

## Prevalência dos indicadores de saúde pré-concepcional das mulheres brasileiras em idade reprodutiva

Prevalence of preconception health indicators among Brazilian women of reproductive age

Bruna Nicole Soares dos Santos (<https://orcid.org/0000-0002-2141-0637>)<sup>1</sup>

Fernanda Gontijo Araújo (<https://orcid.org/0000-0003-3528-2493>)<sup>1</sup>

Thayane Fraga de Paula (<https://orcid.org/0000-0003-1428-3104>)<sup>1</sup>

Fernanda Penido Matozinhos (<https://orcid.org/0000-0003-1368-4248>)<sup>1</sup>

Mariana Santos Felisbino-Mendes (<https://orcid.org/0000-0001-5321-5708>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This article aims to evaluate the performance of preconception health indicators according to sociodemographic characteristics among Brazilian women of reproductive age. We conducted a descriptive epidemiological study using data from 21,645 and 25,228 women, respectively, who responded the 2013 and 2019 national health surveys, and data for the period 2010 to 2020 derived from the national health system's Department of Informatics (DATASUS). We calculated the prevalence of indicators according to sociodemographic characteristics and statistical significance of differences was measured using Pearson's chi-squared test. Syphilis and HIV incidence rates were also calculated. There was an increase in the prevalence of access to health service indicators (medical and dental consultations and recent Pap smear). However, there was an increase in the prevalence of hypertension, alcohol use, and obesity. The prevalence of use of contraceptive methods and fertility treatment remained stable. Syphilis incidence increased sevenfold between 2010 and 2020. Black/brown women with a low level of education, higher parity, and living in the North or Northeast performed worse for preconception health indicators. Despite the increase in access to health services, performance on preconception health indicators declined and health inequities continued.*

**Key words** *Preconception health, Women, Health inequities, Epidemiological studies, Nursing*

**Resumo** *O objetivo deste artigo é avaliar o desempenho de indicadores de saúde pré-concepcional das mulheres brasileiras em idade reprodutiva segundo as características sociodemográficas. Estudo epidemiológico e descritivo com dados de 21.645 e 25.228 mulheres que responderam à Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019 e provenientes do DATASUS de 2010 a 2020. Estimou-se a prevalência de indicadores, segundo características sociodemográficas, e as diferenças estatísticas por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Calculou-se a taxa de incidência dos indicadores de sífilis e HIV. Houve aumento da prevalência de indicadores que se referem ao acesso aos serviços de saúde (consultas médica, odontológica e realização de Papanicolau recente). Contudo, houve aumento da hipertensão, do consumo de álcool e da obesidade. Observou-se manutenção da prevalência do uso de contraceptivo e tratamento de fertilidade. Além disso, a taxa de incidência da sífilis aumentou sete vezes entre 2010-2020. Os resultados foram ainda piores entre mulheres de baixa escolaridade, pretas/pardas, com maior paridade e do Norte/Nordeste. Apesar do aumento no acesso aos serviços de saúde, houve piora do desempenho de indicadores de saúde pré-concepcional, e manutenção das iniquidades em saúde.*

**Palavras-chave** *Saúde pré-concepcional, Mulheres, Iniquidades em saúde, Estudos epidemiológicos, Enfermagem*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. [marianafelisbino@yahoo.com.br](mailto:marianafelisbino@yahoo.com.br)

## Introdução

O cuidado pré-concepcional visa identificar e diminuir o risco à saúde da mulher e os desfechos negativos da gravidez, por meio de intervenções que devem ocorrer em qualquer momento em que o profissional de saúde assiste uma mulher em idade reprodutiva, e tem por objetivo a promoção, a prevenção e o controle de agravos antes e entre gestações<sup>1</sup>. Esses cuidados beneficiam a saúde das mulheres ao promover um estilo de vida saudável, principalmente em relação à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principal causa de morbimortalidade para mulheres em todo o mundo<sup>2</sup>, também é fundamental para uma gravidez saudável e com desfechos positivos<sup>3</sup>.

Estudo internacional randomizado desenvolvido para avaliar os efeitos desse cuidado apontou benefícios, como a redução do uso de tabaco e álcool<sup>4</sup>, a suplementação com ácido fólico<sup>4,5</sup>, estilo de vida mais saudável<sup>4</sup> e aumento do intervalo recomendado entre as gestações<sup>5</sup>. Porém, o conhecimento das mulheres acerca dos cuidados pré-concepcionais ainda é baixo, sendo maior entre as mais escolarizadas<sup>6</sup>. Observou-se ainda altas prevalências de fatores de risco modificáveis e doenças como hipertensão, diabetes e depressão em estudo com mulheres norte-americanas em idade reprodutiva<sup>7</sup> e em mulheres australianas que planejaram a gestação<sup>8</sup>.

No Brasil, mesmo com as políticas públicas voltadas à saúde materna e infantil, a mortalidade neste público se mantém alta<sup>9</sup> e metade das gestações não são planejadas<sup>10</sup>. Assim, o cuidado pré-concepcional possibilitaria o planejamento reprodutivo e diminuiria os riscos de complicações à saúde, pois a maioria das mulheres desconhece esses cuidados<sup>11,12</sup>, mesmo quando apresentam uma doença importante como a diabetes<sup>12</sup>. O desconhecimento apontado nesses estudos está relacionado à informação, uma das dimensões do acesso aos serviços de saúde, que diz respeito à comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo<sup>13,14</sup>. Os profissionais também demonstram pouco conhecimento sobre a necessidade desses cuidados<sup>15</sup>, o que pode contribuir para que sejam negligenciados e interferir na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Estudo realizado em São Paulo mostrou que apenas 15,9% das mulheres realizaram cuidados pré-concepcionais<sup>14</sup>. Porém, mesmo com tais cuidados realizados, as mulheres ainda apresentaram altas prevalências de fatores de risco modificáveis<sup>15</sup>. Além disso, esses resultados se limi-

tam a mulheres que planejaram a gravidez. Isso reforça que a saúde pré-concepcional da mulher tem sido pouco abordada, e os estudos existentes no país sobre o tema abordam aspectos restritos à preconcepção<sup>11,16</sup>. Outros avaliam questões específicas, como consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes e prática de atividade física<sup>17</sup>, além de DCNT<sup>17,18</sup>. Ressalta-se ainda que as prevalências desses agravos foram maiores entre mulheres residentes nas regiões Norte e Nordeste, pretas e pardas e menos escolarizadas<sup>17,18</sup>.

Tendo em vista o panorama apresentado pelos estudos e buscando avaliar de forma mais ampliada as condições de saúde das mulheres, estudos internacionais prévios propuseram um conjunto de indicadores de saúde pré-concepcional que podem ser mensurados utilizando dados de sistemas de vigilância populacionais já existentes e disponíveis<sup>19</sup>. Entende-se que tais indicadores de saúde pré-concepcional podem favorecer tanto a saúde da mulher integralmente quanto sua saúde no contexto da reprodução<sup>20</sup>. Adicionalmente, as mulheres têm tido filhos cada vez mais tarde, quando já podem apresentar fatores de risco e doenças<sup>6</sup>, o que pode interferir tanto no estado geral de saúde da mulher quanto na saúde materna e infantil.

A análise dos indicadores de saúde pré-concepcional permitiria também o monitoramento integral da saúde das mulheres em nível nacional, beneficiando essa população específica para além da reprodução. O Brasil tem inquéritos populacionais que viabilizam que tal análise seja conduzida, como a Pesquisa Nacional de Saúde, que permite avaliar a saúde das mulheres para além dos aspectos sexuais e reprodutivos, envolvendo também as doenças crônicas e os hábitos de vida. Assim, possibilitaria uma avaliação e o diagnóstico das condições de saúde dessa população específica em nível populacional, uma vez que os estudos existentes são em sua maioria locais<sup>16,21</sup> ou se restringem a alguns indicadores isolados<sup>12,18</sup>, não permitindo uma avaliação ampla dos indicadores, como proposto internacionalmente<sup>19</sup>. Além disso, permite investigar se persistem desigualdades entre as mulheres quanto aos indicadores de saúde pré-concepcional.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar desempenho de indicadores de saúde pré-concepcional das mulheres brasileiras em idade reprodutiva de acordo com as características socio-demográficas. Além disso, buscou-se comparar os indicadores de saúde pré-concepcional entre os anos de 2013 e 2019.

