

Edna Marina Cappi Maia

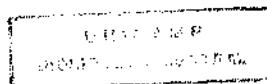
**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, GESTACIONAIS E
PERINATAIS DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Ciências Médicas da UNICAMP, para
obtenção do Título de Mestre em Medicina

Orientador: **Prof. Dr. Aloísio J. Bedone**

UNICAMP

1992



UNIDADE	BC
19342	
261/93	
X	
C.R. 100.009.00	
09/06/93	

LM-00045008-1

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

M28a Maia, Edna Marina Cappi
Aspectos epidemiologicos, gestacionais e perinatais da
gravidez nao planejada / Edna Marina Cappi maia. -
Campinas, SP : [s.n.], 1992.

Orientador : Aloisio Jose Bedone.

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Gravidez nao desejada. 2. Perinatologia. I. Bedone,
Aloisio Jose. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo.

20. CDD -618.3

-618.76

Indices para Catalogo Sistematico

1. Gravidez nao desejada 618.3
2. Perinatologia 618.76

ESTA TESE É DEDICADA

Ao meu marido, MAIA, companheiro de todos os momentos e substituto fiel em todas as minhas obrigações profissionais e familiares, enquanto realizei este trabalho.

Aos meus filhos, Gustavo e Mariana, estímulo da minha vida, pedindo perdão pela cara amarrada dos dias atribulados.

Ao Dr. Aloísio José Bedone, orientador desta tese e amigo em todos os momentos, sabendo me estimular a continuar mesmo nas horas onde o desânimo ganhava espaço.

Ao Dr. José Mendes Aldrighi, pelo carinho e amizade que sempre me dedicou, com quem aprendi muito do que hoje tento ensinar.

AGRADECIMENTOS

- Ao Dr. José Hugo Sabatino pela confiança em mim depositada.
- Ao Dr. Roberto Anania de Paula, amigo que me incentivou a iniciar a pós-graduação, apoiando-me em todos os os momentos.
- Ao Prof. Dr. Álvaro da Cunha Bastos, meu querido mestre, exemplo de sabedoria e delicadeza no trato com os seus assistentes, alunos e pacientes.
- Ao Dr. Gustavo Antonio de Souza pela amizade que demonstrou quando tudo parecia perdido.
- Ao Dr. Luiz Bahamondes pela orientação informal, amiga e tão valiosa.
- Ao Prof. Dr. Anibal Faúndes pelo carinho no aconselhamento e na orientação a todos pós-graduandos.
- Ao Dr. José Waldemar Junqueira Cleto, pela confiança que demonstrou em mim em todos os momentos.
- A amiga Dra. Ana Maria T. O. Ferreira pela amizade e apoio que me dedicou em todas as horas de dúvidas.
- Ao Dr. Itibagi Rocha Machado pelo carinho, dedicação e amizade que tive a felicidade de receber.
- Ao Sr. Sergio Vera pelo trabalho estatístico.
- A todos os colegas assistentes do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia pela afeição com que me receberam.
- Aos funcionários da divisão de ginecologia pelo carinho na valiosa ajuda.
- Aos funcionários da Assessoria Técnica do CAISM pela presteza e afeição em nos orientar.

*" O importante não é saber o que fizemos
com nós mesmos, mas o que fizemos
com o que fizeram de nós.
Por isso agradecemos àqueles que
nos educaram pelo que somos."*

(J. P. Sartre)

SUMÁRIO

SUMMARY	vii
RESUMO	ix
1 - INTRODUÇÃO	2
2 - OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Especificos	12
3 - PACIENTES E MÉTODO	14
3.1 - Pacientes	14
3.2 - Método	15
3.3- Análise Estatística	20
4 - RESULTADOS	22
5 - DISCUSSÃO	52
6 - CONCLUSÕES	67
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
8 - ANEXO	73

SUMMARY

SUMMARY

The high occurrence of unintended pregnancies mentioned in the medical literature in contrast to the great improvement in the new contraceptives researches induced to a retrospective study of this pregnancies with the purpose of evaluating the extent and consequences of an unintended pregnancy in our milieu.

One thousand, three hundred and forty-one records of women using any methods of birth control who became pregnant were extracted from the data bank of the Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas Obstetric Clinic.

Identification, pregnancy and ante-natal variables were studied and the results were compared to a control group constituted by 1341 records of women who reported having interrupted the contraceptive methods in use because they intended to become pregnant. It was concluded, applying the Qui-square test and Logistic Regression, that unintended pregnancies occurred more frequently in women without a consort, being older than 25, with less than four years of schooling, having been pregnant once or more, higher incidence of inadequate pre-natal, and the smoke habit was observed in the unintended pregnancy group when compared to the planned pregnancy group smokers.

No significant differences related to the gestation, deliveries and newborns variables were found among these two studied groups.

RESUMO

RESUMO

A elevada ocorrência de gestações não planejadas, relatada na literatura, em contraposição ao grande avanço nas pesquisas de novos métodos anticoncepcionais, levou-nos, a estudar estas gestações, com o intuito de avaliar a magnitude e as consequências da gravidez não planejada em nosso meio.

Analisaram-se as informações contidas no banco de dados da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, selecionando-se dados referentes a 1341 prontuários de mulheres, as quais informavam terem engravidado durante o uso de algum método anticoncepcional.

Foram estudadas variáveis de identificação, gestacionais e perinatais. Os resultados foram então comparados com o grupo controle constituído por 1341 mulheres que referiam ter interrompido o uso de algum método contraceptivo, com a intenção de engravidar.

Após a análise dos resultados, mediante o teste de Qui-Quadrado e Regressão Logística, concluiu-se que a gestação não planejada ocorre mais frequentemente em mulheres que vivem sem companheiro, com faixa etária superior a 25 anos, escolaridade inferior a quatro anos e têm uma ou mais gestações anteriores. O hábito de fumar e o comparecimento inadequado ao pré-natal foram mais observados neste grupo de mulheres.

Não foram encontradas diferenças significativas, entre as variáveis gestacionais, de parto e do recém-nascido entre os dois grupos estudados.

1 - INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

A pesar do grande desenvolvimento dos métodos contraceptivos constata-se que diariamente um número incalculável de mulheres engravida em todo o mundo, sendo que em uma importante parcela as gestações não foram planejadas, resultando na maioria das vezes em gravidezes não programadas podendo levar a quadros emocionais dos mais variados, incluindo desde uma simples ansiedade até sérias depressões. Por outro lado, a não aceitação da gestação quase sempre induz a prática do aborto provocado, gerando, muitas vezes, graves danos físicos e emocionais para a saúde da mulher.

ORY, FORREST, LINCOLN (1983) admitem que somente a metade de todas as gestações que ocorrem por ano nos EEUU, são planejadas e quase a metade das não planejadas terminam em aborto. No Brasil, na década de 80, estimou-se que cerca de três milhões de abortos foram praticados por ano. Em pesquisa realizada pelo CEBRAP, no período de 1960 a 1975, em nove localidades brasileiras, demonstrou-se um aumento na ocorrência de abortos, de 34% para 150% (BERQUÓ, 1980). Ressalta-se que estes dados são meramente estimativos, visto que a maioria dos abortos são praticados na clandestinidade, dificultando, portanto, a obtenção de números precisos. Esta

constatação não é exclusiva do Brasil, ocorrendo também em outros países onde o aborto é ilegal (VIEL, 1989).

O aborto é um dos métodos mais antigos e mais praticados como alternativa de anticoncepção. (LADIPO-1989) Somente uma parte das gestações não planejadas terminam em um aborto. Há muitas outras que evoluem, seja porque as tentativas de aborto não deram resultado, seja porque as mães têm medo ou pouca experiência para fazê-los. Se a gestação não planejada não redunde em aborto, outras alternativas podem ocorrer, tais como o infanticídio, o abandono do menor e, até a possibilidade de aceitação, (ARANCIBIA e cols., 1989). É importante enfatizar que quanto mais tardia for a aceitação, maiores poderão ser as consequências, pois maior será o tempo de rejeição. As cifras em torno de 30% de gestações não planejadas relatadas na literatura são consequência, em grande parte, da não utilização de métodos contraceptivos, havendo também uma parcela importante decorrente de falhas durante o uso ou do abandono do método, em função de efeitos colaterais (SOPHOCLES & BROZOVICH, 1986).

