

Preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada

Preconception health behaviors among women with planned pregnancies

Preparación preconcepción entre mujeres con embarazo planificado

Natália de Castro Nascimento¹

ORCID: 0000-0003-2498-5281

Ana Luiza Vilela Borges¹

ORCID: 0000-0002-2807-1762

Elizabeth Fujimori¹

ORCID: 0000-0002-7991-0503

¹ Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Nascimento NC, Borges ALV, Fujimori E. Preconception health behaviors among women with planned pregnancies.

Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):17-24.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0620>

Autor Correspondente:

Natália de Castro Nascimento

E-mail: natalia.castro.nascimento@usp.br



Submissão: 22-10-2017

Aprovação: 08-06-2018

RESUMO

Objetivo: Analisar os determinantes da realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada. **Método:** Estudo transversal com amostra probabilística de 264 mulheres de 18 a 49 anos de idade com gravidez atual ou anterior planejada, usuárias de dois Centros de Saúde Escola da cidade de São Paulo. Análise conduzida por meio de regressão logística univariada e múltipla em três blocos: 1) características sociais e demográficas; 2) características sexuais e reprodutivas; 3) condições de saúde preexistentes. **Resultados:** Mulheres de mais alta escolaridade, dos grupos econômicos A e B, mais velhas e com quadro de infertilidade tiveram maior chance de realizar o preparo pré-concepcional. **Conclusão:** A realização do preparo pré-concepcional tem forte determinação social, pois mulheres com perfis sociais mais favoráveis apresentam maior chance de realizá-lo. Experiência de infertilidade também foi determinante para sua realização.

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

ABSTRACT

Objective: To identify determinants of preconception preparation among women with planned pregnancies. **Method:** A cross-sectional study with a probabilistic sample of 264 women between 18 and 49 years of age who had or were undergoing planned pregnancies, and were users of two School Health Centers in the city of São Paulo. Analysis was conducted through univariate and multiple logistic regression of three variable blocks: 1) social and demographic characteristics; 2) sexual and reproductive characteristics; 3) preexisting health conditions. **Results:** Women with higher education, belonging to economic groups A and B, and older women with infertility were more likely to perform preconception training. **Conclusion:** Preconception care has a strong social determination, as women with more favorable social profiles are more likely to perform it. Experience with infertility is also instrumental in the likelihood of preconception care.

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

RESUMEN

Objetivo: Analizar los determinantes de la realización de la preparación preconcepcional entre mujeres con embarazo planificado. **Método:** Estudio transversal con muestra probabilística de 264 mujeres de 18 a 49 años con embarazo planificado, usuarias de dos Centros de Salud Escuela de la ciudad de São Paulo. Análisis conducido por medio de regresión logística univariada y múltiple en tres bloques: 1) características sociales y demográficas; 2) características sexuales y reproductivas; 3) condiciones de salud preexistentes. **Resultados:** Las mujeres de más alta escolaridad, de los grupos económicos A y B, más viejas y con cuadro de infertilidad tuvieron mayor probabilidad de realizar la preparación preconcepcional. **Conclusión:** La realización de la preparación preconcepcional tiene fuerte determinación social, pues las mujeres con perfiles sociales más favorables presentan mayor probabilidad de realizarlo. La experiencia de infertilidad también fue determinante para su realización.

Descriptor: Atención Preconceptiva; Embarazo; Mujeres; Salud Sexual y Reprodutiva; Enfermería Maternoinfantil.

INTRODUÇÃO

O preparo pré-concepcional consiste num conjunto de cuidados de saúde adotados no período que antecede a concepção. É importante para a saúde reprodutiva, pois previne agravos na gestação, parto e puerpério, reduzindo a morbimortalidade materna e infantil e o risco de doenças genéticas⁽¹⁾. Esses cuidados incluem a promoção de alimentação saudável e estímulo à prática de exercícios físicos; a atenção às questões sociais, com orientações e intervenções de saúde pertinentes às condições de vida e trabalho da mulher e casal; a orientação sobre o uso de medicamentos e outras drogas; o controle e tratamento de doenças, como diabetes, hipertensão e sífilis; e entre casais com necessidades específicas, inclui também o aconselhamento genético e o tratamento de infertilidade⁽¹⁻²⁾.

Embora estudos mostrem que o planejamento da gravidez é fundamental para que o casal consiga realizar o preparo pré-concepcional⁽³⁻⁵⁾ – pois em casais com gravidez não planejada, não há tempo nem condições para realizar essa prática⁽⁴⁾ –, nem todas as mulheres que planejam engravidar preparam-se para uma futura gestação. Isso parece ocorrer porque há outros elementos associados à sua realização, como acesso a serviços de saúde de qualidade, conhecimento sobre a importância e no que consiste o preparo pré-concepcional⁽⁶⁾, além de aspectos de ordem individual, como maior escolaridade, idade mais avançada, atividade remunerada, relacionamento estável, doença preexistente, quadro de infertilidade e experiência reprodutiva prévia⁽⁷⁻¹⁰⁾. Esses são aspectos que têm sido observados entre mulheres de países de alta renda, onde a proporção de gestações planejadas é relativamente elevada e a atenção ao preparo pré-concepcional está implementada⁽⁷⁻¹⁰⁾.

