

## ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE MULHERES INTERNADAS NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, BRASIL \*

Nelly Martins Ferreira Candeias \*\*

RSPUB9/521

CANDEIAS, N. M. F. *Assistência pré-natal: conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres internadas no Serviço de Obstetria de um hospital do município de São Paulo, Brasil, Rev. Saúde públ., S. Paulo, 14:427-38, 1980.*

**RESUMO:** *Estuda-se conhecimentos, atitudes e práticas em relação à assistência pré-natal de 404 mulheres internadas no Serviço de Obstetria de um hospital do município de São Paulo (Brasil). Descreve-se o trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início, de acordo com o risco gravídico medido através do sistema de avaliação de Perkin. Apresentam-se as razões que impediram o comparecimento no primeiro trimestre de gravidez ou levaram ao não-comparecimento a esse serviço, assim como inconsistências entre atitudes e práticas da população em estudo.*

**UNITERMOS:** *Assistência pré-natal, S. Paulo, Brasil. Educação em saúde pública. Risco gravídico.*

### INTRODUÇÃO

Tem-se definido o pré-natal como um programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação de mulheres grávidas para que a gestação, o parto e o nascimento se transformem em um processo normal e sem perigo para mães e crianças <sup>19</sup>. Sem dúvida, a assistência pré-natal pode alcançar este objetivo mas, para isto, é preciso que a gestante procure o atendimento médico tão logo se aperceba de sua gravidez.

A assistência pré-natal oferece oportunidade única para observar e tratar a ges-

tante por um período que pode ir além de seis meses. Supervisionar e manter a normalidade da gestação, evitar e controlar riscos, dar apoio e educar as pacientes representam os alicerces da boa assistência pré-natal.

A primeira visita é particularmente importante pois, a partir dela, pode o médico avaliar o risco gravídico, antes mesmo de ter acesso a resultados de exames laboratoriais. Para proteger a saúde materno-infantil é preciso que a gestante saiba o que está ocorrendo consigo própria e com

\* Trabalho baseado na Tese de Doutorado 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.

o feto, quais as medidas a tomar e o significado destas. Nesse período, o programa de Educação em Saúde adquire especial relevância: torna-se necessário que, após a primeira visita, a gestante possa reconhecer sintomas perigosos, que exigem pronto atendimento no período inicial da gestação. Os mesmos cuidados médico-educativos devem estender-se a visitas subsequentes para que aquela usufrua dos benefícios de uma gestação devidamente controlada. Depende isto, entretanto, do atendimento médico no primeiro trimestre da gravidez e do comparecimento regular a visitas marcadas nos trimestres subsequentes.

Não é isto que ocorre, em geral. Ao contrário, é comum o espetáculo quotidiano de mulheres que chegam à maternidade com riscos "in extremis". No decorrer dos anos tem-se observado uma inesgotável negligência no que respeita à assistência pré-natal<sup>5,10</sup>.

O estudo do comportamento das gestantes em relação à assistência pré-natal assume particular significado para a prática da Educação em Saúde pois, a par de outros fatores, a prevenção do risco materno-infantil depende diretamente do comportamento da mãe, de sua prontidão em recorrer à assistência pré-natal e de sua obediência à orientação médica. A importância do atendimento pré-natal justifica breve revisão de algumas publicações a respeito.

Estudo realizado por Fiumara<sup>6</sup>, em Boston, no ano de 1951, mostrou a associação existente entre a incidência de sífilis congênita e a inadequação do atendimento pré-natal. Evidenciaram os fatos que 16,8% das puérperas internadas no Hospital de Boston, durante um período de quatro meses, não haviam recebido nenhuma atenção médica naquele hospital ou em clínicas particulares. Em média, compareceram ao serviço pré-natal na 26a. semana, sendo que 51% compareceram apenas a partir do terceiro trimestre da gestação.