## Métodos

### Tipo de estudo, fonte de dados e população

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de base populacional com dois componentes: um transversal, que utilizou dados secundários representativos da população de mulheres brasileiras em idade reprodutiva das duas edições da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizadas em 2013 e 2019 (<https://www.pns.icict.fiocruz.br/bases-de-dados/>), e outro ecológico, do tipo série temporal, com dados provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> e <http://indicadores.aids.gov.br/>), de 2010 a 2020, todos disponíveis à consulta pública.

A PNS constitui um inquérito de base domiciliar, de âmbito nacional, cujo plano amostral foi detalhado em estudos prévios<sup>22,23</sup>. Em 2013 foram realizadas 64.348 entrevistas domiciliares e 60.202 individuais com o morador selecionado de 18 anos ou mais de idade<sup>22,23</sup>. Em 2019 foram feitas 94.114 entrevistas domiciliares e 90.846 individuais com o morador selecionado de 15 anos ou mais de idade<sup>23</sup>.

Neste estudo foram incluídas as mulheres em idade reprodutiva, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>24</sup>. A população entrevistada na PNS 2013 era acima de 18 anos, sendo assim, para avaliar os indicadores, foram incluídas 21.645 mulheres de 18 a 49 anos. Foram excluídos os homens, as mulheres fora da faixa etária proposta, as que não sabiam se estavam grávidas (n = 176) e as grávidas (n = 800). Já na PNS de 2019 foram incluídas 25.228 mulheres de 18-49 anos. Essa faixa etária permite fazer uma comparação entre as edições da pesquisa, e foram excluídos os homens, as mulheres fora da faixa etária proposta, as que não sabiam se estavam grávidas (n = 108) e as grávidas (n = 735). Na PNS 2019, a antropometria foi aferida para uma subamostra da pesquisa, com isso a estimativa do índice de massa corporal (IMC) foi de uma subpopulação de 1.772 mulheres em idade reprodutiva.

Também foram utilizados dados provenientes do DATASUS, que integra as bases de dados dos sistemas de informação em saúde do país, a partir do recebimento de dados epidemiológicos, de morbidade, mortalidade e acesso a serviços de saúde, entre outros, notificados nos sistemas de informação de interesse deste estudo, como o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Foram extraídos dados agregados das

notificações de HIV e sífilis em mulheres de 15 a 49 anos no período de 2010 a 2020.

### Indicadores e variáveis

Os indicadores de saúde pré-concepcional utilizados nesta pesquisa se basearam em estudos prévios que propuseram a identificar esses indicadores com o objetivo de avaliar a saúde das mulheres de forma integral, sendo a fonte de dados nacional um fator relevante para seleção e avaliação dos indicadores<sup>1,19</sup>.

Assim, o presente estudo analisou os seguintes indicadores, conforme os dados disponíveis: autoavaliação em saúde; nível de escolaridade; acesso a plano de saúde; consultas médicas e odontológicas no último ano; realização do exame Papanicolau nos três últimos anos entre mulheres na faixa etária-alvo; uso de algum método contraceptivo (MC); uso de algum MC até dois anos após o parto; tratamento de fertilidade; tabagismo atual e passivo; consumo de bebida alcoólica; consumo de frutas, verduras e legumes (considerado suficiente o consumo de cinco ou mais porções por dia)<sup>25</sup>; classificação do estado nutricional segundo o IMC com peso e altura aferidos – considerado como desnutrição o valor do IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, eutrofia (18,5-25,0 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (≥ 30 kg/m<sup>2</sup>)<sup>26</sup>; prática de atividade física (considerado suficiente ≥ 150 minutos de atividade moderada por semana ou ≥ 75 minutos de atividade intensa por semana)<sup>27</sup>; violência cometida por pessoa conhecida no último ano (PNS 2013), violência sofrida no último ano (PNS 2019), violência cometida pelo companheiro no último ano; diagnóstico autorreferido de depressão, diabetes, hipertensão (excluídos diabetes e hipertensão gestacional) e asma, todos provenientes da PNS. E os indicadores taxa de incidência de HIV em mulheres em idade reprodutiva e sífilis em gestantes, a partir o número de casos extraídos do DATASUS e da projeção da população de mulheres em idade reprodutiva no Brasil no período de 2010 a 2020.

Além dos indicadores de saúde pré-concepcional preconizados, foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: escolaridade (PNS 2013: 0-8, 9-11, 12 ou mais anos de estudo; PNS 2019: 0-9, 10-12, 13 ou mais anos de estudo, ambas na ordem de baixa, média e alta escolaridade), cor da pele/raça autodeclarada (branca, preta/parda, amarela/indígena), região de moradia (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste) e paridade (nenhum, 1 parto, 2 ou 3, 4 ou mais).

### Análise de dados

Realizou-se a caracterização das mulheres brasileiras em idade reprodutiva segundo as características sociodemográficas com os dados das PNS 2013 e 2019, sendo estimadas prevalências com intervalos de 95% de confiança (IC95%). Em seguida, foram estimadas prevalências com respectivos IC95% para cada indicador de saúde pré-concepcional em 2013 e 2019, e posteriormente estimadas essas prevalências de acordo com as características sociodemográficas. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson para as diferenças estatísticas, considerando nível de significância de 5%. Foi utilizado o programa estatístico Stata 14, módulo Survey, para se obter estimativas populacionais, considerando o desenho amostral complexo da pesquisa. Conduziu-se ainda análise de subpopulação, método indicado para análise de subgrupos de inquéritos com amostras complexas<sup>28</sup>.

A partir dos dados extraídos do DATASUS, foram calculadas a proporção do número de casos de HIV (casos em mulheres em idade reprodutiva/casos Brasil x 100) e as taxas de incidências de HIV em mulheres (casos novos em mulheres em idade reprodutiva/projeção da população de mulheres em idade reprodutiva x 100.000) e de sífilis em gestantes (casos de sífilis em gestantes em idade reprodutiva/nascidos vivos x 1.000).

### Aspectos éticos

Os dados utilizados neste estudo são de domínio público, agregados, não envolvem a identificação dos sujeitos e respeitam as recomendações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

### Resultados

Das mulheres brasileiras em idade reprodutiva, respectivamente nos anos de 2013 e 2019, 37,6% e 34,2% tinham 18-29 anos, 32,9% e 34,0% tinham 30-39 anos, e 29,5% e 31,8% tinham 40-49 anos. Além disso, 42,2% viviam na região Sudeste, 28,0% no Nordeste e 14,1% na região Sul, com distribuição semelhante em 2019 (42,2%, 27,3% e 13,9%, respectivamente). A maioria declarou ser preta e parda (53,0% e 58,1% em 2013 e 2019, respectivamente), quanto ao número de partos, respectivamente em 2013 e 2019, 35,7% e 35,8% tiveram dois ou três partos, seguidas de mulheres que nunca tiveram partos (31,7% em 2013 e 31,2% em 2019) (dados não mostrados).