MASHLABA (1989) relata como principal causa da ocorrência de uma gravidez não planejada, o reduzido número de serviços de informação e planejamento familiar e, mesmo quando a informação é disponível e adequada, o acesso pode estar dificultado por problemas geográficos, como por exemplo as longas distâncias entre a moradia e os postos de serviço. No caso de adolescentes, o problema se agrava ainda mais pois elas têm pouca informação sobre o mecanismo da concepção e muitas vezes acham que a gravidez não ocorre imediatamente após o início da atividade sexual.

Apesar dos milhões de dólares gastos em pesquisa de novos métodos anticoncepcionais, a contracepção está longe de ter atingido a perfeição. Os anticoncepcionais podem falhar, particularmente os métodos tradicionais. Barreiras psicológicas e educacionais, ignorância médica e influências políticas e religiosas, frequentemente impedem o uso da contracepção (VILARREAL, 1989).

Há, ainda, outras razões que explicam os elevados índices de gestações não planejadas tais como o uso inadequado dos métodos contraceptivos e principalmente, a falta de informações sobre os mesmos. Isto é particularmente importante e real nas adolescentes, que sofrem grande discriminação quanto à prática da anticoncepção. FRIEDMAN (1989) demonstra que a atividade sexual precoce, sem informações precisas e geralmente desprotegida, resulta em gravidez não programada.

WIELANDT & HANSEN (1989) relatam alta taxa de gestação não planejada entre usuárias adolescentes de contraceptivo oral, durante a pausa do anticoncepcional.

LESLIE & MEHEUS (1989), por sua vez, revelam que o principal motivo de consulta médica entre as jovens sexualmente ativas é a gravidez indesejada, seguida pelas doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Em vários centros, as DST e as gestações não programadas são relatadas como sendo os maiores problemas de saúde em jovens sexualmente ativas com idade entre 15 e 24 anos (LESLIE & MEHEUS, 1989).

Desde o início da década de setenta, os contraceptivos tem sido usados em países desenvolvidos, mas somente 4 a 6% das jovens tem acesso real aos anticoncepcionais. (LESLIE & MEHEUS 1989). McCOMMON (1986) nos mostra que a gravidez não planejada constitui um fato epidêmico nos EEUU, embora se trate de uma situação totalmente controlável. Revelam ainda que os EEUU representam o único país do primeiro mundo, no qual a taxa de gravidez na adolescência diminuiu nos últimos anos, embora ainda representem uma porcentagem significativa de gestações não planejadas, com elevados custos para o país.

Em nosso meio, na mulher adulta, PINOTTI & FAUNDES (1989), entrevistaram trinta e seis gestantes que frequentavam o pré-natal de alto risco, para avaliar o desejo ou não de outras gestações. Todas responderam negativamente e que já a atual ocorreu devido a falta de conhecimento e de acesso aos métodos anticoncepcionais.

Constatação interessante é a de BROOK, NOMURA, COEHN (1989) que estudaram a ocorrência de gravidez não desejada em jovens usuárias de drogas, observando que seus recém nascidos têm menor ligação afetiva às suas jovens mães.

Um parâmetro importante para se avaliar o interesse e a aceitação da gestante em relação a sua gravidez, é sem dúvida, os cuidados que ela toma durante a gestação, o que pode ser medido indiretamente pela frequência das consultas durante o pré-natal. Ao se analisar esta variável, BROWN (1989) relata que 18% das crianças nascidas nos Estados Unidos no ano de 1986 eram de mulheres que haviam frequentado o pré-natal a partir do segundo trimestre, 4% a partir do terceiro trimestre e 2% eram de mulheres que não haviam frequentado o pré-natal. O estudo concluiu que mulheres com gestação não planejada atribuíam pouco valor aos cuidados de pré-natal e mantinham portanto pouca ligação com os sistemas de saúde.

Em trabalho publicado por VIEL (1988), Miguel Trias pondera que o filho indesejado é o resultado de uma gravidez indesejada que não terminou em aborto, o que poderia justificar os poucos cuidados com a gestação.

Em relação a avaliação psiquiátrica e psicológica, aceita-se atualmente que a gestação não planejada, que tem às vezes como consequência uma criança não desejada, pode ter uma grande influência negativa no desenvolvimento emocional desta criança. A literatura a respeito é rara (MATEJCEK, DYTRYCH, SCHULLER 1978).

MENNINGER (1943) considera que a criança nascida após uma gravidez não planejada pode iniciar a sua vida desfavoravelmente, pois irá receber menos amor, cuidados e atenção dos pais, do que aquelas nascidas de uma gravidez planejada.

FORSMANN & THUWE (1981) analisaram 120 pessoas cujas mães tiveram negados seus pedidos de aborto e constataram uma porcentagem significativamente maior de alterações emocionais e psiquiátricas, quando estudadas antes dos vinte e um anos de idade, fato que não ocorreu quando a mesma análise foi feita na vida adulta, ou seja, no período entre 21 e 35 anos de idade. As variáveis analisadas foram sociopsiquiátricas e demonstrou-se que estas alterações tornavam-se menores com o passar dos anos.

○ que representam em porcentagem, estas gravidezes não programadas?

VIEL (1989) entrevistando 2485 mulheres entre o sexto e o sétimo mês de gestação, observou que 33% das entrevistadas desejavam a gravidez e estavam felizes com a concepção, 38% declararam estar felizes no momento, mas não haviam planejado a gestação e 28,5% se diziam infelizes com o fato de estarem grávidas. WHILE (1990) ao analisar os registros de visitas aos serviços de saúde, observou que um terço das gestações que completaram as quarenta semanas, com recém nascidos vivos, não tinham sido planejadas. O estudo revelou ainda uma nítida correlação negativa entre o planejamento da gestação e o nível social.

BUMPASS & WESTOFF (1970) referem que 20% das gestações entre 1960 e 1965, com recém-nascidos vivos, não foram planejadas. De acordo com National Fertility Study (1970), 14% dos casais relatam uma gravidez por falha de algum método anticoncepcional, caindo para 10% em 1982 quando o aborto foi legalizado nos EEUU. O trabalho pioneiro em estudar a intenção de gravidez foi feito por VISURI (1968), que constatou uma criança nascida de gravidez não planejada em cada família com três filhos

ou mais, principalmente quando existia a associação com a pobreza. ABRAHAM e cols.(1987) revelam que a prevalência do filho não intencionado é menor no meio urbano do que no rural.

ARANCIBIA e cols. (1989), por outro lado, mostram que as mulheres que não programaram suas gestações, além de serem de baixo nível educacional, apresentam outras características, tais como inadequado relacionamento familiar, maior número de filhos e início tardio de pré-natal.

RANTAKALLIO & MYHRMAN (1990), avaliando a aceitabilidade da gestação em dois estudos realizados em 1966 e em 1986, concluíram que, no primeiro, a porcentagem de gestação desejada ocorreu com maior frequência entre as mulheres de 20 e 25 anos de idade, enquanto que no segundo estudo, a prevalência foi maior entre as mulheres de 26 a 30 anos. Os autores verificaram ainda que a aceitabilidade correlacionava-se com a idade materna, mudando muito pouco, em ambos os estudos, quando se analisava a paridade ou a classe social. Entre os dois estudos nota-se uma queda acentuada na ocorrência de gestações não planejadas e isto segundo os autores, se deve ao grande desenvolvimento dos serviços de planejamento familiar e as maiores possibilidades de se optar por abortos legais em seu país, a Finlândia, por ocasião da realização do segundo estudo.

