

Abordagem da gestação não planejada em uma unidade de saúde da família no interior de Minas Gerais

*Approach to unplanned pregnancy in a family health unit in the
countryside of Minas Gerais*

LEILANY MARINS ANDRINO

Discente do curso de Medicina (UNIPAM)

E-mail: leilany.andrino@gmail.com

JONATHA CAJADO MENEZES

Professor orientador (UNIPAM)

E-mail: jonathacm@unipam.edu.br

Resumo: Introdução: Mesmo com tantas políticas que incentivam o planejamento reprodutivo, ainda há um número crescente de gestações não planejadas, gerando consequências físicas, sociais e psicológicas às mulheres. O objetivo do estudo é identificar os motivos da falha na prevenção dessas gestações. Metodologia: Pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quantitativa, realizada em gestantes em acompanhamento pré-natal de baixo risco em uma Unidade de Saúde da Família (USF). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, e a análise dos resultados, de forma descritiva. Resultados: Foram encontradas associações nas variáveis “conhecimento do período fértil e planejamento da gravidez” e “o pai da criança mora no mesmo domicílio que você” com o planejamento da gravidez. Conclusão: a prevenção da gestação deve ser feita de modo intersetorial e informativa, abordando escola, família e profissionais de saúde. O Estado precisa ofertar mais métodos contraceptivos de longa duração e capacitar profissionais da atenção primária.

Palavras-chave: Gravidez não planejada. Planejamento familiar. Atenção Primária à Saúde.

Abstract: Introduction: Even with so many policies that encourage reproductive planning, there is still an increasing number of unplanned pregnancies, generating physical, social and psychological consequences for women. The aim of the study is to identify the reasons for the failure to prevent these pregnancies. Methodology: Field research, exploratory, with a quantitative approach, performed in pregnant women undergoing low-risk prenatal care at a Family Health Unit (USF). Data collection was carried out through interviews and the results were analysed descriptively. Results: Associations were found in the variables “knowledge of the fertile period and pregnancy planning” and “the child’s father lives in the same household as you” with pregnancy planning. Conclusion: pregnancy prevention should be done in an intersectoral and informative way, approaching school, family and health professionals. The State needs to offer more long-term contraceptive methods and train primary care professionals.

Keywords: Unplanned pregnancy. Family planning. Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, foram pauta de debate internacional somente em 1994 (BRASIL, 2005).

O Brasil, em 1983, foi pioneiro na criação de um programa, chamado Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), que propunha o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, de forma abrangente, atendendo a necessidade da saúde feminina, no entanto, ele não contemplou todo território nacional (OSIS, 1998 ; CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 reafirmou os preceitos do PAISM e, a partir disso, vários outros programas e políticas foram lançados como forma de ratificar os direitos sexuais e reprodutivos, abrangendo o planejamento reprodutivo, de forma ampla a homens e a mulheres, e o cuidado à saúde da mulher (BRASIL, 1988; BRASIL, 2004; BRASIL 2005; BRASIL, 2008a).

Mesmo com tantas políticas e programas que buscam e incentivam o planejamento reprodutivo, de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, dos nascimentos ocorridos nos primeiros 5 anos da década referida, 45,8 % não foram planejados. Outro estudo feito pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, nos anos de 2011 e 2012, demonstrou que mais de 55% de mulheres tiveram gestações não planejadas. O Brasil fica então acima da média mundial de gestações não programadas, que é de 40% (PASSARINHO; FRANCO 2018).

As causas das gestações não planejadas são variadas; vão desde o uso inadequado de contraceptivos à falta de conhecimento acerca de meios de prevenção. O baixo nível socioeconômico também foi fator de risco, já que muitas mulheres dependiam do método gratuito na UBS, o qual nem sempre estava disponível (DINIZ et al., 2011).

Outro aspecto é que as unidades de saúde falham no quesito informação e atendimento à saúde reprodutiva de jovens (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2005). “Pesquisas indicam que os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo” (BRASIL, 2013). Além disso, as ações educativas em planejamento familiar são feitas de forma individual, com foco nas mulheres, orientando-se sobre métodos contraceptivos, negligenciado outras informações como maternidade e paternidade responsáveis (PIERRE; CLAPIS, 2010). Foi observada pouca participação de médicos nas atividades de planejamento familiar, além de não se ter referência adequada para implantação de métodos de longa duração, como o DIU ou de métodos irreversíveis, com experiências negativas do encaminhamento (MOURA; DA SILVA; GALVÃO, 2007).

Por último, o homem também tem direitos e responsabilidades quanto ao planejamento reprodutivo, podendo prevenir a gestação não planejada (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2017; BRASIL, 2008b).

A gravidez não planejada gera consequências físicas, como o aumento de doenças se comparado ao número de mulheres que planejaram a gestação, consequências sociais, como aumento da mortalidade materna, além de consequências psicológicas, como o aumento da depressão pós-parto (AHMED *et al.*, 2012; BONATTI *et al.*, 2018; CHENG *et al.*, 2009; KUROKI *et al.*, 2008).