No Brasil, onde a proporção de gestações planejadas é baixa⁽¹¹⁻¹²⁾, pouco se sabe sobre a adoção do preparo pré-concepcional e como é ofertado. Estudo conduzido na cidade de São Paulo mostrou que a principal razão pela qual as mulheres com gravidez planejada não realizam esse cuidado de saúde, é o desconhecimento sobre o cuidado pré-concepcional e sobre os serviços que o ofertam⁽¹³⁾. Os escassos estudos conduzidos no País mostram que, de fato, o preparo pré-concepcional é pouco frequente, variando de 4,3% para o total das mulheres, independentemente da intenção reprodutiva⁽¹⁴⁾, a 19,8% entre mulheres com gravidez planejada/ambivalente e 47,0% entre aquelas com gravidez planejada⁽⁵⁾.

Dessa forma, torna-se relevante investigar o que está associado ao fato de uma mulher com gravidez planejada não adotar qualquer medida de preparo pré-concepcional, considerando que, teoricamente, teria tempo para realizar o preparo para uma gravidez saudável. Num contexto de intensa ênfase ao período gravídico-puerperal no planejamento de ações de saúde e organização dos serviços de atenção básica no País, ações que possam ser realizadas antes da gravidez ocorrer, com vistas à melhoria da saúde materna e infantil, são relevantes. Em que pese o fato de que no Brasil haja poucas ações de promoção de cuidados pré-concepcionais nos serviços de saúde⁽¹⁵⁾, nossa hipótese é que as iniciativas para a adoção dessas medidas entre mulheres com gravidez planejada são ancoradas na melhor inserção social da mulher e maior acesso a informações e serviços de melhor qualidade, ou seja, são as mais escolarizadas e inseridas em grupos sociais mais favorecidos as que realizam os cuidados pré-concepcionais.

OBJETIVO

Analisar os determinantes da realização de preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada, para que os resultados subsidiem a atenção pré-concepcional prestada especialmente por enfermeiros, pois segundo um amplo estudo conduzido na Inglaterra, que avaliou os cuidados pré-concepcionais prestados a 1100 mulheres atendidas nos serviços de saúde, a atenção pré-concepcional pode ser realizada por enfermeiros durante as consultas de contracepção, coleta de papanicolau, consulta pós-natal e aos adolescentes em atividades nas escolas⁽¹⁶⁾.

MÉTODO

Aspectos éticos

A condução deste estudo foi autorizada pelos Centros de Saúde Escola e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP), além de contar com o consentimento por escrito das mulheres entrevistadas. Foram tomadas todas as precauções para que a privacidade das mulheres, sua liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento e o sigilo das informações prestadas fossem respeitados.

Desenho, local do estudo e período

Estudo quantitativo, do tipo transversal, conduzido entre abril e junho de 2015 em dois Centros de Saúde Escola (CSE) da cidade de São Paulo/SP. Os CSE são vinculados à Universidade de São Paulo (USP) e, por isso, funcionam como unidade modelo no estado de São Paulo, na implementação de programas novos que norteiam ações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal. Dessa forma, os CSE são locais com potencialidade para a prestação de cuidado pré-concepcional de qualidade.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

O estudo foi desenvolvido com mulheres de 18 a 49 anos de idade, com gravidez planejada em curso ou que tiveram uma gravidez planejada nos cinco anos anteriores à pesquisa. O tamanho amostral foi calculado considerando 22,0% como estimativa do fenômeno a ser estudado⁽¹⁷⁾, erro amostral de 5,0% e intervalo de confiança de 95,0%. O cálculo mostrou a necessidade de se entrevistar 264 mulheres com gravidez planejada. Assim, o critério de inclusão adotado foi ter planejado a última gravidez nos últimos cinco anos ou gravidez em curso. A escolha de entrevistar mulheres que engravidaram nos cinco anos anteriores à pesquisa justifica-se no fato de que pesquisas nacionais e internacionais utilizam esse período de tempo para avaliar o planejamento reprodutivo de mulheres. Como exemplo, temos as pesquisas do tipo Demographic and Health Survey (DHS), da qual faz parte a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS⁽¹⁸⁾.