Mais de 70% das mulheres autoavaliaram sua saúde como boa/muito boa nas duas edições da pesquisa (Tabela 1). Em relação ao nível de escolaridade, apenas 22,3% das mulheres brasileiras estudaram além do ensino médio, aumento para 27,1% em 2019. Além disso, nos dois anos da pesquisa, três de cada dez mulheres tinham plano de saúde; oito a cada dez tiveram alguma consulta médica no último ano; cinco a cada dez tiveram uma consulta odontológica para limpeza, controle e manutenção no último ano, e a cobertura de realização do Papanicolau foi de pelo menos 80%. O uso de MC foi superior a 80%, sendo, respectivamente em 2013 e 2019, pílula (38,8% e 34,1%), cirúrgico (22,2% e 19,8%), camisinha (13,4% e 16,9%), injetáveis (6,4% e 7,8%) e DIU (1,8% e 3,8%) os MC mais usados (dados não mostrados), e pelo menos de 3% fizeram algum tratamento de saúde para engravidar.

Apenas 2,7% das mulheres referiram ter diagnóstico de diabetes, 11,7% de hipertensão e 5,4% de asma, com prevalências de 3,4%, 14,0% e 6,3%, respectivamente, em 2019 (Tabela 1). Em relação à avaliação dos fatores de risco, nos anos de 2013 e 2019, respectivamente, 9,7% e 8,4% relataram tabagismo atual, 17,9% e 15,3% tabagismo passivo e 33,7% e 39,4% consumiam bebida alcoólica, havendo um aumento considerável da prevalência deste último. Apenas duas a cada dez mulheres consumiam frutas, verduras e legumes suficientes por dia e praticavam atividade física suficiente na semana, em 2019 a prática de atividade física subiu para três a cada dez mulheres. Em 2013, cinco a cada dez mulheres tinham sobrepeso ou obesidade, com aumento em 2019 para seis a cada dez (Tabela 1).

Quanto à saúde mental, em 2013, 9,5% das mulheres relataram já terem sido diagnosticadas com depressão, com aumento para 13,4% em 2019. Em 2013, 3,9% das mulheres relataram ter sofrido alguma violência no último ano, em 2019 houve aumento para 23,7%. Quanto à natureza da violência sofrida, em 2013 a maioria foi física ou sexual (47,4%), seguida da psicológica (43,9%), em 2019 a psicológica foi quase três vezes mais usual do que a física ou sexual (72,3% e 27,7%, respectivamente (dados não mostrados). Em relação à violência sofrida pelo companheiro, as prevalências em 2013 e 2019 foram de 23,5% e 18,7%, respectivamente. Das mulheres que sofreram violência pelo companheiro, em 2013 a violência física ou sexual foi o dobro da psicológica (35,1% e 14,1%, respectivamente), diferentemente de 2019, em que a maior prevalência foi da psicológica (25,5%), seguida da física ou sexual (15,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Prevalência dos indicadores de saúde pré-concepcional entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva na PNS 2013 e 2019.

Domínios	Indicadores	PNS 2013			PNS 2019		
		N*	%**	IC95%	N*	%**	IC95%
1. Estado geral de saúde e satisfação com a vida	Condição de saúde autorrelatada	21.645			25.228		
	Muito boa/boa		71,2	70,0-72,3		71,4	70,4-72,4
	Regular		24,8	23,7-25,8		24,7	23,8-25,7
	Ruim/muito ruim		4,1	3,6-4,6		3,9	3,5-4,3
2. Determinantes sociais da saúde	Nível de escolaridade	21.645			25.228		
	Baixa		35,5	34,3-36,7		26,7	27,4-29,5
	Média		42,2	41,0-43,5		46,2	45,6-47,8
	Alta		22,3	21,1-23,5		27,1	23,9-25,9
3. Cuidados de saúde	Plano de saúde	21.645			25.228		
	Sim		30,3	29,0-31,6		26,6	25,5-27,7
	Consulta médica	21.645			25.228		
	Menos de 1 ano		79,1	78,1-80,1		84,1	83,2-84,9
	Mais de 1 ano		20,5	19,5-21,5		15,5	14,7-16,4
	Nunca		0,4	0,2-0,7		0,4	0,2-0,7
	Consulta odontológica	21.645	55,4	54,2-56,6	25.228	59,8	58,7-60,9
	Limpeza, controle e manutenção	11.436	54,4	52,6-56,2	14.695	49,5	48,1-51,0
	Tratamento comum		34,7	33,0-36,4		38,0	36,6-39,4
	Tratamento especializado		10,9	9,9-12,0		12,5	11,5-13,5
Realização do Papanicolau		17.625			21.196		
	Até 3 anos		80,6	79,5-81,7		83,4	82,5-84,2
	Mais de 3 anos		9,3	8,6-10,0		9,8	9,2-10,5
	Nunca		10,1	9,3-11,0		6,8	6,3-7,4
4. Saúde reprodutiva e planejamento familiar	Uso de método contraceptivo (MC)	16.879			19.594		
	Sim		85,6	84,6-86,6		84,1	83,2-85,0
	Uso de MC até 2 anos após o parto	1.962			2.208		
	Sim		84,8	81,9-87,3		83,5	80,3-86,2
Tratamento de fertilidade		16.879			19.594		
	Fazem ou fizeram		3,3	2,9-3,9		3,6	3,2-4,1
	Nunca fizeram		96,7	96,1-97,1		96,4	95,9-96,8
5. Uso de tabaco, álcool e substâncias	Tabagismo atual	21.645			25.228		
	Sim		9,7	9,0-10,3		8,4	7,9-9,0
	Tabagismo passivo	21.645			25.228		
	Sim		17,9	16,9-18,9		15,3	14,6-16,2
Consumo de bebida alcoólica		21.645			25.228		
	Sim		33,7	32,5-35,0		39,4	38,2-40,6
6. Nutrição e atividade física	Consumo de frutas, legumes e verduras/dia	21.645			25.228		
	Suficiente		19,5	18,4-20,6		8,2	7,6-8,8
	Insuficiente		80,5	79,4-81,6		91,8	91,2-92,4
	Desnutrição com base no índice de massa corporal (IMC)	21.645	3,2	2,8-3,6	1.772	4,8	-
	Eutrofia com base no IMC	21.645	44,1	42,9-45,4	1.772	36,6	-
	Sobrepeso com base no IMC	21.645	31,3	30,2-32,4	1.772	30,4	-
	Obesidade com base no IMC	21.645	21,4	20,4-22,5	1.772	28,2	-
	Prática de atividade física	21.645			25.228		
	Suficiente		20,3	19,3-21,4		29,3	28,3-30,3
	Insuficiente		79,7	78,6-80,7		70,7	69,7-71,7

continua

**Tabela 1.** Prevalência dos indicadores de saúde pré-concepcional entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva na PNS 2013 e 2019.

Domínios	Indicadores	PNS 2013			PNS 2019		
		N*	%**	IC95%	N*	%**	IC95%
7. Saúde mental	Depressão autorreferida	21.645			25.228		
	Sim		9,5	8,7-10,3		13,4	12,6-14,3
8. Suporte emocional e social	Violência sofrida no último ano	21.645	3,9	3,4-4,3	25.228	23,7	22,8-24,8
	Violência sofrida pelo companheiro no último ano	879	23,5	19,1-28,4	5.386	18,7	16,2-21,3
	Violência física ou sexual sofrida pelo companheiro no último ano		35,1	27,1-44,0		15,8	13,9-17,8
	Violência psicológica sofrida pelo companheiro no último ano		14,1	10,2-19,1		25,5	19,2-32,9
9. Condições crônicas	Diabetes autorreferida	19.505			23.777		
	Sim		2,7	2,3-3,1		3,4	3,0-3,8
	Hipertensão autorreferida	21.176			24.851		
	Sim		11,7	10,9-12,4		14,0	13,2-14,8
	Asma autorreferida	21.645			25.228		
	Sim		5,4	4,8-6,0		6,3	5,8-6,9

N\*: número amostral. %\*\*: prevalência populacional. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Autoras.

