

GRAVIDEZ NÃO PLANEADA EM PORTUGAL

MARGARIDA TAVARES, HENRIQUE BARROS

Serviço de Higiene e Epidemiologia. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto

RESUMO

O objectivo deste estudo foi determinar a prevalência de gravidez não planeada numa amostra nacional de puérperas portuguesas e definir o perfil da mulher em risco de não planejar a gravidez. Avaliou-se também o efeito independente da gravidez não planeada no acesso aos cuidados pré-natais e na ocorrência de parto pré-termo, nascimentos de baixo peso e recém-nascidos leves para a idade gestacional. Os dados foram recolhidos através de um inquérito de âmbito nacional proposto aos 50 principais hospitais públicos portugueses, tendo respondido 41 hospitais, perfazendo uma amostra de 1582 partos. As participantes foram classificadas como tendo ou não tendo planeado a gravidez, e comparadas em relação a características: sócio-demográficas, comportamentais, clínicas, obstétricas, antropométricas, utilização de cuidados pré-natais, e resultado da gravidez actual. A prevalência de gravidez não planeada foi 39,4%. No grupo de gravidez não planeada eram significativamente mais frequentes as adolescentes, as mulheres com mais de 34 anos, as solteiras, as multigestas, as grávidas com 25% ou menos da escolaridade prevista para a idade, e aquelas cujo único subsistema de saúde era o Sistema Nacional de Saúde. Apresentaram uma associação independente e significativa com um risco aumentado de não planejar a gravidez: as mulheres com idade inferior a 19 anos ou superior a 34 anos, as solteiras, com escolaridade igual ou inferior a 25% do previsto para a idade, e com história de gravidez anterior com ou sem resultado adverso. As mulheres que não planearam a gravidez mais frequentemente desconheciam a existência de cuidados pré-natais, tiveram uma gravidez não vigiada, iniciaram tardiamente as consultas pré-natais, e tiveram cuidados inadequados. Não planejar a gravidez mostrou-se significativamente associado ao risco de cuidados pré-natais inadequados (Odds ratio (OR)=2,5; Intervalo de confiança (IC) 95%:1,7-3,0), após ajustar para o efeito de outras variáveis confundidoras. A programação da gravidez não teve relação significativa com a prevalência de recém-nascidos de baixo peso e leves para a idade gestacional. Contudo mostrou-se significativamente associada ao risco de parto pré-termo (OR ajustado=1,7; IC 95%:1,0-2,9). O presente estudo revelou uma prevalência inesperadamente elevada de gravidez não planeada, e permitiu estabelecer a sua relação com o uso inadequado dos cuidados pré-natais disponíveis no país, bem como uma associação significativa com o risco de parto pré-termo.

SUMMARY

Unplanned pregnancy in Portugal

This study was to determine the prevalence of unplanned pregnancy in a national sample of Portuguese puerperae and to define a risk profile for women with unplanned pregnancy. We also evaluated the independent effect of unplanned pregnancy in prenatal care utilisation and in the prevalence of preterm birth, low birth weight, and small for gestational age birth. Data was collected through a national survey proposed to the 50 major public Portuguese hospitals and answers were obtained from 41 hospitals, resulting in a sample of 1582 deliveries. Participants were classified as having a planned or unplanned pregnancy and were compared according to socio-demographic, behavioural, clinical, obstetric, and anthropometric characteristics. The prevalence of unplanned pregnancy was 39.4%. In the unplanned pregnancy group, singlewomen aged less than 19 years and more than 34 years, those with one or more previous pregnancies, with 25% or less of the expected education for their age, and with the National Health Service as the source of were significantly more frequent. These characteristics, except the health provision, were significant and independently associated with an increased risk of unplanned pregnancy.

Women with unplanned pregnancy were more likely to be unaware of prenatal care system, to have no prenatal care, late or inadequate prenatal care. Unplanned pregnancy was significantly associated with the risk of inadequate prenatal care (Odds ratio (OR)=2.5; 95% Confidence interval (CI):1.7-3.0), after adjusting for the effect of the confounding variables. Planning pregnancy was not significantly related with the prevalence of low birth weight or small for gestational age birth. However there was a significant relationship between unplanned pregnancy and preterm birth (Adjusted OR=1.7; 95% CI:1.0-2.9). This study showed a high prevalence of unplanned pregnancy and that it was related with an under utilisation of prenatal care and with an independently increased risk of preterm birth, a major issue in perinatal health.

