



Preparo pré-concepcional entre mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez

Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women

Preparación pre concepcional entre mujeres brasileñas y la relación con la planificación del embarazo

Ana Luiza Vilela Borges¹, Osmara Alves dos Santos², Natália de Castro Nascimento², Christiane Borges do Nascimento Chofakian², Flávia Azevedo Gomes-Sponholz³

Como citar este artigo:

Borges ALV, Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):208-215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005>

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to assess preconception health behaviors among Brazilian women, and analyze the effect of pregnancy planning status in carrying out preconception measures. **Method:** This is a cross-sectional quantitative study conducted with 807 women, of whom 649 had a planned or ambivalent pregnancy. Preconception health behaviors were assessed by the Brazilian version of the London Measure of Unplanned Pregnancy. **Results:** Preconception health behaviors were performed by only 15.9% of women. Among those who planned their pregnancy, less than half completed a health measure (47.0%); the most common was seeking medical assistance and improving the diet. Multiple logistic regression analysis showed a strong association between the preconception health behaviors and a planned pregnancy (adjusted OR = 16.77; 95% CI: 9.47-29.81). Age over 30 years, paid work, and the time interval between menarche and first sexual intercourse were also associated with completing preconception measures. **Conclusion:** The low frequency of preconception health measures, even among women who planned their pregnancy, indicates the urgency of including preconception care on the agenda of public health policies in Brazil.

DESCRIPTORS

Preconception Care; Pregnancy; Sexual and Reproductive Health; Maternal-Child Nursing.

Autor correspondente:

Ana Luiza Vilela Borges
Departamento de Enfermagem
em Saúde Coletiva/EEUSP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
alvilela@usp.br

Recebido: 24/08/2015
Aprovado: 27/12/2015

INTRODUÇÃO

O período que antecede a concepção é crucial para o desenvolvimento de uma gravidez saudável e, por esta razão, em âmbito global são propostas ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos a serem implementadas antes que a concepção ocorra. Estas ações consistem no cuidado pré-concepcional, que é definido como “a prestação de intervenções biomédicas, comportamentais e sociais de saúde no período antes da concepção, cujo objetivo é melhorar o estado de saúde e reduzir comportamentos e fatores que contribuem para maus resultados de saúde materna e infantil”⁽¹⁾ e incluem, dentre outros, a promoção de alimentação e nutrição adequadas, a promoção de ambiente seguro, a prevenção e o controle de doenças, o aconselhamento genético, a promoção de saúde mental, a identificação de condições precárias de vida e de violência interpessoal, a prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas, a prevenção de gravidezes sucessivas e o tratamento da infertilidade⁽¹⁾.

Apesar da importância do preparo pré-concepcional para a promoção da saúde materna e infantil⁽¹⁾, estudos apontam que ainda é pouco realizado⁽²⁻⁵⁾, principalmente por sua estreita relação com o planejamento da gravidez. Mulheres que planejam a gravidez são mais propensas a realizar o preparo pré-concepcional⁽⁶⁻⁸⁾, embora nem todas que planejam sua gravidez tomem qualquer medida para se preparar para a gravidez^(2-4,9). Outros aspectos estruturais podem determinar a não realização do preparo pré-concepcional, como a organização dos serviços de saúde⁽¹⁰⁾ e o desconhecimento dos profissionais de saúde⁽⁵⁾ e das próprias mulheres⁽¹¹⁻¹²⁾ sobre sua importância. Do ponto de vista individual, a escolaridade, o estado conjugal e a experiência reprodutiva são também elementos determinantes na realização do preparo pré-concepcional⁽⁹⁾.

A maior parte dos estudos conduzidos sobre a realização do preparo pré-concepcional foi realizada em países com altas proporções de gestação planejada e de adequação da oferta de serviços pré-concepcionais^(2-4,9). Pouco se sabe sobre sua prevalência em países como o Brasil, em que a proporção de gestações planejadas ainda é baixa⁽¹³⁾ e que a oferta deste serviço é incipiente. Assim, nossos objetivos foram mensurar a proporção de mulheres que realizou o preparo pré-concepcional; descrever as medidas adotadas como preparo pré-concepcional; e, por fim, analisar o efeito do planejamento da gravidez e demais características sociodemográficas na realização do preparo pré-concepcional. Partimos da hipótese que o planejamento da gravidez é o principal determinante do preparo pré-concepcional, mas também que outras características sociodemográficas contribuem para sua ocorrência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, conduzido por meio de *data pooling* a partir dos dados provenientes de três estudos realizados no município São Paulo, Brasil. O primeiro estudo é do tipo quantitativo transversal, cuja população foi constituída por 511 mulheres grávidas de qualquer idade gestacional, usuárias de 12 Unidades Básicas

de Saúde de uma Supervisão Técnica de Saúde no ano de 2013⁽¹⁴⁾. O segundo estudo é do tipo quantitativo longitudinal, cuja população foi composta por 170 mulheres hospitalizadas por abortamento em uma maternidade pública, entre maio e dezembro de 2011⁽¹⁵⁾, tendo os dados aqui usados sido coletados durante a hospitalização. O terceiro estudo é do tipo quantitativo transversal, realizado com 126 adolescentes de 13 a 19 anos, também em uma maternidade pública, de janeiro a junho de 2012, durante a atenção ao pré-natal, parto e pós-parto⁽¹⁶⁾.