Os resultados também mostram que as prevalências dos indicadores de saúde pré-concepcional variaram de acordo com a escolaridade (Tabela 2), cor da pele/raça (Tabela 3), paridade e região de moradia (dados não mostrados). As mulheres com baixa escolaridade, com maior número de partos e autodeclaradas pretas/pardas apresentaram pior desempenho dos indicadores de saúde pré-concepcional (valor  $p < 0,05$ ). Quanto aos resultados segundo região de moradia, as mulheres que viviam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram pior desempenho em metade dos indicadores avaliados. Não foi observada diferença nas prevalências de atividade física, violência e diabetes entre as regiões de moradia das mulheres (valor  $p > 0,05$ ).

Em relação às infecções sexualmente transmissíveis (IST), a taxa de incidência de HIV entre as mulheres em idade reprodutiva mostrou-se crescente na última década, e a partir de 2017 parece diminuir (Figura 1), mesmo com a proporção do número de casos 10,0% menor no período estudado em relação ao total de casos na população brasileira (Tabela 4). Em relação à sífilis em gestantes, percebe-se que a taxa de incidência foi maior, principalmente a partir de 2013 (Figura 1), na ordem de sete vezes a mais no período.

## Discussão

No presente estudo, observa-se entre os indicadores analisados que houve aumento da prevalência daqueles que indicam acesso e utilização dos serviços de saúde, como consultas no último ano e exame Papanicolau recente, mas por outro lado aumento da prevalência de DCNT como a hipertensão e dos seus fatores de risco, como consumo de bebida alcoólica e obesidade. Observou-se maior prevalência de depressão entre as mulheres, e também foi observada a manutenção de indicadores, com destaque aos que se referem especificamente à saúde reprodutiva, tais como uso de MC, com manutenção de um *mix* obsoleto<sup>29</sup>, e tratamento de fertilidade. Em relação às IST, observou-se aumento da taxa de incidência da sífilis na última década. Por fim, as mulheres pretas/pardas, com baixa escolaridade, com maior número de partos e que viviam nas regiões Norte e Nordeste apresentaram piores condições de saúde.

Nossos achados mostram que a saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva apresenta-se comprometida em diversos indicadores avaliados, como as DCNT e seus fatores de risco, as doenças transmissíveis e a violência, corroborando achados de estudos nacionais<sup>12,18,30</sup> e internacionais<sup>7,31,32</sup>. Destaca-se que as mulheres são jovens e apresentam questões de saúde impor-

**Tabela 2.** Prevalência dos indicadores de saúde pré-concepcional entre mulheres brasileiras em idade reprodutiva, por anos de escolaridade, PNS – 2013.

Domínios	Indicadores	Escolaridade (em anos de estudo)			Valor p
		0 a 8 % (IC95%)	9 a 11 % (IC95%)	12 ou mais % (IC95%)	
1. Estado geral de saúde e satisfação com a vida	Condição de saúde autorrelatada				<0,0001
	Muito boa/boa	58,0 (56,1-59,9)	75,4 (73,7 -77,1)	84,2 (82,4-85,8)	
	Regular	34,2 (32,4-36,0)	22,3 (20,6-24,0)	14,5 (12,9-16,2)	
3. Cuidados de saúde	Ruim/muito ruim	7,8 (6,8-9,0)	2,3 (1,9-2,9)	1,4 (1-1,9)	
	Plano de saúde				<0,0001
	Sim	11,2 (9,9-12,7)	29,1 (27,1-31,1)	63,1 (60,6-65,6)	
	Consulta médica				<0,0001
	Menos de um ano	76,9 (75,3-78,4)	77,6 (75,8-79,3)	85,5 (83,6-87,1)	
	Mais de um ano	22,5 (21,0-24,0)	22,3 (20,5-24,1)	14,0 (12,5-15,8)	
	Nunca	0,6 (0,3-1,3)	0,1 (5.4e-04-0,3)	0,5 (0,2-1,4)	
	Consulta odontológica				<0,0001
	Limpeza, controle e manutenção	43,7 (40,8-46,6)	53,3 (50,6-55,9)	67,1 (64,0-70,0)	
	Tratamento comum	47,3 (44,4-50,3)	33,6 (31,1-36,2)	23,5 (20,9-26,3)	
Realização do Papanicolau	Tratamento especializado	9,0 (7,6-10,7)	13,2 (11,5-15,0)	9,4 (7,8-11,4)	
	Até 3 anos	75,2 (73,4-77,0)	81,8 (80,0-83,5)	87,9 (85,9-89,6)	<0,0001
	Mais de 3 anos	12,3 (11,1-13,6)	8,1 (7,0-9,3)	6,1 (4,9-7,6)	
4. Saúde reprodutiva e planejamento familiar	Nunca	12,5 (11,2-13,9)	10,2 (8,8-11,7)	6,0 (4,9-7,5)	
	Uso de método contraceptivo (MC)				0,2470
	Sim	84,5 (82,9-86,1)	86,1 (84,6-87,6)	86,4 (84,3-88,3)	
	Uso de MC até 2 anos após o parto				0,0001
	Sim	77,6 (71,4-82,7)	90,5 (87,2-93,0)	83,7 (76,7-88,9)	
Tratamento de fertilidade	Tratamento de fertilidade				0,5977
	Fazem ou fizeram	3,0 (2,4-3,8)	3,4 (2,7-4,4)	3,7 (2,8-4,9)	
	Nunca fizeram	97,0 (96,2-97,6)	96,6 (95,7-97,4)	96,3 (95,1-97,2)	
5. Uso de tabaco, álcool e substâncias	Tabagismo atual				<0,0001
	Sim	16,2 (15,1-17,5)	6,6 (5,7-7,6)	5,0 (4,1-6,1)	
	Tabagismo passivo				<0,0001
	Sim	24,4 (22,8-26,1)	15,7 (14,2-17,3)	11,7 (10,1-13,6)	
	Consumo de bebida alcoólica				<0,0001
Sim	27,5 (25,9-29,1)	33,8 (31,8-35,9)	43,4 (40,8-46,0)		

continua

tantes que vão além do aspecto sexual e reprodutivo. Além disso, o estado de saúde das mulheres piorou com o passar dos anos, reafirmando a necessidade de promover melhores condições de saúde ao longo da vida com políticas mais abrangentes, que busquem a promoção de hábitos de vida mais saudáveis, prevenção e controle de doenças e apoio psicológico, garantindo de forma efetiva a atenção integral à saúde das mulheres. Ressalta-se que mesmo assim a maioria percebe sua saúde como boa, evidenciando uma não percepção do estilo de vida não saudável e dos riscos

dele decorrentes. Em outros indicadores, como tabagismo atual e diabetes, não houve piora nem melhora, o que também não indica avanços na promoção da saúde das mulheres.

Além disso, os resultados do presente estudo também mostraram que as mulheres com maior vulnerabilidade apresentaram piores condições de saúde e auto percepção, o que já tem sido apontado em estudos prévios<sup>7,18,33</sup>. Assim, aquelas com baixa escolaridade, pretas e pardas e com maior número de partos estavam com a saúde comprometida em diversos indicadores avaliados, como

**Tabela 2.** Prevalência dos indicadores de saúde pré-concepcional entre mulheres brasileiras em idade reprodutiva, por anos de escolaridade, PNS – 2013.

