil. [acesso 12 abr 2018]. Disponível em: <http://www.abep.org>
18. Goicolea I, San Sebastian M. Unintended pregnancy in the amazon basin of Ecuador: a multilevel analysis. *Int J Equity Health*. 2010; 9: 14.
19. Sedgh G, Bankole B. Unwanted Pregnancy and Associated Factors Among Nigerian Women. *Int Family Plann Perspect*. 2006; 32 (4): 175-84.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Data SUS. Indicadores e dados básicos. 2013. [acesso 30 mar 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/f08.def>
21. Goodman M, Onwumere O, Milam L, Peipert JF. Reducing health disparities by removing cost, access, and knowledge barriers. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216: 382.e1-5.
22. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, Nascimento ER, Almeida MS. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 (3): 415-22.
23. Massaro LTS, Abdalla RR, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Madruga CS. Alcohol misuse among women in Brazil: recent trends and associations with unprotected sex, early pregnancy, and abortion. *Braz J Psychiatry*. 2019; 41 (2): 131-7.
24. Gigante DP. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (supl. 2): 42-50.

Recebido em 17 de Maio de 2019

Versão final apresentada em 24 de Novembro de 2020

Aprovado em 19 de Fevereiro de 2021