Também em 1951, Baumgartner e col.<sup>2</sup>, ao estudarem certificados de nascimento na cidade de Nova York, chamaram a atenção para a disparidade existente entre grupos de diferentes estratificações sociais. Não se verificou, entretanto, nenhuma influência de raça, idade e grupo étnico nos grupos sem assistência pré-natal ou com início tardio.

Dados de pesquisa realizada em San Jose, na Califórnia, mostraram que mulheres sem requisitos para admissão ao hospital foram internadas subsequentemente em estado grave. Verificou-se, também, que muitas ignoravam estar grávidas e que outras não compareceram por não ter com quem deixar os filhos ou por problemas de caráter financeiro<sup>11</sup>.

Rosenfeld e Donabedian<sup>10</sup> e mais tarde Donabedian e Rosenfeld<sup>5</sup>, reexaminando dados anteriores, observaram que, apesar da melhor qualidade de atendimento médico dispensado a mães nos Estados Unidos, se estava longe de oferecer a devida proteção a gestantes de vários segmentos da população.

Pakter<sup>14</sup> estudou o parto de mães solteiras, observando ser o comparecimento ao pré-natal deste grupo bastante mais precário do que o das mulheres casadas.

O estudo de Gadalla<sup>8</sup> mostrou o relacionamento entre comportamento na assistência pré-natal e prontidão psicológica das mães: concluiu-se que mães com níveis mais elevados de prontidão psicológica procuravam a assistência pré-natal no início da gestação, sendo menos significativos os demais fatores.

Apesar da importância prática de dados desta natureza, no Brasil poucos são os estudos desenvolvidos na área do atendimento pré-natal. Ciari Jr. e col.<sup>4</sup> realizaram pesquisa sobre avaliação quantitativa de serviços pré-natal, apresentando indicadores de atividades médicas e do grau de proteção oferecida à gestante. Os resultados evidenciaram baixa produtividade na maioria dos serviços observados e excessivo

número de horas ociosas, chamando a atenção para circunstâncias ligadas ao trimestre da gestação em que procurou o atendimento médico. Alvarenga<sup>1</sup> e Lunas<sup>9</sup> também se preocuparam com aspectos relativos ao período da gestação em que se realizou a primeira visita ao pré-natal.

Contudo, até a presente data, nenhum estudo analisou, de modo mais global, conhecimentos, atitudes e práticas de gestantes em relação à assistência pré-natal. Dados dessa natureza assumem particular significado quando se tem como esquema de referência o risco gravídico, pois só através do imediato comparecimento a serviços de assistência pré-natal pode o mesmo ser reduzido ou mesmo eliminado.

Tendo em vista estas considerações, passa a ser objetivo do presente estudo apresentar alguns dados sobre o comparecimento a serviços de atendimento pré-natal de puerperas internadas no Serviço de Obstetria do Hospital São Paulo.

#### MATERIAL E MÉTODOS

A população deste estudo foi constituída por 404 mulheres internadas em um serviço de obstetria do Hospital São Paulo, no período de abril a setembro de 1975. Após receberem alta médica, as puerperas foram inquiridas consecutivamente, dando origem

à informação básica do presente trabalho. Os dados foram processados por computador. Em trabalho anterior foi descrito, com maior detalhe, os procedimentos desenvolvidos (Candeias<sup>3</sup>, 1980).

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

##### *Trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início.*

O trimestre da gestação em que a assistência pré-natal tem início, assim como a média de consultas por gestante, representam importantes critérios a considerar na avaliação quantitativa do atendimento recebido.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da população amostral segundo o trimestre da primeira visita à assistência pré-natal.

De acordo com a Tabela 1, apenas 42,2% das mulheres procuraram atendimento médico no primeiro trimestre da gestação, sendo que 30,8% o fizeram a partir do segundo trimestre e 7,2% apenas a partir do terceiro trimestre. Uma proporção relativamente elevada de mulheres, 19,8%, não recebeu qualquer tipo de assistência pré-natal, evidenciando-se assim a necessidade de dinamizar o processo educativo junto às gestantes com vistas a aumentar a cobertura desse tipo de serviço.

