

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO RISCO GRAVÍDICO PRÉ-NATAL E INTERCONCEPCIONAL

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO COMPARECIMENTO A SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL *

Nelly Martins Ferreira Candeias **

RSPUB9/512

CANDEIAS, N. M. F. *Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional: algumas características do comparecimento a serviços de atendimento pré-natal.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 14:320-32, 1980.

RESUMO: *Procurou-se verificar se a proporção de mulheres que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez diferia significativamente da proporção de mulheres que iniciaram a assistência pré-natal no terceiro trimestre ou que não receberam assistência pré-natal. Nesta comparação consideraram-se as seguintes variáveis: risco gravídico, determinado pelo sistema de avaliação de Perkin, idade, paridade, intervalo entre as gestações, renda per capita familiar, escolaridade, naturalidade, estado civil e atitudes em relação à gravidez. Os resultados alcançados permitiram elaborar o conteúdo educativo de um programa dirigido a gestantes e puérperas.*

UNITERMOS: *Assistência pré-natal. Risco gravídico. Educação em saúde pública.*

INTRODUÇÃO

É preciso que mulheres em idade fértil adotem medidas que permitam evitar ou controlar os riscos inerentes à gestação. Há sempre um risco na saúde da mãe que não pode ser totalmente eliminado mas, a par desse irreduzível mínimo, há riscos que podem e devem ser controlados durante a assistência pré-natal e, em seguida, no período interconcepcional. A prevenção desse tipo de risco apresenta um contingente de natureza comportamental. Cabe à Educação em Saúde levar as gestantes a iniciar a

assistência pré-natal no primeiro trimestre, a fazer visitas regulares durante a gravidez e a seguir a orientação recebida. É preciso que elas procurem a assistência pré-natal tão logo se apercebam da gravidez a fim de que se submetam a um exame completo, recebendo o tratamento adequado. Tal preocupação assume particular importância em gestações de alto-risco. Tem-se então a possibilidade de orientar a futura mãe sobre cuidados a tomar durante a gravidez, de prepará-la para o parto,

* Trabalho baseado na tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, 1979, subordinada ao título "Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional."

** Do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP — Av. Dr. Arnaldo, 715 — 01255 — São Paulo, SP — Brasil.

dissipando inquietações e reduzindo riscos que contribuem para aumentar a morbimortalidade infantil. Igualmente significativo é o papel da Educação em Saúde durante o período interconcepcional. É preciso que as mulheres com risco gravídico compareçam regularmente a serviços de atendimento médico, a fim de que fatores capazes de prejudicar a gravidez subsequente sejam oportunamente controlados.

Mostra a experiência, entretanto, que, mesmo em países onde existem bons serviços de atendimento médico, são justamente as mulheres mais necessitadas de tratamento e orientação as que menos comparecem, problema este do âmbito da Educação em Saúde ⁷.

Dados apresentados no XI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia, em 1975, confirmam estas considerações. No Brasil, a maioria dos óbitos maternos ainda se deve a problemas evitáveis, como hemorragia, infecções e toxemia. Comprova isto que, com acesso a uma assistência médica nem sempre eficiente e sem ter um nível cultural que lhes permita reconhecer a validade da assistência pré-natal, as gestantes, em grande parte previdenciárias do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), representam um dos pontos mais vulneráveis do setor saúde ⁸.

Tais considerações justificam o interesse dispensado ao presente estudo que, basicamente, procurou analisar a variável dependente, trimestre da gestante em que a assistência pré-natal teve início, em função de algumas variáveis independentes.

Especificamente pretendeu-se:

- Comparar mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres com mulheres que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre ou que não tiveram nenhuma assistência pré-natal.
- Conhecer o trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início, em pacientes classificadas segundo o

sistema de avaliação de risco gravídico de Perkin.