INTRODUÇÃO

Estudos realizados em diferentes populações mostraram uma associação entre gravidez não planeada ou gravidez não desejada e maior risco de morbidade e mortalidade perinatais¹, e mortalidade neonatal². Igualmente se observou que nessas grávidas eram mais frequentes os cuidados pré-natais inadequados, nomeadamente o seu início tardio, número reduzido de consultas e gravidez não vigiada³⁻⁵, o que só por si pode condicionar um risco acrescido de resultados adversos da gravidez⁶⁻⁸.

É relativamente escassa a nível internacional a informação sobre os determinantes da gravidez planeada ou da gravidez desejada, duas situações que não se podem confundir. Ainda que as gravidezes não desejadas sejam essencialmente não programadas, eventualmente uma proporção importante, mas desconhecida, das gravidezes não planeadas acabam por corresponder a gravidezes desejadas ou activamente aceites.

Em Portugal não estão disponíveis informações, nomeadamente no sistema de estatísticas vitais, que permitam avaliar a dimensão deste problema, ou a sua repercussão na saúde materna, fetal e infantil. Esse conhecimento é indispensável para uma compreensão mais larga da própria sociologia da gravidez.

O objectivo deste estudo foi determinar a prevalência de gravidez não planeada numa amostra nacional de puérperas portuguesas e através da comparação entre o grupo de mulheres com gravidez não planeada e o de gravidez planeada definir o perfil da mulher em risco de não planear a gravidez. Avaliou-se também o efeito independente da gravidez não planeada no acesso aos cuidados pré-natais e no desenvolvimento fetal, medido pela ocorrência de parto pré-termo, nascimentos de baixo peso e recém-nascidos leves para a idade gestacional.

PARTICIPANTES E MÉTODOS

Os dados foram recolhidos através de um inquérito de âmbito nacional proposto aos 50 hospitais públicos do continente português, arquipélagos dos Açores e da Madeira, com maior volume anual de partos, e de modo a abranger todos os distritos, como já anteriormente descrito⁵.

Os Serviços de Obstetrícia de 7 hospitais centrais, 3 maternidades, e 40 hospitais distritais foram contactados, sendo-lhes solicitada a participação neste inquérito fornecendo informação para 40 grávidas internadas consecutivamente por trabalho de parto, através do preenchimento de um questionário estruturado, desenhado primariamente para obter uma caracterização quantitativa da utili-

zação das consultas pré-natais. Para uniformizar o processo de recolha de dados os questionários foram acompanhados por um manual com instruções. Durante o período considerado para este estudo responderam 4 hospitais centrais, 2 maternidades e 35 hospitais distritais. Cada hospital contribuiu, em média, com 38,6 (âmbito: 15 - 50) questionários, perfazendo uma amostra de 1582 partos.

As participantes foram interrogadas sobre se a gravidez tinha ou não sido programada, tendo como coordenadas implícitas o desejo e previsões temporais em relação à gravidez actual, e classificadas de acordo com as respostas como tendo ou não tendo planeado a gravidez. Não se obteve esta informação para 24 das participantes, restando 1558 para análise.

As puérperas que planearam a gravidez foram comparadas com aquelas que não o fizeram, optando-se assim por analisar este estudo transversal como um estudo caso-controlo. Como possíveis determinantes do facto de planear a gravidez avaliaram-se características sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, tipo de subsistema de saúde), comportamentais (hábitos tabágicos antes e durante a gravidez), clínicas (doenças crónicas e da gravidez), obstétricas (número e resultado das gestações prévias), antropométricas (peso no início e no fim da gravidez, e ganho ponderal gestacional), utilização de cuidados pré-natais (sua precocidade, número de consultas, e conhecimento da existência e acesso a esses serviços). Adicionalmente, o efeito da programação da gravidez foi avaliado através do resultado da gravidez actual, pela frequência de nascimentos de baixo peso, recém-nascidos leves para a idade gestacional e partos pré-termo.