Para a estimativa da proporção de mulheres que realizou o preparo pré-concepcional, foram consideradas todas as mulheres dos três estudos (n=807). Para descrever as medidas adotadas como preparo pré-concepcional e analisar o efeito do planejamento da gravidez na realização do preparo pré-concepcional, foram excluídas todas as mulheres com gravidez não planejada (n=158), pois não se esperam quaisquer medidas de preparo pré-concepcional entre mulheres que não planejam sua gravidez, o que, de fato, foi verificado (nenhuma mulher com gravidez não planejada referiu ter tomado qualquer medida como preparo pré-concepcional). Dessa forma, foram consideradas 649 mulheres com gravidez planejada (n=219) ou ambivalente (n=430). A classificação da gravidez por tipo de planejamento segundo o local do estudo foi: estudo 1, com 28,7% de mulheres com gravidez planejada, 52,6% com gravidez ambivalente e 18,7% com gravidez não planejada; estudo 2, com 29,4% de mulheres com gravidez planejada, 48,2% com gravidez ambivalente e 22,4% com gravidez não planejada; e, por fim, estudo 3, com 18,3% de mulheres com gravidez planejada, 62,7% com gravidez ambivalente e 19,0% com gravidez não planejada.

O tipo de planejamento da gravidez, ou seja, planejada, ambivalente e não planejada, foi classificado de acordo com o instrumento para mensuração do planejamento da gravidez *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), versão Brasil⁽¹⁷⁾, usado de forma padronizada nos três estudos.

O LMUP é um instrumento curto e autoaplicável, constituído por seis itens que compõem o domínio planejamento da gravidez. Esses itens estão agrupados em três aspectos: a intencionalidade, formada pelo desejo de se tornar mãe e a intenção expressa de engravidar; o contexto, formado pela influência ou não do parceiro e circunstâncias pessoais, como recursos materiais, etapa da vida pessoal e tipo de relacionamento afetivo-amoroso; e, por último, o comportamento, constituído pelo uso de métodos contraceptivos e pelo preparo pré-concepcional para uma gravidez, como o uso de ácido fólico, a adoção de dieta mais saudável ou a diminuição do tabagismo, entre outros. Trata-se de uma medida válida e exequível a qualquer modalidade de gravidez, independentemente do desenlace. Calcula-se o escore pela soma dos pontos, que variam de 0 a 2 para cada item, com um total máximo de 12 pontos. As autoras sugerem a classificação da gravidez de acordo com os pontos obtidos: 10 a 12 pontos (gravidez planejada); 4 a 9 pontos (ambivalente quanto ao planejamento da gravidez) e 0 a 3 pontos (gravidez não planejada)⁽¹⁸⁾.

Uma das potencialidades do LMUP é a classificação para além da posição dicotômica e artificial de “planejou”

ou “não planejou a gravidez”, já que possibilita classificar mulheres como tendo uma gravidez ambivalente. Isso significa que o instrumento não ignora a complexidade das experiências femininas relacionadas à reprodução, incluindo ambivalências ou incertezas⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Na verdade, pesquisas qualitativas têm mostrado que as mulheres têm atitudes e intenções que são ambivalentes, contraditórias ou inespecíficas e que enfrentam graus diferentes de convicção no processo de engravidar ou de evitar uma gravidez⁽²¹⁻²²⁾. Um exemplo disso é que o não uso de métodos contraceptivos nem sempre corresponde à intenção expressa de engravidar⁽²³⁾.

Para as análises, a variável dependente foi considerada a realização do preparo pré-concepcional, mensurada por meio da sexta pergunta do LMUP *Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para esta gravidez?* As respostas estimuladas compreenderam *tomei ácido fólico, parei ou diminuí o fumo, parei ou diminuí bebida alcoólica, comi de forma mais saudável, procurei assistência médica ou outro serviço de saúde, tomei outra providência, favor escrever _____*, e *eu não fiz nada disso antes da minha gravidez*. A variável realização do preparo pré-concepcional foi, então, categorizada de forma dicotômica, em que as mulheres que reportaram qualquer medida (uma ou mais de uma) foram agrupadas na categoria “sim” e aquelas que reportaram não ter feito nada antes da gravidez foram agrupadas na categoria “não”. Ressalte-se que essa pergunta diz respeito à gravidez em curso ou finalizada em abortamento/nascimento.

