

Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde

Vulnerability to experiencing an unintentional pregnancy among women who use the Unified Health System
Vulnerabilidad al vivenciar un embarazo no intencional entre mujeres usuarias del Sistema Único de Salud

Celia Regina Maganha e Melo¹  <https://orcid.org/0000-0003-3007-971X>

Natalia de Castro Nascimento²  <https://orcid.org/0000-0003-2498-5281>

Luciane Simões Duarte²  <https://orcid.org/0000-0001-9173-607X>

Ana Luiza Vilela Borges²  <https://orcid.org/0000-0002-2807-1762>

Como citar:

Melo CR, Nascimento NC, Duarte LS, Borges AL. Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE0310345.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A00310345>



Descritores

Gravidez; Contraceção; Saúde sexual e reprodutiva; Vulnerabilidade em saúde; Saúde da mulher; Sistema único de saúde

Keywords

Pregnancy; Contraception; Sexual and reproductive health; Health vulnerability; Women's health; Unified health system

Descriptores

Embarazo; Contracepción; Salud sexual y reproductiva; Vulnerabilidad en salud; Salud de la mujer; Sistema único de salud

Submetido

26 de Novembro de 2019

Aceito

19 de Julho de 2021

Autor correspondente

Célia Regina Maganha e Melo
E-mail: celiamelo@usp.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Adriana Amorim Francisco
(<https://orcid.org/0000-0003-4402-6774>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde e os aspectos associados.

Métodos: Estudo transversal com 470 mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e utilizou-se regressão logística múltipla para analisar os aspectos associados.

Resultados: Aproximadamente metade das mulheres mostrou estar vulnerável a vivenciar uma gravidez não intencional (48,3%). Mulheres na faixa etária de 25 a 34 anos tiveram mais chance de estar vulneráveis à gravidez não intencional comparadas às mulheres na faixa etária de 18 a 24 anos (OR=2,0; IC95% 1,2-3,4), tendo sido o mesmo observado em relação às mulheres com 35 anos de idade ou mais (OR=9,7; IC95% 5,3-17,6). As mulheres em união estável tiveram menos chance de estar vulneráveis a uma gravidez não intencional comparadas às mulheres solteiras (OR=0,4; IC95% 0,3-0,7). As mulheres que não planejaram a gravidez anterior tinham mais chance de estar vulnerável a uma gravidez não intencional comparadas às mulheres que planejaram a gravidez anterior (OR=2,5; IC95% 1,2-5,1), diferentemente das mulheres que nunca engravidaram (OR=0,4; IC95% 0,2-0,7).

Conclusão: Uma parcela significativa de mulheres estava vulnerável a vivenciar uma gravidez não intencional. Os aspectos associados a vivenciar uma gravidez não intencional foram a idade, não estar em união estável e não ter planejado a última gravidez.

Abstract

Objective: To analyze the vulnerability to experience an unintentional pregnancy among women users of Primary Care Centers and the associated aspects.

Methods: A cross-sectional study with a total of 470 women users of Primary Care Centers of the East Health Supervision Department from the city of Sao Paulo. Data were collected through interviews and multiple logistic regression was used to analyze the associated aspects.

Results: Approximately half of the women were found to be vulnerable to experiencing an unintentional pregnancy (48.3%). Women aged 25 to 34 years old were more likely to be vulnerable to unintentional pregnancy compared to women aged 18 to 24 years old (OR=2.0; 95%CI 1.2-3.4), the same observed for women aged 35 years old or older (OR=9.7; 95%CI 5.3-17.6). Women in a stable relationship were less likely to be vulnerable to an unintentional pregnancy compared to single women (OR=0.4; 95%CI 0.3-0.7). Women who did not plan a previous pregnancy were more likely to be vulnerable to an unintentional pregnancy compared to women who planned a previous pregnancy (OR=2.5; 95%CI 1.2-5.1), unlike women who never got pregnant (OR=0.4; 95%CI 0.2-0.7).

¹Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

²Departamento de Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Conflitos de interesse: nada declarar.

Conclusion: A significant portion of women was vulnerable to experiencing an unintentional pregnancy. The aspects associated with experiencing this pregnancy were age, not being in a stable relationship and not having planned the last pregnancy.

Resumen

Objetivo: Analizar la vulnerabilidad al vivenciar un embarazo no intencional entre mujeres usuarias de Unidades Básicas de Salud y los aspectos asociados.

Métodos: Estudio transversal con 470 mujeres usuarias de Unidades Básicas de Salud de la Coordinación Regional de Salud Este del municipio de São Paulo. Los datos se recopilaron a través de entrevistas y se utilizó la regresión logística múltiple para el análisis de los aspectos asociados.