DAVID e cols. (1988) admitem que uma gravidez é definida como indesejada, quando não foi conscientemente intencionada e não aceita também durante o período gestacional; além do mais, acreditam que o conceito relaciona-se também, ao comportamento da mulher, ou seja, como ela enfrenta a sua concepção.

É importante lembrar que a gestação não programada não implica necessariamente em gravidez indesejada ou em crianças não desejadas, pois podemos encontrar mulheres

que passam a aceitar a gestação a partir do momento que se certificam dela, e ainda outras que relatam terem progressivamente aceito a gravidez.

CARTWRIGHT (1988) admite ser muito difícil conceituar a gestação não programada pois ao se aplicar questionários no pós parto os resultados podem não ser reais, visto que a presença do recém nascido certamente interfere na resposta da mulher, mascarando a sensação inicial de gravidez não desejada. De fato, muitas mulheres que referiram neste estudo o desejo de engravidar, faziam uso na época da concepção de algum método anticoncepcional.

Portanto, quando se pretende analisar a frequência de gestações não planejadas, parece-nos que o melhor critério conceitual a ser seguido é o do uso ou não de algum método contraceptivo no período da concepção.

A nosso ver, muitos aspectos importantes relacionados com a gravidez não planejada podem ser analisados. Em primeiro lugar é importante quantificar este problema nos dias de hoje, ao mesmo tempo em que se deve procurar as causas para o mesmo. Além disto, a incidência de aborto provocado e a evolução da gestação no que diz respeito à qualidade do cuidado pré-natal e ao aparecimento ou não de complicações médicas, podem ser estudados no grupo de mulheres que não planejaram a gestação.

Com relação ao produto conceptual, a análise pode ser feita desde a observação dos resultados perinatais até o acompanhamento destas crianças no que tange a seu desenvolvimento psicoafetivo e social.

Surpreendentemente, a revisão da literatura nos mostra que, apesar de tratar-se de um problema relativamente frequente, não são muitos os trabalhos a respeito deste tema.

Uma das explicações para isto pode ser a dificuldade de se caracterizar uma gravidez não planejada, quando esta chega a termo.

Observa-se, ainda, que alguns aspectos relativos a este assunto não estão devidamente estudados. Há poucos estudos na literatura nacional e internacional sobre a evolução clínica de uma gravidez não planejada e o seu impacto nos resultados perinatais. Não encontramos, em publicações nacionais, dados que possam nos indicar a incidência de gestações certamente não planejadas que chegam ao termo. A revisão da literatura, no entanto, mostra vários trabalhos a respeito da incidência de abortos provocados e as consequências tardias sobre os filhos de mulheres com gravidez não planejada.

Alguns estudos avaliam o comportamento emocional destas mulheres, as consequências sobre o recém-nascido e a evolução destas crianças nos primeiros anos de vida.

Outros descrevem alterações no desenvolvimento intelectual e na nutrição dos filhos de mulheres que não programaram a sua gestação.

VIEL (1988), por exemplo, demonstra um maior grau de desnutrição entre as crianças nascidas de gestações não programadas. Outros relatam maior incidência de recém-nascidos com baixo peso (CARTWRIGHT, 1988).

O número insuficiente de trabalhos que analisam o desenvolvimento e a ocorrência de alterações clínicas da gestação em mulheres que não a planejaram, nos estimulou a consultar um banco de dados com informações dirigidas e estudar a evolução clínica da gestação e do parto neste grupo de mulheres.

É importante também identificar a magnitude do problema em nossa população estudada e as condições que se relacionam de maneira significativa, com a ocorrência de gestação não planejada, possibilitando assim uma identificação do grupo de risco.

2 - OBJETIVOS

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a magnitude e as consequências da gravidez não planejada em nosso meio.

2.2 Objetivos Específicos

- Quantificar o problema em nossa população descrevendo a porcentagem de gravidez não planejada.
- Identificar as variáveis maternas que se relacionam com a gravidez não planejada para caracterizar o nosso grupo de risco.
- Detectar os métodos anticoncepcionais utilizados pelas mulheres do grupo de estudo no momento da concepção.
- Analisar variáveis gestacionais e do parto.
- Analisar as variáveis relacionadas ao recém-nascido.

3 - PACIENTES E MÉTODO

3 - PACIENTES E MÉTODO

3.1 - Pacientes

Analisou-se um total de 10.440 prontuários de pacientes atendidas na maternidade do CAISM (população alvo). Destes, 636 não continham qualquer referência de uso de anticoncepcional, 5.558 não estavam usando anticoncepcionais, mas não faziam qualquer referência ao desejo de engravidar, 2.905 referiam estar usando algum método contraceptivo durante o período em que ocorreu a gravidez, ou eram pacientes que abandonaram o método anticonceptivo por intolerância; estes 2.905 prontuários constituíram o grupo de estudo que corresponde a 27,8% de gravidezes seguramente não planejadas, no total de atendimentos. Os restantes 1.341 prontuários analisados apresentavam referência de abandono da contracepção com a intenção de engravidar, constituindo desta forma o grupo controle, ou seja o grupo de mulheres que programou a gestação. Este era formado por mulheres que referiam ter suspenso o uso de qualquer anticoncepcional, com o intuito de engravidar.

Para que houvesse uniformidade na análise estatística, escolheu-se aleatoriamente uma amostra de 1.341 casos entre os 2.905 para compor o grupo de estudo.

Os dois grupos se assemelhavam quanto ao nível sócioeconômico, pois foram atendidas em um hospital universitário aberto, com características de gratuidade do atendimento.

3.2 - Método

3.2.1 - Coleta de dados

Utilizaram-se as informações contidas em um banco de dados do Serviço de Obstetrícia do CAISM, através de uma ficha obstétrica da disciplina (anexo), que era preenchida da forma mais completa possível, incluindo os dados pessoais, antecedentes gerais e obstétricos, controle pré-natal, exame físico e obstétrico, evolução do parto e condições do mesmo, e dados referentes ao recém-nascido.

O preenchimento das fichas foi feito por alunos da graduação (quinto e sexto anos), sendo sempre revisadas por residentes do primeiro e segundo anos, supervisionados por um docente responsável segundo normas pré-estabelecidas.

Os dados assim obtidos foram digitados e posteriormente submetidos a verificação de sua consistência, para controle de qualidade de informação e criação de um banco de dados completo e confiável. A ficha obstétrica descrita inclui 76 variáveis maternas e 47 relativas ao recém-nascido, das quais somente 18 foram utilizadas em nosso estudo.

3.2.2. Definição das variáveis

3.2.2.1. Variáveis independentes

Gravidez planejada - Para o grupo controle, selecionaram-se prontuários de pacientes que informaram na internação, haverem suspenso o método anticoncepcional em uso, com o intuito de engravidar, sendo estas portanto consideradas gestações programadas ou planejadas.

Gravidez não planejada - Para o grupo de estudo foram selecionadas mulheres que procuraram a Maternidade do CAISM, em trabalho de parto, e durante a entrevista de internação, informavam a falha de algum método anticonceptivo ou mesmo o abandono ou descontinuidade de uso dos mesmos por alguma intolerância clínica. Seguindo os critérios de CARTWRIGHT (1988), consideramos estas gestações como não planejadas.

3.2.2.2. Variáveis de identificação

Idade materna: Considerou-se a idade da paciente em anos completados no último aniversário, e estudaram-se separadamente mulheres com idade até 25 anos e aquelas com idade igual ou superior a 25 anos.

Estado marital: Rotularam-se de solteiras as mulheres que não estavam casadas legalmente e que não viviam com um companheiro, e casadas as que estavam ligadas legalmente ou não a um homem, mas vivendo em união estável.

Escolaridade: Medida em número de anos frequentados em escola. As mulheres foram divididas em dois grupos: um que frequentou a escola até o quarto ano do primeiro grau, outro que a frequentou por mais de quatro anos.

3.2.2-3 - Variáveis Intervenientes - Antecedentes Obstétricos

Número total de partos anteriores a esta gestação: Foram consideradas a soma de todas as gestações que terminaram por via vaginal ou cesárea, independente do recém-nascido estar vivo ou morto.