As variáveis independentes foram o tipo de planejamento da gravidez (planejada e ambivalente); a idade (categorizada em 13-19, 20-25, 26-30, 31 anos ou mais); escolaridade (anos); situação conjugal (vive com parceiro e não vive com parceiro); trabalho atual (sim e não); e cor (branca e não branca). Variáveis concernentes à história reprodutiva foram o número de gravidezes (uma, duas e três ou mais); o intervalo de tempo entre a menarca e a primeira relação sexual (anos); o intervalo de tempo entre a idade na primeira relação sexual e a idade na primeira gravidez (anos). Somente para fins de descrição da história reprodutiva das mulheres entrevistadas, foi incluída a variável abortamento anterior (sim e não).

Os dados foram analisados no Stata 13.0. As variáveis categóricas foram descritas por meio de números absolutos e proporções, e as quantitativas por meio de médias e desvios-padrão. As diferenças entre duas proporções foram analisadas por meio do teste qui-quadrado e as diferenças entre as medianas pelo teste de Mann-Whitney.

Para analisar os determinantes da realização do preparo pré-concepcional, foram conduzidos três modelos – independentes entre si – de regressão logística múltipla em que todas as variáveis foram incluídas no modelo simultaneamente. O primeiro modelo (Modelo 1) teve como objetivo mensurar o efeito do planejamento da gravidez na realização do preparo pré-concepcional e foi conduzido considerando o tipo de planejamento da gravidez (planejada ou ambivalente) como a variável explicativa mais importante. O segundo modelo (Modelo 2) foi conduzido com

o objetivo de identificar o efeito de outros aspectos, como características sociodemográficas e reprodutivas, na realização do preparo pré-concepcional; assim, o tipo de planejamento da gravidez não foi usada como variável de ajuste deste modelo. O terceiro modelo (Modelo 3) foi conduzido apenas com mulheres que haviam planejado a gravidez e teve como objetivo identificar os aspectos associados à realização do preparo da gravidez entre mulheres com gravidez planejada. Considerou-se nível de significância igual a 5% para todas as análises. A força de associação entre a variável dependente e as variáveis independentes foi avaliada pelo *odds ratio* ajustado (OR ajustado).

Em todos os estudos, as participantes com menos de 18 anos de idade foram formalmente autorizadas por seus pais ou responsáveis para participar da pesquisa. Os três estudos foram aprovados por Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (EE/USP), sob o CAAE n. 08528412.8.0000.5392, CAAE n. 0094.0.196.1966-11, CAAE n. 0011.0.196.255-11 e obtiveram a aprovação das instituições de saúde em que foram realizados tanto quanto o consentimento por escrito das mulheres entrevistadas.

RESULTADOS

Do total de 807 participantes dos três estudos, 15,9% relataram ter realizado o preparo pré-concepcional (n=128). Quando consideradas as 647 mulheres com gravidez planejada ou ambivalente, a proporção foi maior, alcançando 19,8%. Por sua vez, quando consideradas apenas as mulheres com gravidez planejada, a proporção de realização de preparo pré-concepcional foi 47,0% (n=103).

Com a exclusão das mulheres com gravidez não planejada, observa-se que, dentre as mulheres que realizaram o preparo pré-concepcional, 80,5% haviam planejado a gravidez. Mais da metade das mulheres tinha até 25 anos de idade; 9,6 anos de escolaridade, em média; e a maior parte vivia com parceiro. Um pouco mais da metade relatou ter trabalho remunerado; pouco mais de um terço relatou abortamento anterior; e quase metade ficou grávida uma única vez. Um terço foi classificada como tendo uma gravidez planejada. A análise bivariada mostrou diferença estatisticamente significativa na realização do preparo pré-concepcional em relação às variáveis planejamento da gravidez, idade, trabalho remunerado. As medianas do nível de escolaridade, do intervalo de tempo entre a menarca e a 1ª relação sexual e do intervalo de tempo entre a idade na 1ª relação sexual e a idade na 1ª gravidez foram estatisticamente diferentes entre o grupo que relatou ter realizado o preparo pré-concepcional e o grupo que relatou não ter realizado (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra as medidas adotadas como preparo pré-concepcional. Em primeiro lugar, chama a atenção que as mulheres com gravidez planejada relataram, em maior proporção, ter realizado o preparo pré-concepcional do que o grupo que considera todas as mulheres do estudo ou apenas as mulheres com gravidez ambivalente. Em segundo lugar, as principais medidas adotadas como preparo pré-concepcional foram semelhantes entre os grupos, sendo a mais frequente ter procurado assistência médica, seguida por passar a comer de forma saudável. A proporção de

mulheres que relatou ter usado ácido fólico como preparo pré-concepcional foi 5,6%, quando consideradas todas as mulheres do estudo, e 18,3% entre as mulheres com gravidez planejada. Algumas mulheres relataram outras medidas como preparo pré-concepcional além das opções estimuladas

no instrumento, como: planejar-se financeiramente para a gravidez, evitar situações de estresse, dormir melhor, praticar atividades físicas, evitar uso de medicamentos, controlar doenças preexistentes, realizar exames pré-gestacionais e tratamento para infertilidade.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres segundo a realização do preparo pré-concepcional – São Paulo, SP, Brasil, 2011-2013.