A educação das participantes foi classificada de acordo com a razão entre o mais alto nível completado, em anos de escolaridade, independentemente de reprovações, e o nível escolar máximo esperado para a idade actual. Para as mulheres que ultrapassaram a idade escolar considerou-se 17 anos de escolaridade como o máximo esperado. Este índice foi usado visto a escolaridade ser não só uma característica condicionada pela idade como reflectir factores sócio-económicos e culturais que se pretendem também indirectamente avaliar através dela. No índice proposto subsiste contudo a possibilidade de algum viés de má-classificação resultante de as várias gerações de mulheres terem experimentado diferentes condições de acesso ao ensino em termos económicos, culturais ou legais (limite da escolaridade obrigatória), e de quanto maior a escolaridade esperada para a idade maior a probabilidade de não a atingir. Para tentar corrigir este erro potencial, e para efeitos de análise, as mulheres foram agrupadas em quatro classes: 0,0-25,0%, 25,1-

50,0%, 50,1-75,0% e 75,1-100% dos anos de escolaridade esperados para a idade.

Em relação à história obstétrica consideraram-se três classes: primigestas (sem gestações anteriores), multigestas sem história adversa (uma ou mais gestações anteriores mas sem história de abortamento, parto pré-termo, feto morto, morte neonatal, recém-nascido com malformações ou infertilidade) e multigestas com história adversa.

O ganho ponderal gestacional calculou-se a partir da subtração do peso no início ao peso no fim da gravidez. Para análise as mulheres foram classificadas em quartis de acordo com frequência de distribuição na população total.

A utilização dos cuidados pré-natais foi avaliada através da ocorrência de: gravidez não vigiada (sem qualquer consulta pré-natal), início tardio dos cuidados pré-natais (início das consultas após o 3º mês de gestação) e de um índice que permite classificar os cuidados pré-natais em inadequados, intermédios, adequados e mais que adequados, construído a partir do *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* recentemente proposto por Kotelchuck nos USA^{9,10} e do número de consultas pré-natais por idade gestacional recomendadas em Portugal de acordo com as orientações da Direcção Geral de Saúde¹¹. Este índice é bidimensional, combinando o mês de início dos cuidados e a proporção do número total de consultas efectuadas em relação às recomendadas, ajustado para a idade gestacional aquando do início dos cuidados e do parto.

Após exclusão dos partos múltiplos (n=11), das mortes fetais (n=4) e dos casos sem informação sobre o resultado do parto (n=6), os recém-nascidos foram classificados como de baixo peso quando o peso ao nascimento era inferior a 2500 g, como pré-termo quando a idade gestacional era inferior a 37 semanas completas, e como recém-nascidos leves para a idade gestacional quando o peso ao nascimento era inferior ao percentil 10 para a idade gestacional, sexo e paridade, de acordo com os padrões descritos por Thomson et al.¹².

As proporções foram comparadas através da prova do chi-quadrado. Em análise univariada estimou-se a força da associação entre variáveis pelo cálculo dos odds ratios (OR) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Usou-se regressão logística não condicional (Egret) para determinar os factores com contributo independente no risco de gravidez não planeada, e para avaliar o efeito independente da gravidez não planeada no risco de cuidados pré-natais inadequados (inadequados vs. intermédios, adequados e mais que adequados) e de parto pré-termo. Os modelos finais compreenderam as variáveis em análise univariada que apresentavam associação significativa (p<0.05) com a variável dependente e mantinham na análise multivariada um efeito nos riscos medido por uma probabilidade inferior a 0,100. Avaliou-se igualmente a presença de termos de interacção mas nenhum se revelou estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Neste estudo a prevalência de gravidez não planeada foi 39,4% (n=614). Como se apresenta no *Quadro I*, nas

Quadro I - Prevalência das características maternas anteriores à gravidez de acordo o planejar ou não da gravidez