Domínios	Indicadores	Escolaridade (em anos de estudo)			Valor p
		0 a 8 % (IC95%)	9 a 11 % (IC95%)	12 ou mais % (IC95%)	
6. Nutrição e atividade física	Consumo de frutas, legumes e verduras/dia				<0,0001
	Suficiente	15,1 (13,6-16,6)	19,7 (18,0-21,4)	26,3 (24,1-28,6)	
	Insuficiente	84,9 (83,4-86,4)	80,3 (78,6-82,0)	73,7 (71,4-75,9)	
	Desnutrição com base no índice de massa corporal (IMC)	2,6 (2,1-3,2)	3,6 (3,0-4,3)	3,3 (2,5-4,3)	<0,0001
	Eutrofia com base no IMC	35,9 (34,1-37,7)	47,1 (45,1-49,2)	51,5 (50,0-54,1)	
	Sobrepeso com base IMC	35,6 (33,8-37,5)	29,3 (27,6-31,1)	28,2 (26,1-30,4)	
	Obesidade com base no IMC	25,9 (24,4-27,6)	20,0 (18,5-21,6)	17,0 (15,1-19,1)	
	Prática de atividade física				<0,0001
	Suficiente	11,1 (9,9-12,5)	21,4 (19,8-23,1)	32,9 (30,4-35,6)	
	Insuficiente	88,9 (87,6-90,1)	78,6 (76,9-80,2)	67,1 (64,4-69,6)	
7. Saúde mental	Depressão autorreferida				<0,0001
	Sim	11,9 (10,6-13,3)	7,6 (6,7-8,7)	9,1 (7,8-10,7)	
8. Suporte emocional e social	Violência sofrida pelo companheiro no último ano				0,0007
	Companheiro atual	29,4 (22,2-37,8)	26,1 (18,4-35,5)	6,8 (3,6-12,3)	
	Ex-companheiro	18,7 (11,1-29,8)	13,8 (9,4-19,8)	11,5 (6,5-19,5)	
9. Condições crônicas	Diabetes autorreferida				<0,0001
	Sim	4,2 (3,5-5,1)	2,1 (1,6-2,8)	1,4 (1,0-2,1)	
	Hipertensão autorreferida				<0,0001
	Sim	17,8 (16,4-19,3)	8,6 (7,7-9,6)	7,7 (6,4-9,3)	
	Asma autorreferida				0,5346
	Sim	5,1 (4,3-6,0)	5,3 (4,5-6,2)	5,9 (4,8-7,2)	

%. prevalência populacional. IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Autoras.

alimentação, prática de exercícios físicos e excesso de peso, entre outros, em maior frequência do que as demais, revelando desigualdades sociais entre as mulheres brasileiras. O estado de saúde e a desigualdade entre as mulheres também foi observado em estudo semelhante conduzido nos EUA com indicadores de saúde pré-concepcional<sup>7</sup>. Mostram ainda que de alguma maneira essas mulheres percebem sua condição social vulnerável ao avaliar sua saúde como negativa com mais frequência do que as demais. Esses achados reforçam a necessidade de manutenção da busca por equidade, reconhecendo as diferenças e garantindo os direitos e o acesso aos serviços de saúde.

Adicionalmente, estudo prévio em São Paulo mostrou relação entre nível de escolaridade e paridade, em que mulheres com mais filhos e mulheres menos escolarizadas realizaram com menor frequência os cuidados pré-concepcionais<sup>34</sup>. Essa condição reforça a necessidade do

planejamento reprodutivo entre as mulheres, pois mesmo com a alta cobertura do uso de contraceptivos, a gravidez não planejada ainda está presente e tem implicações posteriores na vida da mulher, tais como mudança na rotina, problemas psíquicos e abandono dos estudos, sendo que as mudanças no plano de vida e suas consequências são ainda mais drásticas entre as adolescentes<sup>35</sup>. Além disso, esses fatores impedem as mulheres de alcançar melhores empregos, melhor renda e podem perpetuar os ciclos de pobreza<sup>35</sup>.

Outro aspecto observado foi a heterogeneidade da saúde no território brasileiro, visto que o pior desempenho dos indicadores de saúde pré-concepcional das mulheres brasileiras foi observado entre as que viviam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e os melhores resultados entre aquelas da Região Sul e Sudeste. Esses achados corroboram que, mesmo com os avanços socioeconômicos no país nos últimos anos,



**Tabela 3.** Prevalência de indicadores de saúde pré-concepcional entre mulheres brasileiras em idade reprodutiva, por cor da pele/raça, PNS – 2013.

Domínios	Indicadores	Cor da pele/raça			Valor p
		Branca %(IC95%)	Preta/parda %(IC95%)	Amarela/ indígena %(IC95%)	
1. Estado geral de saúde e satisfação com a vida	Condição de saúde autorrelatada				<0,0001
	Muito boa/boa	77,2 (75,6-78,8)	66,0 (64,5-67,5)	71,4 (62,7-78,9)	
	Regular	19,2 (17,7-20,7)	29,5 (28,1-31,0)	25,7 (18,6-34,4)	
	Ruim/muito ruim	3,6 (2,9-4,5)	4,5 (3,9-5,1)	2,9 (1,5-5,4)	
2. Determinantes sociais da saúde	Nível de escolaridade				<0,0001
	0-8 anos de estudo	27,5 (25,9-29,2)	42,5 (40,9-44,1)	29,4 (22,0-38,0)	
	9-11 anos de estudo	41,9 (39,9-44,0)	42,4 (41,0-43,9)	44,9 (35,0-55,2)	
	12 ou mais anos de estudo	30,5 (28,6-32,6)	15,1 (14,0-16,2)	25,7 (16,3-38,1)	
3. Cuidados de saúde	Plano de saúde				<0,0001
	Sim	41,1 (39,1-43,1)	21,0 (19,6-22,4)	33,9 (24,6-44,5)	
	Consulta médica				0,0014
	Menos de um ano	81,4 (80,0-82,8)	77,1 (75,7-78,4)	80,4 (73,4-85,9)	
	Mais de um ano	18,2 (16,9-19,7)	22,5 (21,2-23,9)	18,7 (13,4-25,4)	
	Nunca	0,3 (0,2-0,8)	0,4 (0,2-0,8)	1,0 (0,2-3,9)	
	Consulta odontológica				<0,0001
	Limpeza, controle e manutenção	59,0 (56,5-61,5)	49,8 (47,5-52,0)	46,5 (33,0-60,5)	
	Tratamento comum	30,1 (27,9-32,5)	39,1 (36,8-41,4)	47,3 (33,4-61,6)	
	Tratamento especializado	10,9 (9,5-12,4)	11,2 (9,7-12,9)	6,2 (3,2-11,8)	
Realização do Papanicolau					<0,0001
	Até 3 anos	84,2 (82,6-85,6)	77,3 (75,7-78,9)	87,3 (81,8-91,4)	
	Mais de 3 anos	8,0 (7,1-9,1)	10,4 (9,4-11,6)	7,3 (4,4-11,7)	
	Nunca	7,8 (6,7-9,1)	12,2 (11,0-13,6)	5,4 (3,0-9,4)	
4. Saúde reprodutiva e planejamento familiar	Uso de método contraceptivo (MC)				0,0158
	Sim	86,9 (85,5-88,2)	84,5 (83,1-85,8)	87,9 (81,6-92,2)	
	Uso de MC até 2 anos após o parto				0,7127
	Sim	85,1 (79,9-89,1)	84,5 (80,8-87,6)	92,4 (70,9-98,4)	
	Tratamento de fertilidade				0,1875
	Fazem ou fizeram	3,8 (3,1-4,6)	2,9 (2,3-3,7)	3,7 (1,3-9,7)	
	Nunca fizeram	96,2 (95,5-96,9)	97,1 (96,3-97,7)	96,3 (90,3-98,7)	
5. Uso de tabaco, álcool e substâncias	Tabagismo atual				0,0350
	Sim	8,8 (7,9-9,8)	10,4 (9,5-11,3)	8,0 (4,9-13,0)	
	Tabagismo passivo				0,0006
	Sim	16,1 (14,6-17,7)	19,5 (18,3-20,8)	14,0 (9,2-20,7)	
	Consumo de bebida alcoólica				0,0015
	Sim	36,0 (34,2-37,9)	31,7 (30,2-33,4)	31,7 (23,1-41,7)	

continua

persistem desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde tanto na complexidade<sup>36</sup> quanto na qualidade<sup>37</sup> dos serviços ofertados.