Tabagismo: Esta variável foi analisada classificando-as em não fumantes e fumantes durante a gestação.

Número de consultas de pré-natal: Este dado foi obtido através do cartão de controle de pré-natal, somando o número total de consultas feitas.

Considerou-se pacientes que fizeram pré-natal inadequado aquelas que tinham frequentado até quatro consultas e adequado aquelas que tinham cinco ou mais consultas.

3.2.2.4 Variáveis Dependentes

Dados Obstétricos

Duração do período de dilatação: Considerou-se o período de dilatação como o intervalo entre o início do trabalho de parto e a dilatação total e dividiu-se as pacientes em dois grupos; um constituído por parturientes que apresentaram período de dilatação inferior a 12 horas e outro com período de 12 horas ou mais.

Batimentos cardíacos fetais (B.C.F.): Foram avaliadas a frequência cardíaca fetal basal e a presença ou não de DIP.

Consideraram-se fetos com BCF normal aqueles com frequência basal durante o trabalho de parto, no intervalo entre 120 a 160 batimentos por minuto, ou DIP I, definindo-se este como a queda pausada no BCF basal de mais de 5 bat./min., onde a máxima queda coincide com o máximo da intensidade da contração uterina.



Considerou-se BCF anormal quando ocorria taquicardia fetal, (ocorrência de valores maiores de 160 bat./min. por períodos maiores de cinco minutos), DIP umbelical, (ocorrência de queda rápida do BCF basal de mais de cinco bat./min, com recuperação rápida), DIP II, (queda pausada dos BCF basal de mais de cinco minutos bat./min, onde a queda máxima se manifesta 20 segundos ou mais após o máximo da intensidade da contração uterina), bradicardia sustentada (BCF basal com valores menores que 120 bat./min, por períodos maiores que cinco minutos) e BCF ausente (na admissão ou durante o trabalho de parto).

Analgesia no período de dilatação: Pesquisou-se o uso de drogas analgésicas ou anestésicas na mãe, durante o trabalho de parto dividindo-se em dois grupos, um sem e outro com analgesia. Dentre as drogas utilizadas para analgesia, cita-se a meperidina, a benzodiazepina, bloqueio epidural simples ou contínuo e anestesia por bloqueio raquídeo, durante o trabalho de parto.

Forma de término do parto: Classificaram-se em, espontâneos, aqueles que ocorreram, de forma natural, por via vaginal e com apresentação cefálica; pélvico aqueles que ocorreram em apresentação pélvica com o obstetra participando passivamente ou com manobras; fórcepe quando foi necessário o seu uso e cesárea quando efetuada tal cirurgia.

Dados do Recém-Nascido

Peso do recém-nascido: Anotou-se o peso em gramas no momento do nascimento ou até 12 horas e dividiram-se os recém-nascidos em abaixo de 2.500g, entre 2.501g a 4.000g e acima de 4.000g.

Altura do recém-nascido: Foi anotada em centímetros, sendo os recém-nascidos subdivididos em inferior a 46cm, entre 46 e 55cm e acima de 55cm.

Apgar no primeiro minuto: O teste de Apgar era efetuado ao primeiro minuto de vida do recém-nascido e dividido em valores inferior e superior a sete.

Apgar no quinto minuto: Anotou-se o valor do teste de Apgar ao quinto minuto de vida do recém-nascido, e dividiu-se em dois grupos, com valores abaixo de sete e acima ou igual a sete.

Malformações congênitas: Foram consideradas presentes quando haviam: acrania ou anencefalia, hidrocefalia, meningocele, cardiopatia congênita, mongolismo, onfalocele, lábio leporino e outras.

Foram consideradas ausentes, quando tais ocorrências não estavam presentes.

Morbidade neonatal: Investigou-se somente quando houve certeza do diagnóstico e dividiu-se em presentes e ausentes.

Ausentes quando o recém-nascido não apresentava qualquer morbidade até o momento da alta. Em relação a icterícia fisiológica não se considerou no presente estudo os recém-nascidos que tiveram icterícia leve; foram aqueles com valores séricos de bilirrubina dentro da faixa de normalidade.

Presentes quando os recém-nascidos eram portadores de icterícia patológica, síndrome de dificuldade respiratória, coagulopatia, septicemia, anomalias neurológicas congênitas, hemorragias cérebro-meníngeas, incompatibilidade ABO, doença hemolítica, trauma obstétrico e ou neonatal, hipoglicemia e hipocalcemia.

Dados gestacionais

Toxemia: Investigou-se a ocorrência de toxemia, considerando as pacientes sem a doença, aquelas cujos níveis tensionais estavam normais e ou sem outros sinais de toxemia; as com diagnóstico de toxemia englobavam aquelas com hipertensão leve, ou moderada com sinais de toxemia (edema e/ou proteimínia), hipertensão severa, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e eclâmpsia puerperal.

Doenças infecciosas: Pesquisou-se doenças infecciosas que ocorreram durante a gravidez; incluindo-se aquelas com doença presente tais como; toxoplasmose, tuberculose, infecção urinária, gonorréia, viroses e sífilis.

3.3- Análise Estatística

Inicialmente foram estudados os possíveis fatores que poderiam influenciar a gravidez não planejada, de forma univariada, mediante Teste de Qui-Quadrado (ARMITAGE, 1987). Posteriormente esses fatores foram analisados de forma conjunta, mediante a técnica de Regressão Logística (COX, 1970).

Os fatores associados significativamente à gravidez não planejada, obtidos pela análise de regressão, serviram de controladores do efeito produzido por estas gestações, tanto nos resultados perinatais quanto gestacionais. Novamente as diferenças encontradas entre os grupos, foram testadas pelo teste de Qui-Quadrado.

Para o desenvolvimento das metodologias acima descritas, foram utilizados os pacotes estatísticos: "Statistical Package for Social Sciences" e "Statistical Analysis System".

4 - RESULTADOS

4 - RESULTADOS

Serão apresentados sob a forma descritiva, de tabelas e gráficos. A tabela 1 demonstra o método utilizado na época em que houve a concepção.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS PACIENTES COM GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA SEGUNDO O MÉTODO UTILIZADO NA ÉPOCA DA CONCEPÇÃO

Método	Porcentagem
Gestágenos* suspensos por intolerância	43,2%.
Gestágenos* interrompidos por ocorrência de gestação	41,2%.
DIU retirado por não adaptação	2,2%.
Falha de DIU	2,4%.
Outros métodos anticoncepcionais interrompidos por inadaptação do casal**	8,8%.
Outros métodos anticoncepcionais interrompidos por falha **	1,6%.
(n)	(1341)

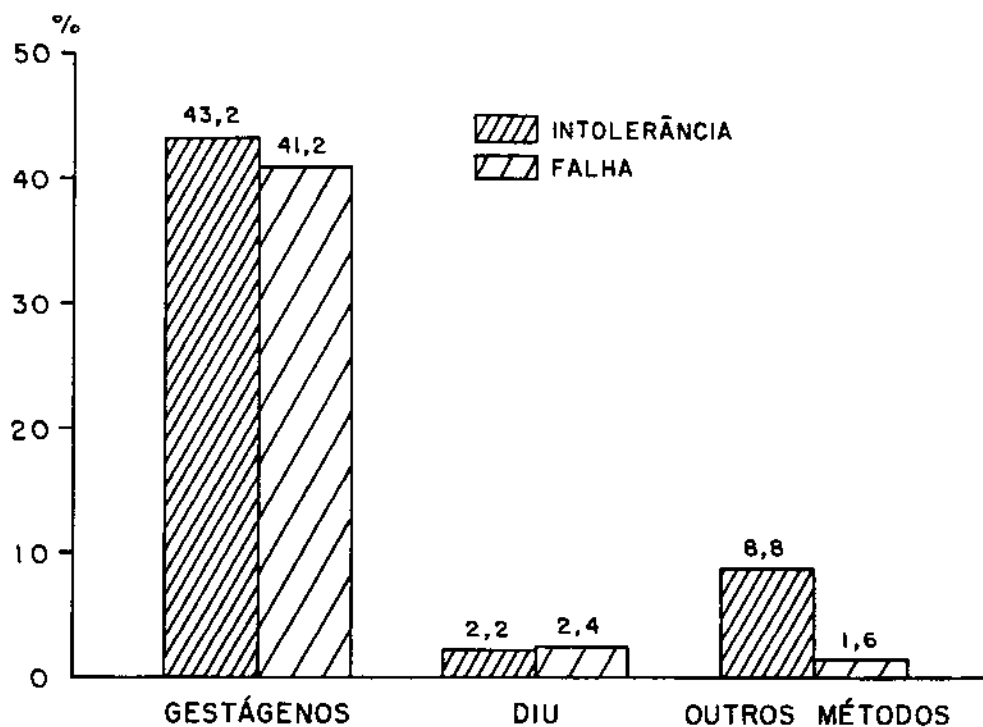
* - Anticoncepcional hormonal oral.