Variáveis	Realização do preparo pré-concepcional						p*
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de planejamento da gravidez							
Ambivalente	405	77,7	25	19,5	430	66,3	<0,001
Planejada	116	22,3	103	80,5	219	33,7	
Idade (anos)							
13-19	160	30,7	24	18,8	184	28,4	<0,001
20-25	146	28,0	26	20,3	172	26,5	
26-30	101	19,4	27	21,1	128	19,7	
31 ou mais	114	21,9	51	39,8	165	25,4	
Mora com parceiro							
Não	101	19,4	16	12,5	117	18,0	0,069
Sim	420	80,6	112	87,5	532	82,0	
Trabalho remunerado							
Não	277	53,2	46	35,9	323	49,8	<0,001
Sim	244	46,8	82	64,1	326	50,2	
Cor							
Não Branca	350	67,2	79	61,7	429	66,1	0,242
Branca	171	32,8	49	38,3	220	33,9	
Número de gravidezes							
1	244	46,8	60	46,9	304	46,8	0,981
2	143	27,5	36	28,1	179	27,6	
3 ou mais	134	25,7	32	25,0	166	25,6	
Abortamento anterior							
Não	335	64,3	81	63,3	416	64,1	0,830
Sim	186	35,7	47	36,7	233	35,9	
Total	521	100,0	128	100,0	649	100,0	
	Média	dp**	Média	dp	Média	dp	p***
Escolaridade (anos)	9,5	2,4	10,0	2,4	9,6	2,4	0,026
Intervalo 1****	3,6	2,5	4,8	3,2	3,8	2,7	<0,001
Intervalo 2*****	3,8	3,7	4,9	4,4	4,0	3,8	0,017

* Teste do qui-quadrado; ** dp: desvio-padrão; *** Teste de Mann-Whitney; **** Intervalo de tempo entre a menarca e a 1ª relação sexual (anos); ***** Intervalo de tempo entre a idade na 1ª relação sexual e a idade na 1ª gravidez (anos).

Tabela 2 – Distribuição e proporção de mulheres que realizaram algum preparo pré-concepcional segundo as medidas adotadas - São Paulo, SP, Brasil, 2011-2013.

Preparo pré-concepcional	Todas as mulheres* (n=807)		Mulheres com gravidez planejada (n=219)		Mulheres com gravidez ambivalente (n=430)	
	n	%	n	%	n	%
Uma medida	62	7,7	43	19,6	19	4,4
Duas ou mais medidas	66	8,2	60	27,4	6	1,4
Tipos de medidas**						
Procurou assistência médica	72	8,9	63	28,8	9	2,1
Passou a comer de forma mais saudável	55	6,8	47	21,5	8	1,9
Tomou ácido fólico	45	5,6	40	18,3	5	1,2
Parou ou diminuiu a bebida alcoólica	17	2,1	12	5,5	5	1,2
Parou ou diminuiu o fumo	15	1,8	13	5,9	2	0,5
Outras providências***	34	4,2	31	14,1	3	0,7

*Inclui mulheres com gravidez não planejada; **Questão que admitiu múltipla resposta; ***Planejar-se financeiramente, controle do estresse e de doenças preexistentes, dormir melhor, praticar atividades físicas, evitar uso de medicamentos, realizar exames pré-gestacionais e tratamento para infertilidade.

A Tabela 3 apresenta os modelos de regressão logística múltipla. O Modelo 1 confirma a hipótese do estudo de que o planejamento da gravidez é o principal determinante da realização do preparo pré-concepcional, pois nenhum outro aspecto teve efeito estatisticamente significativo. No Modelo 2, sem considerar o efeito do planejamento da gravidez, o trabalho remunerado, a idade

e o intervalo de tempo entre a idade na menarca e na primeira relação sexual foram estatisticamente associados à realização do preparo pré-concepcional. No Modelo 3, considerando apenas as mulheres que planejaram a gravidez, nenhuma variável apresentou significância estatística, ou seja, exerceu qualquer efeito sobre o preparo pré-concepcional.

Tabela 3 – Modelos de regressão logística múltipla para análise da realização do preparo pré-gestacional - São Paulo, SP, Brasil, 2011-2013.