TABELA 1

Trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início

Assistência pré-natal	Mulheres entrevistadas	
	Nº	%
Sem assistência	79	19,8
1º trimestre	169	42,2
2º trimestre	123	30,8
3º trimestre	29	7,2
Total	400	100,0

*Trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e risco gravídico*

As Tabelas a seguir fornecem uma descrição das diferenças existentes em relação à assistência médica, mediante análise comparativa das proporções de mulheres segundo o período em que iniciaram a assistência pré-natal e o grau de risco

gravídico, avaliado este pelo sistema proposto por Perkin<sup>15</sup>.

De acordo com a Tabela 2, 20,6% das mulheres de alto risco jamais procuraram a assistência pré-natal, sendo este valor imediatamente seguido por 18,8% no grupo de baixo risco e 18,0% no grupo de médio risco.

A Tabela 3 complementa estas informações.

TABELA 2

Trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e risco gravídico (Perkin)

Assistência pré-natal	Risco gravídico					
	Baixo risco		Médio risco		Alto risco	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	3	18,8	22	18,0	54	20,6
1º trimestre	6	37,5	54	44,3	109	41,6
2º trimestre	5	31,2	37	30,3	81	30,9
3º trimestre	2	12,5	9	7,4	18	6,9
Total	16	100,0	122	100,0	262	100,0

TABELA 3

Trimestre da gestação em que a assistência pré-natal teve início e risco gravídico (Perkin)

Assistência pré-natal	Risco gravídico							
	Baixo risco		Médio risco		Alto risco		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem assistência	3	3,8	22	27,8	54	68,4	79	100,00
1º trimestre	6	3,6	54	31,9	109	64,5	169	100,00
2º trimestre	5	4,1	37	30,1	81	65,8	123	100,00
3º trimestre	2	6,9	9	31,0	18	62,1	29	100,00
Total	16	4,0	122	30,5	262	65,5	400	100,00

De acordo com a Tabela 3, 68,4% de mulheres sem assistência pré-natal pertenciam ao grupo com alto-risco, decrescendo a porcentagem para 27,8% no grupo com médio risco e para 3,8% no grupo sem risco gravídico.

*Atitudes e práticas na área da assistência pré-natal*

O estudo das atitudes e práticas de uma população, ou seja, do que a mesma acha e faz quanto ao comparecimento a serviços de atendimento médico, assume particular relevância na área da Educação em Saúde, levando à seguinte indagação: se os indivíduos não comparecem devida e regularmente a esses serviços, em que contexto se deve conduzir o processo educativo e que métodos deverão ser utilizados?

As Figuras visam a ilustrar inconsistências nas atitudes (o que acha?) e práticas (o que faz?) da população em estudo no que respeita ao início da assistência pré-natal. Para fins de análise, dividiu-se a amostra em três grupos: primíparas (N=142), não primíparas (N=258) e adolescentes (N=50); este último grupo foi selecionado dentre as primíparas e não primíparas.

A Fig. 1 permite observar a defasagem entre atitudes e práticas de mães primíparas. Note-se que apesar de 86,3% mencionarem o primeiro trimestre da gestação como o período ideal para iniciar a assistência pré-natal, apenas 35,2% o fizeram na prática. Cumpre assinalar, também, que apesar de 100,0% das gestantes terem mencionado o primeiro e segundo trimestres como período ideal para iniciar o pré-natal, 29,6% compareceram apenas no terceiro trimestre ou jamais tiveram assistência pré-natal, evidenciando-se, assim, a inconsistência entre as atitudes e práticas do grupo em estudo.