** -Incluem os métodos de barreira, do ritmo e hormonal injetável

Estes dados podem mais claramente observados no gráfico 1.

GRÁFICO 1

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS PACIENTES COM GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA SEGUNDO O MÉTODO UTILIZADO NA ÉPOCA DA CONCEPÇÃO



Na tabela 2 são avaliadas as influências das variáveis de identificação (estado marital, escolaridade, idade materna e número de partos anteriores) na gravidez não planejada.

TABELA2

DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CUJA GRAVIDEZ NÃO FOI PLANEJADA SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS

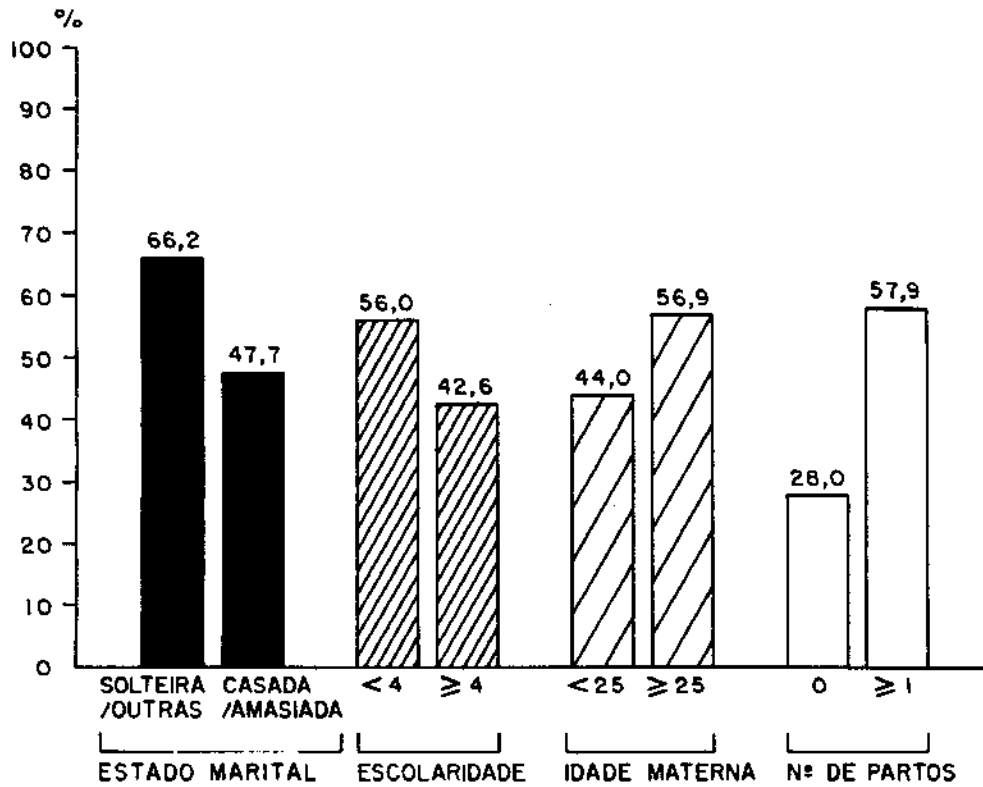
Variáveis	N	% gravidez não plan.	X²	P
ESTADO MARITAL				
solteira/outras	334	66,2	39,7	<0,0001
casada/amasiada	2328	47,7		
ESCOLARIDADE				
≤ 4 anos	1323	56,0	42,6	<0,0001
> 4 anos	1077	42,6		
IDADE MATERNA				
< 25 anos	1444	44,0	43,9	<0,0001
≥ 25 anos	1236	56,9		
Nº DE PARTOS				
0	710	28,0	186,9	<0,0001
≥ 1	1969	57,9		

Observou-se uma porcentagem significativamente maior de gravidez não planejada nas mulheres que viviam sem companheiro, que tinham uma escolaridade inferior ou igual à quatro anos, com idade de 25 anos ou mais e que declararam ter ao menos um parto anterior.

Os dados podem ser melhor visualizados no gráfico 2.

GRÁFICO 2

DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CUJA GRAVIDEZ NÃO FOI PLANEJADA SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS



Posteriormente foram estudados estes quatro fatores de identificação de forma conjunta, e sem associação com gravidez não planejada, mediante modelo de regressão logística, a fim de identificar quais os fatores que poderiam influenciar nos resultados. A análise mostrou que os únicos fatores significativamente associados foram estado marital e a paridade (tabela 3).

TABELA 3**FATORES SIGNIFICATIVAMENTE ASSOCIADOS A GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA**

FATORES	p	r
nº de partos	< 0,0001	0,269
estado marital	< 0,0001	0,123

O número de partos apresentou uma correlação direta com a gravidez não planejada: quanto maior a paridade maior a probabilidade de uma gravidez não planejada. No caso de estado marital, o grupo associado foi o das pacientes sem companheiro.

Como tanto a paridade como o estado marital influenciam a ocorrência de gravidez não planejada, todas as variáveis dependentes que apresentaram diferenças entre os dois grupos foram estudadas isoladamente e a seguir controladas por estes dois fatores.

Com respeito ao número de consulta de pré-natal, uma porcentagem significativamente maior de pré-natal inadequado foi observada nas pacientes que não programaram a gestação (40,5% / 29,8%) (tabela 4).

TABELA 4

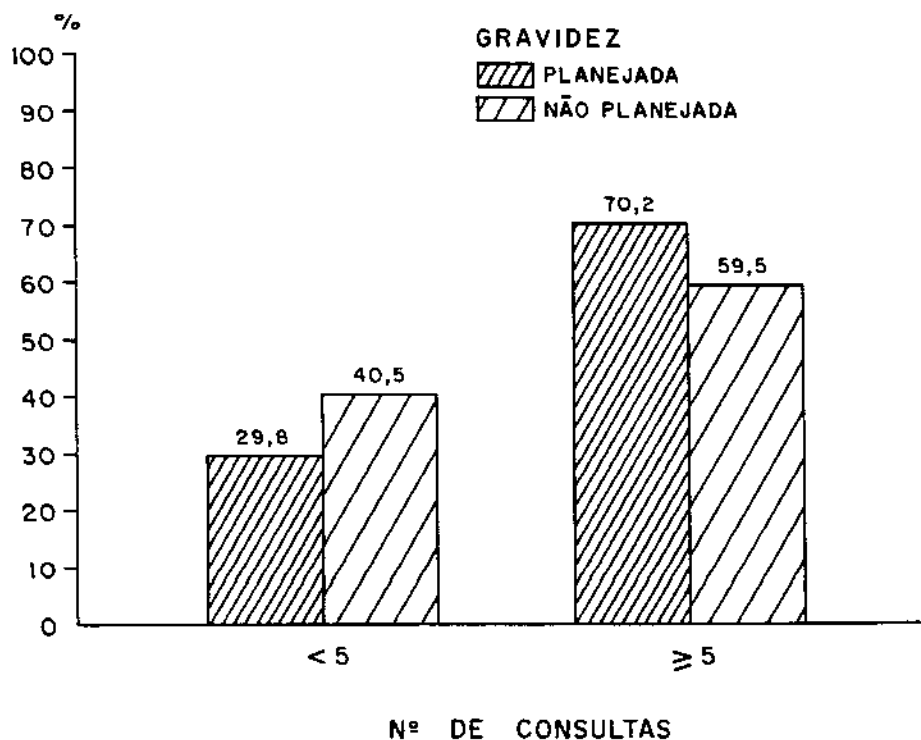
DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTAS E PLANEJAMENTO OU NÃO DA GRAVIDEZ

Nº Consultas	Gravidez	
	plan.	não plan.
< 5	29,8	40,5
≥ 5	70,2	59,5
(N)	(1342)	(1342)

$\chi^2 = 33,9$ $p < 0,0001$.