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	OR ajust	IC 95%	OR ajust	IC 95%	OR ajust	IC 95%
Planejamento da gravidez						
Ambivalente	1,00	-				
Planejada	16,77	9,45-29,76				
Idade (anos)						
13-19	1,00	-	1,00	-	1,00	-
20-25	0,56	0,25-1,26	0,95	0,47-1,92	1,62	0,52-5,06
26-30	0,67	0,25-1,83	1,41	0,60-3,28	1,70	0,44-6,48
31 ou mais	0,94	0,32-2,72	2,57	1,03-6,39	2,28	0,56-9,34
Escolaridade (anos)	1,08	0,97-1,20	1,03	0,94-1,13	1,11	0,98-1,26
Vive com parceiro						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	0,58	0,28-1,19	1,37	0,75-2,51	0,40	0,11-1,45
Trabalho						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	1,38	0,82-2,33	1,60	1,02-2,51	1,18	0,63-2,21
Cor						
Não Branca	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Branca	0,84	0,52-1,37	1,07	0,70-1,65	0,93	0,52-1,65

continua...

...continuação

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	OR ajust	IC 95%	OR ajust	IC 95%	OR ajust	IC 95%
Número de gravidezes						
1	1,00	-	1,00	-	1,00	-
2	0,90	0,46-1,78	0,74	0,41-1,35	0,80	0,36-1,81
3 ou mais	0,83	0,35-1,95	0,56	0,27-1,20	0,88	0,32-2,43
Intervalo 1*	1,07	0,98-1,17	1,10	1,02-1,19	1,05	0,95-1,15
Intervalo 2**	0,98	0,90-1,05	1,00	0,93-1,06	0,97	0,89-1,06

* Intervalo de tempo entre a menarca e a 1ª relação sexual (anos); ** Intervalo de tempo entre a idade na 1ª relação sexual e a idade na 1ª gravidez (anos). Modelo 1: considera o efeito do planejamento da gravidez; Modelo 2: não considera o efeito do planejamento da gravidez; Modelo 3: considera apenas as mulheres com gravidez planejada. Teste de Hosmer-Lemeshow: Modelo 1=0,83; Modelo 2=0,41; Modelo 3=0,25.

DISCUSSÃO

Apenas um sexto das mulheres entrevistadas, que eram usuárias do SUS, realizou algum tipo de preparo pré-concepcional. Este é um achado de difícil comparação, tendo em vista que a maior parte dos estudos avalia o preparo pré-concepcional por meio de uma ou duas medidas específicas, como o uso de ácido fólico ou outros suplementos vitamínicos. Ao avaliarmos a realização do preparo pré-concepcional de forma geral, tomamos como pressuposto que as medidas para melhorar a saúde durante a gravidez são inúmeras e compõem um quadro mais amplo de ações para promover a saúde das mulheres e suas crianças. Quando consideradas apenas as mulheres que tiveram sua gravidez classificada como planejada, a proporção que realizou algum tipo de preparo pré-concepcional foi maior, o que já era esperado, tendo em vista se tratarem de eventos associados⁽⁵⁾. Similarmente, estudos conduzidos em países desenvolvidos apontam proporções semelhantes àquela observada em nosso estudo entre mulheres com gravidez planejada, como por exemplo, nos Estados Unidos e na França⁽³⁻⁴⁾.

Especificamente em relação às medidas tomadas como preparo pré-concepcional, chama a atenção a baixa proporção de uso de ácido fólico, que foi pouco maior que os 4,3% observados no sul do país em 2007⁽²⁴⁾. Embora a suplementação de ácido fólico ainda seja recomendada nos três meses que antecedem a gestação e no primeiro trimestre de gestação, nossos achados reforçam que ainda se trata de prática escassa dentre as gestantes. De toda forma, no Brasil, houve grande avanço em relação à ingestão de ácido fólico, uma vez que o governo brasileiro estabeleceu a fortificação compulsória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico, com resultados positivos na prevenção de defeitos do tubo neural⁽²⁵⁾.

Neste estudo, a procura por assistência médica foi a medida pré-concepcional mais citada, o que é um ponto importante, pois mulheres que passam por aconselhamento por profissionais de saúde antes da gravidez são mais propensas a adotar o preparo pré-concepcional⁽⁵⁾. No entanto, o fato de passar por consulta médica antes da concepção não significa, necessariamente, que a mulher recebeu aconselhamento para se preparar para uma gravidez. Estudo realizado na França em 2014 mostra que a maioria das mulheres que

passou por consulta médica antes da concepção não recebeu prescrição para suplementação de ácido fólico⁽³⁾. Nesse contexto, há, com certeza, necessidade de maior engajamento e capacitação dos profissionais de saúde para promover o preparo pré-concepcional.