Quanto ao grupo de mães não primíparas, seria de esperar que a experiência

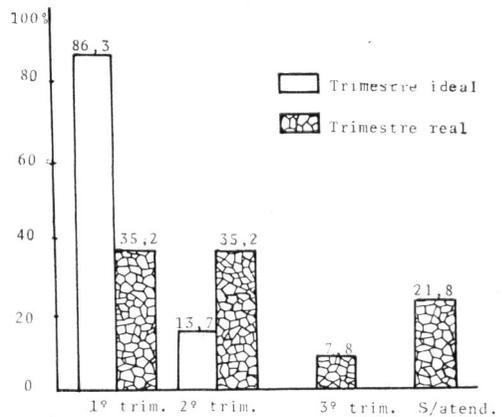


Fig. 1 — Atitudes e práticas de mães primíparas quanto ao início da assistência pré-natal.

reprodutiva as levasse a iniciar a assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação em decorrência da educação adquirida em contato com a equipe de saúde. No entanto, como se observa na Fig. 2, é profunda a defasagem entre atitudes e práticas das mães: 84,9% mencionaram o primeiro trimestre como representando o período ideal para iniciar a assistência pré-natal; na prática, apenas 46,1% procuraram o pré-natal nesse período.

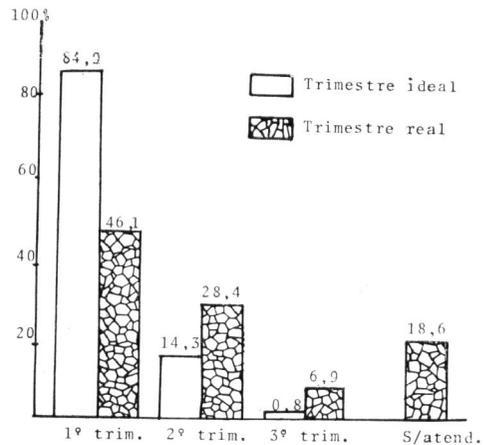


Fig. 2 — Atitudes e práticas de mães não primíparas quanto ao início da assistência pré-natal.

Se considerarmos, separadamente, a opinião das adolescentes, grupo de particular risco (Fig. 3), 82,0% mencionam o primeiro trimestre como período ideal, no entanto, apenas 27,3% iniciaram a assistência médica neste período.

*Barreiras que prejudicam a assistência pré-natal*

O que leva algumas mulheres a não procurarem a assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação? Por que outras jamais compareceram à assistência pré-natal? As Tabelas a seguir visam a esclarecer estas indagações.

Como se observa na Tabela 4, as razões mais freqüentemente mencionadas para não comparecer ao pré-natal no primeiro trimestre foram: "por não achar necessário" e por "ignorar que estavam grávidas",

respostas particularmente importantes do ponto de vista educativo.

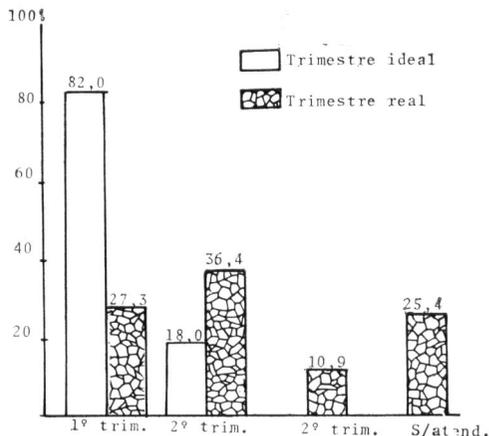


Fig. 3 — Atitudes e práticas de mães adolescentes, primíparas e não primíparas, quanto ao início da assistência pré-natal.