Para classificar a gravidez em relação ao planejamento, utilizou-se o instrumento *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), proposto por Geraldine Barrett (2002)⁽¹⁹⁾, validado no Brasil⁽²⁰⁾ e em outros contextos e países como Malásia e Irã⁽²¹⁻²²⁾. O LMUP mensura o planejamento da gravidez e é composto por

seis itens. A classificação quanto ao planejamento da gravidez é obtida pela somatória de pontos de cada item, que pode variar de 0 a 2. As autoras sugerem que as mulheres com pontuação entre 10 e 12 sejam classificadas como tendo (ou ter tido) uma gravidez planejada. Aquelas com 0 a 3 pontos podem ser classificadas com gravidez não planejada, e as outras, com 4 a 9 pontos, são ambivalentes quanto ao planejamento da gravidez⁽²³⁾.

Protocolo do estudo

As mulheres, na faixa etária considerada, atendidas nos CSE em todos os dias da semana foram convidadas a participar do estudo. Buscou-se informações sobre consultas de gestantes na agenda dos profissionais de saúde, em grupos educativos, sala de imunização ou qualquer outra atividade do CSE. Nos meses de realização da coleta, houve campanha de vacinação contra a gripe, o que facilitou a abordagem de um grande número de mulheres. Abordou-se 482 mulheres, das quais 14 recusaram participar da pesquisa alegando pressa ou indisposição. Do total, 264 (56,4%) foram classificadas com gravidez planejada, 153 (32,7%) com gravidez ambivalente e 51 (10,9%) com gravidez não planejada, ficando os dois últimos grupos excluídos deste estudo.

A coleta de dados foi realizada dentro de consultórios ou na sala de espera. A entrevista face a face teve duração média de 10 minutos e foi conduzida por meio de instrumento semiestruturado, com questões referentes às características sociais e demográficas, reprodutivas e de condições de saúde.

A realização do preparo pré-concepcional foi mensurada por meio da pergunta: *Quando você planejou engravidar da atual ou da última gravidez planejada, antes da gravidez, você realizou alguma medida para melhorar a sua saúde ou para organizar a chegada de uma criança? A resposta a esta pergunta gerou uma variável dicotômica em que as mulheres que responderam qualquer medida (uma ou mais de uma) foram agrupadas na categoria "sim" e aquelas que responderam não ter feito nada antes da gravidez foram agrupadas na categoria "não".*

A análise estatística foi realizada no Stata 13.0, tendo como variável dependente a realização do preparo pré-concepcional (dicotômica). As variáveis independentes foram distribuídas em três blocos. No Bloco 1, que diz respeito às características sociais e demográficas, considerou-se a idade (18-24 anos, 25-29 anos, 30-34 anos e 35 anos e mais), trabalho remunerado (não/sim), vive com parceiro (não/sim), classificação econômica de acordo com Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (grupos A/B e C/D)⁽²⁴⁾, plano de saúde (não/sim) e escolaridade (fundamental, médio e superior ou mais). No Bloco 2, que diz respeito ao perfil sexual e reprodutivo, considerou-se a idade na primeira relação sexual (11 a 19 anos e 20 anos ou mais), idade na primeira gravidez (14 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos e 30 anos ou mais), número de gravidezes (uma, duas, três ou mais), número de filhos (nenhum, um, dois e três ou mais) e aborto anterior (não/sim). Por sua vez, no Bloco 3, que diz respeito às condições preexistentes à gravidez, considerou-se as variáveis infertilidade (não/sim), doenças preexistentes (não/sim), uso de tabaco, álcool e outras drogas (não/sim), fora do peso ideal (não/sim), histórico de doença genética (não/sim), uso de medicamentos e realização de tratamentos antes da gravidez (não/sim) e consanguinidade entre os parceiros (não/

sim). Essas variáveis foram consideradas de acordo com a hipótese, elaborada com base na literatura produzida por estudos conduzidos em países de alta renda como França, Inglaterra e Itália, em que escolaridade elevada, idade mais avançada, atividade remunerada, relacionamento estável, doença preexistente, quadro de infertilidade e experiência reprodutiva prévia associam-se à adoção de comportamentos pré-concepcionais⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A variável presença de alguma doença preexistente foi construída com base nas respostas dadas à questão: *Você possuía algum problema de saúde antes da atual ou da última gravidez planejada?*. Considerou-se as doenças indicadas como prejudiciais no período pré-concepcional, segundo os manuais da OMS e do MS^(1,25): diabetes, hipertensão, epilepsia, anemia, doenças da tireoide, asma, transtornos mentais, doença sexualmente transmissível, infertilidade, doenças ginecológicas, doenças autoimunes, cardiopatias, câncer, hepatites e nefropatias. As respostas foram agrupadas nas categorias não/sim. A variável infertilidade foi construída com base nas respostas dadas à questão: *Quanto tempo você demorou para engravidar após decidir engravidar?*, categorizadas em não (intervalo menor que dois anos) e sim (intervalo maior que dois anos), pois a OMS define infertilidade como a incapacidade de um casal sexualmente ativo, sem a utilização de métodos contraceptivos, conceber uma gravidez dentro de dois anos⁽²⁶⁾.