- Estudar a associação entre as variáveis incluídas no sistema de avaliação de Perkin e o trimestre de gestação em que as pacientes iniciaram a assistência pré-natal.
- Estudar a associação entre as variáveis estado civil e migração e o trimestre da gestação em que as pacientes iniciaram a assistência pré-natal.
- Estudar a associação entre atitudes das pacientes em relação à gravidez e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.
- Estudar a associação entre atitudes dos maridos ou companheiros em relação à gravidez e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo constitui um "survey" analítico, de caráter prático, não voltado, portanto, para a verificação de teorias sociológicas, porém visando à análise etiológica dos fenômenos a partir de hipóteses previamente elaboradas ².

Amostras

A população foi constituída por 404 mulheres internadas no Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo, da Escola Paulista de Medicina. Estas mulheres foram entrevistadas consecutivamente após receberem alta médica, dando origem à informação básica utilizada no presente estudo.

Definida como amostra de uma população hipotética, esta população não favoreceu nem desfavoreceu a manifestação dos fenômenos em estudo, constituindo, portanto, uma amostra casual.

Variáveis selecionadas

Considerou-se como variável dependente o trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

As variáveis independentes foram as seguintes: risco gravídico avaliado pelo sistema Perkin⁸, idade, paridade, história obstétrica, intervalo, renda per capita familiar, escolaridade, atitudes em relação à gravidez, naturalidade e estado civil.

Coleta e análise dos dados

As informações referentes a mulheres internadas no Serviço de Obstetrícia foram obtidas através de entrevistas realizadas por uma pesquisadora e duas alunas da Escola Paulista de Medicina. Após a entrevista, os formulários foram suplementados com informações registradas por dois médicos residentes a partir dos prontuários médicos.

A perfuração e o processamento dos cartões realizaram-se no Centro de Computação Eletrônica da Universidade de São Paulo, utilizando-se, para tanto, um equipamento de computação B-6700 da Burroughs.

Tendo em vista a natureza do presente estudo, optou-se pela aplicação de um teste não paramétrico. Utilizou-se o teste do qui-quadrado em quadros de associação e a decomposição do qui-quadrado em quadros de contingência, de acordo com os moldes preconizados por Cochran¹. Para isto recorreu-se ao Sistema SPSS.

Os testes estatísticos individuais ou globais realizaram-se a nível de significância de 5%. Sendo assim, todo o resultado dito significativo, significa estatisticamente significativo a nível de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados referem-se a um total de 404 mulheres, contudo, nem sempre correspondem os mesmos a este total geral. Ocorre

isto por algumas perguntas comportarem alternativas do tipo "não responde", "não se aplica" e "outros".

Nas tabelas, os resultados estatisticamente significantes estão assinalados com um asterisco.

Risco Gravídico

Para fins de análise estatística e com vistas a verificar hipóteses segundo a qual "a proporção de mulheres com alto risco gravídico é maior no grupo que inicia a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres", agruparam-se os dados conforme Tabela 1.

Ao contrário das expectativas, os dois grupos não diferiram significativamente, quando analisados em termos do grau de risco gravídico, não se confirmando, portanto, a referida hipótese.

Idade

Quando se agruparam os dados conforme a Tabela 2, verificou-se haver maior proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no 1º e 2º trimestres (83,9%) no grupo com idade entre 30 e 34 anos, sendo seguido em importância (74,6%) pelo grupo de mulheres com idade de 21 a 29 anos. Contudo, a diferença não foi estatisticamente significativa.

Paridade

Para fins de análise estatística agruparam-se os dados conforme Tabela 3.

No que se refere à paridade, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa, tal como se deduz dos dados apresentados na Tabela 3. A hipótese segundo a qual à medida que aumentasse a paridade diminuiria o número de mulheres que iniciaria o pré-natal no 1º e 2º trimestres não se confirmou.