GRÁFICO 3

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTAS E PLANEJAMENTO OU NÃO DA GRAVIDEZ



$\chi^2 = 33,9$ $p < 0,0001$

Ao controlarmos os grupos por paridade (tabela 5) observou-se que a porcentagem de pré-natal inadequado continua significativamente maior nas mulheres com gravidez não planejada, tanto nas primigestas (37,7% vs. 25,0%) quanto nas múltíparas (41% vs. 32,9%).

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES COM MENOS DE 5 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL CONTROLADO POR PARIDADE

Nº de Consultas	Plan.		Não Plan.	
	Paridade		Paridade	
	0	1 ou +	0	1 ou +
< 5	25,0	32,9	37,7	41,0
≥ 5	75,0	67,1	62,3	59,0
(n)	(511)	(828)	(199)	(1141)

0 (P/NP) = 10,6 p = 0,0011

1 ou + (P/NP) = 13,3 p = 0,0003

Ao controlarmos por estado marital observou-se que entre as mulheres com companheiro, as que não programaram a gravidez apresentaram uma porcentagem significativamente maior de pré-natal inadequado (38,1% vs. 28,3%). Já entre o grupo de mulheres sem companheiro a porcentagem de pré-natal inadequado foi semelhante entre o grupo controle e de estudo (tabela 6).

TABELA 6**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES COM MENOS DE 5 CONSULTAS OU MAIS DE PRÉ-NATAL, CONTROLADA POR ESTADO MARITAL**

Nº de Consultas	Plan.		Não Plan.	
	Estado Marital		Estado Marital	
	Solteira	Casada	Solteira	Casada
< 5	46,0	28,3	52,9	38,1
≥ 5	54,0	71,7	47,1	61,9
(n)	(113)	(1217)	(221)	(1111)

sol (P/NP) = 1,2 p = 0,2794

cas (P/NP) = 24,8 p < 0.0001

Entre as mulheres que não planejaram a gestação houve uma porcentagem significativamente maior de fumantes durante a gravidez, como mostra a tabela 7.

TABELA 7**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO ANTECEDENTES DE TABAGISMO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ**

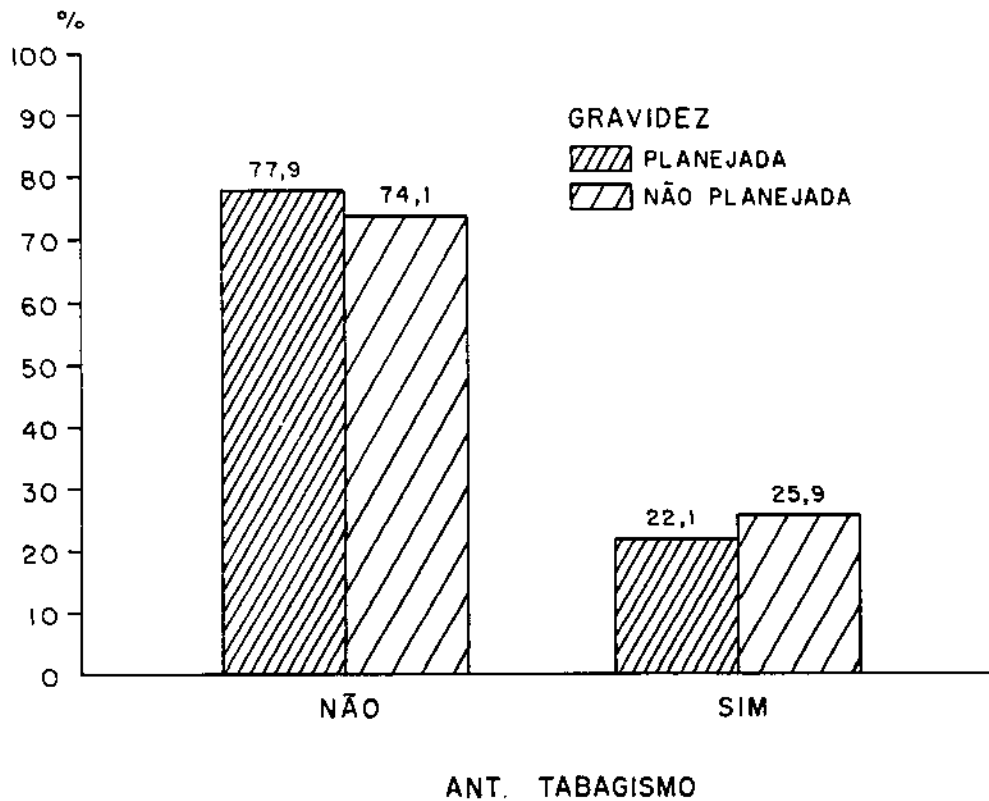
ant. tabagismo	gravidez	
	plan.	não plan.
não	77,9	74,1
sim	22,1	25,9
(N*)	(1206)	(1191)

$\chi^2 = 4,6$ p = 0,03282

* Faltou informação de 287 mulheres.

GRÁFICO 4

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO ANTECEDENTES DE TABAGISMO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ



$$x^2 = 4,6 \quad p = 0,03282$$

Quando controlamos por paridade percebe-se que a diferença anterior foi devida ao grupo de primigestas, pois entre as múltiparas não foram verificadas diferenças significativas de tabagismo durante a gravidez (tabela 8).

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES TABAGISTAS OU NÃO, CONTROLADA POR PARIDADE

Tabagismo	Plan. Paridade		Não Plan. Paridade	
	0	1 ou +	0	1 ou +
	não	82,8	75,0	73,6
sim	17,2	25,0	26,4	25,7
(n)	(453)	(752)	(174)	(1016)

0 (P/NP) = 6,2 p = 0,01303

1 ou + (P/NP) = 0,1 p = 0,78425

Quando controlamos por estado marital, não foram verificadas diferenças significativas nas porcentagem de tabagismo durante a gravidez, tanto no grupo de mulheres com companheiros como entre as que viviam sozinhas (tabela 9).

TABELA 9**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES TABAGISTAS OU NÃO, CONTROLADA POR ESTADO MARITAL**

Tabagismo	Plan.		Não Plan.	
	Estado Marital		Estado Marital	
	Solteira	Casada	Solteira	Casada
não	70,0	78,6	67,0	75,4
sim	30,0	21,4	33,0	24,6
(n)	(100)	(1094)	(197)	(986)

sol (P/NP) = 0,2 p = 0.69556

cas (P/NP) = 2,9 p < 0.0802

Notamos nos nossos resultados uma porcentagem significativamente menor de período de dilatação prolongado (> 12 horas) entre as pacientes do grupo de estudo (25,9% vs. 29,9%).

TABELA 10**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ**

dur. período dilat.	gravidez	
	plan.	não plan.
≤ 12	70,1	74,1
> 12	29,9	25,9
(N*)	(1243)	(1233)

$$X^2 = 5,1 \quad p < 0,03$$

* Faltou informação de 208 mulheres.

Quando controlamos por paridade não foram apreciadas diferenças significativas (tabela 11).