Análise dos resultados e estatística

Descreve-se os resultados na forma de números absolutos, proporções, medianas, valores mínimo e máximo, médias e desvio-padrão. As variáveis independentes associadas à realização do preparo pré-concepcional foram analisadas mediante o teste de diferença entre proporções pelo qui-quadrado. Os determinantes da realização do preparo pré-concepcional foram verificados por meio de regressão logística univariada e múltipla. A análise foi realizada para os três blocos. Considerou-se na análise múltipla somente as variáveis significativas na análise univariada ($p < 0,05$). Posteriormente, as variáveis que permaneceram estatisticamente associadas nas análises múltiplas de cada bloco foram analisadas conjuntamente no modelo múltiplo final. Para identificar associação, utilizou-se nível de significância de 5%. A força de associação entre a variável dependente e as variáveis independentes foi avaliada pela *odds ratio* (OR), tanto na análise univariada (OR bruta) quanto na análise múltipla (OR ajustada).

RESULTADOS

Apresenta-se, na Tabela 1, a realização do preparo pré-concepcional segundo características sociais e demográficas das 264 mulheres com gravidez planejada em curso ou nos últimos 5 anos. Constata-se que as mulheres tinham, em média, 32,1 anos de idade ($dp=5,3$ anos), viviam com parceiro (96,2%), a maioria trabalhava (64,0%) e pertencia ao grupo econômico A e B (68,6%). Cerca de metade tinha concluído o ensino superior (50,4%) e tinha plano de saúde (50,4%). No bloco das variáveis sociais e demográficas, as que foram estatisticamente associadas à realização do preparo pré-concepcional foram: idade ($p < 0,001$), trabalho remunerado ($p=0,034$), classificação econômica ($p < 0,001$), plano de saúde ($p < 0,001$) e escolaridade ($p < 0,001$).

Tabela 1 – Realização do preparo pré-concepcional segundo características sociais e demográficas das mulheres, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

Variável	Média	Desvio padrão	Mediana	Mín.	Máx.	
Idade (anos)	32,1	5,3	32	20	43	
Idade do parceiro (anos)	35,7	6,8	36	22	68	

Variável	Realização do preparo pré-concepcional						Valor de p*
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
18 a 24 anos	19	19,0	7	4,3	26	9,8	<0,001
25 a 29 anos	33	33,0	24	14,6	57	21,6	
30 a 34 anos	26	26,0	60	36,6	86	32,6	
35 anos ou mais	22	22,0	73	44,5	95	36,0	
Trabalho remunerado							
Não	44	44,0	51	31,1	95	36,0	0,034
Sim	56	56,0	113	68,9	169	64,0	
Vive com parceiro							
Não	6	6,0	4	2,4	10	3,8	0,142
Sim	94	94,0	160	97,6	254	96,2	
Classificação econômica**							
A e B	49	49,5	132	82,5	181	69,2	<0,001
C e D***	50	50,5	28	17,5	78	30,1	
Possui plano de saúde							
Não	69	69,0	62	37,8	131	49,6	<0,001
Sim	31	31,0	102	62,2	133	50,4	
Escolaridade							
Fundamental	19	19,0	10	6,1	29	11,0	<0,001
Médio	52	52,0	50	30,5	102	38,6	
Superior ou +	29	29,0	104	63,4	133	50,4	
Total	100	100	164	100	264	100	

Nota: *Teste do Qui-quadrado. **Variáveis com missing e, por isto, não completaram 100% das respostas. ***Não houve classificação econômica E.

Tabela 2 – Realização do preparo pré-concepcional segundo perfil sexual e reprodutivo das mulheres, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

Variável	Média	Desvio padrão	Mediana	Mín.	Máx.	
Idade 1ª relação sexual (anos)	18,0	2,9	18	11	30	
Idade 1ª gravidez (anos)	26,4	6,7	26	14	42	

Variável	Realização do preparo pré-concepcional						Valor de p*
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Idade na 1ª relação sexual (anos)**							
11 a 19 anos	87	87,0	118	72,4	205	77,9	0,006
20 anos ou mais	13	13,0	45	27,6	58	22,1	
Idade na 1ª gravidez (anos)							
14 a 19 anos	30	30,0	19	11,6	49	18,6	<0,001
20 a 24 anos	25	25,0	31	18,9	56	21,2	
25 a 29 anos	29	29,0	33	20,1	62	23,5	
30 anos ou mais	16	16,0	81	49,4	97	36,7	
Número de gravidezes							
Uma	38	38,0	70	42,7	108	40,9	0,295
Duas	46	46,0	60	36,6	106	40,2	
Três ou mais	16	16,0	34	20,7	50	18,9	
Número de filhos**							
Nenhum	5	5,1	7	4,3	12	4,6	0,557
Um	45	45,4	89	54,3	134	50,9	
Dois	41	41,4	55	33,5	96	36,5	
Três ou mais	8	8,1	13	7,9	21	8,0	
Aborto anterior							
Não	83	83,0	126	76,8	209	79,2	0,231
Sim	17	17,0	28	23,2	55	20,8	
Total	100	100	164	100	264	100	

Nota: *Teste do Qui-quadrado. **Variáveis com missing e, por isto, não completaram 100% das respostas.