Resultados: Aproximadamente la mitad de las mujeres se mostró vulnerable a vivir un embarazo no intencional (48,3 %). Mujeres en el grupo de edad de los 25 a los 34 años tuvieron más posibilidades de vulnerabilidad a un embarazo no intencional cuando comparadas con las mujeres en el grupo de edad de los 18 a los 24 años (OR=2,0; IC95 % 1,2-3,4). Lo mismo se ha observado en relación con las mujeres de 35 años o más (OR=9,7; IC95 % 5,3-17,6). Las mujeres en unión de hecho tuvieron menos posibilidades de vulnerabilidad a un embarazo no intencional en comparación con las mujeres solteras (OR=0,4; IC95 % 0,3-0,7). Las mujeres que no planificaron el embarazo anterior tuvieron más posibilidades de estar vulnerables a un embarazo no intencional cuando comparadas con las mujeres que planificaron el embarazo anterior (OR=2,5; IC95 % 1,2-5,1), a diferencia de las mujeres que nunca habían quedado embarazadas (OR=0,4; IC95 % 0,2-0,7).

Conclusión: Una parte significativa de las mujeres estaba vulnerable a vivir un embarazo no intencional. Los aspectos asociados a la vivencia de un embarazo no intencional fueron la edad, no tener una unión de hecho y no haber planificado el último embarazo.

Introdução

A necessidade insatisfeita por contracepção é um indicador relevante para avaliar a discrepância entre as preferências reprodutivas e a adoção de métodos contraceptivos de uma população. Esse indicador é usado em nível mundial, engloba as mulheres férteis que querem evitar ou adiar uma gravidez, mas não usam métodos contraceptivos para alcançar esse objetivo.⁽¹⁾

No Brasil, a necessidade insatisfeita por contracepção é relativamente baixa, da ordem de 8,3%,⁽²⁾ especialmente se comparada a outros países de baixa e média renda, principalmente da África subsaariana, cujas taxas variam de 20% a 59%.⁽³⁾ Isso pode ser explicado pelo fato que o uso de métodos contraceptivos modernos seja frequente no país, tendo alcançado 77% das mulheres brasileiras, conforme mostra a mais recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 2006.⁽⁴⁾

Embora a prevalência do uso de métodos contraceptivos seja alta no país, estudo de âmbito nacional revelou que 55,4% das gestações não foram intencionais,⁽⁵⁾ pois, muitas mulheres não conseguem alcançar sua intenção reprodutiva, ou seja, alcançar a quantidade de filhos que planeja ter no momento de vida que considera apropriado. Isso significa que, mesmo que as mulheres usem métodos contraceptivos, elas podem estar vulneráveis a vivenciar uma gravidez não intencional, provavelmente porque usam métodos de baixa e média eficácia, de curta duração ou de forma inconsistente e/ou descontinuada.

A gravidez não intencional é aquela que ocorre quando a mulher não possui intenção e/ou desejo de engravidar e quando não foram adotadas ações centradas na concepção, como a interrupção do uso de métodos contraceptivos e a adoção de alguma medida do preparo pré-concepcional.⁽⁶⁾ Embora a vivência de uma gravidez não intencional nem sempre se configure em uma experiência negativa para a mulher e seu parceiro,⁽⁷⁾ estudos têm mostrado que, muitas vezes, está associada a consequências negativas para a saúde materna e infantil. Por exemplo, atraso no início do pré-natal, diminuição do número de consultas pré-natais, abortamento inseguro, maiores taxas de baixo peso ao nascer e de prematuridade, menores taxas de amamentação, dentre outros.⁽⁸⁻¹¹⁾

Estudos conduzidos em diversos contextos mostraram que mulheres residentes em regiões mais empobrecidas e aquelas de baixa escolaridade são as que têm mais dificuldades em prevenir uma gravidez.⁽¹²⁾ Contudo, chama nossa atenção que mulheres brasileiras que já vivenciaram uma gravidez não planejada mostraram menor propensão a usar os métodos contraceptivos de sua preferência no período de puerpério, quando comparadas às mulheres que tiveram uma gravidez planejada,⁽¹³⁾ ou seja, as situações que levaram algumas mulheres a vivenciar uma gestação não planejada podem persistir após a gestação, levando-as a estar vulneráveis a vivenciar uma gravidez não intencional novamente.⁽¹⁴⁾

Medidas retrospectivas sobre o planejamento da gravidez estão disponíveis e já validadas em vários

contextos.⁽¹¹⁾ No entanto, a investigação sobre a intenção futura de engravidar versus o uso de métodos contraceptivos pode propiciar a identificação das mulheres que estão mais vulneráveis a vivenciar uma gravidez que não seja intencional. Isso, por sua vez, pode subsidiar intervenções específicas que deem conta de seus anseios e de suas necessidades contraceptivas/reprodutivas.