Os fatores de risco e das DCNT entre as mulheres em idade reprodutiva continuam presentes de forma considerável, endossando dados de outro estudo com amostra de mulheres em São Paulo<sup>34</sup>. Além disso, nossos achados apontam piora desses indicadores em 2019, ou seja, não houve

melhora na saúde das mulheres nesse âmbito ao longo dos anos. As DCNT são responsáveis por 44% das mortes em mulheres no país<sup>38</sup>, e quase metade das mulheres brasileiras tem síndrome metabólica<sup>30</sup>, condição em que as mulheres apresentam agravos à saúde que podem levar a doenças cardiovasculares. Observou-se em estudo conduzido com mulheres diabéticas o conhecimento limitado acerca das complicações mater-

**Tabela 3.** Prevalência de indicadores de saúde pré-concepcional entre mulheres brasileiras em idade reprodutiva, por cor da pele/raça, PNS – 2013.

Domínios	Indicadores	Cor da pele/raça			Valor p
		Branca %(IC95%)	Preta/parda %(IC95%)	Amarela/ indígena %(IC95%)	
6. Nutrição e atividade física	Consumo de frutas, legumes e verduras/dia				<0,0001
	Suficiente	23,2 (21,5-24,9)	16,3 (15,1-17,6)	21,5 (13,8-32,0)	
	Insuficiente	76,8 (75,1-78,5)	83,7 (82,4-84,9)	78,5 (68,0-86,3)	
	Desnutrição com base no índice de massa corporal (IMC)	3,0 (2,4-3,6)	3,4 (2,9-4,0)	2,2 (1,1-4,2)	0,0571
	Eutrofia com base no IMC	45,3 (43,4-47,2)	42,9 (41,4-44,4)	53,4 (43,4-63,2)	
	Sobrepeso com base no IMC	30,3 (28,6-32,0)	32,2 (30,8-33,6)	31,0 (22,9-40,5)	
	Obesidade com base no IMC	21,5 (20,0-23,1)	21,6 (20,3-22,9)	13,4 (8,8-20,1)	
	Prática de atividade física				0,0002
	Suficiente	22,7 (21,1-24,4)	18,2 (17,0-19,5)	24,3 (15,7-35,7)	
	Insuficiente	77,3 (75,6-78,9)	81,8 (80,5-83,0)	75,7 (64,3-84,3)	
7. Saúde mental	Depressão autorreferida				0,0002
	Sim	10,9 (9,8-12,1)	8,3 (7,4-9,3)	5,9 (3,0-11,5)	
8. Suporte emocional e social	Violência sofrida pelo companheiro no último ano				0,0886
	Companheiro atual	17,0 (11,0-25,2)	27,0 (21,3-33,5)	10,1 (2,7-31,1)	
	Ex-companheiro	12,7 (7,5-20,7)	16,7 (11,2-24,1)	28,7 (4,6-77,0)	
9. Condições crônicas	Diabetes autorreferida				0,2395
	Sim	2,4 (1,9-3,2)	2,9 (2,4-3,5)	1,4 (0,6-3,1)	
	Hipertensão autorreferida				0,0090
	Sim	10,5 (9,5-11,7)	12,7 (11,7-13,9)	8,3 (4,4-15,0)	
	Asma autorreferida				0,1378
	Sim	5,8 (5,0-6,7)	5,1 (4,4-5,9)	2,6 (1,2-5,6)	

%; prevalência populacional. IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Autoras.

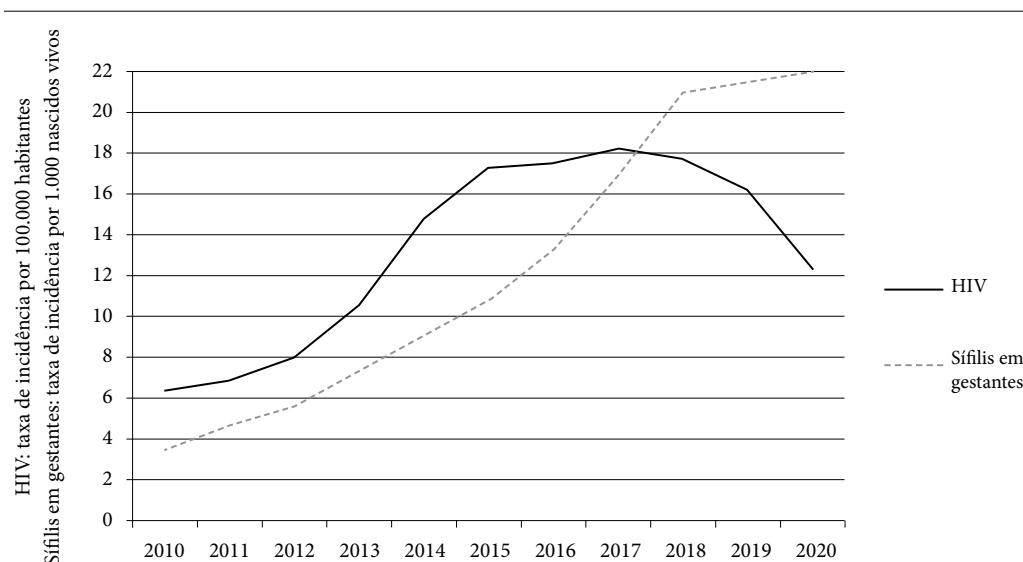
nas e fetais que a doença crônica pode acarretar, com a gestação sendo planejada somente em um terço dos casos, porém apenas 5% tiveram acompanhamento profissional<sup>12</sup>.

Outros estudos também apresentaram tendência crescente de DCNT e seus fatores de risco nesse grupo populacional, tais como obesidade<sup>18,31</sup>, hipertensão<sup>39</sup> e consumo de álcool<sup>40,41</sup> entre as mulheres. A alta prevalência de hipertensão é alarmante, uma vez que essa condição aumenta as doenças cardiovasculares em mulheres jovens<sup>32</sup>. Esses achados são um alerta para a saúde pré-concepcional, assim como para possíveis complicações em uma futura gestação.

Quanto ao aumento do consumo de álcool, este foi relacionado aos papéis de gênero, à maior inserção das mulheres em ambientes sociais e em atividades previamente ditas como destinadas aos homens<sup>41</sup>. Também foi observado melhora

do indicador de prática de exercícios físicos, corroborando estudo prévio<sup>42</sup>. Essa melhora pode estar relacionada à busca por mudança de comportamento e ao incentivo a melhores hábitos de vida pelos programas de saúde pública<sup>42</sup>.

Nossas análises mostram aumento considerável das doenças transmissíveis na última década, que persiste como problema em nível mundial<sup>43</sup>. Esse aumento foi observado para a população brasileira como um todo. Destaca-se ainda que a notificação compulsória da sífilis adquirida foi implantada em 2010 e também pode estar relacionada ao aumento exponencial das notificações ao longo do tempo<sup>44</sup>. Além disso, o cuidado pré-concepcional para mulheres com IST é essencial para a saúde dela e de sua prole, pois permite detectar e tratar as infecções e prevenir a transmissão vertical. A detecção se dá por tes-



**Figura 1.** Taxa de incidência de HIV em mulheres brasileiras em idade reprodutiva e sífilis em gestantes por ano, Brasil – 2010-2020.

Fonte: Autoras.

**Tabela 4.** Número de casos e taxa de incidência em mulheres brasileiras em idade reprodutiva HIV e de sífilis em gestantes notificados no SINAN, segundo faixa etária e ano diagnóstico, Brasil – 2010-2020.