	Gravidez Planeada n (%)	Gravidez Não Planeada n (%)	
Idade materna (anos)			
<19	26 (2,8)	64 (10,4)	
19-34	857 (91,0)	476 (77,5)	
>34	59 (6,3)	74 (12,1)	p<0,001
Estado civil			
casadas	920 (97,7)	535 (87,1)	
solteiras	22 (2,3)	79 (12,9)	p<0,001
Escolaridade esperada			
0,0-25,0%	215 (24,0)	204 (33,9)	
25,1-50,0%	351 (39,1)	223 (37,0)	
50,1-75,0%	241 (26,9)	128 (21,3)	
75,1-100,0%	90 (10,0)	47 (7,8)	p<0,001
Tipo de subsistema de saúde			
SNS	821 (87,0)	555 (90,4)	
outro	123 (13,0)	59 (9,6)	p=0,048
Doenças crónicas			
não	863 (91,7)	547 (90,1)	
sim	78 (8,3)	60 (9,9)	p=0,325
Hábitos tabágicos antes da gravidez			
não	754 (80,3)	470 (77,2)	
sim	185 (19,7)	139 (22,8)	p=0,158
História obstétrica			
primigesta	415 (44,4)	209 (90,1)	
multigesta s/ história adversa	353 (37,8)	279 (45,9)	
multigesta c/ história adversa	166 (17,8)	120 (19,7)	p<0,001

gravidezes não planeadas eram significativamente mais frequentes as adolescentes (10,4% vs. 2,8%), as mulheres com mais de 34 anos (12,1% vs. 6,3%), as solteiras (12,9% vs. 2,3%), as multigestas (65,6% vs. 55,6%), as grávidas com 25% ou menos da escolaridade prevista para a idade (33,9% vs. 24,0%), e aquelas cujo único subsistema de saúde era o Sistema Nacional de Saúde (90,4% vs. 87,0%). Num modelo de regressão logística, em que o efeito de cada variável está ajustado para o de todas as outras nele incluídas, apresentaram uma associação independente e significativa com o risco de não planejar a gravidez: a idade materna, sendo o risco 4 vezes superior nas mães com menos de 19 anos e o dobro naquelas com mais de 34 anos comparativamente com as de idades compreendidas entre 19-34 anos; o estado civil, apresentando as grávidas solteiras um risco de gravidez não planeado cerca de 2 vezes superior ao das casadas; a escolaridade, sendo duas vezes mais alto o risco nas que tinham 25% ou menos da prevista relativamente às do nível mais elevado; e história de gravidez

Quadro II – Determinantes maternos da gravidez não planeada

	OR ajustado (IC 95%)
Idade materna (anos)	
<19	1*
19-34	0,2 (0,1-0,4)
>34	0,4 (0,2-0,8)
Estado civil	
casadas	1*
solteiras	5,3 (3,2-9,0)
Escolaridade esperada	
0,0-25,0%	1*
25,1-50,0%	0,7 (0,5-0,9)
50,1-75,0%	0,6 (0,4-0,8)
75,1-100,0%	0,5 (0,3-0,8)
História obstétrica	
primigesta	1*
multigesta sem história adversa	1,8 (1,4-2,3)
multigesta com história adversa	1,6 (1,1-2,2)

anterior com ou sem resultado adverso que apresentaram respectivamente um risco de 1,6 e 1,8 vezes superior ao das primíparas (*Quadro II*).

Na gravidez não planeada foi significativamente superior a prevalência de fumadoras (14,2% vs. 10,1%), e de mulheres no quartil mais baixo de ganho ponderal gestacional (24,4% vs. 17,9%), (*Quadro III*). Não se observaram diferenças significativas entre o grupo de gravidez planeada e o de não planeada quanto à ocorrência de complicações. No entanto, considerando cada grupo nosológico separadamente encontrou-se uma prevalência significativamente superior de doença hipertensiva nas gravidezes planeadas (4,1% vs. 2,3%, $p=0,045$).