TABELA 4

Razões que impediram o início da assistência pré-natal (APN) no primeiro trimestre da gestação

Razões que impediram o início da assistência pré-natal no primeiro trimestre da gestação	Mulheres que compareceram	
	Nº	%
Não acharam necessário	40	29,2
Não sabiam que estavam grávidas	22	16,1
Recém-chegadas a São Paulo	22	16,1
Trabalho impediu	18	13,1
Serviços de APN não aceitaram	12	8,8
Encaminhadas a outros serviços	10	7,3
Mães solteiras ocultando a gravidez	7	5,1
Não tinham com quem deixar as crianças	4	2,9
Não sabia que existia APN	1	0,7
Problemas financeiros	1	0,7
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100,0</b>

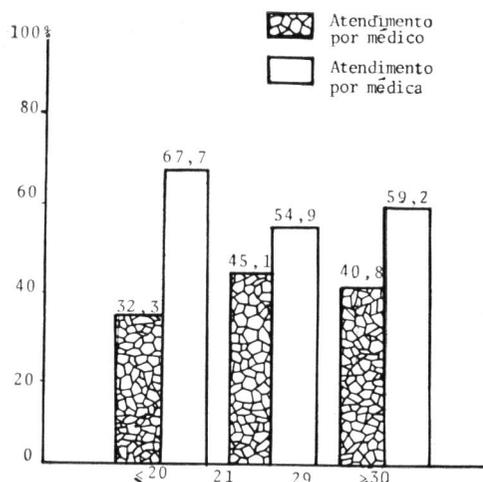


Fig. 4 — Preferência pelo sexo do médico de acordo com a idade.

A Tabela 5 permite observar as razões que levaram as gestantes a não procurar, em qualquer momento, a assistência pré-natal.

As respostas mais freqüentes foram, neste segundo caso, “porque abortaram” e “porque não achavam necessário”, podendo-se chamar a atenção, mais uma vez, para o quanto estas respostas representam de deficiências educativas no grupo em estudo.

Em relação a mulheres que jamais procuraram serviços de atendimento pré-natal houve interesse em conhecer as razões pelas quais isso ocorreu, considerando-se o risco gravídico do grupo: a Tabela 6 discrimina os resultados obtidos.

Quanto à razão mais mencionada, recaiu o valor modal sobre a resposta “porque abortaram”, seguindo-se, em ordem de importância, “porque não achavam necessário” e “porque o trabalho impediu”.

Do ponto de vista educativo, estes dados têm importantes implicações. Em primeiro lugar, deve salientar-se o fato de a maioria das mulheres sem assistência pré-natal e que abortaram, 37,8%, pertencerem ao grupo de alto risco, o que leva às seguintes indagações: Teria o aborto sido induzido ou abortaram espontaneamente? E, neste

TABELA 5

Razões que impediram o comparecimento à assistência pré-natal (APN)

Razões que impediram o comparecimento à assistência pré-natal	Mulheres sem assistência pré-natal	
	Nº	%
Abortaram	24	30,7
Não achavam necessário	15	19,2
Recém-chegadas a São Paulo	9	11,5
Trabalho impediu	8	10,3
Não tinham com quem deixar as crianças	5	6,4
Serviços de APN não aceitaram (não tinham direito)	5	6,4
Mãe solteira ocultando a gravidez	5	6,4
Sentiam-se mal	3	3,9
Moravam longe	2	2,6
Tencionavam dar à luz em casa	2	2,6
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

TABELA 6

Razões que impediram o comparecimento à serviços de assistência pré-natal, segundo o risco gravídico

Razões que impediram o comparecimento à APN	Risco gravídico			Total	
	Baixo risco Nº	Médio risco Nº	Alto risco Nº	Nº	%
Trabalho	2	3	2	7	13,2
Recém-chegadas a São Paulo	—	—	6	6	11,3
Não achavam necessário	—	1	8	9	16,9
Moravam longe	—	1	—	1	1,9
Abortaram	—	5	15	20	37,8
Sentiam-se mal	—	—	2	2	3,8
Não tinham com quem deixar as crianças	—	—	5	5	9,4
Deficiência da APN	1	1	1	3	5,7
<b>Total</b>	<b>3(5,6%)</b>	<b>11(20,8%)</b>	<b>39(73,6%)</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

caso, teriam abortado mesmo se tivessem recebido a devida atenção? Tais questões levantam problemas que escapam ao âmbito do presente estudo, sugerindo, entretanto, estudo subsequente a respeito. Em segundo lugar, deve considerar-se o fato de 16,9% terem respondido "por não achar necessário", o que por si só dispensa quaisquer comentários.