Domínio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>10. Infecções</b>												
<b>HIV</b>												
15-19 anos	319	329	385	526	709	813	824	833	766	645	537	6.686
20-29 anos	1.303	1.433	1.602	2.145	2.879	3.344	3.213	3.398	3.259	2.944	2.209	27.729
30-39 anos	1.164	1.241	1.476	1.980	2.885	3.362	3.448	3.556	3.496	3.224	2.380	28.212
40-49 anos	684	759	941	1.282	1.837	2.248	2.411	2.561	2.565	2.436	1.906	19.630
Total	3.470	3.762	4.404	5.933	8.310	9.767	9.896	15.184	10.086	9.249	7.032	87.093
Incidência*	6,4	6,9	8,0	10,6	14,8	17,3	17,5	18,2	17,7	16,2	12,3	
Proporção **	31,8	29,0	29,7	28,6	26,6	25,1	23,8	23,0	22,4	22,1	21,8	
<b>Sífilis em gestantes</b>												
15-19 anos	2.117	3.094	3.970	5.341	6.991	8.535	9.934	12.936	15.728	14.667	14.329	97.642
20-29 anos	5.232	6.987	8.275	10.547	13.400	16.856	20.079	26.265	33.017	34.016	34.636	209.310
30-39 anos	2.274	3.057	3.522	4.257	5.290	6.264	6.987	8.968	11.493	10.644	10.650	73.406
40 ou mais	274	402	398	427	553	669	734	985	1.213	1.155	1.188	7.998
Total	9.897	13.540	16.165	20.572	26.234	32.324	37.734	49.154	61.451	60.482	60.803	388.356
Incidência***	3,5	4,7	5,6	7,2	8,9	10,8	13,3	16,9	21,0	21,4	22,3	

N: número de casos. \* Taxa de Incidência do HIV por 100.000 habitantes. \*\* Proporção de casos de mulheres em idade reprodutiva com HIV por casos no Brasil. \*\*\* Taxa de incidência de Sífilis em Gestantes por 1.000 nascidos vivos.

Fonte: Autoras.

tes rápidos, os tratamentos estão disponíveis e são facilitados pelo SUS<sup>44</sup>. Além da saúde pré-concepcional, todas as mulheres se beneficiariam da prevenção e detecção precoce, do tratamento e da cura dessas doenças.

O presente estudo também mostrou a violência contra as mulheres como agravo prevalente, que por sua vez se configura como fator de risco para outras doenças e perda da saúde no mundo<sup>45</sup> e no Brasil<sup>46</sup>. Além de constituir uma vio-

lação de direitos humanos, pode levar à morte e ao adoecimento das mulheres<sup>45</sup>. Tal agravo tem como base a desigualdade de gênero<sup>47</sup>, e observa-se que os movimentos conservadores sociais têm piorado a questão<sup>48</sup>. Os resultados deste estudo, principalmente no que se refere ao aumento entre 2013 e 2019 deve ser interpretado com cautela, pois houve uma mudança no questionário, permitindo melhor captação da violência.

Assim, aponta-se para a necessidade real e urgente da abordagem integral da saúde da mulher no país, para além do que já se tem estabelecido, como o exame Papanicolau e ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. Estudos mostraram que a abordagem integral poderia reduzir em 28% as mortes maternas, por estarem relacionadas às causas indiretas, com destaque para os distúrbios pré-existent<sup>49</sup>. Apesar dos resultados apontarem alta cobertura do exame Papanicolau e do uso de MC – ou seja, as mulheres têm acesso, aqui demonstrado pela utilização dos serviços para essas demandas específicas<sup>14</sup> –, a assistência pode estar fragmentada e não incorporando o cuidado integral à saúde das mulheres, configurando um cenário de oportunidades perdidas e uma visão reducionista da saúde da mulher jovem. Assim, nossos resultados permitem diagnosticar a situação de saúde das mulheres jovens no país.

Há décadas que programas e políticas públicas vêm se dedicando à saúde materna e infantil, mas as taxas de mortalidade ainda preocupam<sup>9</sup>, e sabe-se que em geral os cuidados pré-concepcionais e de saúde dessas mulheres poderiam melhorar os desfechos gestacionais desse público, inclusive reduzir as iniquidades entre as mulheres. Destaca-se a vantagem de não restringir a análise apenas às mulheres que desejam ou planejam engravidar, e a importância dos inquéritos na avaliação da saúde das mulheres e do monitoramento dos indicadores na população feminina jovem na última década.

### Limitações

O estudo não abrange as adolescentes de 15-17 anos no cálculo dos indicadores. Apesar da importância de se detectar o estado de saúde desse público e de a faixa etária de mulheres em idade reprodutiva incluir as adolescentes, a PNS 2013 entrevistou indivíduos a partir dos 18 anos.

Em 2019, a PNS incluiu adolescentes de 15-17, exceto no módulo Violência, e uma análise de sensibilidade com essas adolescentes mostrou que as prevalências dos indicadores de sobrepeso, obesidade e consumo de bebida alcoólica foram subestimados (dados não mostrados), e os demais indicadores se mostraram muito semelhantes. Outra limitação em 2019 foi a ausência da pergunta sobre consumo de salada e a modificação nas perguntas sobre violências sofridas no último ano, impossibilitando a comparação entre as duas edições.

Em relação aos indicadores de acesso utilizados, deve-se considerar que essa medida se restringiu principalmente ao uso de serviços (consultas, exames, insumos). Sabe-se que essa pode ser uma medida restrita do acesso<sup>14</sup>.

Outro ponto diz respeito aos casos novos de sífilis adquirida que não estão estratificados por idade no DATASUS, impossibilitando analisar os dados das mulheres não gestantes em idade reprodutiva. Portanto, analisou-se a sífilis em gestantes, visto que representam mais da metade dos casos de sífilis notificados em mulheres no Brasil e são identificados no primeiro trimestre da gestação. Além disso, neste estudo não foram avaliados indicadores como vacinação, natimorto e outros, devido à ausência ou indisponibilidade dos dados.

### Conclusão

O estudo mostrou que as mulheres brasileiras em idade reprodutiva apresentaram condição de saúde geral frágil, demonstrada pelos indicadores de saúde pré-concepcional em níveis ruins, com destaque para os fatores de risco, as doenças transmissíveis e não transmissíveis e a violência, mesmo sendo este um grupo de mulheres jovens. Destaca-se o aumento da prevalência dos indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde e a piora dos indicadores de DCNT, seus fatores de risco e as IST ao longo do tempo. As mulheres com maior vulnerabilidade social, como as de baixa escolaridade, com maior número de partos e autodeclaradas pretas e pardas tiveram prevalências dos indicadores com níveis ainda piores, o que remete à necessidade de equidade na saúde integral dessas mulheres, além de melhoria das políticas e dos serviços prestados à saúde.

## Colaboradores

BNS Santos apoiou a concepção e delineamento do estudo, conduziu a análise e interpretação dos dados, participou da redação do artigo, da revisão crítica e da aprovação da versão a ser publicada. FG Araújo, TF Paula e FP Matozinhos apoiaram a interpretação dos dados, a revisão crítica e a aprovação da versão a ser publicada. MS Felisbino-Mendes colaborou na concepção e delineamento do estudo, supervisionou a análise e interpretação dos dados, participou da redação do artigo, da edição e preparação da versão final.

## Agradecimentos

BNS Santos agradece pela bolsa de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq)/Pró-reitoria de Pesquisa/Universidade Federal de Minas Gerais.

## Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Auxílio financeiro.