TABELA 1

Relação entre risco gravídico e trimestre de gestação em que a assistência pré-natal teve início

Assistência pré-natal / Risco gravídico (Perkin)	Assistência pré-natal		Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
Baixo risco	11	5	16	0,687500
Médio risco	91	31	122	0,745901
Alto risco	190	72	262	0,725190
Total	292	108	400	0,730000

Qui-quadrado calculado 0,33

TABELA 2

Relação entre idade e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

Assistência pré-natal / Idade (anos)	Assistência pré-natal		Total	Proporção 1º e 2º trimestres
	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
≤ 20	48	27	75	0,640000
21 — 29	156	53	209	0,746411
30 — 34	47	9	56	0,839285
35 ou +	41	19	60	0,683333
Total	292	108	400	0,730000

Qui-quadrado calculado = 7,42

TABELA 3

Relação entre paridade e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

Assistência pré-natal / Paridade	Assistência pré-natal		Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
1	89	32	121	0,735538
2	58	16	74	0,783784
3 — 4	65	28	93	0,698925
5 ou +	69	22	91	0,758241
Total	281	98	379	0,731888

Qui-quadrado calculado = 0,46

Doenças intercorrentes

A análise da associação estatística entre mulheres com ou sem doenças intercorrentes

no ciclo gravídico e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início mostrou que as proporções foram significativamente diferentes, conforme Tabela 4.

TABELA 4

Associação entre doenças intercorrentes e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

Doenças intercorrentes \ Assistência pré-natal	Assistência pré-natal		Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
Sem doenças intercorrentes	206	90	296	0,695945
Com doenças intercorrentes	86	18	104	0,826923
Total	292	108	400	0,730000

Qui-quadrado calculado = 6,70 *

De acordo com a Tabela 4, o fator "doenças intercorrentes" mostrou-se relevante na análise do comportamento em relação ao início da assistência pré-natal. Cerca de 82,7% das mulheres que a iniciaram no 1º e 2º trimestres da gestação apresentavam doenças intercorrentes, decrescendo a proporção para 69,6% em mulheres sem as mesmas. Tais dados confirmam a hipótese segundo a qual mulheres com doenças intercorrentes apresentam maior motivação para iniciar o pré-natal nos dois primeiros trimestres da gestação do que mulheres sem doenças intercorrentes. Sem dúvida, estes achados deixam transparecer maior percepção no que respeita à medicina curativa em detrimento da medicina preventiva, com óbvia desvantagem para a proteção da saúde materno-infantil.

Óbitos fetais

A análise estatística não revelou associação significativa entre o trimestre em que a assistência pré-natal teve início e o fato de

as mulheres terem ou não um histórico registrando óbitos fetais, conforme dados da Tabela 5.

Defeitos congênitos e óbitos infantis

Uma proporção mais elevada de mulheres, com casos de mortalidade infantil e defeitos congênitos registrados na história obstétrica anterior à presente gestação, iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gestação. Porém, como se observa na Tabela 6, as diferenças entre os dois grupos não foram estatisticamente significantes.

Intervalo

A Tabela 7 refere-se à distribuição das mulheres segundo o trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e intervalo, considerado aqui como o tempo decorrido entre o término da gestação anterior e o nascimento deste último filho.

TABELA 5

Associação entre trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e óbitos fetais.

Assistência pré-natal \ Óbitos fetais	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência	Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	Sem óbitos fetais	78	20	98
Com óbitos fetais	114	46	160	0,712500
Total	194	66	258	0,744186

Qui-quadrado calculado = 1,80

TABELA 6

Associação entre trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início, segundo histórico com casos de crianças com defeitos congênitos e óbitos infantis.

Assistência pré-natal \ Óbitos infantis e defeitos congênitos	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência	Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	Com óbitos e defeitos congênitos	170	56	226
Sem óbitos e defeitos congênitos	119	51	170	0,700000
Total	289	107	396	0,729797

Qui-quadrado calculado = 1,09

TABELA 7

Trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e intervalo (meses).