Além disso, outras medidas de preparo pré-concepcional foram relatadas, como o estabelecimento de uma reserva financeira, a prática de exercícios físicos, entre outras. Isso parece mostrar que existe uma ampla gama de cuidados que permeiam o saber coletivo e que pode ser entendido como parte do preparo pré-concepcional entre as mulheres brasileiras e que, mesmo em baixa proporção, algumas mulheres estão motivadas a adotar medidas de promoção de uma gravidez saudável.

Da mesma forma que descrito em outros estudos^(4,6-8), nossos achados confirmam que o planejamento da gravidez é uma condição importante para a prática do preparo pré-concepcional. No entanto, a maior parte desses estudos foi realizada em países cuja proporção de planejamento da gravidez é superior a 70%⁽²⁻⁵⁾, ao passo que, no Brasil, o planejamento da gravidez ainda não é uma realidade para a maior parte das mulheres. Em que pese o fato de haver diferenças nos instrumentos de mensuração da intenção de engravidar, estudo de cunho nacional⁽¹³⁾ mostrou que aproximadamente metade das mulheres no país não gostaria de ter engravidado no momento em que ocorreu a gravidez, o que nos leva a refletir que, por não terem planejado a gravidez, não teriam condições ou tempo para ter realizado o preparo pré-concepcional.

Além do planejamento da gravidez, nossos resultados mostraram que as mulheres que têm mais chance de realizar o preparo pré-concepcional são as mais velhas, as que exercem trabalho remunerado e as com maior intervalo de tempo entre a menarca e a primeira relação sexual. Em relação à idade, estudo realizado no Brasil observou que esta variável esteve associada ao uso de ácido fólico⁽²⁴⁾, o que também é relatado em outros estudos⁽⁴⁻⁵⁾. Aliado a isto, ter trabalho remunerado também mostrou ser um determinante da adoção de algum preparo pré-concepcional, o que também foi ressaltado anteriormente⁽⁵⁾. Estes dois elementos – idade acima de 30 anos e ter um trabalho remunerado – podem conformar uma condição de maior autonomia e motivação para que as

mulheres busquem mais informações sobre uma gravidez saudável e, assim, realizem o preparo pré-concepcional.

O quadro de estreita relação entre o preparo pré-concepcional e o planejamento da gravidez também pode explicar a significância estatística observada em relação ao intervalo de tempo entre a menarca e a primeira relação sexual. A ocorrência da primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade tem relação direta com a ocorrência de uma gravidez não planejada⁽²⁶⁾. As variáveis estatisticamente significativas no modelo conduzido sem o efeito do planejamento da gravidez foram justamente aquelas que, teoricamente, são determinantes do planejamento da gravidez e podem exercer, assim, efeito no preparo pré-concepcional, por meio da interação com o planejamento da gravidez. De qualquer forma, a condução de três modelos estatísticos é uma potencialidade deste estudo, pois permitiu que se identificasse a força do efeito do planejamento da gravidez na realização do preparo pré-concepcional.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira delas é que os dados são provenientes de estudos com objetivos diferentes do estudo ora apresentado, o que se configura também em planos amostrais diversos. Embora esse aspecto represente uma restrição no que concerne à inferência destes dados amostrais para a população, os achados são relevantes por se tratar de tema praticamente ignorado nas pesquisas em saúde reprodutiva no Brasil. Por sua vez, este estudo contemplou mulheres com distintas experiências de gravidez, como gestações finalizadas a termo ou em abortos, nulíparas e múltiparas, adolescentes e mulheres mais velhas, o que permitiu averiguar até que ponto os efeitos da experiência reprodutiva se sobrepõem aos efeitos do planejamento da gravidez na realização do preparo pré-concepcional.

Outra limitação é que o efeito do acesso aos serviços de saúde na adoção do preparo pré-concepcional não foi mensurado, mas é preciso considerar que todas as mulheres entrevistadas eram usuárias do SUS. Estudos futuros devem investigar a razão pelas quais as mulheres brasileiras que planejam a gravidez não realizam o preparo pré-concepcional, incluindo o papel exercido pelos serviços públicos e privados de saúde. Não foi tampouco possível analisar se existem diferenças na realização do preparo pré-concepcional entre diferentes grupos sociais, embora tenhamos

considerado a escolaridade e o trabalho remunerado para ajuste dos modelos.

Como potencialidade deste estudo, destaca-se que a mensuração do planejamento da gravidez foi realizada por meio de um instrumento adaptado e validado para o Brasil e também em outras culturas, com boas propriedades psicométricas^(23,27-28). Embora não tenha sido objetivo deste estudo, é preciso avançar no entendimento sobre o efeito da gravidez ambivalente na realização do preparo pré-concepcional e, sobretudo, nos demais indicadores de saúde reprodutiva, especialmente porque esse grupo é o que a maior parte das mulheres foi classificada.