Tabela 3 – Realização do preparo pré-concepcional segundo condições preexistentes das mulheres, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

Variável	Realização do preparo pré-concepcional						Valor de p*
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Infertilidade**							
Não	90	91,8	132	81,9	222	85,7	0,028
Sim	8	8,0	29	18,1	37	14,3	
Doença preexistente antes da gravidez							
Não	84	84,0	114	69,5	198	75,0	0,008
Sim	16	16,0	50	30,5	66	25,0	
Uso de tabaco, álcool e outras drogas antes da gravidez							
Não	59	59,0	110	67,1	169	64,0	0,185
Sim	41	41,0	54	32,9	95	36,0	
Fora do peso ideal antes da gravidez**							
Não	56	56,0	90	54,9	146	55,3	0,409
Sim	42	42,0	74	45,1	116	43,9	
Histórico de doença genética							
Não	91	91,0	148	90,2	239	90,5	0,839
Sim	9	9,0	16	9,8	25	9,5	
Uso de medicamentos e realização de tratamentos antes da gravidez							
Não	91	91,0	121	73,8	212	80,3	0,001
Sim	9	9,0	43	26,2	52	19,7	
Consanguinidade entre os parceiros							
Não	97	97,0	160	97,6	257	97,3	0,783
Sim	3	3,0	4	2,4	7	2,7	
Total	100	100,0	164	100,0	264	100,0	

Nota: *Teste do Qui-quadrado. **Variáveis com missing e, por isto, não completaram 100% das respostas.

As mulheres tiveram a primeira relação sexual, em média, aos 18,0 anos de idade (dp=2,9 anos) e a primeira gravidez aos 26,4 anos (dp=6,7 anos). Dentre as características do perfil reprodutivo, apenas as variáveis idade na primeira relação sexual (p=0,006) e idade na primeira gravidez (p<0,001) foram estatisticamente significativas na realização do preparo pré-concepcional (Tabela 2).

Na Tabela 3, que apresenta as condições preexistentes das mulheres, observa-se que 14,3% das mulheres relataram infertilidade e quase metade (43,9%) estava fora do peso ideal. Além disso, mais de um terço das mulheres relatou usar tabaco, álcool e outras drogas (36,0%). A análise bivariada mostrou diferença estatisticamente significativa na realização do preparo pré-concepcional em relação à infertilidade (p=0,028), doenças preexistentes antes da gravidez (p=0,008) e uso de medicamentos e realização de tratamentos antes da gravidez (p=0,001).

Para alcançar o objetivo de analisar os determinantes da realização do preparo pré-concepcional entre mulheres que planejam a gravidez, foi conduzida análise de regressão logística múltipla. No que se refere às características sociais e demográficas (Bloco 1), as mulheres com mais idade, das classes econômicas A e B e com maior escolaridade apresentaram mais chance de realizar o preparo pré-concepcional. Em relação às características sexuais e reprodutivas (Bloco 2), as mulheres que tiveram a primeira relação sexual com 20 ou mais anos de idade apresentaram maior chance de realizar o preparo pré-concepcional. No tocante ao efeito das condições de saúde preexistentes (Bloco 3), possuíam maior chance de realizar o preparo pré-concepcional, as mulheres com doenças preexistentes e com infertilidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise de regressão logística univariada e múltipla da realização do preparo pré-concepcional segundo características sociais e demográficas, sexuais e reprodutivas e condições preexistentes, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2015