As gestações não planejadas refletem um problema de saúde pública, pois se aumentam o risco de saúde da gestante e do feto, os abortos clandestinos e as crianças em abrigos. Têm-se, então, maiores gastos para o governo, já que não são ofertados adequadamente métodos contraceptivos eficientes e informação e orientação de qualidade. Desse modo, esse trabalho buscou identificar o motivo da falha na prevenção das gestações não planejadas, associando com condições socioeconômicas, reprodutivas e sexuais. Além disso, quantificamos quantas gestações foram planejadas ou não e quais são os métodos contraceptivos mais utilizados.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quantitativa, que foi realizada em um território adscrito a uma Unidade de Saúde da Família em Patos de Minas, Minas Gerais.

A coleta de dados foi realizada no período de 15 de setembro de 2020 a 15 de novembro de 2020. Nesse período, a Unidade de Saúde da Família estava com 45 gestantes em atendimento pré-natal. A pesquisa foi feita com as gestantes adolescentes e adultas que estavam em atendimento de pré-natal no período da coleta de dados na USF citada. No total, fizeram parte da pesquisa 42 gestantes; não foi possível entrar em contato com 2; 1 se recusou a participar da pesquisa. Foram excluídas da pesquisa gestantes de alto risco e as que abortaram ou que já estavam no puerpério.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado validado por meio de oito testes pilotos de Santos *et al.* (2018) que verificaram a adequação do instrumento de coletas de dados, sem necessidade de alterações significativas no mesmo, o qual foi adaptado, contendo 45 questões relativas aos aspectos socioeconômicos/demográficos, história reprodutiva, comportamento sexual e contraceptivo, aspecto afetivo e hábitos de vida. Foi realizada uma aplicação do roteiro de entrevista como pré-teste para verificar se necessitava de adequação do instrumento de coleta, sendo inclusa uma pergunta sobre grau de satisfação com a vida e um desmembramento da escolaridade, em ensino médio completo e incompleto.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (CEP) do UNIPAM, via Plataforma Brasil, obedecendo às normas e à legislação nacional vigente, para realização da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Obteve-se a aprovação da Secretaria Municipal de Patos de Minas (MG). Foi solicitada a permissão aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento. Para as menores de 18 anos, foi solicitada a assinatura do termo de assentimento e a apresentação do TCLE assinado pelos pais. O estudo não ofereceu danos físicos à saúde das pacientes, porém apresentou riscos de ordem psicológica, intelectual ou emocional relacionados com a entrevista, como possibilidade de constrangimento e desconforto. Para minimizar esses riscos, a entrevista foi feita em sala reservada, com a presença só das pesquisadoras e foi interrompida a entrevista caso a paciente não se sentisse confortável.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, gerados pelo Programa Excel, e os dados foram apresentados em tabelas e gráficos em valores absolutos e

relativos. Foi feita também análise de dados por teste qui-quadrado de associação gerados pelo programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 25 para Windows. Para o teste de hipóteses, foram considerados significativamente estatísticos valores com $p < 0,05$.

Como benefício da pesquisa para as participantes, foi realizada uma intervenção educacional em forma de palestra no mês de dezembro, com orientações sobre como manter a gravidez de forma saudável, tanto para elas quanto para os fetos, abordando a importância de seguir as orientações pré-natal e puerperal, incentivando o parto vaginal e a amamentação. Para participar da palestra, foram convidadas todas as gestantes entrevistadas e também as que faziam parte do alto risco, critério de exclusão do trabalho. No total, obteve a presença de 19 gestantes, as quais ganharam brindes e enxoval.

3 RESULTADOS

O roteiro de entrevista semiestrutura foi dividido em questões relativas aos aspectos socioeconômicos/demográficos, à história reprodutiva, ao comportamento sexual e contraceptivo, aos aspectos afetivos e aos hábitos de vida.

Na primeira dimensão do roteiro de entrevista, condições socioeconômicos/demográficos, com relação à cor ou raça, os resultados foram 9,5% preta/negra, 54,8% parda, 7,1% amarela/asiática e 28,6% branca; quanto à idade, 31% tinham entre 15 e 19 anos, 38,1% entre 20 a 29 anos, 28,6% entre 30 a 39 anos e 2,4% 40 anos ou mais. O estado civil foi de 64,3% casada/mora junto, 26,2% relacionamento sério, 7,1% solteira e 2,4% separada/divorciada. Das casadas/mora junto 16,8% havia menos de 1 ano de tempo de casamento/morar junto e 81,4% tinha mais de 1 ano. Para relatar a escolaridade das participantes, foi feito um reagrupamento em ensino médio, sem distinção de completo ou incompleto, sendo que 23,8% tinham ensino fundamental, 65,3% tinham ensino médio e 11,9% tinham ensino superior. Sobre a pergunta com quem morava quando ficou grávida, 57,1% com o marido/companheiro, 40,5% com familiares e 2,4% com o marido e familiares. As gestantes que estavam trabalhando eram 12 (28,6%), 29 não trabalhavam no momento (69,0%) e 1 não respondeu à pergunta. Antes da gestação, 23 trabalhavam e 19 não exerciam atividade remunerada. Quanto à renda mensal, 16,7% tinham renda menor que um salário mínimo, 76,2% entre 1 e 3 salários e 7,1% maior que 3 salários. A quantidade de pessoas residentes na casa foi de 2 até 6 pessoas, sendo mais da metade de 2 a 3 pessoas. A maioria das entrevistadas tinha de uma a duas pessoas responsáveis pela renda de toda a casa.