Em contextos de escassa atenção ao período pré-concepcional, como é o caso do Brasil, proporcionar condições para que as mulheres possam, de fato, planejar sua gravidez, é um caminho viável e efetivo para promover a adoção de medidas de preparo pré-concepcional. Entretanto, isso pode não ser suficiente, tendo em vista que a realização ou não do preparo pré-concepcional não decorre exclusivamente de uma decisão individual da mulher ou do casal, mas está intrinsecamente relacionada ao acesso a serviços de saúde que contemplem o cuidado pré-concepcional. Esse cuidado ainda é incipiente no Brasil e não se sabe, ao certo, como se estabelece, mas certamente ainda não se constitui em uma prioridade nos serviços de saúde, sendo outras intervenções no período gravídico priorizadas no âmbito da atenção primária, como o pré-natal⁽²⁹⁾. Tal contexto pode ter desempenhado papel importante na baixa proporção de preparo pré-concepcional encontrada neste estudo.

CONCLUSÃO

O preparo pré-concepcional é elemento essencial para o desenvolvimento de uma gestação saudável. Este estudo ratifica a forte relação entre a realização do preparo pré-concepcional e o planejamento da gravidez. Considerando que é relativamente baixa a proporção de gestações planejadas no Brasil, é necessário que mulheres e casais sejam fortalecidos a planejar sua vida reprodutiva. Este estudo mostra também que nem todas as mulheres que planejam a gravidez realizaram o preparo pré-concepcional, indicando a urgência de que o mesmo faça parte de ações rotineiras dos serviços de saúde.

RESUMO

Objetivo: Mensurar a realização do preparo pré-concepcional, descrever as medidas adotadas como preparo pré-concepcional e analisar o efeito do planejamento da gravidez na realização do preparo pré-concepcional. **Método:** Estudo quantitativo, do tipo transversal, conduzido com 807 mulheres, das quais 649 tinham gravidez planejada ou ambivalente. O preparo pré-concepcional foi mensurado a partir do *London Measure of Unplanned Pregnancy*, versão Brasil. **Resultados:** O preparo pré-concepcional foi realizado por apenas 15,9% das mulheres. Dentre as que planejaram a gravidez, menos da metade realizou algum preparo (47,0%), sendo os mais frequentes ter procurado assistência médica e mudanças na alimentação. Análise de regressão logística múltipla mostrou forte associação entre a realização do preparo pré-concepcional e o planejamento da gravidez (ORajustado=16,77; IC95% 9,47-29,81). A idade acima de 30 anos, o trabalho remunerado e o intervalo de tempo entre a menarca e a primeira relação sexual também estiveram associados à realização do preparo pré-concepcional. **Conclusão:** A baixa frequência de realização de preparo pré-concepcional, mesmo entre mulheres com gravidez planejada, indica a urgência de se incluir o cuidado pré-concepcional na agenda de políticas públicas de saúde.

DESCRITORES

Cuidado Pré-Concepcional; Gravidez; Saúde Sexual e Reprodutiva; Enfermagem Materno-Infantil.

RESUMEN

Objetivo: Medir la realización de la preparación pre concepcional, describir las medidas adoptadas como preparación pre concepcional y analizar el efecto de la planificación del embarazo en la preparación pre concepcional. **Método:** Estudio cuantitativo, del tipo transversal, conducido con 807 mujeres, de las cuales 649 tenían embarazo planificado o ambivalente. La preparación pre concepcional fue medida mediante el *London Measure of Unplanned Pregnancy*, versión Brasil. **Resultados:** La preparación pre concepcional fue realizada por solo el 15,9% de las mujeres. Entre las que planificaron el embarazo, menos de la mitad realizó alguna preparación (47,0%), siendo las más frecuentes haber buscado asistencia médica y cambios en la alimentación. El análisis de regresión logística múltiple mostró fuerte asociación entre la realización de la preparación pre concepcional y la planificación del embarazo (ORajustado=16,77; IC95% 9,47-29,81). La edad superior a 30 años, el trabajo remunerado y el intervalo de tiempo entre la menarca y la primera relación sexual también estuvieron asociados con la realización de la preparación pre concepcional. **Conclusión:** La baja frecuencia de realización de preparación pre concepcional, aun entre mujeres con embarazo planificado, señala la urgencia de incluirse el cuidado pre concepcional en la agenda de políticas públicas de salud.