Neste estudo, consideramos a vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional a mulher que está em idade reprodutiva, tem vida sexual, não é infértil, não está grávida e, principalmente, não quer engravidar, mas que não usa métodos contraceptivos ou usa apenas os de baixa eficácia, ou seja, que parece estar numa situação pouco protegida de uma futura gravidez. Essa medida difere do indicador de necessidade insatisfeita por contracepção por não excluir as mulheres que usam métodos de baixa eficácia, tendo em vista o nosso contexto de alta prevalência do uso de métodos contraceptivos.

Dessa forma, propomos compreender quais mulheres são vulneráveis a vivenciar uma gravidez não intencional e analisar os aspectos associados a essa vulnerabilidade. Nossa principal hipótese é que existe uma relação positiva entre já ter vivenciado uma gravidez não planejada anteriormente e estar vulnerável a vivenciar uma gravidez não intencional no futuro.

Métodos

Este estudo quantitativo, do tipo transversal, é subprojeto de estudo mais amplo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 60967616.5.0000.5390), cujo objetivo foi analisar a relação entre as preferências reprodutivas e o uso de métodos contraceptivos por mulheres em idade reprodutiva usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de São Paulo.

O tamanho amostral foi calculado considerando como parâmetro o “uso de métodos contraceptivos” ($p=50\%$), a população de mulheres de 18 a 49 anos de um distrito administrativo da Coordenadoria Regional de Saúde Leste (CRLeste) do município de São Paulo, o nível de confiança de 95% e margem

de erro de 5%. O cálculo mostrou que seria necessário entrevistar 683 mulheres. Quatro dentre as dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) de um distrito administrativo da CRLeste do município de São Paulo foram aleatoriamente sorteadas como cenário do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, durante os dias úteis da semana, nos períodos matutino e vespertino, por alunas de graduação do curso de Obstetrícia, devidamente treinadas e sob supervisão da coordenadora do projeto. Foram incluídas as mulheres que já haviam iniciado vida sexual e foram excluídas as mulheres grávidas, as que haviam sido submetidas à laqueadura ou que tinham companheiros que haviam sido submetidos à vasectomia.

Foram abordadas aleatoriamente 847 mulheres que aguardavam consulta médica. Dessas, 72 (8,5%) recusaram-se a participar do estudo e 90 (10,6%) não atenderam aos critérios de elegibilidade. Portanto, o número de mulheres entrevistadas foi 685, sendo 516 mulheres referentes a três UBS, 172 mulheres em cada, e 169 em uma das quatro UBS com ESF.

As entrevistas foram conduzidas por meio de instrumento estruturado que continha informações quanto às características sociodemográficas, história reprodutiva, uso de métodos contraceptivos e intenção reprodutiva. O formulário foi aplicado em *tablets* com o uso da plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCap).⁽¹⁵⁾

A variável de interesse deste estudo foi a vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional. Vulnerabilidade refere-se a um conjunto de condições nas dimensões sociais (como tradições culturais, relações geracionais, relações de gênero), individuais (como relacionamentos, desejos, valores) e programáticas (como política, qualidade dos serviços de saúde, participação e controle social) que tornam indivíduos e comunidades mais susceptíveis a doenças ou agravos.⁽¹⁶⁾ Ou seja, algumas mulheres podem ser mais vulneráveis a vivenciar uma gravidez não intencional devido às influências de sua condição social, individual e programática.

Esta variável foi elaborada a partir da junção de três outras variáveis coletadas na entrevista: in-

tenção de engravidar (“não quer engravidar”, “quer engravidar” e “não sabe se quer engravidar”); uso de métodos contraceptivos (MAC) na última relação sexual (não e sim); e, por fim, eficácia do MAC em uso (“não usa MAC”, “usa MAC de baixa eficácia” e “usa MAC de média ou alta eficácia”). Adotou-se como classificação da eficácia do MAC a recomendação do *Center for Disease and Control Prevention* (CDC) intitulada *Effectiveness of Family Planning Methods*,⁽¹⁷⁾ em que os MAC de baixa eficácia são espermicidas, métodos naturais baseados na percepção da fertilidade, esponjas, coito interrompido, camisinha masculina e feminina; os MAC de média eficácia são diafragma, anel vaginal, adesivo, pílula e injetável e, por fim os MAC de alta eficácia são DIU, implante, esterilização feminina e masculina.

A vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional foi analisada como uma variável dicotômica, sendo as mulheres categorizadas em “sim” (estava vulnerável a vivenciar uma gravidez não intencional) ou “não” (“não estava vulnerável a vivenciar uma gravidez não intencional”). Para construir a categoria “sim”, foram consideradas as mulheres que: a) não queriam engravidar e não usavam MAC; b) não queriam engravidar e usavam MAC de baixa eficácia; c) não sabiam se queriam engravidar e não usavam MAC; e d) não sabiam se queriam engravidar e usavam MAC de baixa eficácia. Para construir a categoria “não”, foram consideradas as mulheres que: a) queriam engravidar e não usavam MAC; b) queriam engravidar e usavam MAC de baixa, média e alta eficácia; e c) não sabiam se queriam engravidar e usavam MAC de média ou alta eficácia.

As demais variáveis foram as relacionadas aos aspectos sociodemográficos e planejamento da última gravidez, pois a literatura tem mostrado que interferem na intenção reprodutiva e/ou no uso de MAC.^(13,18,19) São elas: faixa etária (18 a 24, 25 a 34, 35 ou mais); cor da pele (branca e não branca); religião (nenhuma, católica, evangélica e outras); escolaridade (concluído ou não concluído: ensino fundamental/ensino médio/ensino superior); renda própria (não e sim); classificação econômica do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (A e B, C, D e E);⁽²⁰⁾ convênio de saúde (não e sim); união estável (não e sim); número de filhos

(nenhum, um, dois ou mais); e planejamento da última gravidez (planejada, ambivalente, não planejada e nunca engravidou).

Para a avaliação do planejamento da última gravidez, foi utilizado o *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), traduzido e validado para o contexto brasileiro.⁽²¹⁾ O LMUP é um instrumento que mensura o planejamento da gravidez, independente do resultado da gestação, podendo ser usado retrospectivamente. O instrumento possui questões concernentes a três áreas: intencionalidade (desejo de se tornar mãe e intenção expressa de engravidar), contexto (influência ou não do parceiro e das circunstâncias pessoais, como recursos materiais, etapa da vida pessoal e tipo de relacionamento afetivo-amoroso) e comportamento (uso de métodos contraceptivos e preparo pré-concepcional para uma gravidez, como a ingestão de ácido fólico, adoção de dieta mais saudável ou diminuição do tabagismo, entre outros). A classificação quanto ao planejamento da gravidez é obtida pela somatória de pontos de cada questão. Mulheres que obtiveram entre 10 e 12 pontos são classificadas como tendo (ou ter tido) uma gravidez planejada; entre 0 e 3 pontos como gravidez não planejada e entre 4 e 9 pontos como ambivalentes.⁽²²⁾ Nessa variável, acrescentou-se a categoria “nunca engravidou” para considerar as mulheres que nunca engravidaram, uma vez que, para essas mulheres, não há como mensurar o planejamento da última gestação.

A análise estatística foi realizada no software Stata versão 15.0. Análise descritiva é apresentada por meio de números absolutos e relativos. Análise bivariada constou da associação entre as variáveis independentes com a vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional (variável dependente), por meio do teste de diferença de proporção (Qui-quadrado de Pearson). Análise múltipla foi realizada para verificar os aspectos associados à vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional, por meio de regressão logística múltipla, em que as covariáveis foram inseridas simultaneamente no modelo. Os modelos são apresentados levando-se em consideração *Odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC) 95%. Foi adotado nível de significância de 5%.

Quadro 1. Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional

Variáveis consideradas	Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional								
	Sim n=227 (48,3%)				Não n=243 (51,7%)				
Intenção de engravidar	Não n=210			Não sabe n=17		Não sabe n=22	Sim n=221		
Uso de MAC*	Não n=179	Sim n=31		Não n=16	Sim n=1	Sim n=22	Não n=104	Sim n=117	
Eficácia do método	Não usa MAC	Baixa n=31	Média e alta n=0	Não usa MAC	Baixa n=1	Média e alta n=22	Não usa MAC	Baixa n=13	Média e alta n=104

*Métodos Contraceptivos (MAC)

Resultados

Foram entrevistadas 685 mulheres, no entanto, os resultados a seguir são restritos a 470 que tinham dados completos referentes às três variáveis utilizadas para elaborar a variável vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional. Aproximadamente metade das mulheres mostrou estar vulnerável a vivenciar uma gravidez não intencional (48,3%). O quadro 1 mostra a distribuição das mulheres nas três variáveis que compuseram a vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional. Chama a atenção que, dentre as mulheres que não tinham intenção de engravidar, 179 não usavam método contraceptivo e 31 usavam método de baixa eficácia.