Assistência pré-natal \ Intervalo (meses)	≤ 12 meses		13-14 meses		≥ 25 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Sem assistência	21	32,3	14	14,4	18
1º trimestre	23	35,4	44	45,4	62	52,5
2º trimestre	16	24,6	31	32,0	33	28,0
3º trimestre	5	7,7	8	8,2	5	4,2
Total	65	100,0	97	100,0	118	100,0

Utilizando-se a decomposição aditiva do Qui-quadrado para fins de análise estatística, agruparam-se as mulheres com intervalo menor ou igual a 12 meses, com 13 a 24 meses e com 25 meses ou mais, conforme Tabelas 8, 9 e 10.

TABELA 8

Relação entre intervalo e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

Intervalo	Assistência pré-natal		Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
< 12 meses	39	26	65	0,619047
13 — 24 meses	75	22	97	0,773195
25 ou +	95	23	118	0,805084
Total	209	71	280	0,746428

Qui-quadrado calculado = 9,87 *

TABELA 9

Associação entre intervalo e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

Intervalo (meses)	Assistência pré-natal		Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
< 12 e ≥ 25 meses	134	49	183	0,732240
13 — 24 meses	75	22	97	0,773195
Total	209	71	280	0,746428

Qui-quadrado calculado = 0,25

TABELA 10

Associação entre intervalo e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

Intervalo (meses)	Assistência pré-natal		Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
< 12 meses	39	26	65	0,619047
≥ 25 meses	95	23	118	0,805084
Total	134	49	183	0,732240

Qui-quadrado calculado = 9,13 *

A proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro e segundo trimestres foi significativamente diferente nos grupos considerados. No que se refere à proporção de mulheres com intervalo menor ou igual a 12 meses e intervalo igual ou superior a 25 meses e mulheres com intervalo entre 13 e 24 meses, a diferença quanto ao início da assistência pré-natal não foi estatisticamente significativa (Tabela 9). Foi significativa, entretanto, a diferença encontrada entre o grupo com intervalo menor ou igual a 12 meses e o grupo com intervalo igual ou superior a 25 meses: 38,0% das mulheres que haviam iniciado a assistência pré-natal no terceiro trimestre ou que não tiveram nenhum atendimento médico haviam tido um filho num período igual ou inferior a 12 meses, enquanto que apenas 19,4% de mulheres estavam em

igual situação no grupo com intervalo igual ou maior a 25 meses (Tabela 10). Estes achados parecem fundamentar a teoria de Deutsch⁴, segundo a qual a demora em procurar a assistência pré-natal pode ser interpretada como uma manifestação de protesto contra exigências relativas a uma identificação emocional positiva com o feto.

Condições sociais: renda e escolaridade

Quando se compararam os dois grupos segundo início da assistência pré-natal e renda per capita em salário mínimo, verificou-se haver maior proporção de mulheres que iniciaram o atendimento médico no grupo com renda superior a um salário mínimo (79,4%). Apesar disto e no que se refere à renda, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa, como se verifica na Tabela 11.

TABELA 11

Associação entre renda per capita mensal (salário mínimo) e trimestre de gestação em que a assistência pré-natal teve início.

Renda per capita (salário mínimo)	Assistência pré-natal		Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
< 1,0	240	92	332	0,722891
> 1,0	31	8	39	0,794871

Qui-quadrado calculado = 0,59

No que se refere à escolaridade e de acordo com a Tabela 12, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa.

Local de procedência e estado civil

Para fins de análise estatística, agruparam-se as mulheres conforme procedência e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início (Tabela 13).

A Tabela 14 permite observar a associação entre o trimestre da gestação em que o pré-natal teve início e o estado civil das mulheres em estudo. A análise das diferenças percentuais da prevalência de não comparecimento e comparecimento no terceiro trimestre mostra que as freqüências entre mulheres casadas e solteiras são estatisticamente significativas, havendo maior proporção de mulheres casadas que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro ou

TABELA 12
Associação entre escolaridade e assistência pré-natal.

Assistência pré-natal \ Escolaridade	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência	Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
Primário Completo	105	44	149	0,704697
Primário Incompleto	184	63	247	0,744939
Total	289	107	396	0,729797

Qui-quadrado calculado = 0,57

TABELA 13
Relação entre local de procedência e trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.