DESCRIPTORES

Atención Preconcepcional; Embarazo; Salud Sexual y Reproductiva; Enfermería Maternoinfantil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva: WHO; 2012.
2. Backhausen MG, Ekstrand M, Tydén T, Magnussen BK, Shawe J, Stern J, et al. Pregnancy planning and lifestyle prior to conception and during early pregnancy among Danish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014;19(1):57-65.
3. Luton D, Forestier A, Courau S, Ceccaldi PF. Preconception care in France. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;125(2):144-5.
4. Rosenberg KD, Gelow JM, Sandoval AP. Pregnancy intendedness and the use of periconceptional folic acid. *Pediatrics*. 2003;111(5 Pt 2):1142-5.
5. Stephenson J, Patel D, Barrett G, Howden B, Copas A, Ojukwu O, et al. How Do Women Prepare for Pregnancy? Preconception Experiences of Women Attending Antenatal Services and Views of Health Professionals. *PLoS One*. 2014;9(7): e103085.
6. Dott M, Rasmussen SA, Hogue CJ, Reefhuis J; National Birth Defects Prevention Study. Association between pregnancy intention and reproductive-health related behaviors before and after pregnancy recognition, National Birth Defects Prevention Study, 1997-2002. *Matern Child Health J*. 2010;14(3):373-81.
7. Gong R, Wang ZP, Gao LJ, Lu QB, Sun XH, Zhao ZT. A case-control study of the effects of pregnancy planning on neural tube defects and its primary preventive measures. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2010;88(9):737-42.
8. Wender-Ozegowska E, Gutaj P, Szczepanek U, Ozegowska K, Zawiejska A, Brazert J. Influence of pregnancy planning on obstetrical results in women with pregestational diabetes mellitus. *Ginekol Pol*. 2010;81(10):762-7.
9. De Santis M, Quattrocchi T, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Chiaradia G, et al. Folic acid use in planned pregnancy: an Italian survey. *Matern Child Health J*. 2013; 17(4):661-6.
10. Johnson KA. Public finance policy strategies to increase access to preconception care. *Matern Child Health J*. 2006; 10 Suppl 1:85-91.
11. Canady RB, Tiedje LB, Lauber C. Preconception care & pregnancy planning: voices of African American women. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2008;33(2):90-7.
12. Van der Zee B, de Beaufort ID, Steegers EA, Denktas S. Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: a qualitative study. *Fam Pract*. 2013;30(3):341-6.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Relatório. Brasília: MS; 2008.
14. Santos AO, Borges ALV, Chofakian CBN, Pirota KCM. Determinants of emergency contraception non-use among women in unplanned or ambivalent pregnancies. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(n.spe):16-22.
15. Borges ALV, Monteiro RL, Hoga LAK, Fujimori E, Chofakian CBN, Santos AO. Post-abortion contraception: care and practices. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2014; 22(2):293-300.
16. Nascimento NC, Borges ALV, Santos AO, Chofakian CBN, Fujimori E. Preparo pré-concepcional entre adolescentes grávidas: conhecimento e prática. *Rev Enferm UFPE*. 2015;9(5):7895-901.
17. Borges ALV, Cavaliheri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Pregnancy planning: prevalence and associated aspects *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):1679-84.
18. Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(5):426-33.
19. Schwarz EB, Lohr PA, Gold MA, Gerbert B. Prevalence and correlates of ambivalence towards pregnancy among nonpregnant women. *Contraception*. 2007; 75(4):305-10.
20. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Davies SL, Harrington R. Adolescents' ambivalence about becoming pregnant predicts infrequent contraceptive use: a prospective analysis of nonpregnant African American females. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(2):251-2.
21. Barret G, Wellings K. What is a planned pregnancy? Empirical data from a British study. *Soc Sci Med*. 2002;55(4):545-57.
22. Kendall C, Atable AM, Speizer I, Avery A, Schmidt N, Santelli J. Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans: results of qualitative study. *Soc Sci Med*. 2005;60(2):297-311.

23. Rocca CH, Krishnan S, Barrett G, Wilson M. Measuring pregnancy planning: an assessment of the London Measure Unplanned Pregnancy among urban, south Indian women. *Demogr Res.* 2010;23:293-34.
24. Mezzomo CLS, Garcias GL, Scowitz ML, Scowitz IT, Brum CB, Fontana T et al. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(11):2716-26.
25. Fujimori E, Baldino CF, Sato APS, Borges ALV, Gomes MN. Prevalência e distribuição espacial de defeitos do tubo neural no Estado de São Paulo, Brasil, antes e após a fortificação de farinhas com ácido fólico. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(1):145-54.
26. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta 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). *Lancet.* 2013; 382(9907):1807-16.
27. Hall J, Barrett G, Mdwana N, Copas A, Malata A, Stephenson J. Understanding pregnancy planning in a low-income country setting: validation of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13:200.
28. Morof D, Steinauer J, Haider S, Liu S, Darney P, Barrett G. Evaluation of the reliability and validity of the London Measure of Unplanned Pregnancy in a U.S. population of women. *Int J Gynecol Obstet.* 2009;107 Suppl 2:S275.
29. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa de Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(4): 961-70.