A tabela 1 mostra que as mulheres entrevistadas eram, em maior proporção, não brancas, de religião evangélica, com ensino médio, sem renda própria, pertencentes ao grupo econômico C, sem convênio de saúde e em união estável. Apenas um quarto não tinha filhos. Dentre as que já haviam engravidado, a última gravidez foi classificada como planejada para 27,6%. Esta tabela apresenta também a distribuição dos aspectos sociodemográficos e do planejamento da última gravidez segundo a vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional. As mulheres vulneráveis eram mais velhas (48,5%), sem convênio de saúde (86,8%), com dois ou mais filhos (60,3%) e cuja última gravidez foi não planejada (20,9%).

A tabela 2 apresenta aspectos sociodemográficos e planejamento da última gravidez associados à vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional. Na regressão logística univariada, os aspectos associados a estar vulnerável a vivenciar uma gravidez não intencional foram a idade, convênio de saúde, número de filhos e planejamento da última gravidez.

Tabela 1. Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional e aspectos sociodemográficos e planejamento da última gravidez

Variáveis	Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional			p-value*
	Sim n(%)	Não n(%)	Total n(%)	
Faixa etária (anos)				<0,001
18 - 24	47(20,7)	121(49,8)	168(35,7)	
25 - 34	70(30,8)	86(35,4)	156(33,2)	
≥ 35	110(48,5)	36(14,8)	146(31,1)	
Cor da pele**				0,255
Branca	56(24,7)	71(29,3)	127(27,1)	
Não branca	171(75,3)	171(70,7)	342(72,9)	
Religião				0,880
Nenhuma	59(26,0)	63(25,9)	122(26,0)	
Católica	53(23,4)	53(21,8)	106(22,5)	
Evangélica	104(45,8)	118(48,6)	222(47,2)	
Outras	11(4,8)	9(3,7)	20(4,3)	
Escolaridade				0,065
Ensino fundamental	8(3,5)	6(2,5)	14(3,0)	
Ensino médio	194(85,5)	192(79,0)	386(82,1)	
Ensino superior	25(11,0)	45(18,5)	70(14,9)	
Renda própria**				0,702
Não	125(55,1)	129(53,3)	254(54,2)	
Sim	102(44,9)	113(46,7)	215(45,8)	
Classificação econômica da ABEP***				0,568
A + B	50(22,4)	63(26,6)	113(24,5)	
C	162(72,7)	164(69,2)	326(70,9)	
D + E	11(4,9)	10(4,2)	21(4,6)	
Convênio de saúde				0,006
Não	197(86,8)	187(77,0)	384(81,7)	
Sim	30(13,2)	56(23,0)	86(18,3)	
União estável				0,691
Não	90(39,7)	92(37,9)	182(38,7)	
Sim	137(60,3)	151(62,1)	288(61,3)	
Número de filhos				<0,001
Nenhum	24(10,6)	89(36,6)	113(24,1)	
Um	66(29,1)	124(51,0)	190(40,4)	
Dois ou mais	137(60,3)	30(12,4)	167(35,5)	
Planejamento da última gravidez****				<0,001
Planejada	68(30,2)	61(25,2)	129(27,6)	
Ambivalente	87(38,7)	82(33,9)	169(36,1)	
Não planejada	47(20,9)	20(8,3)	67(14,3)	
Nunca engravidou	23(10,2)	79(32,6)	102(21,8)	
Total	227	243	470	

*Qui-quadrado de Pearson; **1 mulher não respondeu; ***10 mulheres não responderam; ****3 mulheres não responderam

Tabela 2. Aspectos sociodemográficos e planejamento da última gravidez associados à vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional

Variáveis	Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional			
	Univariada/Bruta		Múltipla	
	OR	IC 95%	OR ajustado	IC 95%
Faixa etária (anos)				
18 - 24	1,0	-	1,0	-
25 - 34	2,0	1,3-3,2*	2,4	1,4-4,1*
≥ 35	7,9	4,7-13,0**	10,5	5,7-19,5**
Cor da pele				
Branca	1,0	-	1,0	-
Não branca	1,3	0,8-1,9	1,0	0,6-1,7
Religião				
Nenhuma	1,0	-	1,0	-
Católica	1,1	0,6-1,8	0,8	0,4-1,5
Evangélica	0,9	0,6-1,4	0,7	0,4-1,2
Outras	1,3	0,5-3,4	1,6	0,5-4,8
Escolaridade				
Ensino fundamental	1,0	-	1,0	-
Ensino médio	0,8	0,3-2,2	2,2	0,6-8,0
Ensino superior	0,4	0,1-1,3	1,4	0,3-5,8
Renda própria				
Não	1,0	-	1	-
Sim	0,9	0,6-1,3	0,7	0,6-1,1
Classificação econômica da ABEP				
A + B	1,0	-	1,0	-
C	1,2	0,8-1,9	1,0	0,6-1,8
D + E	1,4	0,5-3,5	1,1	0,4-3,3
Convênio de saúde				
Não	1,0	-	1	-
Sim	0,5	0,3-0,8*	0,6	0,3-1,2
União estável				
Não	1,0	-	1,0	-
Sim	0,9	0,6-1,3	0,4	0,3-0,7**
Planejamento da última gravidez				
Planejada	1,0	-	1,0	-
Ambivalente	0,9	0,6-1,5	1,1	0,7-1,9
Não planejada	2,1	1,1-3,9*	2,3	1,1-4,8*
Nunca engravidou	0,2	0,1-0,5**	0,2	0,1-0,5**

*p<0,05; **p<0,001

Na regressão logística múltipla, a variável número de filhos mostrou interação com a variável planejamento da última gravidez, o que fez com que os intervalos de confiança fossem muito grandes. Optou-se por estratificar os modelos de regressão, considerando separadamente as mulheres que não tinham filhos e as mulheres que já tinham filhos. No entanto, os modelos se mostraram inviáveis, por conta do número de mulheres em cada categoria ser pequeno. Dessa forma, optou-se por conduzir o modelo de regressão logística múltipla sem a variável número de filhos.

Os aspectos que mantiveram associação estatisticamente significativa no modelo múltiplo final fo-

ram idade, união estável e planejamento da última gravidez. Assim, as mulheres na faixa etária de 25 a 34 anos tiveram mais chance de estar vulneráveis a gravidez não intencional comparadas às mulheres na faixa etária de 18 a 24 anos (OR=2,0; IC95% 1,2-3,4), tendo sido o mesmo observado em relação às mulheres com 35 anos ou mais de idade (OR=9,7; IC95% 5,3-17,6). As mulheres em união estável tiveram menos chance de estar vulneráveis a uma gravidez não intencional comparadas às mulheres solteiras (OR=0,4; IC95% 0,3-0,7). As mulheres que não planejaram a gravidez anterior tiveram mais chance de estar vulnerável a uma gravidez não intencional comparadas às mulheres que planejaram (OR=2,5; IC95% 1,2-5,1), diferentemente das mulheres que nunca engravidaram, que mostraram menos chance (OR=0,4; IC95% 0,2-0,7).

Discussão

Este estudo trata da vulnerabilidade de mulheres em idade reprodutiva, usuárias do SUS, a vivenciar uma gravidez não intencional. As participantes responderam a perguntas sobre sua intenção de engravidar, uso de métodos contraceptivos, planejamento da última gravidez e aspectos sociodemográficos. Os resultados mostraram que quase metade das mulheres estava vulnerável a vivenciar uma gravidez não intencional, ou seja, um número expressivo de mulheres que não tinha intenção de engravidar, não usava método contraceptivo ou usava método de baixa eficácia.

Analisar gestações intencionais e não intencionais e uso de métodos contraceptivos é um dos indicadores mais relevantes para a área de saúde sexual e reprodutiva, pois revela a demanda por contracepção não atendida na população. Esse conceito relaciona-se à discrepância entre as preferências de fecundidade e uso de contracepção, especificamente, refere-se ao comportamento de mulheres que queriam evitar ou adiar a gravidez, contudo, não utilizam métodos contraceptivos para tal fim.⁽¹⁾

No Brasil, apesar do contexto de taxas reduzidas de fecundidade e da alta prevalência da uso contraceptivo, percentual ainda representativo de mu-

lheres vivencia a fecundidade discrepante positiva, o que significa a ocorrência de gravidezes não intencionais,⁽²³⁾ provavelmente resultante da existência de demanda não atendida por métodos contraceptivos de alta eficácia.⁽²⁴⁾

A despeito da alta proporção de mulheres que usam métodos contraceptivos no país, a taxa de gravidez não intencional continua elevada. Inúmeros aspectos podem contribuir para esse suposto paradoxo, como a inadequação da oferta dos insumos contraceptivos nos serviços de atenção básica à saúde, principalmente os reversíveis de longa duração (LARCs), como o dispositivo intrauterino (DIU) e o implante; as ineficazes, ou ausentes, ações educativas sobre contracepção; a ausência de fluxos e protocolos para atender as necessidades contraceptivas de mulheres, homens e casais; além de outras lacunas na atenção em contracepção no país.⁽²⁵⁾