Assistência pré-natal \ Local de procedência	1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência	Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
Nordeste	102	44	146	0,698630
São Paulo Capital	35	13	48	0,729166
São Paulo Outros	58	21	79	0,734177
Total	195	78	273	0,714285

Qui-quadrado calculado = 0,38

segundo trimestre (78,0%) do que entre mulheres solteiras (50,0%). Tais resultados deixam evidente o risco da ilegitimidade no que concerne à saúde materno-infantil, fato este frequentemente referido na literatura ^{3,6,9,10}.

Atitudes em relação à gravidez

Com vistas a verificar hipótese segundo a qual há maior proporção de mulheres com atitudes positivas no grupo de mulheres que compareceram à assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres, agruparam-se os dados conforme Tabelas 15, 16 e 17.

No que se refere ao grupo que iniciou a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres, a proporção de mulheres casadas com atitudes positivas (72,9%) é significativamente maior do que a do grupo de mulheres cujo pré-natal teve início no terceiro trimestre e sem assistência pré-natal (57,5%) (Tabela 15). Comprova-se assim a hipótese referida, porém apenas no que concerne ao grupo de mulheres casadas, uma vez que no grupo de mulheres solteiras, a análise estatística não revelou associação significativa (Tabela 16).

TABELA 14

Associação entre trimestre em que a assistência pré-natal teve início e estado civil.

Estado civil	Assistência pré-natal	Assistência pré-natal		Total	Proporção de 1º e 2º trimestres
		1º e 2º trimestres	3º trimestre e sem assistência		
Casadas		252	71	323	0,780185
Solteiras		33	33	66	0,500000
Total		285	104	389	0,732647

Qui-quadrado calculado = 20,56 *

TABELA 15

Associação entre trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e atitudes de mulheres casadas em relação à gravidez.

Assistência pré-natal	Atitudes	Atitudes		Total	Proporção de atitudes positivas
		Positivas	Negativas		
1º e 2º trimestres		178	66	244	0,729508
3º trimestre e sem assistência		38	28	66	0,575757
Total		216	94	310	0,696774

Qui-quadrado calculado = 6,56 *

TABELA 16

Associação entre trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e atitudes de mulheres solteiras em relação à gravidez.

Assistência pré-natal	Atitudes	Atitudes		Total	Proporção de atitudes positivas
		Positivas	Negativas		
1º e 2º trimestres		12	19	31	0,387096
3º trimestre e sem assistência		13	16	29	0,448275
Total		25	35	60	0,416666

Qui-quadrado calculado = 0,23

Com vistas a verificar hipótese que afirma haver associação entre o trimestre em que teve início a assistência pré-natal e atitudes dos maridos ou companheiros em relação à gravidez, elaborou-se a Tabela 17.

TABELA 17

Associação entre trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e atitudes dos maridos ou companheiros em relação à gravidez.

Assistência pré-natal \ Atitude dos maridos ou companheiros	Positivas	Negativas		Proporção de atitudes positivas
	1º e 2º trimestres	217	30	247
3º trimestre e sem assistência	63	57	120	0,525000
Total	280	87	367	0,762942

Qui-quadrado calculado = 55,81 *

De acordo com a Tabela 17, é estatisticamente significativa a diferença entre as proporções encontradas, confirmando-se, assim, a hipótese referida.

CONCLUSÕES

1. Não houve associação entre grau de risco gravídico e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início.

2. Não houve associação entre idade e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início.

3. Não houve associação entre paridade e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início.

4. A proporção de mulheres com doenças intercorrentes, que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez, foi significativamente maior do que a proporção de mulheres sem doenças intercorrentes.

5. Não houve associação entre ocorrências negativas anteriores, como óbitos infantis e/ou crianças com defeitos congênitos e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início.

6. Não houve associação entre ocorrências negativas anteriores, como abortamentos, e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início.