Bloco I – variáveis sociais e demográficas	Univariada		Múltipla	
	OR bruta	IC 95%	OR ajust	IC 95%
Idade (anos)				
18 a 24 anos	1	-	1	-
25 a 29 anos	2,0	0,71-5,43	2,1	0,68-6,35
30 a 34 anos	6,3	2,34-16,70	4,5	1,50-13,45
35 anos ou mais	9,0	3,34-24,21	5,4	1,78-16,57
Trabalho remunerado				
Não	1	-	1	-
Sim	1,7	1,04-2,91	1,3	0,7-2,34
Classificação econômica				
A e B	1	-	1	-
C e D	0,2	0,11-0,36	0,5	0,22-0,94
Escolaridade				
Fundamental	1	-	1	-
Médio	1,8	0,77-4,31	1,7	0,64-4,49
Superior	6,8	2,85-16,25	3,1	1,04-8,96
Bloco II – variáveis sexuais e reprodutivas				
	OR bruta	IC 95%	OR ajust	IC 95%
Idade na primeira relação sexual				
11 a 19 anos	1	-	-	-
20 anos ou mais	2,5	1,29-5,01	-	-
Número de filhos				
Nenhum	1	-	-	-
Um	1,4	0,42-4,70	-	-
Dois	1	0,28-3,23	-	-
Três ou mais	1,2	0,27-4,93	-	-
Bloco III – variáveis de condições preexistentes				
	OR bruta	IC 95%	OR ajust	IC 95%
Doenças preexistentes				
Não	1	-	1	-
Sim	2,3	1,22-4,32	2,4	1,17-4,34
Uso de tabaco, álcool e outras drogas				
Não	1	-	-	-
Sim	0,7	0,42-1,18	-	-
Infertilidade				
Não	1	-	1	-
Sim	2,5	1,08-5,65	2,4	1,02-5,51

Tabela 5 – Modelo múltiplo final da realização do preparo pré-concepcional segundo características sociais e demográficas, sexuais e reprodutivas e de condições preexistentes, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017

Variável	Categoria	Múltipla	
		OR ajust	IC 95%
Idade	18 a 24 anos	1,0	-
	25 a 29 anos	2,4	0,73-8,19
	30 a 34 anos	5,5	1,68-17,87
	35 anos ou mais	5,7	1,71-18,69
Classificação econômica	A e B	1,0	-
	C e D	0,4	0,20-0,94
Escolaridade	Fundamental	1,0	-
	Médio	2,4	0,83-7,08
	Superior	4,4	1,35-14,29
Doenças preexistentes	Não	1,0	-
	Sim	2,0	0,93-4,29
Infertilidade	Não	1,0	-
	Sim	2,8	1,04-7,72
Idade na primeira relação sexual	11 a 19 anos	1,0	-
	20 anos ou mais	1,5	0,71-3,33

A análise de regressão conjunta das variáveis estatisticamente significativas nos três blocos mostrou efeito significativo da idade, da classificação econômica, da escolaridade e da infertilidade na realização do preparo pré-concepcional. A presença de condição de saúde preexistente e a idade na primeira relação sexual perderam significância na análise múltipla final. Ou seja, as mulheres com idade mais avançada, com melhor classificação econômica, maior escolaridade e que relataram problemas de fertilidade foram mais propensas a realizar o preparo pré-concepcional (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os aspectos associados à realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada são a alta escolaridade, o pertencimento às classes econômicas A e B, a experiência de infertilidade e a idade mais avançada.

Apesar do planejamento da gravidez ser condição essencial para a realização do preparo pré-concepcional⁽³⁻⁵⁾, este estudo identificou outros determinantes para sua realização e constatou que é, sobretudo, o contexto social que determina a realização do preparo pré-concepcional. Essa descoberta difere da literatura internacional, em que há um equilíbrio entre as questões biológicas, sexuais e reprodutivas, além das sociais, na determinação da realização do preparo pré-concepcional^(7,9-10). Assim, os resultados do presente estudo evidenciam que, mesmo que as mulheres consigam planejar sua gravidez, a adoção de comportamentos saudáveis para se preparar para uma gravidez está subordinada à desigualdade social existente no País.

A associação entre idade mais avançada e a realização do preparo pré-concepcional pode ser explicada por uma maior autonomia da mulher, nos casos em que se adia a gravidez em virtude de estudo e trabalho ou em que há demora para engravidar por causa de infertilidade, também estatisticamente associada à realização do preparo pré-concepcional⁽¹⁰⁾. A literatura ratifica essas descobertas, pois mulheres que realizam tratamentos para infertilidade têm maior chance de realizar o preparo pré-concepcional⁽¹⁰⁾, uma vez que a dificuldade de engravidar gera preocupação e, conseqüentemente, leva-as a buscar cuidados específicos que incluem o preparo pré-concepcional.

É preciso considerar, também, que há carência desse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) – estudo aponta que são poucas as ações de promoção de cuidados pré-concepcionais nos serviços de saúde⁽¹⁵⁾ – e que mulheres de alta renda podem procurar assistência no sistema privado. Outro aspecto de grande relevância que leva as mulheres a se prepararem para uma gestação no período pré-concepcional é o conhecimento da importância desse cuidado que, por sua vez, relaciona-se à escolaridade. De fato, estudo realizado em Londres mostrou que, entre mulheres com gravidez planejada, é o conhecimento acerca do cuidado pré-concepcional que favorece sua realização⁽²⁷⁾.

Ainda no contexto social, diferentemente do estudo inglês⁽⁹⁾, a inserção da mulher no mundo do trabalho não está diretamente associada à realização desse preparo, talvez porque em nosso contexto, as condições gerais de trabalho e renda são mais desfavoráveis. Ou seja, parece que a inserção no mercado de trabalho não está associada diretamente a alta renda.