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES QUE APRESENTARAM PERÍODO DE DILATAÇÃO MAIOR OU MENOR QUE 12 HORAS, SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR PARIDADE

Duração do Período de Dilatação	Plan.		Não Plan.	
	Paridade		Paridade	
	0	1 ou +	0	1 ou +
≤ 12 horas	60,2	76,3	60,7	76,5
> 12 horas	39,8	23,7	39,3	23,5
(n)	(477)	(763)	(178)	(1053)

0 (P/NP) = 0,0 p = 0,97759

1 ou + (P/NP) = 0,0 p = 0,93982

A diferença observada na tabela 10 é devida ao encontrado na tabela 12; entre as mulheres que viviam com companheiro, as que não planejaram a gravidez apresentavam uma porcentagem significativamente inferior de período de dilatação prolongado (24,0% vs. 30,1%).

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES QUE APRESENTARAM PERÍODO DE DILATAÇÃO MAIOR OU MENOR QUE 12 HORAS, SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR ESTADO MARITAL

Duração do Período de Dilatação	Plan		Não Plan.	
	Estado Marital		Estado Marital	
	Solteira	Casada	Solteira	Casada
≤ 12 horas	69,6	69,9	70,3	76,0
> 12 horas	30,4	30,1	29,7	24,0
(n)	(102)	(1130)	(202)	(1023)

sol. (P/NP) = 0,0 p = 0,901
 4 cas. (P/NP) = 6,6 p < 0.0100

Quando estudamos os batimentos cardíaco-fetais (tabela 13) nossos resultados revelaram uma porcentagem significativamente maior de BCF anormal nas pacientes do grupo controle (12,8% vs. 9,5%).

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO BCF E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

BCF	Gravidez	
	plan.	não plan.
normal	87,2	90,5
anormal	12,8	9,5

$\chi^2 = 6,9$ $p < 0,00846$

* Faltou informação de 52 mulheres.

Quando controlamos por paridade, não foram verificadas diferenças significativas (tabela 14).

TABELA 14

PORCENTAGEM DE APARECIMENTO DE BCF NORMAL E ANORMAL EM PARTURIENTES COM GRAVIDEZ PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR PARIDADE

BCF	Plan.		Não Plan.	
	Paridade		Paridade	
	0	1 ou +	0	1 ou +
Normal	82,7	90,0	84,8	91,5
Anormal	17,3	10,0	15,2	8,5
(n)	(504)	(811)	(197)	(1115)

0 (P/NP) = 0,3 $p = 0,59173$

1 ou + (P/NP) = 1,0 $p = 0,30611$

Ao controlarmos por estado marital verifica-se que a diferença observada na tabela 13 foi devida as mulheres com companheiro e que tinham planejado a gravidez (tabela 15).

TABELA 15

PORCENTAGEM DE APARECIMENTO DE BCF NORMAL E ANORMAL EM PARTURIENTES COM GRAVIDEZ PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR ESTADO MARITAL

BCF	Plan.		Não Plan.	
	Estado Marital		Estado Marital	
	Solteira	Casada	Solteira	Casada
Normal	82,9	87,7	88,5	90,8
Anormal	17,1	12,3	11,5	9,2
(n)	(111)	(1195)	(218)	(1087)

sol. (P/NP) = 1,6 p = 0,21053

cas. (P/NP) = 5,4 p = 0,02065

Quando estudamos a analgesia no período de dilatação, na nossa estatística houve uma necessidade significativamente maior de analgesia no período de dilatação nas pacientes que planejaram a gestação (tabela 16).

TABELA 16**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO ANALGESIA NO PERÍODO DE DILATAÇÃO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ**

analgesia no período de dilatação	gravidez	
	plan.	não plan
sem	71,4	83,8
com	28,6	16,2
(n)	(1338)	(1339)

$$\chi^2 = 58,7 \quad p < 0,0001$$

* Faltou informação de 7 mulheres.

Ao controlarmos por paridade, observamos que a diferença anterior foi devida as mulheres múltiplas que programaram a gestação (tabela 17).

TABELA 17

**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE PARTURIENTES QUE FORAM
SUBMETIDAS A ANALGESIA OU NÃO NO PERÍODO DE
DILATAÇÃO SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO,
CONTROLADO POR PARIDADE**

Analgesia	Plan.		Não Plan.	
	Paridade		Paridade	
	0	1 ou +	0	1 ou +
Sem	48,8	85,6	48,5	89,9
Com	51,2	14,4	51,5	10,1
(n)	(508)	(827)	(198)	(1139)

0 (P/NP) = 0,0 p = 1,0

1 ou + (P/NP) = 8,0 p = 0,00464

Quando controlamos por estado marital observa-se que a maior porcentagem de analgesia ocorreu no grupo de mulheres com companheiros que planejaram a gravidez (tabela 18).

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE PARTURIENTES QUE FORAM SUBMETIDAS OU NÃO A ANALGESIA NO PERÍODO DE DILATAÇÃO SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR ESTADO MARITAL

ANALGESIA	Plan.		Não Plan.	
	Estado Marital		Estado Marital	
	Solteira	Casada	Solteira	Casada
Sem	74,1	71,2	76,8	85,0
Com	25,9	28,8	23,2	15,0
(n)	(112)	(1214)	(220)	(1109)

sol. (P/NP) = 0,2 p = 0,68151

cas. (P/NP) = 63,7 p < 0,0007

Quando estudamos a forma de término de parto nossos dados revelam uma porcentagem significativamente maior de partos não espontâneos, entre as pacientes do grupo controle (51,1% vs. 36,8%) (tabela 19).

TABELA 19

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO FORMA DE TERMINO DO PARTO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

forma de termino do parto	gravidez	
	plan.	não plan.
espontaneo	48,9	63,2
ñ espontaneo	51,1	36,8
(N*)	(1340)	(1341)

$\chi^2 = 54,9$ $p < 0,0001$

* Faltou informação de 3 mulheres.

Ao controlarmos por paridade, as mulheres múltiparas que planejaram a gravidez apresentaram uma quantidade significativamente maior de partos não espontâneos (tabela 20).

TABELA 20

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE PARTOS ESPONTÂNEOS OU NÃO SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR PARIDADE

Forma de Parto	Plan.		Não Plan.	
	Paridade		Paridade	
	0	1 ou +	0	1 ou +
Espontâneo	26,7	62,6	34,2	68,2
Não Espontâneo	73,3	37,4	65,8	31,8
(n)	(510)	(827)	(199)	(1140)

0 (P/NP) = 3,6 $p = 0,05863$

1 ou + (P/NP) = 6,3 $p = 0,01239$

Ao controlamos por estado marital, as mulheres que viviam com companheiro e que planejaram a gravidez apresentaram uma quantidade significativamente maior de partos não espontâneos (tabela 21).

TABELA 21

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE PARTOS ESPONTÂNEOS OU NÃO, SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR ESTADO MARITAL

Forma de Parto	Plan.		Não Plan.	
	Estado Marital		Estado Marital	
	Solteira	Casada	Solteira	Casada
Espontâneo	51,8	48,7	62,7	63,1
Não Espontâneo	48,2	51,3	37,3	36,9
(n)	(112)	(1126)	(220)	(1111)

sol. (P/NP) = 3,2 p = 0,07206
cas. (P/NP) = 48,3 p < 0,0001

Ao analisarmos o índice de Apgar no primeiro minuto, houve porcentagem significativa maior de Apgar baixo (<7), no grupo controle (tabela 22).

TABELA 22

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO APGAR NO PRIMEIRO MINUTO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

Apgar 1'	Gravidez	
	plan.	não plan.
< 7	12,2	9,1
≥ 7	87,8	90,9
(n*)	(1329)	(1323)

$\chi^2 = 6,5$ $p = 0,01101$

* Faltou informação de 32 mulheres.

Quando controlamos por paridade, não foram observados diferenças significativas (tabela 23).