Na Tabela 1, são descritos os resultados obtidos pela seção história reprodutiva das gestantes entrevistadas, com perguntas sobre idade da primeira menstruação, se aquela é a primeira gestação, antecedente de aborto, número de gestações anteriores, número de filhos vivos e de filhos mortos e se a mãe da gestante entrevistada teve o primeiro filho com menos de 20 anos.

Tabela 1: História reprodutiva

		Frequência	%	%válida
Idade primeira menstruação	Menos de 11 anos	1	2,40%	2,40%
	Entre 11 e 15 anos	38	90,50%	90,50%
	Acima de 15 anos	3	7,10%	7,10%
Primeira gestação	Sim	21	50,00%	50,00%
	Não	21	50,00%	50,00%
Já teve aborto	Sim (sendo todos espontâneos)	12	28,60%	28,60%
	Não	30	71,40%	71,40%
Quantas gestações você teve antes dessa?	1	6	14,30%	31,60%
	2	5	11,90%	26,30%
	3	3	7,10%	15,80%
	4	4	9,50%	21,10%
	5	1	2,40%	5,30%
	Total válido	19	45,20%	100,00%
	Não preenchido	23	54,80%	
Nº de filhos vivos	0	1	2,40%	5,30%
	1	8	19,00%	42,10%
	2	4	9,50%	21,10%
	3	6	14,30%	31,60%
	Total válido	19	45,20%	100,00%
	Não preenchido	23	54,80%	
Nº de filhos mortos	0	6	14,30%	37,50%
	1	8	19,00%	50,00%
	2	2	4,80%	12,50%
	Total válido	16	38,10%	100,00%
	Não preenchido	26	61,90%	
Sua mãe teve o primeiro filho com menos de 20 anos?	Sim	22	52,40%	56,40%
	Não	16	38,10%	41,00%
	Não sabe	1	2,40%	2,60%
	Total válido	39	92,90%	100,00%
	Não preenchido	3	7,10%	

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

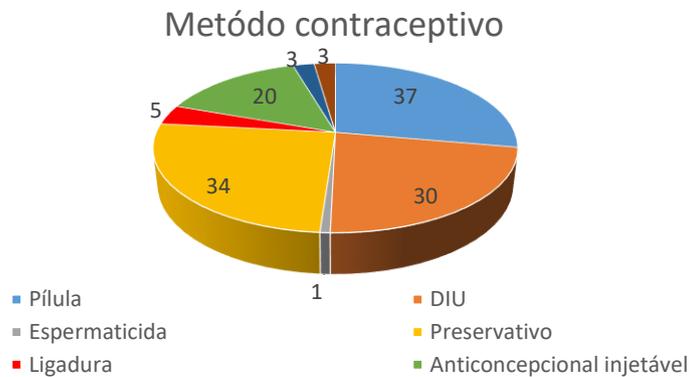
O tempo que passou entre o último parto e o parto do tempo desta pesquisa foi respondido por 20 gestantes, e o valor médio apurado foi de 54,65 ($\pm 49,75$) meses; o valor mínimo, de 10 meses; máximo de 156 meses.

A idade mínima e máxima da primeira gravidez foi respondida por 19 indivíduos da amostra, sendo de 14 e 26 anos, respectivamente. A idade média da primeira gravidez foi de 18,32 ($\pm 2,67$) anos.

Na seção comportamento sexual e contraceptivo, a primeira pergunta foi em relação ao conhecimento de métodos anticoncepcionais. Todas as 42 gestantes da amostra responderam que conhecem algum método para evitar gravidez, sendo que 7,1% conhecem cinco métodos, 31% conhecem quatro métodos, 38,1% conhecem três métodos, 19% conhecem dois métodos, e 4,8% conhecem apenas um método.

A Figura 1 apresenta o resultado do conhecimento das gestantes em relação a cada método contraceptivo. Os mais relatados foram a pílula anticoncepcional, o preservativo, o DIU e o anticoncepcional injetável.

Figura 1: Quantas gestantes conhecem determinado método contraceptivo

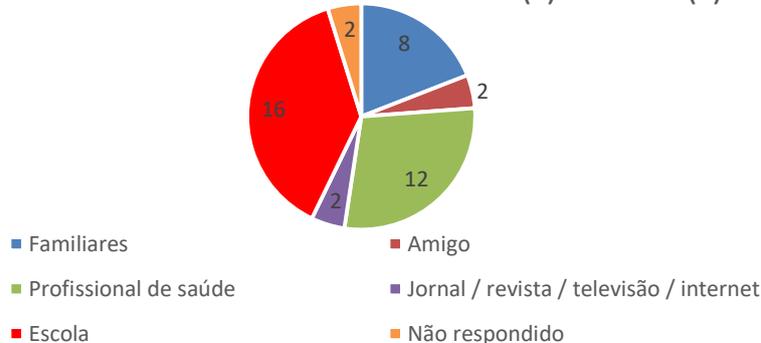


Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Na Figura 2, é relatado como as pacientes ficaram sabendo dos métodos citados, sendo em primeiro lugar a escola, depois os profissionais de saúde e por último os familiares.

Figura 2: Como a gestante ficou conhecendo os métodos contraceptivos

Como você ficou sabendo deste(s) método(s)



Fonte: dados da pesquisa, 2021.

A pergunta se a gestante e seu parceiro usavam algum método para não ter filhos no período em que engravidou, das participantes, 12 gestantes (28,6%) responderam que sim. Dos métodos utilizados, 7 usavam pílula anticoncepcional; 1 injeção de caráter mensal; 4 usavam preservativo.