As condições de saúde preexistentes não mostraram associação com a realização do preparo pré-concepcional, apesar

da literatura mostrar que mulheres com doenças preexistentes têm maior chances de realizar o preparo pré-concepcional⁽¹⁰⁾. Não ter encontrado associação entre realização de preparo pré-concepcional, condições de saúde preexistentes e perfil sexual e reprodutivo pode indicar que a utilização anterior dos serviços de saúde não propiciou às mulheres condições de realizar o preparo pré-concepcional. É preciso investigar se os serviços de atenção básica do SUS têm ofertado esse tipo de cuidado, mas parece que não. Trata-se de oportunidades perdidas, uma vez que mulheres aconselhadas por profissionais de saúde antes da concepção têm maior probabilidade de adotar medidas de preparo pré-concepcional^(7,9). Seria esperado que os profissionais de saúde investigassem as condições de saúde das mulheres e/ou do casal e orientassem os cuidados gerais e específicos para cada caso. Além de prestar assistência às mulheres que procuram os serviços de saúde especificamente para a realização do preparo pré-concepcional, os profissionais devem aproveitar todas as oportunidades de contato com mulheres em idade reprodutiva para aconselhamento sobre os cuidados pré-concepcionais⁽¹⁻²⁾.

Reforçam essa recomendação as tendências demográficas e epidemiológicas atuais, com aumento da obesidade, diabetes e gravidez em idade mais avançada, que aumentam o potencial dos cuidados pré-concepcionais na promoção da saúde. Nesse âmbito, destacam-se a redução da incidência de defeitos do tubo neural por meio da suplementação com ácido fólico; redução de partos prematuros, baixo peso ao nascer e desfechos maternos e neonatais pobres, com a manutenção de peso corporal e alimentação saudáveis, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool antes da concepção; redução de infecções por meio de vacinação; e identificação de riscos ocupacionais/ambientais/uso de medicamentos que podem ser teratogênicos⁽²⁸⁾. Otimiza-se assim a saúde materna e paterna antes da concepção, o que consequentemente influencia o curso de vida futura de uma criança, com ganho significativo de saúde^(1,16).

Devido aos benefícios do cuidado pré-concepcional – como, por exemplo, a redução da mortalidade materna e infantil⁽¹⁾ – este deve ser incorporado na atenção primária para todas as mulheres em idade reprodutiva, prioritariamente às mulheres jovens, de baixa renda e com doenças crônicas, sendo os profissionais de enfermagem os mais indicados para incorporar tais cuidados na assistência que prestam aos usuários⁽²⁹⁾ e, dessa forma, contribuir efetivamente para maximizar os ganhos na saúde materna e infantil⁽¹⁾.

Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo é o perfil socioeconômico diferenciado das mulheres entrevistadas em relação ao da população em geral, o que impede a generalização das descobertas.

Comparadas ao conjunto das brasileiras, as mulheres entrevistadas caracterizam-se por terem maior escolaridade, pertencerem majoritariamente aos grupos econômicos A e B e maior proporção viver em união estável⁽³⁰⁾. A diferença entre as mulheres deste estudo e as brasileiras em geral pode ser explicada pela escolha do local de pesquisa, conduzida em regiões da cidade de São Paulo com alto Índice de Desenvolvimento Humano⁽³¹⁾. No entanto, tendo em vista que as características que as diferenciam são associadas à realização do preparo pré-concepcional, o potencial desta pesquisa foi o de investigar as práticas deste cuidado entre mulheres com maior possibilidade de realizá-lo. Sugere-se estudos que incluam mulheres com diferentes perfis sociais e em diferentes locais para que, assim, se considere as desigualdades existentes no Brasil.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Tendo em vista que apenas metade das mulheres brasileiras planejam sua gravidez, e diante da importância do cuidado pré-concepcional na saúde materna e infantil, é preciso incluir ações para promoção do preparo pré-concepcional na agenda de políticas públicas de saúde e prover condições para que as mulheres consigam planejar sua gravidez. Reitera-se a necessidade de que esse cuidado seja universal, ou seja, para todas as mulheres que planejam engravidar. Além disso, é imprescindível propiciar condições para que um maior número de mulheres possa planejar a gravidez e realizar o preparo pré-concepcional. Nesse contexto, a enfermagem tem o potencial de investigar a intenção reprodutiva de homens e mulheres em todas as oportunidades de assistência e, assim, garantir a realização do cuidado pré-concepcional.