*Número de visitas a serviços de assistência pré-natal*

A Tabela 7 permite observar o número de visitas efetuadas a serviços de assistência pré-natal.

Como se observa, 52,3% fizeram menos do que seis visitas ao pré-natal, número mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde<sup>13</sup>; 19,7% alcançaram 6 a

TABELA 7

Visitas a serviços de assistência pré-natal \*

Número de visitas	Mulheres entrevistadas	
	Nº	%
0	55	19,0
1	10	3,5
2	13	4,5
3	24	8,3
4	28	9,7
5	21	7,3
6	32	11,0
7	25	8,7
8	32	11,0
9	30	10,4
10	9	3,1
11	6	2,1
12	2	0,7
13	2	0,7
<b>Total</b>	<b>289</b>	<b>100,0</b>

\* Excluem-se mulheres com abortamentos.

7 visitas, distribuindo-se os restantes percentuais entre 8 e 13 visitas. O número modal, 19,0%, recaiu sobre mulheres sem nenhuma assistência pré-natal, sendo imediatamente seguido por valores bimodais, 11,0%, referentes a mulheres com 6 e 8 visitas.

A percentagem relativamente baixa de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, 42,2%, Tabela 1, conjuntamente com o número reduzido de visitas, constituem situações altamente desfavoráveis que afetam a saúde materno-fetal, aumentando o risco gravídico do grupo em estudo.

*Expectativas em relação à assistência pré-natal, tempo despendido da residência à clínica e tempo de espera.*

A Tabela 8 mostra as expectativas de mulheres com queixas e sem queixas médicas quanto à assistência pré-natal.

Em ambos os grupos, a expectativa mais mencionada foi "proteger a saúde da criança": 23,9% no grupo com queixas médicas e 37,6% no grupo sem queixas médicas.

A Tabela 9 descreve o tempo despendido pelas mulheres para se deslocarem da residência à clínica.

TABELA 8

Distribuição percentual de mulheres com queixas e sem queixas médicas em relação às expectativas quanto à assistência pré-natal

Expectativas	Condições de saúde	
	Com queixas médicas %	Sem queixas médicas %
Saber se está grávida	9,8	7,5
Garantir vaga no hospital	11,6	14,9
Proteger sua saúde e a da criança	16,6	14,1
Proteger a saúde da criança	23,9	37,6
Ter atendimento médico	17,8	6,7
Possibilidade de aborto	1,8	3,1
Outros	7,5	7,4
Sem resposta, não sabe *	11,0	6,7
Total	100,0 (163)	100,0 (162)

\* A percentagem referente a "sem resposta, não sabe", é particularmente significativo no caso em pauta, por isso foi mantida.

Com a Tabela 10 tem-se uma idéia do tempo de espera antes da consulta pré-natal.

Talvez represente este um dos maiores problemas na área da assistência pré-natal. Cerca de 56,1% das pacientes afirmaram ter esperado uma hora e meia ou mais antes

de serem atendidas. Considerando-se o fato de que muitas residem relativamente longe da clínica, é fácil compreender uma das queixas registradas no presente estudo: "a gente espera a vida inteira e no fim mandam a gente embora depois de alguns minutos". O problema da espera tem sido

TABELA 9

Tempo despendido para chegar à clínica (minutos)

Tempo (minutos)	Mulheres entrevistadas	
	Nº	%
0 — 29	124	38,7
30 — 59	80	24,9
60 — 89	76	23,7
90 — 119	9	2,8
120 ou +	32	9,9
Total	321	100,0