Na Tabela 2, é descrito o motivo principal de a gestante e o parceiro não usarem métodos para não terem filhos.

Tabela 2: Motivo de não usarem métodos para prevenir a gestação

	Frequência	Porcentual
Por qual motivo principal você ou seu parceiro não usavam algum método para evitar filhos?	Esquecimento/desinteresse próprio	4 9,50%
	Desejo de engravidar	13 31,00%
	Intolerância/efeitos colaterais de anticoncepcionais	4 9,50%
	Parceiro não quis	1 2,40%
	Impossibilidade financeira	1 2,40%
	Falta de informação	1 2,40%
	Outro	18 42,90%
	Total	42 100,00%

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

A opção *outro* era aberta. Tivemos como resposta “achava que não engravidaria (3)”; “foi algo de momento, não pensei que poderia engravidar (1)”; “ia começar usar anticoncepcional e descobri que estava grávida (1)”; “meu parceiro é infértil (1)”; “usava a pílula, estava aguardando para colocar DIU, pandemia atrapalhou e fiquei sem usar nenhum método” (1); “estava indecisa quanto a engravidar ou não (1)”; “tenho SOP achei que não engravidaria (1)”; “usava anticoncepcional (7)”; “usava injeção (1)”; usava injeção e parei (1)”.

Na pergunta se a gestante tem conhecimento do seu período fértil, 12 (28,6%) responderam que sim, 29 (69,0%) que não e 1 (2,40%) não respondeu à pergunta. A idade em que tiveram a primeira relação sexual variou de 13 a 26 anos, com média de 16,33 e desvio padrão de 2,927. Com relação à pergunta se a gestante usou algum método contraceptivo na primeira relação sexual, 25 responderam que sim e 17 que não.

Na parte dos aspectos afetivos, quando perguntado se a gravidez foi planejada, 17 gestantes (40,5%) responderam que sim e 25 responderam que não (59,5%), tendo um aumento em relação à resposta de qual foi o motivo da gestante e seu parceiro não usarem algum método para não engravidar, 13 gestantes falaram que desejavam engravidar. Quando perguntada se a gestação estava sendo desejada, 37 responderam que sim, 4 que não e 1 que mais ou menos. Quanto ao pai da criança, 26 eram marido/companheiro, 12 eram noivo/namorado e 4 gestantes responderam à pergunta de forma aberta, tendo como resposta “ex-namorado (1)”, “não é mais nada” (1), “não estamos se relacionando (2)”, a idade deles variou de 16 a 55, com média de 28,3 e desvio-padrão de 8,87. Além disso, foi perguntado sobre o grau de satisfação com a vida, 14 responderam que estavam muito satisfeitas, 20 estavam satisfeitas, 1 estava indiferente e 2 insatisfeitas, 5 gestantes não responderam a essa pergunta.

Na seção hábitos de vida, foi perguntado sobre o uso de bebida alcoólica durante a gravidez, 40 gestantes (95,2%) não faziam uso e 2 faziam uso (4,8%), sendo uma com frequência de 2 a 3 vezes na semana e a outra com uma vez por semana. Quanto à mudança de hábitos relativos ao uso de bebida alcoólica durante a gravidez, 18 gestantes não usavam antes e continuaram não usando, 22 usavam e deixaram de usar durante a gravidez, 2 usavam e diminuíram a quantidade.

ABORDAGEM DA GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Em relação ao tabagismo na gestação, 38 não fumavam (90,4%), 4 fumavam (9,6%). Quanto à mudança de hábitos em relação ao cigarro durante a gravidez, 34 não fumavam e continuaram sem fumar, 4 pararam de fumar e 2 diminuíram a quantidade de cigarros e 2 mantiveram o hábito. Nenhuma gestante fazia uso de outras drogas antes ou durante a gestação.

Realizaram-se testes de associações com aspectos sociodemográficas, história reprodutiva e comportamento sexual e contraceptivo com o planejamento da gravidez. Na Tabela 3, são descritas as associações realizadas por testes estatísticos.

Tabela 3: Associações das respostas sociodemográficas, história reprodutiva e comportamento sexual e contraceptivo com o planejamento ou não da gestação

		A gravidez planejada?		Total	X ²	P
		Sim	Não			
		Qual cor ou raça você se considera	Preta/negra			
	Parda	11	12	23		
	Amarela/Asiático	0	3	3		
	Branca	6	6	12		
Quantos anos você tem?	De 15 a 19 anos	5	8	13	1,558	0,669
	De 20 a 29 anos	6	10	16		
	De 30 a 39 anos	5	7	12		
	De 40 anos ou mais	1	0	1		
Estado Civil	Casado/Mora junto	14	13	27	4,966	0,174
	Solteiro	0	3	3		
	Separado/Desq./Divorc./Viúvo	0	1	1		
	Relacionamento sério/Namora	3	8	11		
Há quanto tempo é casado ou mora junto?	Até 6 meses	0	1	1	2,9	0,407
	De 7 meses a 1 ano	2	2	4		
	De 1 ano a 5 anos	5	7	12		
	Mais que 5 anos	7	3	10		
Qual a série você está frequentando (ou) qual a última série que você frequentou?	Ensino fundamental	5	5	10	1,419	0,701
	Ensino médio incompleto	6	10	16		
	Ensino médio completo	5	6	11		
	Superior completo/incompleto /pós-graduação	1	4	5		
Com quem você morava quando ficou grávida?	Com o marido/companheiro	12	12	24	4,401	0,111
	Com familiares (pais/irmãos)	4	13	17		
	Com o marido e familiares	1	0	1		
	2	4	5	9		
Incluindo você, quantas pessoas residem em sua casa?	3	9	8	17	5,34	0,254
	4	1	7	8		
	5	3	3	6		
	6	0	2	2		
O pai da criança mora no mesmo domicílio que você?	Sim	14	13	27	4,061	0,044
	Não	3	12	15		
No momento, você está trabalhando ou	Sim	5	7	12	0	0,986