Em relação à utilização dos cuidados pré-natais as mulheres que não planearam a gravidez mais frequentemente desconheciam a existência de cuidados de saúde especialmente dirigidos a grávidas (10,1% vs. 3,7%), tiveram uma gravidez não vigiada (5,9% vs. 0,4%), iniciaram tardiamente as consultas pré-natais (27,4% vs. 12,3%), e tiveram cuidados inadequados (24,4% vs. 9,1%). Em análise multivariada, não planejar a gravidez mostrou-se significativamente associado ao risco de cuidados pré-natais inadequados (OR=2,5; IC 95%:1,7-3,0), após ajustar para a idade materna, o estado civil, a escolaridade, o tipo de subsistema de saúde, a história obstétrica, o conhecimento acerca de cuidados pré-natais e as complicações da gravidez.

Como se pode observar no *Quadro IV*, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação à prevalência de recém-nascidos de baixo peso e leves para a idade gestacional de acordo com a programação da gravidez. Contudo, as gravidezes não planeadas terminaram mais frequentemente em parto pré-termo (7,1% vs. 3,9%; $p=0,01$). Ajustando para o efeito confundidor de: idade materna, escolaridade, história obstétrica e complicações da gravidez, a gravidez não planeada mostrou-se significativa e positivamente associada ao risco de parto pré-termo (OR=1,7; IC 95%:1,0-2,9).

Quadro III - Prevalência das características maternas durante a gravidez de acordo o planejar ou não da gravidez

	Gravidez Planeada n (%)	Gravidez Não Planeada n (%)	
Ganho ponderal gestacional (kg)			
<10,0	166 (17,9)	137 (24,4)	
10,0- 11,9	217 (23,4)	136 (24,2)	
12,0-14,9	281 (30,3)	132 (23,5)	
15,0	263 (28,4)	157 (27,9)	$p=0,004$
Hábitos tabágicos durante a gravidez			
não	847 (89,9)	525 (85,8)	
sim	95 (10,1)	87 (14,2)	$p=0,017$
Complicações da gravidez			
não	740 (79,2)	495 (81,7)	
sim	194 (20,8)	111 (18,3)	$p=0,265$
Conhecimento acerca de cuidados pré-natais			
sim	892 (96,3)	545 (89,9)	
não	34 (3,7)	61 (10,1)	$p<0,001$
Vigilância da gravidez			
sim	934 (99,6)	578 (94,1)	
não	4 (0,4)	36 (5,9)	$p<0,001$
Início tardio de cuidados pré-natais			
não	803 (87,7)	410 (72,6)	
sim	113 (12,3)	155 (27,4)	$p<0,001$
Adequação dos cuidados pré-natais			
inadequados	77 (9,1)	137 (24,4)	
intermédios	266 (31,4)	187 (41,3)	
adequados	381 (45,0)	168 (30,6)	
mais que adequados	122 (14,4)	70 (12,5)	$p<0,001$

Quadro IV – Prevalência das características do recém-nascido de acordo o planejar ou não da gravidez

	Gravidez Planeada n (%)	Gravidez Não Planeada n (%)	
Recém-nascido de baixo peso			
não	895 (96,2)	568 (94,4)	
sim	35 (3,8)	34 (5,6)	$p=0,107$
Parto pré-termo			
não	818 (96,1)	507 (92,9)	
sim	33 (3,9)	39 (7,1)	$p=0,010$
Recém-nascido leve para a idade gestacional			
não	762 (91,8)	487 (90,9)	
sim	68 (8,2)	49 (9,1)	$p=0,608$

DISCUSSÃO

Em Portugal, a acompanhar a evidente diminuição da natalidade¹³, o aumento das consultas⁹ e a promoção do planeamento familiar que se verificaram nos últimos anos, esperar-se-ia que a proporção de gravidezes não planeadas tendesse a decrescer e tivesse actualmente uma ex-

pressão diminuta. Contudo, nesta amostra de puérperas portuguesas observou-se uma prevalência de 39,4% de gravidezes não planeadas, o que poderá ser até uma subestimativa do problema pois com este inquérito realizado no puerpério perdeu-se a possibilidade de obter qualquer informação sobre os casos que terão terminado em interrupção voluntária da gravidez ou até abortamento espontâneo, duas situações previsivelmente mais frequentes em gravidezes não planeadas.