TABELA 10

Tempo de espera antes da consulta pré-natal (minutos)

Tempo (minutos)	Mulheres entrevistadas	
	Nº	%
0 — 29	51	15,8
30 — 59	41	12,8
60 — 89	49	15,3
90 — 119	22	6,9
120 ou +	158	49,2
Total	321	100,0

relacionado como uma "falta de interesse pelo indivíduo, prejudicando esforços subsequentes do médico e do pessoal no que respeita a apoio emocional"<sup>17</sup>.

#### *Preferência pelo sexo do médico*

O tema pudor tem sido regularmente explorado pela literatura sociológica e antropológica, não só na América Latina, mas também em outros países<sup>7,12,18</sup>. Partindo do pressuposto de que representa problema particularmente grave entre mulheres de baixo nível sócio-econômico, houve interesse em indagar qual a preferência da população amostral no que concerne ao

sexo do médico. A Fig. 4 ilustra a resposta de 171 mulheres que responderam à questão em pauta.

Embora as diferenças não tinham sido estatisticamente significantes, vale a pena observar a alta proporção de jovens com idade igual ou menor do que 20 anos, que afirmaram preferir o atendimento por médicas e não por médicos.

Médicos, assim como demais membros da equipe de saúde, têm sido prejudicados em seus esforços para reduzir a mortalidade materno-infantil por valores culturais referentes ao tipo de relacionamento considerado desejável entre médicos e gestantes. Segundo Foster<sup>7</sup>, em países muçulmanos e latino-americanos é freqüente não se aceitar que outro homem, que não o marido, possa ter o grau de intimidade exigido por exames ginecológicos. Por isso, muitas mulheres preferem não se submeter a exames durante o período pré-natal, problema este que poderia ser facilmente controlado através da maior utilização de médicos do sexo feminino<sup>7</sup>. Tendo em vista os resultados apresentados na Fig. 4, seria aconselhável do ponto de vista educativo, que as gestantes pudessem optar pelo sexo do médico durante a assistência pré-natal. Acredita-se que, com isto, se reduziria séria barreira à comunicação humana.

#### CONCLUSÕES

- Apenas 42,2% das gestantes procuraram o serviço de atendimento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez.
- Das gestantes com alto risco, 20,6% jamais procuraram a assistência pré-natal.
- Das gestantes que jamais procuraram a assistência pré-natal, 68,4% pertenciam ao grupo com alto risco gravídico.
- Apesar de 86,3% das primíparas mencionarem o primeiro trimestre da gesta-

- ção como período ideal para iniciar a assistência pré-natal, apenas 35,2% o fizeram; 84,9% de mulheres não primíparas mencionaram o primeiro trimestre da gestação como período ideal para iniciar a assistência pré-natal, porém apenas 46,1% o fizeram; 82,0% de adolescentes mencionaram o primeiro trimestre da gestação como período ideal para iniciar a assistência pré-natal, porém apenas 27,3% o fizeram.
- “Por não achar necessário” e “por ignorar que estavam grávidas” foram as duas razões mais freqüentemente mencionadas para não comparecer no pré-natal no primeiro trimestre da gravidez.
  - As duas razões mais freqüentemente mencionadas para não comparecer à assistência pré-natal foram “por terem abortado” e “por não achar necessário”.
  - Das entrevistadas, 52,3% fizeram menos do que seis visitas ao pré-natal; o valor modal, 19,0% recaiu sobre mulheres sem nenhuma assistência pré-natal.
  - “Para proteger a saúde da criança”, foi a expectativa mais mencionada no que respeita à assistência pré-natal.
  - Preferiram ser atendidas por médicas, 67,7% das mulheres com 20 anos ou menos, 54,9% das mulheres com 21 aos 29 anos e 59,2% das mulheres com 30 anos ou mais.