CONCLUSÃO

A realização do preparo pré-concepcional revelou uma forte determinação social, pois as mulheres que o realizaram foram aquelas que reuniram perfis sociais mais favoráveis, ou seja, alta escolaridade e pertencimento às classes econômicas A e B, em detrimento de situações particulares de vida e saúde, como idade na primeira relação sexual, número de filhos, aborto anterior, uso de tabaco/álcool/outras drogas e doenças preexistentes. Ademais, experiência de infertilidade e idade mais avançada também foram determinantes para sua realização.

Assim, diante da importância do cuidado pré-concepcional para a saúde materna e infantil, o sistema de saúde brasileiro tem o desafio de fazer com que todas as mulheres, em especial as que planejam engravidar, possam usufruir do cuidado pré-concepcional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2017 Jul 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78067/1/9789241505000_eng.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 Jul 23]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

3. 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. doi: 10.3109/13625187.2013.851183
4. Dott M, Rasmussen SA, Hogue CJ, Reefhuis J. 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. doi: 10.1007/s10995-009-0458-1
5. 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):208-15. doi: 10.1590/S0080-623420160000200005
6. Mazza D, Chapman A. Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? *BMC Public Health*. 2010;10:786. doi: 10.1186/1471-2458-10-786
7. Luton D, Forestier A, Courau S, Ceccaldi PF. Preconception care in France. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;125(2):144-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.10.019
8. 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. doi: 10.1371/journal.pone.0103085
9. Tort J, Belong N, Prunet C, Khoshnood B, Blondel B. Maternal and health care determinants of preconceptional use of folic acid supplementation in France: results from the 2010 National Perinatal Survey. *BJOG*. 2013;120(13):1661-7. doi: 10.1111/1471-0528.12414
10. 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. doi: 10.1007/s10995-012-1047-2
11. Borges ALV, Cavallieri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Pregnancy planning: prevalence and associated aspects. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(spe. 2):1679-84. doi: 10.1590/S0080-62342011000800007
12. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Sumário executivo temático da pesquisa. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); 2014 [cited 2017 Jun 23]. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
13. Nascimento NC, Araújo KS, Santos AO, Borges ALV. Preparo pré-concepcional: conhecimento e razões para a não realização entre mulheres usuárias do SUS. *Bol Inst Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 23];17(2):96-104. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis_saude_sexual.pdf
14. Mezzomo CLS, Garcias GL, Sclowitz ML, Sclowitz 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. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100019
15. Coelho EAC, Lucena MFG, Silva ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(1):37-44. doi: 10.1590/S0080-6234200000100005
16. Ojukwu O, Patel D, Stephenson J, Howden B, Shawe J. General practitioners' knowledge, attitudes and views of providing preconception care: a qualitative investigation. *Ups J Med Sci*. 2016; 121(4):256-63. doi: 10.1080/03009734.2016.1215853
17. Cavallieri FB. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy) [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011. doi: 10.11606/D.7.2011.tde-20062011-141727
18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Jul 23]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
19. Barret G, Wellings K. What is a planned pregnancy? empirical data from a British Study. *Soc Sci Med*. 2002;55(4):545-57. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00187-3
20. Borges ALV, Barrett G, Santos OA, Nascimento NC, Cavallieri FB, Fujimori E. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:244. doi: 10.1186/s12884-016-1037-2
21. Hall J, Barrett G, Mbwana 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. doi: 10.1186/1471-2393-13-200
22. Roshanaei S, Shaghghi A, Jafarabadi MA, Kousha A. Measuring unintended pregnancies in postpartum Iranian women: validation of the London Measure of Unplanned Pregnancy. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 23];21(8):572-8. Available from: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-21-2015/volume-21-issue-8/measuring-unintended-pregnancies-in-postpartum-iranian-women-validation-of-the-london-measure-of-unplanned-pregnancy.html>
23. 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. doi: 10.1136/jech.2003.014787
24. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. [Internet]. São Paulo: ABEP; 2016 [cited 2017 Jun 18]. Available from: www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Jun 20]. (Caderno de Atenção Básica nº 32). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

26. World Health Organization (WHO). Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO Regional Office for Europe [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001 [cited 2017 Jun 27]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108284/1/E68459.pdf>
 27. Barrett G, Shawe J, Howden B, Patel D, Ojukwu O, Pandya P, et al. Why do women invest in pre-pregnancy health and care? a qualitative investigation with women attending maternity services. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:236. doi: 10.1186/s12884-015-0672-3
 28. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*. 2008;359(1):61-73. doi: 10.1056/NEJMra0708473
 29. Coffey K, Shorten A. The challenge of preconception counseling: Using reproductive life planning in primary care. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(5):255-62. doi: 10.1002/2327-6924.12054
 30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatística de Gênero: uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2017 Jun 19]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>
 31. Organização das Nações Unidas (ONU). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD). Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Fundação João Pinheiro (FJP). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Série Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 [Internet]. Brasília: PNUD, IPEA, FJP; 2013 [cited 2017 Jun 19]; Available from: http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/publicacao_atlas_municipal_pt.pdf
-