Especificamente no que concerne à oferta do DIU no Brasil, estudo realizado em municípios de Minas Gerais sobre barreiras de acesso ao método constatou que mais da metade dos municípios referiu não disponibilizá-lo nos serviços de atenção básica à saúde, como a ESF, sendo disponibilizado em outros serviços como farmácia central, ambulatório de especialidades, secretaria de saúde e hospital; outros municípios encaminhavam as mulheres que tinham interesse em usar o DIU para outras localidades. Ainda, dentre os municípios que ofertavam o DIU (84,8%), a maioria não possuía protocolo específico para sua disponibilização.⁽²⁶⁾ Tais barreiras de acesso aos métodos contraceptivos no SUS podem explicar o fato de dispor de convênio de saúde ter sido significativo na análise univariada. No entanto, a mesma variável não foi associada com vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional na análise múltipla, ou seja, essa variável perdeu significância na presença de outras condições como, por exemplo, idade, união estável e planejamento da última gravidez.

Aumentar o acesso aos métodos de contracepção mais eficazes e reversíveis é uma estratégia positiva para diminuir a vulnerabilidade das mulheres para gravidez não intencional, e possivelmente, as taxas de gravidez não intencional.⁽²⁷⁾ Os LARCs ofe-

recem alta segurança e baixa taxa de falha, pois a probabilidade é de menos de uma gestação em cada 100 usuárias/ano. O restabelecimento da fertilidade ocorre após a suspensão dos métodos: os níveis sanguíneos de etonorgestrel ficam indetectáveis uma semana após a remoção do implante e a gestação pode ocorrer no mesmo, ou no próximo, ciclo após a retirada do DIU de cobre ou do sistema intrauterino de levonorgestrel, aspectos importantes para mulheres que planejam sua vida reprodutiva e uma gravidez oportuna.⁽²⁸⁾ Além disso, não dependem do comportamento da usuária e são bem-aceitos pelas mulheres, com taxas de continuidade e satisfação superiores a 80%.^(29,30) Por isso, sua utilização deve ser disponibilizada, incentivada e desmistificada, evitando a exposição desnecessária a gestações não intencionais e suas repercussões na saúde sexual e reprodutiva.

Em todo o mundo, 61% das mulheres com idades entre 15 a 49 anos usam algum tipo de contracepção para evitar gravidez, no entanto, uma proporção considerável de gravidezes não intencionais continua a ocorrer devido ao uso incorreto ou à descontinuidade, principalmente entre as mulheres de mais baixa escolaridade e mais empobrecidas,⁽²⁹⁾ correspondendo ao perfil da população deste estudo. Esse cenário confirma que a disponibilidade de contraceptivos pelos serviços de saúde deve incluir, além de processos adequados na cadeia de suprimentos, a garantia que os serviços atendam às necessidades de contracepção das mulheres com aconselhamento adequado sobre a adoção dos métodos contraceptivos e condições psicossociais necessárias para o uso dos mesmos. Além disso, sabe-se que o acesso aos métodos contraceptivos mais eficazes continua a ser uma estratégia para corrigir a desigualdade global.⁽³⁰⁾ O foco nas ações intersectoriais também deve existir, uma vez que a literatura indica que a inserção social tem efeito na saúde reprodutiva. Por exemplo, estudo mostrou que mulheres com mais alta escolaridade tiveram menos chances de vivenciar uma gravidez não planejada.⁽³¹⁾

Na análise múltipla conduzida neste estudo, a maior parte das mulheres vulneráveis a vivenciar uma gestação não intencional tinha mais de 35

anos, dois filhos ou mais, estava em união estável e vivenciou uma gravidez não planejada, o que mostra que, de alguma forma, não houve oportunidade de acesso a métodos mais eficazes, ou até mesmo irreversíveis, tornando-as vulneráveis a vivenciar, novamente, uma gravidez não intencional. Trata-se, portanto, de um perfil de mulheres que pode já ter alcançado sua meta reprodutiva, mas permanece vulnerável a vivenciar uma gestação que não é intencional.

O aspecto limitante desta investigação é o fato de termos considerado apenas usuárias do SUS, o que pode não nos permitir generalizar para todas as mulheres, como as que usam serviços privados de saúde, mas é preciso considerar que a maior parte da população brasileira é usuária do SUS. Outra limitação reside no fato que ainda não está disponível um instrumento para mensurar a intenção futura de engravidar no contexto brasileiro. A potencialidade deste estudo é que foi usado um instrumento validado para analisar o planejamento da gravidez anterior, que é o LMUP. Além disso, o estudo aborda tema ainda incipiente no cenário da pesquisa brasileira em saúde sexual e reprodutiva, que é a intenção de engravidar.