exercendo alguma atividade remunerada?	Não	12	17	29		
Você trabalhava ou exercia alguma atividade remunerada antes de ficar grávida?	Sim	10	13	23	0,19	0,663
	Não	7	12	19		
Qual a sua renda mensal em salários mínimos?	Menor que um salário mínimo	4	3	7		
	Entre 1 e 3 salários mínimos	11	21	32	2,156	0,34
	Maior que 3 salários mínimos	2	1	3		
Quantas pessoas na sua família possuem alguma renda?	1	12	14	26		
	2	4	6	10		
	3	1	2	3	1,743	0,783
	4	0	1	1		
	5	0	1	1		
Você sabe qual é o seu período fértil, aquele em que você pode engravidar com maior facilidade?	Sim	8	4	12	4,44	0,035
	Não	9	20	29		
Com que idade você teve sua primeira menstruação	Menos de 11 anos	0	1	1		
	Entre 11 e 15 anos	15	23	38	1,577	0,738
	Acima de 15 anos	2	1	3		
Sua mãe teve o primeiro filho com menos de 20 anos?	Sim	7	15	22		
	Não	9	7	16	2,268	0,188
Você ou seu parceiro usavam regularmente algum método para evitar filhos na época em que engravidou?	Sim	3	9	12	1,67	0,173
	Não	14	16	30		

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Conforme a Tabela 3, o teste de associação do qui-quadrado mostrou que somente a variável socioeconômica “O pai da criança mora no mesmo domicílio que você” teve associação com o planejamento da gravidez ($\chi^2(1) = 4,061$; $p=0,044$), ou seja, gestante que não mora com o pai da criança está associado com gravidezes não planejadas. Percebeu-se ainda que há 4,33 mais chances de gestantes que planejam a gravidez morarem no mesmo domicílio com o pai da criança do que as que não moram. Apesar da significância na associação do teste qui-quadrado, não foi possível estimar odds ratio para o intervalo de confiança a 95% (odds ration=4,33; IC 95%: 0,987;19,798). Além disso, o teste de associação do qui-quadrado mostrou que existe associação entre o conhecimento do período fértil e o planejamento da gravidez ($\chi^2(1) = 4,44$; $p=0,035$), ou seja, mulheres que planejam, alegam conhecer o período fértil e gestantes que não planejam tendem não conhecer o período fértil. Percebeu-se ainda que há 4,44 mais chances de gestantes que planejam a gravidez conhecerem o período fértil do que as que não conhecem o seu período fértil (odds ration=4,444; IC 95%: 1,058;18,667).

4 DISCUSSÃO

A pesquisa de Theme-Filha *et al.* (2016), a qual buscou encontrar fatores relacionados à gestação não planejada e entrevistou 23.894 mil gestantes, obteve resultados sociodemográficos parecidos com o do trabalho em questão. Obtivemos cerca de 54,8% gestantes de cor de pele parda e, na pesquisa citada, teve-se uma população de 54,9% de gestantes que também relataram ter pele parda; quanto à idade na pesquisa, a maioria das gestantes tinha de 20 a 29 anos (38,11%) e, no trabalho citado, a maioria se encontrava com idade de 20 a 34 anos (70,1%). Quanto ao estado civil na pesquisa citada, cerca de 81,4% das gestantes moravam com o companheiro; nos resultados deste trabalho, 64,3% são casadas ou moram com o companheiro.

No presente estudo, identificamos que, após a gestação, houve um aumento das mulheres que moravam juntas com o parceiro. Então, a gestação foi um fator para que as gestantes fossem morar com o pai da criança. Esse dado vai de encontro a estudos como de Dias *et al.* (2013), as quais entrevistaram adolescentes gestantes e não gestantes. As autoras identificaram que as gestantes se juntavam em união estável em função da gravidez e do desejo de ter relações sexuais; isso acontece, pois a nossa sociedade enfatiza que a maternidade deve acontecer em um âmbito de um relacionamento estável; o casamento pode ser uma forma de simbolizar isso.

No estudo de Avanzi *et al.* (2019), os quais entrevistaram 80 gestantes, foram analisadas as condições socioeconômicas tendo como resultado 59,8% das gestantes em condição de desemprego e 31,3% em condição de trabalho ou licença maternidade. No presente trabalho, 28,6% estavam trabalhando e 69,0% não estavam trabalhando no momento; no entanto não foi feita uma distinção se essa gestante estava recebendo algum benefício, já que, antes de descobrir a gestação, havia mais mulheres empregadas.