## Referências

1. Broussard DL, Sappenfield WB, Fussman C, Kroelinger CD, Grigorescu V. Core state preconception health indicators: a voluntary, multi-state selection process. *Matern Child Health J* 2011; 15(2):158-168.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019 Results [Internet]. 2019. [cited 2020 jul 22]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
3. Robbins CL, Zapata LB, Farr SL, Kroelinger CD, Morrow B, Ahluwalia I, D'Angelo DV, Barradas D, Cox S, Goodman D, Williams L, Grigorescu V, Barfield WD; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Core state preconception health indicators - pregnancy risk assessment monitoring system and behavioral risk factor surveillance system, 2009. *MMWR Surveill Summ* 2014; 63(3):1-62.
4. Sijpkens MK, van Voorst SF, Rosman AN, de Jong-Potter LC, Denktas S, Koch BCP, Bertens LCM, Steegers EAP. Change in lifestyle behaviors after preconception care: a prospective cohort study. *Am J Heal Promot* 2021; 35(1):116-120.
5. Lassi ZS, Kedzior SGE, Tariq W, Jadoon Y, Das JK, Bhutta ZA. Effects of preconception care and preconception interventions on maternal nutritional status and birth outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Campbell Syst Rev* 2021; 17(2):e1156.
6. Fikadu Id K, Wasihun B, Yimer O. Knowledge of preconception health and planned pregnancy among married women in Jinka town, southern Ethiopia and factors influencing knowledge. *PLoS One* 2022; 17(5):e0268012.
7. Robbins C, Boulet SL, Morgan I, D'Angelo DV, Zapata LB, Morrow B, Sharma A, Kroelinger CD. Disparities in preconception health indicators - behavioral risk factor surveillance system, 2013-2015, and pregnancy risk assessment monitoring system, 2013-2014. *MMWR Surveill Summ* 2018; 67(1):1-16.
8. Chivers BR, Boyle JA, Lang AY, Teede HJ, Moran LJ, Harrison CL. Preconception health and lifestyle behaviours of women planning a pregnancy: a cross-sectional study. *J Clin Med* 2020; 9(6):1701.
9. Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1915-1928.
10. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, da Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Prenatal care in Brazil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S85-S100.
11. Nascimento NC, Araújo KS, Borges ALV. Preparo pré-concepcional: conhecimento e razões para a não realização entre mulheres usuárias do SUS. *Bol Inst Saúde* 2016; 17(2):96-104.
12. Moura ERF, Evangelista DR, Damasceno AKC. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(1):22-29.
13. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260-268.

14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S190-S198.
15. Ferreira FR, Akiba HRR, Júnior EA, Figueiredo EN, Abrahão AR. Prevention of birth defects in the preconception period: knowledge and practice of health care professionals (nurses and doctors) in a city of Southern Brazil. *Iran J Reprod Med.* 2015;13(10):657.
16. 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 da USP* 2016; 50(2):208-215.
17. Mpofo JJ, Moura L, Farr SL, Malta DC, Iser BM, Bernal RTI, Robbins CL, Lobelo F. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil – 2011. *Prev Med reports* 2016; 3:333-337.
18. Araújo FG, Velasquez-Melendez G, Felisbino-Mendes MS. Prevalence trends of overweight, obesity, diabetes and hypertension among Brazilian women of reproductive age based on sociodemographic characteristics. *Health Care Women Int* 2019; 40(4):386-406.
19. Schoenaker DAJM, Stephenson J, Connolly A, Shillaker S, Fishburn S, Barker M, Godfrey KM, Alwan NA; UK Preconception Partnership. Characterising and monitoring preconception health in England: a review of national population-level indicators and core data sources. *J Dev Orig Health Dis* 2022; 13(2):137-150.
20. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, Boulet S, Curtis MG; CDC/ATSDR Preconception Care Work Group; Select Panel on Preconception Care. Recommendations to improve preconception health and health care – United States: a report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55(RR-6):1-23.
21. Nascimento NC, Borges ALV, Fujimori E, Tsunehiro MA, Borges do Nascimento Chofakian CBN, Santos OA. Preconception care: adolescents' knowledge and practice. *Rev Enferm UFPE* 2015; 9(5):7895-7901.
22. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(3):197-206.
23. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Azevedo LO, Silva GA, Theme Filha MM, Lopes CS, Romero DE, Almeida WS, Monteiro CA. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):333-342.
24. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Mulheres e saúde: evidências de hoje agenda amanhã*. Brasília: OMS; 2009.
25. Johnson RK, Appel LJ, Brands M, Howard BV, Lefevre M, Lustig RH, Sacks F, Steffen LM, Wylie-Rosett J; American Heart Association Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Epidemiology and Prevention. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009; 120(11):1011-1120.
26. World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO; 1998.
27. DC: US Dept of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans [Internet]. 2018. [cited 2021 dez 3]. Available from: <https://health.gov/our-work/nutrition-physical-activity/physical-activity-guidelines>
28. West BT, Berglund P, Heeringa SG. A closer examination of subpopulation analysis of complex-sample survey data. *Stata Journal* 2008; 8(4):520-531.
29. Cavenaghi S, Alves JED. O mix contraceptivo eternamente obsoleto no Brasil e seu legado. *Rev Bras Estud Popul* 2019; 36:e0103.
30. Oliveira LVA, Santos BNS, Machado IE, Malta DC, Velasquez-Melendez G, Felisbino-Mendes MS. Prevalence of the metabolic syndrome and its components in the Brazilian adult population. *Cien Saude Colet* 2020; 25(11):4269-4280.
31. Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, McGowan CJ, Wallace C, Imamura F, Mozaffarian D, Swinburn B, Ezzati M. The obesity transition: stages of the global epidemic. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7(3):231.
32. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, Guerrero M, Kunadian V, Lam CSP, Maas AHEM, Mihailidou AS, Olszanecka A, Poole JE, Saldarriaga C, Saw J, Zühlke L, Mehran R. The Lancet Women and Cardiovascular Disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397(10292):2385-2438.
33. Oliveira TM, Santos MS, Campos AAL, Duque KD C, Teixeira MTB. Condição sócio econômica como fator preditor para a auto percepção negativa da saúde de mulheres cobertas pela estratégia de saúde da família. *APS* 2017; 20(2):305-305.
34. Nascimento N de C, Borges ALV, Fujimori E. Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. *Rev Bras Enferm* 2019; 72(Supl. 3):17-24.
35. Marteleto LJ, Villanueva A. The educational consequences of adolescent childbearing and union formation in Brazil. *Stud Fam Plann* 2018; 49:1830211.
36. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1055-1064.
37. Pinto LF, Quesada LA, D'ávila OP, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):3965-3979.

38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. 2020. [citado 2021 mar 7]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p--blica.pdf>
39. Julião NA, Souza A, Guimarães RRM. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):4007-4019.
40. Massaro LTS, Abdalla RR, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Madruga CS. Alcohol misuse among women in Brazil: recent trends and associations with unprotected sex, early pregnancy, and abortion. *Rev Bras Psiquiatr* 2019; 41(2):131-137.
41. Munhoz TN, Santos IS, Nunes BP, Mola CL, Silva ICM, Matijasevich A. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. *Cad Saude Publica* 2017; 33(7):e00104516.
42. Ide PH, Martins MSAS, Segri NJ. Tendência dos diferentes domínios da atividade física em adultos brasileiros: dados do Vigitel de 2006-2016. *Cad Saude Publica* 2020; 36(8):e00142919.
43. Rowley J, Hoorn S Vander, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, Chico RM, Smolak A, Newman L, Gottlieb S, Thwin SS, Broutet N, Taylor MM. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull WHO* 2019; 97(8):548-562.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Boletim Epidemiológico Sífilis [Internet]. 2021. [acessado 2021 mar 7]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim\\_sifilis\\_2021\\_internet.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf/view)
45. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare [Internet]. 2019. [cited 2021 nov 29]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>
46. World Health Organization (WHO). Violence against Women: prevalence estimates, 2018 [Internet]. 2021. [cited 2021 nov 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
47. Willie TC, Kershaw TS. An ecological analysis of gender inequality and intimate partner violence in the United States. *Prev Med (Baltim)* 2019; 118:257-263.
48. Araújo V, Gatto MAC. Can conservatism make women more vulnerable to violence?. *Comp Polit Stud* 2021; 55(1):122-153.
49. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal* 2014; 2(6):e323-e333.

---

Artigo apresentado em 14/10/2022

Aprovado em 13/02/2023

Versão final apresentada em 15/02/2023

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