A prevalência agora descrita é contudo semelhante à de 38,8 % observada numa amostra de 900 puérperas consecutivamente inquiridas no Porto, no Hospital de S. João³, em ambos os casos superiores à prevalência de 29,4% de gravidezes não desejadas observada numa amostra espanhola de grávidas de classe social média e baixa¹⁵, de 14,4% encontrada em 8823 grávidas americanas, interrogadas durante o primeiro trimestre da gravidez², ou de 7,7% referida em 1982 pelos respondentes a um inquérito nacional também nos Estados Unidos da América². Como referido, gravidez planeada e desejada não são sinónimos e há até que separar entre o desejo de engravidar e finalmente o desejo do recém-nascido. As duas diferentes dimensões avaliadas justificarão, pelo menos em parte, as prevalências desiguais descritas.

A prevalência portuguesa de gravidezes não planeadas é muito inferior ao observado em mulheres americanas com um estatuto sócio-económico desfavorável, avaliadas no estado do Missouri através de uma questão semelhante à nossa. Aí as proporções de gravidezes não planeadas eram de 71,9% em grávidas com cuidados pré-natais adequados e de 84,9% nas que tiveram cuidados inadequados⁴. No entanto, o efeito de planejar a gravidez no risco de cuidados pré-natais inadequados era quantitativamente semelhante ao obtido na nossa população (OR=2,2 vs. OR=2,5). Nesta mesma população de puérperas portuguesas, ao avaliar os determinantes regionais dos cuidados pré-natais, encontrou-se uma correlação positiva significativa entre a proporção distrital de gravidezes não planeadas e de gravidezes não vigiadas⁵, corroborando a análise a nível individual os resultados obtidos através da análise tendo como unidade de observação o distrito.

Neste estudo não foi recolhida qualquer informação sobre práticas anticoncepcionais pelo que não é possível identificar nos casos de gravidez não planeada as que corresponderiam a ineficiência dos métodos anticoncepcionais, uma variável que ajudaria a compreender melhor o perfil da mulher que de facto não planeia a sua gravidez. Estimativas da Organização Mundial de Saúde para 1990, referiam que, das mulheres portuguesas entre os 15 e 49 anos que faziam contracepção, 32% utilizavam a pílula, 6% o dispositivo intra-uterino, 24% métodos de barreira e 38% os chamados métodos naturais (*A. Spira. Quelques questions non résolues sur la contraception en Europe. 21e Congrès de l'ADELF, Bruxelles, 1996*). A alta percentagem de mulheres que optam por métodos anticoncepcionais de relativamente baixa eficácia faz pensar que as gravidezes acidentais possam ser uma proporção importante das gravidezes não planeadas. Do mesmo modo, quer para avaliar os determinantes da gravidez

planeada quer o efeito dessa decisão na saúde fetal e materna, seria importante ter avaliado o stress psicossocial, nomeadamente o papel stressor dos acontecimentos vitais, e o suporte afectivo e social da mulher¹⁶, aspectos essenciais para a compreensão social e psicológica deste fenómeno a nível populacional.

Em trabalhos anteriores¹⁷, nomeadamente um na população portuguesa¹⁸, tem-se sugerido a existência de determinantes diferentes para o peso do recém-nascido e a duração da gestação. Na presente investigação foi possível mostrar que só esta última dependia significativamente do facto de a gravidez ser planeada, corroborando a existência de mecanismos causais e associações de risco não comuns a estas duas dimensões do desenvolvimento fetal. Aliás, a inexistência de associação entre peso ao nascer e gravidez desejada tinha sido já referida numa investigação americana sobre as atitudes maternas para com a gravidez e o risco fetal e neonatal². Não é fácil propor quais os mecanismos subjacentes ao facto de a influência da gravidez planeada se verificar para a duração da gestação e não o peso do recém-nascido, nomeadamente quando ajustado para a idade gestacional. Mais provavelmente, estar-se-á a medir indicadores indirectos de carácter psico-social que vêm sendo implicados sobretudo no risco de parto pré-termo¹⁹.