Conforme a Tabela 1, que informa a história reprodutiva das gestantes, em relação à pergunta se a gestante tem um histórico de aborto, 28,6% das gestantes entrevistadas responderam que sim, todos de causa espontânea. De acordo com Brasil (2005b), 31% das gestações terminam em abortamento. As causas de abortamento são variáveis, sendo a maioria de causa indeterminada; muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher, mesmo o aborto sendo considerado ilegal no Brasil.

Na Tabela 1, ainda se pode notar que cerca de 52,4% das mães das gestantes entrevistadas tiveram o primeiro filho antes dos 20 anos; das gestantes entrevistadas 31% tinham de 15 a 19 anos; na história reprodutiva, 19 gestantes responderam que idade mínima foi 14 e máxima 26, tendo como média 18,32 ($\pm 2,67$) anos – correspondendo a uma idade menor que 20 anos. Esse resultado pode se relacionar com uma herança cultural e social, conforme o estudo de Rigueira e Farias (2013), em que é feita uma análise documental, de uma produção fílmica brasileira, o curta-metragem de animação “Vida Maria”, o qual mostra uma família nordestina pobre que repassa a vida de cada mulher como a função de cuidadora do lar e de reprodutora; em algumas realidades sociais, a maternidade pode surgir como função da mulher ou mesma como uma herança passada de mãe para filha de não planejamento familiar.

Na Figura 1, foi demonstrado o número de gestantes que conhecem determinados métodos contraceptivos, sendo os mais citados a pílula anticoncepcional, o preservativo, o DIU e o anticoncepcional injetável, respectivamente. No estudo de Brito

et al. (2018), que buscaram descrever o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais por adolescentes grávidas no Brasil, foram entrevistadas 90 gestantes adolescentes; os métodos mais citados foram preservativos (82/90), pílula anticoncepcional oral combinada (75/90) e anticoncepcionais injetáveis (68/90). Porém, menos da metade relatou conhecimento sobre métodos anticoncepcionais reversíveis de longa ação, como o DIU. Em termos de intenção contraceptiva após a gravidez, os métodos mais citados foram a injeção anticoncepcional (36/90), o dispositivo intrauterino (17/90) e a pílula combinada (9/90). Nesta pesquisa, os métodos mais conhecidos foram a pílula anticoncepcional (37/42), em seguida o preservativo (34/42), o DIU (30/42) e o anticoncepcional injetável (20/42). Apesar de, no estudo citado, terem sido entrevistadas somente gestantes adolescentes, a resposta sobre conhecimento dos métodos contraceptivos foi bastante parecida com o nosso estudo.

Na Figura 2, é relatado como as pacientes ficaram sabendo dos métodos citados. Em primeiro lugar, a escola, depois os profissionais de saúde e por último os familiares. É percebida a necessidade de uma abordagem multisetorial sobre assuntos como sexo, prevenção de DST's e gravidez não planejada. O estudo de Hadley, Ingham e Chandra-Mouli (2016) avaliou a implementação de uma estratégia de prevenção da gravidez na adolescência: realizou-se uma ação variada de múltiplos setores, como da saúde, educação, setor público e privado, como farmácias e comunicações em emissoras de TV e rádio, todos transmitindo informações de forma educativa e próxima aos jovens, envolvendo pais e profissionais de educação de modo aberto, a conversar sobre sexo, sem caráter punitivo, incentivando a prevenção de DST's e de gestações indesejadas. Além disso, foi feito investimento em capacitação profissional e de disponibilização de LARCs. Todas essas ações culminaram na redução da gestação indesejada em adolescentes no Reino Unido.

Outro estudo feito por Gonçalves *et al.* (2019) com mulheres não gestantes brasileiras de 20 a 49 anos verificou a prevalência de anticoncepcional oral 31,8%; ligadura tubária 11,1%; preservativo masculino 10,9%; injetável 4,6%; DIU 3,1%. Os resultados desse estudo são similares aos nossos resultados, já que tivemos o maior uso de anticoncepcional oral, preservativo e anticoncepcional injetável como métodos contraceptivos no período anterior à gravidez. Outro estudo feito por Olsen *et al.* (2018), que buscaram identificar a prevalência da anticoncepção e os contraceptivos adotados em 633 mulheres brasileiras não gestantes no ano de 2015, os métodos mais utilizados eram camisinha masculina (28,2%) e o ACO (23%), em seguida, a combinação de pílula e camisinha (14,7%) e os injetáveis (13,7%), nenhuma fazia uso de DIU ou outro método de longa duração. Nesta nossa pesquisa, nenhuma gestante relatou também o uso de DIU ou outro método de longa duração; isso pode estar relacionado ao fato de a pesquisa abranger somente mulheres grávidas, e o DIU e outros métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCSs) serem muito eficazes na prevenção da gravidez. Isto é confirmado, em 2009, pela OMS, que traz a taxa de eficácia de vários métodos, sendo o DIU muito eficaz, já que não exige uma disciplina e há o uso correto pela gestante, como é necessário no uso de anticoncepcionais orais ou injetável, os quais são considerados eficazes. Como se trata de gestantes que dependem do SUS, o DIU de cobre é o único método de longa duração disponibilizado (BITTENCOURT, 2015); na cidade da nossa pesquisa, é um procedimento feito somente em nível ambulatorial, tendo uma

alta demanda para o mesmo, exigindo muito tempo de espera para colocação ou resultando no uso de outros métodos que não são tão eficazes ou na própria gravidez.