7. A proporção de mulheres com intervalo igual ou menor do que 12 meses, que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez, foi significativamente menor do que a proporção de mulheres com intervalo maior ou igual a 25 meses que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez.

8. Não houve associação entre renda per capita e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início.

9. Não houve associação entre escolaridade e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início.

10. Não houve associação entre migração e trimestre da gravidez em que a assistência pré-natal teve início.

11. A proporção de mulheres solteiras que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez foi significativamente menor do que a proporção de mulheres casadas que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez.

12. A proporção de mulheres casadas com atitudes positivas em relação à gravidez, que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres da gravidez, foi significativamente maior do que a proporção de mulheres casadas com atitudes positivas em relação à gravidez que iniciaram a assistência pré-natal no terceiro trimestre da gravidez ou sem assistência pré-natal.

13. A proporção de mulheres cujos maridos ou companheiros demonstraram

atitudes positivas em relação à gravidez e que iniciaram a assistência pré-natal no primeiro e segundo trimestres foi significativamente maior do que a proporção de mulheres cujos maridos ou companheiros demonstraram atitudes positivas em relação à gravidez e que iniciaram a assistência pré-natal no terceiro trimestre ou sem assistência pré-natal.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ruth Sandoval Marcondes, pela orientação; ao Professor Pedro Augusto Marcondes de Almeida, pelas condições que proporcionou junto ao Serviço de Obstetrícia do Hospital São Paulo, na Escola Paulista de Medicina; ao Professor Ruy Laurenti, pela leitura do original e pelas sugestões que apresentou; ao Doutor Elías Rodrigues Paiva, pelo tratamento estatístico dos dados; a Liao Fu Fong, pela execução dos programas de processamentos de dados.

RSPUB9/512

CANDEIAS, N. M. F. [Health education in the prevention of prenatal and interconceptional reproductive risk: some characteristics of pregnant women receiving care in prenatal care centers]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14: 320-32, 1980.

ABSTRACT: A comparative study was made to verify if the number of women who began prenatal care in the first and second trimesters of pregnancy differed significantly from that of those who began their care in the last trimester and, also, from those who received no prenatal care. The following variables were considered: reproductive risk as measured by Perkin's system of evaluation of reproductive risk, age, parity, medical history, birth interval, family income, schooling, place of birth, marital status, and attitude toward pregnancy. The results achieved led to the elaboration of an educational program for women receiving pre-and post-natal care.

UNITERMS: Prenatal care. Pregnancy, risk Health education.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COCHRAN, W. G. Some methods for strengthening the common X^2 test. *Biometrics*, 10:417-51, 1954.
2. COLEMAN, J. S. Relational analysis: a study of social organization with survey methods. In: Denzin, N.K., ed. *Sociological methods: a sourcebook*. Chicago, Aldine Publ., 1970. p. 115-126.
3. COLLVER, A. et al. Factors influencing the use of maternal health services. *Soc. Sci. Med.*, 1:293-308, 1967.
4. DEUTSCH, H. *The psychology of women: motherhood*. New York, Grune and Stratton, 1945. v. 2.
5. GESTANTES ainda morrem por causas secundárias. *O Estado de São Paulo*, 7 set. 1975.
6. NESBITT Jr., B.E.L. & AUBRY, B. H. High-risk obstetrics value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable groups. *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 108:972-85, 1969.
7. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Higiene Materno-infantil, Ginebra, 1960. *La insuficiencia ponderal del recién nacido desde el punto de vista sanitario; tercer informe*. Ginebra, 1961. (Ser. Inf. tecn., 217).
8. PERKIN, G. Assessment of reproductive risk in non-pregnant women. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 101:709-17, 1968.
9. REEDER, S. R. & REEDER, L. G. Some correlates of prenatal care among low income wed and unwed women. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 90:1304-14, 1964.
10. TOKUHATA, G. K. et al. Prenatal care and obstetric abnormalities. *J. Chron. Dis.*, 26:163-85, 1973.

Recebido para publicação em 14/03/1980

Aprovado para publicação em 23/06/1980