As multiparas, independentemente da existência de acontecimentos adversos no seu passado obstétrico, apresentaram um risco significativamente superior de não planearem a gravidez. Esta observação leva-nos a pensar que do acompanhamento das gravidezes anteriores não terá resultado uma transmissão de conhecimentos e atitudes, supostos integrarem nomeadamente o conteúdo das consultas pré-natais do passado, porque ou não foram fornecidos e estimulados ou não foram compreendidos. A prevalência alta de gravidez não planeada e o facto de esta, em vez de diminuir, crescer até com a paridade reforça a necessidade de intervir preventivamente quer durante as consultas pré-natais quer mais geralmente através de serviços eficientes de planeamento familiar, que ao promoverem o planeamento da gravidez e o nascimento de filhos desejados estarão a contribuir para a melhoria global da saúde da mulher e da criança, nomeadamente prevenindo a ocorrência de resultados adversos da gravidez, como o parto pré-termo, da qual é fácil esperar até vantagens económicas (redução por exemplo dos cuidados neonatais intensivos).

Em conclusão, o presente estudo permitiu identificar as características das mulheres que não planeiam a sua gravidez – idades extremas, solteiras, baixo nível de escolaridade e multigestas – e que deverão ser o alvo prioritário em cuidados de saúde da mulher.

BIBLIOGRAFIA

1. KAFATOS AG, PANTELAKIS SN: Factors related to perinatal morbidity and mortality. *Paediatrician* 1982; 11: 27-44.
2. BUSTAN MN, COKER AL: Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. *Am J Public Health* 1994; 84: 411-4.
3. BARROS H, RODRIGUES T, PEREIRA LEITE L: Caracterização sócio-demográfica do recurso aos cuidados pré-natais. *Arq Med* 1995; 9: 155-8.
4. SABLE MR, STOCKBAUER JW, SCHRAMM WF, LAND GH.

Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri. *Public Health Rep* 1990; 105: 549-55.

5. TAVARES M, BARROS H: Cuidados pré-natais em Portugal. *Arq Med* 1995; 9:367-71.

6. FINK A, YANO EM, GOYA D: Prenatal programs: what the literature reveals. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 867-72.

7. BARROS H, TAVARES M, RODRIGUES T: Role of prenatal care in preterm birth and low birthweight in Portugal. *J Public Health Med* 1996; 18: 321-8.

8. TAVARES M, BARROS H: An area-level analysis of prenatal care use, perinatal and infant mortality in Portugal. *Arch Public Health* 1996; 53 (supplement 1):124.

9. KOTELCHUK M: An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health* 1994; 84: 1414-20.

10. TAVARES M, BARROS H: Gravidez na adolescência em Portugal. *Rev Epidemiol, Arq Med* 1996; 10 (supl 4): 3-8.

11. Direcção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. *Vigilância pré-natal e revisão do puerpério*. Lisboa 1993. 2ª Edição.

12. THOMSON AM, BILLEWICZ WZ, HYTTEN FE: The assessment of fetal growth. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1968; 75: 903-16.

13. TAVARES M, BARROS H: Tendências na distribuição dos pesos ao nascer em Portugal. *Saúde em Números* 1995; 10: 38-39.

14. BARROS H: Mortalidade infantil. O caso Português. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 1991.

15. ALARCON PE, BELBEL MJRA, CUBERO PA et al: Estudio epidemiológico sobre embarazo no deseado. *Atención Primaria* 1994; 13: 77-9.

16. KLINE J, STEIN Z, SUSSER M: Conception to birth. *Epidemiology of prenatal development*. Monographs in Epidemiology and Biostatistics, vol 14. New York, Oxford University Press 1989.

17. FERRAZ EM, GRAY RH, CUNHA TM. Determinants of preterm delivery and intrauterine growth retardation in North-East Brazil. *Internat J Epidemiol* 1990; 19: 101-8.

18. RODRIGUES T, RODRIGUES ML, TELES TP, BARROS H: Maternal and pregnancy risk factors for preterm and small for gestational age new-born. *Arch Public Health* 1996; 53 (supplement 1):110.

19. BERKOWITZ GS, PAPIERNIK E: Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993; 15: 414-43.