No estudo de Kost e Zolna (2019), a expectativa da sociedade é que as mulheres que usam anticoncepcional não querem filhos no momento, porém o uso de anticoncepcionais nem sempre sinaliza um forte desejo de evitar a gravidez. Nos nossos relatos, houve mulheres que falaram que não sabia se queriam ou não engravidar; acreditamos que essa incerteza pode ser um preditor para mulheres engravidarem fazendo o uso de anticoncepcionais de modo incorreto ou cessando o seu uso. Não foi perguntado como a gestante fazia uso do método contraceptivo, então pode ter tido um erro quanto ao modo de uso, do anticoncepcional, o injetável ou o preservativo. Outra questão discutida no artigo citado anteriormente foi que muitas gestantes, quando questionadas durante a gravidez se a gestação era planejada, não deram a mesma resposta depois do parto. Essa inconsistência também foi relatada no decorrer da pesquisa, com perguntas diferentes, já que, quando foi perguntado sobre motivo principal de a gestante ou seu parceiro não usarem algum método para evitar filhos, somente 13 responderam (Tabela 2), que foi devido ao desejo de engravidar; no entanto, quando foi perguntado se a gestação foi planejada, o número de gestantes que responderam que sim subiu para 17 mulheres. A maioria das gestantes relatou estar muito satisfeita e satisfeita com a vida; mesmo a gravidez não tendo sido planejada, foi muito bem aceita e desejada pela maioria.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, dos nascimentos ocorridos nos primeiros 5 anos da década referida, 45,8 % não foram planejados. Outro estudo, feito pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, nos anos de 2011 e 2012, resultou em mais de 55% de mulheres que tiveram gestações não planejadas. O Brasil fica então acima da média mundial de gestações não programadas, que é de 40% (PASSARINHO; FRANCO, 2018). Conforme o estudo de Theme-Filha *et al.* (2016), 55,4% das gestações não foram planejadas. Os resultados do nosso trabalho ficaram muito próximos dos resultados nacionais e acima do esperado em nível mundial para o não planejamento das gestações; quando foi perguntado se a gestação foi planejada ou não, 59,5% das gestações descritas como não planejadas.

No estudo de Kassar *et al.* (2006), que buscaram comparar as condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens, o resultado quando questionado sobre etilismo e tabagismo durante a gestação, na amostra total 91,6% das gestantes não faziam uso de bebida alcoólica e 87,2% não fumaram durante a gravidez. Nos resultados da pesquisa, 95,2% das gestantes não fizeram uso de bebida alcoólica e 90,4% não fumaram no período da gravidez. Os resultados foram parecidos e é percebido que as gestantes têm mais dificuldade de largar o hábito do tabaco do que o etilismo durante a gravidez.

Conforme a Tabela 3, o teste de associação do qui-quadrado mostrou que a variável socioeconômica “O pai da criança mora no mesmo domicílio que você” teve associação com o planejamento da gravidez ($\chi^2(1) = 4,061$; $p=0,044$; odds ration=4,33; IC 95%: 0,987;19,798). Outros estudos também tiveram resultados semelhantes, como o de Theme-Filha *et al.* (2016), que mostrou uma associação positiva de gestações não planejada com o não ter um parceiro; mulheres com gravidez indesejada foram 4,86

vezes mais propensas a relatar não ter um parceiro, enquanto as mulheres que queriam engravidar eram mais propensas a terem um parceiro. No estudo de Coelho *et al.* (2012), foi verificada uma associação entre situação conjugal e gravidez não planejada. Observou-se que as mulheres solteiras tinham mais chances de ter gestações não planejadas quando comparadas com as casadas/unidas, e as solteiras com companheiro fixo tinham 1,5 vezes mais chances (IC95% 1,21-1,78), e as solteiras sem companheiro fixo, 1,7 vezes (IC95% 1,49 - 2,02). Além disso, no artigo de Mansur (2003), que fez uma entrevista com 8 mulheres com mais de 40 anos sem filhos, um dos motivos relatado por duas seria não estarem casada e não terem um relacionamento estável; elas relataram a necessidade de um casamento e de um pai para ajudar na criação do filho.

Ademais, o teste de associação do qui-quadrado mostrou que existe associação entre o conhecimento do período fértil e o planejamento da gravidez ($\chi^2 (1) = 4,44$; $p=0,035$; odds ration=4,444; IC 95%: 1,058;18,667). No estudo de Carvacho, Silva e Mello (2006), que entrevistaram 200 adolescentes primigesta com o objetivo de verificar o conhecimento sobre alguns aspectos da anatomia feminina, da fisiologia da reprodução, as adolescentes demonstraram saber mais sobre a anatomia dos órgãos genitais (44,5%) do que sua fisiologia (39%), que incluía o reconhecimento do período fértil e outros aspectos; quando perguntado diretamente sobre o período fértil, 24% das gestantes do estudo souberam responder corretamente. Apesar de a nossa pesquisa ter sido com gestantes adolescentes e adultas, quando indagadas sobre o conhecimento do período fértil, somente 28,6% conheciam seu período fértil, tendo um resultado parecido com o estudo discutido. Há uma associação conhecer o período fértil e planejar a gravidez, pois muitas buscam conhecer esse período e ter relações sexuais durante esse período para aumentar as chances de engravidar.