Conclusão

Quase metade das mulheres em idade fértil, não esterilizadas e não grávidas, estava vulnerável a uma gravidez não intencional por não usar métodos contraceptivos, ou usar métodos de baixa eficácia quando não têm a intenção de engravidar. Os aspectos associados a vivenciar uma gravidez não intencional foram a idade, não estar em união estável e não ter planejado a última gravidez.

Colaborações

Melo CRM, Nascimento NC, Duarte LS e Borges ALV colaboraram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Bradley SE, Casterline JB. Understanding unmet need: history, theory, and measurement. *Stud Fam Plann.* 2014;45(2):123-50.
- Carvalho AA. Demand for contraception in Brazil in 2006: contribution to the implementation of fertility preferences. *Cien Saude Colet.* 2019;24(10):3879-88.
- Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health.* 2016;16:2.
- Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Política Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2021 Jun 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
- Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2014;30(Suppl 1):S85-S100.
- Barrett G, Wellings K. What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. *Soc Sci Med.* 2002;55(4):545-57.
- Aiken AR, Borrero S, Callegari LS, Dehlendorf C. Rethinking the pregnancy planning paradigm: unintended conceptions or unrepresentative concepts? *Perspect Sex Reprod Health.* 2016;48(3):147-51.
- 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.
- Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann.* 2008;39(1):18-38. Review.
- Keenan K. Novel methods for capturing variation in unintended pregnancy across time and place. *Lancet Glob Health.* 2018;6(4):e352-3.
- Aiken AR, Westhoff CL, Trussell J, Castaño PM. Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health.* 2016;48(3):139-46.
- 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. *Lancet Glob Health.* 2018;6(4):e380-9.
- Borges AL, Dos Santos OA, Fujimori E. Concordance between intention to use and current use of contraceptives among six-month postpartum women in Brazil: the role of unplanned pregnancy. *Midwifery.* 2018;56:94-101.
- Guzzo KB, Eickmeyer K, Hayford SR. Does postpartum contraceptive use vary by birth intendedness? *Perspect Sex Reprod Health.* 2018;50(3):129-38.
- REDCap Consortium International. Research Electronic Data Capture. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: REDCap; 2011 [citado 2021 Jun 26]. Disponível em: <https://redcap.hc.fm.usp.br/>
- Ayres JR, Paiva V, França Junior I. From natural history of disease to vulnerability. In: Parker R, Sommer M. *Routledge handbook in global public health.* New York (US): Routledge; 2011. p. 98-107.

17. World Health Organization (WHO); Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. (2018). Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed. Genève: WHO; 2018 [cited 2021 Jul 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156>.
18. Coelho EA, Andrade ML, Vitoriano LV, Souza JJ, Silva DO, Gusmão ME. Association between unplanned pregnancy and the socioeconomic context of women in the area of family health. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):415-22.
19. 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.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2016 [citado 2020 Jul 8]. Disponível em: www.abep.org
21. Borges AL, Barrett G, Santos OA, Nascimento NC, Cavalhieri FB, Fujimori E. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:244.
22. 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.
23. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National abortion survey 2016. *Cien Saude Colet*. 2017;22(2):653-60.
24. Carvalho AA, Wong LL, Miranda-Ribeiro P. Discrepant fertility in Brazil: an analysis of women who have fewer children than desired (1996 and 2006). *Rev Latinoamericana Población*. 2016;10(18):83-106.
25. Borges AL, Santos OA, Araújo KS, Gonçalves RF, Rosa PL, Nascimento NC. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(4):749-56.
26. Gonzaga VA, Borges AL, Santos OA, Rosa PL, Gonçalves RF. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03270.
27. Curtis KM, Peipert JF. Long-acting reversible contraception. *N Engl J Med*. 2017;376:461-8.
28. Sorpreso IC, Soares-Jr JM, Baracat EC. Mulheres com vulnerabilidade sexual: anticoncepção reversível de longa duração pode ser a solução? [Editorial]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(9):395-6.
29. Caetano AJ. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006. *Rev Bras Estud Popul*. 2014;31(2):309-31.
30. Ferreira JM, Monteiro I, Villarroel SC, Silveira C, Bahamondes L. Use of LARCs and the Relationship between DMPA and Sterilizations. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(5):210-7.
31. Santos OA, Rosa PL, Borges AL. Determinantes do planejamento da gravidez segundo a raça/cor em São Paulo, Brasil. *Rev Assoc Bras Pesquis Negros*. 2015;(7):74-88.