RSPUB9/521

CANDEIAS, N. M. F. [Prenatal care: knowledge, attitudes and practices of women patients of the Obstetrics Clinic of a hospital in the municipality of S. Paulo, Brazil] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:427-38, 1980.

ABSTRACT: *The knowledge, attitudes and practices, in relation to prenatal care, of 404 women patients in the Obstetrics Clinic of a hospital in the municipality of S. Paulo (Brazil) were studied. The period of gestation in which prenatal care started is described in accordance with pregnancy risk as measured by Perkin's method of assessment. This study sets out the reasons with hindered the patients' taking advantage of the services offered by this Clinic during the first trimester of pregnancy or at any time during pregnancy, as well as the inconsistencies between the attitudes and practices of the population sample under review.*

UNITERMS: *Prenatal care, S. Paulo, Brazil. Health education. Pregnancy risk.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVARENGA, A. T. *Contribuição ao estudo das relações entre status sócio-econômico familiar e saúde materna*. São Paulo, 1978. [Dissertação de Mestrado — Faculdade de Saúde Pública USP].
2. BAUMGARTER, L. et al. Prenatal care in New York City. *Publ. Hlth Rep.*, 69: 937-44, 1954.
3. CANDEIAS, N. M. F. Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional: algumas características do comparecimento a serviços de assistência pré-natal. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:320-32, 1980.
4. CIARI JR., C. et al. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6:361-70, 1972.

---

CANDEIAS, N. M. F. Assistência pré-natal: conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres internadas no Serviço de Obstetrícia de um hospital do município de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 14:427-38, 1980.

---

5. DONABEDIAN, A. & ROSENFELD, L. Some factors influencing prenatal care. *New Engl. J. Med.*, 265:1-6, 1961.
6. FIUMARA, N. Congenital syphilis in Massachusetts. *New Engl. J. Med.*, 245:634-40, 1951.
7. FOSTER, G. M. *Traditional cultures and the impact of technological change*. New York, Harper and Row, 1962.
8. GADALLA, F. *A study of motivational factors and barriers related to the utilization of prenatal care by mothers delivered at Alameda County Hospital*. Berkeley, 1961. [Ph. D Dissertation — University of California]
9. IUNES, M. coord. *O estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses no município de São Paulo: análise dos dados*. São Paulo, Ministério da Educação e Cultura, Escola Paulista de Medicina, 1975.
10. MINKOWSKI, A. *Pour un nouveau-né sans risque*. 2eme ed. Paris, Editions Stock, 1976.
11. MONAHAN, H. E. & SPENCER, E. C. Deterrents to prenatal care. *Children*, 9:114-9, 1962.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 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).
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité d'Experts de la Maternité. Genève, 1951. *Premier rapport, étude préliminaire*. Genève, 1952. (Serv. rapp. tech., 51).
14. PAKTER, J. et al. Out-of-wedlock births in New York City: sociological aspects. *Amer. J. publ. Hlth*, 51:683-96, 1961.
15. PERKIN, G. Assessment of reproductive risk in non-pregnant women. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 101:709-17, 1968.
16. ROSENFELD, L. S. & DONABEDIAN, A. Prenatal care in metropolitan Boston. *Amer. J. publ. Hlth*, 48:1115-24, 1958.
17. SCHLESINGER, R. H. et al. Out-patient care — the influence of interrelated needs. *Amer. J. publ. Hlth*, 52:1844-52, 1962.
18. SCRIMSHAW, S. C. *Lo de nosotras: pudor y actitudes acerca de las clínicas de la planificación familiar en una ciudad sudamericana*. New York, Instituto Internacional para El Estudio de la Reproduccion Humana, Universidade de la Columbia, 1973.
19. WILLSON, J. R. et al. *Obstetrics and gynecology*. 4th ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1971.

Recebido para publicação em 14/03/1980

Aprovado para publicação em 23/06/1980