5 CONCLUSÃO

O estudo teve associação significativa do fator “o pai da criança mora no mesmo domicílio que você” e “conhecimento do período fértil” com o planejamento da gravidez. Por se tratar de um estudo com uma pequena população, pode ser um fator de não se ter obtido associação com outras variáveis. Algumas mulheres engravidaram fazendo uso de métodos contraceptivos e outras relataram que achavam que não engravidariam. A prevenção por meio da informação de qualidade, sem caráter punitivo, é muito importante, já que, para mudar ações, é preciso mudança de pensamento. A escola é um dos locais mais recorrentes em que se têm conhecimentos sobre métodos contraceptivos, no entanto os familiares, os profissionais de saúde e os canais de comunicação têm um papel muito importante também, por isso é muito necessária e eficaz a abordagem intersetorial de prevenção de gravidez indesejada – acreditamos que não só para adolescentes, mas também para todas as pessoas em fase sexual ativa. Além disso, é necessário um melhor acesso a métodos contraceptivos de longa duração, ampliação de opções disponibilizadas pelo SUS e aumento da capacitação de profissionais da atenção primária em inserção de DIUs e implantes. É necessário também abordar o assunto sexualidade e reprodução, fazendo busca ativa da população (homens e mulheres) em fase reprodutiva para planejamento da gestação, oferecendo métodos contraceptivos e verificando o uso correto deles.

REFERÊNCIAS

AHMED, Saifuddin *et al.* Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. **The Lancet**, [S. l.], v. 380, n. 9837, 2012.

AVANZI, Samara Alves *et al.* Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, [S. l.], v. 9, 2019.

BITTENCOURT, Claudia. Conheça mais sobre os métodos contraceptivos distribuídos gratuitamente no SUS. **Blog da Saúde**. UNASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 29 de abril de 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/conheca-mais-sobre-os-metodos-contraceptivos-distribuidos-gratuitamente-no-sus>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção da Saúde. **Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1**, Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção da Saúde. **Cad. de Atenção Básica Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, 2013.

BONATTI, Angélica Fatima *et al.* Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 10, n. 3, 2018.

BRITO, Milena Bastos *et al.* Low Level of Knowledge of Contraceptive Methods among Pregnant Teens in Brazil. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, [S. l.], v. 31, n. 3, 2018.

CARVACHO, Ingrid Espejo; SILVA, João Luiz Pinto e; MELLO, Maeve Brito de. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre Anatomia e Fisiologia da Reprodução. **Rev Assoc Med Bras**, [S. l.], v. 54, p. 29–35, 2006.

CHENG, Diana *et al.* Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. **Contraception**, [S. l.], v. 79, n. 3, 2009.

COELHO, E. A. C. *et al.* Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico das mulheres na área de cobertura de saúde da família. **Acta Paul Enferm**, [S. l.], p. 415-422, 2012.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, 2006.

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; LUZ, Maria Helena Barros Araújo. Planejamento familiar na visão das adolescentes puérperas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S. l.], v. 6, n. 1, 2005.

DIAS, Ana Cristina Garcia *et al.* Maternidade e casamento: o que pensam as adolescentes? **Interacções**, [S. l.], v. 9, n. 25, 2013.

DINIZ, Edienne Rosângela Sarmeno *et al.* Gravidez não planejada em mulheres que participam de um grupo de planejamento familiar. **Fiep Bulletin**, [S. l.], v. 81, 2011.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro *et al.* Social inequalities in the use of contraceptives in adult women from Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 53, 2019.

HADLEY, Alison; INGHAM, Roger; CHANDRA-MOULI, Venkatraman. Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): how was this done and what did it achieve? **Reproductive Health**, [S. l.], v. 13, n. 1, 2016.

KASSAR, Samir B. *et al.* Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 6, n. 4, 2006.

KOST, Kathryn; ZOLNA, Mia. Challenging unintended pregnancy as an indicator of reproductive autonomy: a response. **Contraception**, [S. l.], 2019.

KUROKI, Lindsay M. *et al.* Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy? **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 199, n. 5, 2008.

- MANSUR, Luci Helena Baraldo. Experiências de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 23, n. 4, 2003.
- MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; DA SILVA, Raimunda Magalhães; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 23, n. 4, 2007.
- MOZZAQUATRO, Caroline de Oliveira; ARPINI, Dorian Mônica. Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e os novos desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 37, n. 4, 2017.
- OLSEN, Julia Maria *et al.* Práticas contraceptivas de mulheres jovens: Inquérito domiciliar no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 2, 2018.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 14, n. supl. 1, 1998.
- PASSARINHO, N; FRANCO, L. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. **BBC News Brasil**, São Paulo, 26 jun. 2018.
- PIERRE, Luzia Aparecida Santos dos; CLAPIS, Maria José. Planejamento familiar em unidade de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 18, n. 6, 2010.
- RIGUEIRA, Maria Marta Gonçalves; FARIAS, Rita de Cássia Pereira. Vida Maria : configuração familiar e herança cultural em uma comunidade nordestina. **I Seminário Nacional: Família e Políticas Sociais no Brasil - UFV, Viçosa**, p. 1-12, 2013.
- SANTOS, Luciana Angélica Vieira *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 617–625, 2018.
- THEME-FILHA, Mariza Miranda *et al.* Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: Cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, [S. l.], v. 13, n. Suppl. 1, 2016.