TABELA 23

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE APGAR MENOR OU MAIOR QUE 7 NO PRIMEIRO MINUTO EM RN SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR PARIDADE

Apgar 1	Plan.		Não Plan.	
	Paridade		Paridade	
	0	1 ou +	0	1 ou +
< 7	14,9	10,5	11,1	8,7
≥ 7	85,1	89,5	88,9	91,3
(n)	(509)	(817)	(198)	(1123)

0 (P/NP) = 1,4 $p = 0,23062$

1 ou + (P/NP) = 1,6 $p = 0,20865$

Ao controlarmos por estado marital (tabela 24) observamos que a diferença encontrada na tabela 22 foi devida às mulheres que viviam com companheiros e que planejaram a gravidez, pois elas apresentavam uma porcentagem significativamente maior de apgar baixo (<7).

TABELA 24

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE APGAR MENOR OU MAIOR QUE 7 NO PRIMEIRO MINUTO EM RN, SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO, CONTROLADA POR ESTADO MARITAL

Apgar 1	Plan.		Não Plan.	
	Estado Marital		Estado Marital	
	Solteira	Casada	Solteira	Casada
< 7	17,1	11,8	10,6	8,9
≥ 7	82,9	38,2	89,4	91,1
(n)	(111)	(1206)	(218)	(1095)

sol. (P/NP) = 2,3 p = 0,13031

cas. (P/NP) = 4,9 p < 0,02633

As próximas variáveis foram estudadas somente isoladas pois não apresentaram diferenças significativas, não necessitando por este motivo, serem controladas por paridade e estado marital.

Quando estudamos o apgar no 5º minuto, observamos que não houve diferença significativa entre os dois grupos (tabela 25).

TABELA 25**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO APGAR NO 5º MINUTO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ**

Apgar 5'	Gravidez	
	Plan.	Não plan.
< 7	3,3	2,6
≥ 7	96,7	97,4
(n*)	(1329)	(1330)

$$X^2 = 0,8 \quad p = 0,35907$$

* Faltou informação de 25 mulheres

Ao avaliarmos a ocorrência de baixo peso ao nascer não encontramos diferença significativa entre os dois grupos (tabela 26).

TABELA 26**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO PESO DO RECÉM NASCIDO E PLANEJAMENTO DE GRAVIDEZ**

Peso	Gravidez	
	Plan.	Não plan.
< 2500	4,8	5,7
≥ 2500	95,2	94,3
(n*)	(1273)	(1262)

$$X^2 = 0,8 \quad p = 0,35707$$

* Faltou informação de 149 mulheres.

OBS: Os recém nascidos com idade inferior a 37 semanas foram excluídos.

O mesmo pode ser observado com o estudo da altura dos recém-nascidos (tabela 27).

TABELA 27**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DA ALTURA DOS
RECÉM-NASCIDOS E PLANEJAMENTO DE GRAVIDEZ**

Altura	Gravidez	
	Plan.	Não plan.
< 46 cm	7,0	7,3
≥ 46 cm	93,0	92,7
(n*)	(1307)	(1316)

$\chi^2 = 0,1$ n.s.

* Faltou informação de 60 mulheres.

A avaliação de ocorrência de malformações congênitas também não foi diferente entre os dois grupos (tabela 28).

TABELA 28**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO MALFORMAÇÃO CONGÊNITA E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ**

Malformação Congênita	Gravidez	
	Plan.	Não plan.
sem	97,0	97,8
com	2,7	2,2
(n*)	(1312)	(1317)

$X^2 = 0,8$ n.s.

* Faltou informação de 55 mulheres.

A morbidade neonatal também não mostrou diferença entre os dois grupos.

TABELA 29**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DE MORBIDADE NEONATAL SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA OU NÃO**

morbidade	Gravidez	
	Plan.	Não plan.
sem	79,2	81,6
com	20,8	18,4
(n)	(1306)	(1311)

$x = 2,5$ n.s.

Detectou-se também a ocorrência de toxemia durante a gestação e encontramos uma porcentagem semelhante nos dois grupos (tabela 30).

TABELA 30

PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE TOXEMIA, SEGUNDO SE A GRAVIDEZ FOI OU NÃO PLANEJADA

Ant. Toxemia	Gravidez	
	Plan.	Não plan.
não	90,8	90,7
sim	9,2	9,3
(n*)	(1327)	(1323)

$X^2 = 0,0$ n.s. $p = 0,98021$

* Faltou informação de 34 mulheres.

A ocorrência de infecções durante a gestação também foi semelhante nos dois grupos conforme mostra a tabelas 31.

TABELA 31

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO ANTECEDENTE DE INFECÇÕES E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

Ant. Infecções	Gravidez	
	Plan.	Não plan.
não	95,1	95,5
sim	4,9	4,5
(n*)	(1326)	(1323)

$\chi^2 = 0,2$ n.s. $p = 0,65488$

* Faltou informação de 35 mulheres.

5 - DISCUSSÃO

5 - DISCUSSÃO

Sempre houve uma grande preocupação com a ocorrência de uma gravidez não planejada, principalmente nos dias atuais, onde um filho pode representar uma grande realização pessoal e ao mesmo tempo, uma enorme responsabilidade.

Para as famílias pertencentes a um nível socioeconômico mais baixo, os custos acarretados com a nutrição, educação e a profissionalização de uma criança podem trazer sérios problemas; até mesmo naquelas famílias onde as condições econômicas são melhores, vemos no dia a dia o quanto é difícil proporcionar aos filhos a educação que se considera como a ideal. Segundo MACKLIN (1989), três princípios morais e éticos regem o manuseio com a gravidez não planejada: a garantia ao direito de liberdade de ação, o princípio de se conseguir o melhor para o maior número de pessoas e o acesso a bons serviços de saúde para todos.

Duas afirmações corroboram o pensamento de que a gravidez deva ser planejada: "a saúde materna é melhor quando existe espaçamento entre as gestações" e que "em famílias pequenas desenvolvem-se crianças com melhor ganho intelectual". (WHO, 1975)

A literatura nos demonstra que na área psicoemocional as diferenças entre as crianças nascidas de mães que não planejaram a gestação e as das que desejavam engravidar podem ser dramáticas (MATEJECK, DYTRYCH, SCHULLER 1978).

As crianças apresentam um desenvolvimento psicossocial e capacidade de aprendizado pouco inferiores do que aquelas nascidas nas mesmas condições de saúde, mas de gravidezes planejadas; isto foi observado principalmente nas crianças do sexo masculino (FORSSMAN & THUWE 1981). Vale citar que estas conclusões decorreram de um estudo feito durante 21 anos em pessoas que nasceram de mulheres que tiveram seu pedido de aborto negado; verificou-se também que as diferenças aparecem precocemente e vão decrescendo com o evoluir da idade.

Atualmente, os contraceptivos são altamente eficazes, no entanto, todos têm um índice de falhas que determinam um acréscimo no número de mulheres que procuram os serviços de saúde com gestações não planejadas.

Por outro lado, a fecundidade cai onde os níveis educacional e de saúde são melhores (PINOTTI & FAUNDES 1988).

De fato, RANTAKALLIO & MYHRMAN (1990), confirmam os achados acima em dois estudos realizados na Finlândia, em 1966 e em 1985, mostrando uma queda da fertilidade de 81 para 59 por 1.000.

Os autores também comprovam a queda do número de gestações não desejadas de 12,2% para 1%, fato este explicado pelo desenvolvimento dos métodos anticoncepcionais e pela legalização do aborto que ocorreu naquele país.

O planejamento familiar tem sido a causa básica da transição demográfica e queda nas taxas de nascimento nos países da Europa.

É verdade que a falta de informação adequada tende a ser o fator mais importante na ocorrência de gestação não planejada nos países em desenvolvimento, enquanto que os fatores emocionais e pessoais parecem ser mais importantes nos países desenvolvidos.

De fato parece que o conhecimento sobre anticoncepção é relativamente vasto em países desenvolvidos; no entanto, falta motivação ou acesso ao seu uso (O.P.S.-1988).

O grande desenvolvimento dos métodos anticoncepcionais foi acompanhado, em muitos países, por uma queda acentuada na taxa de fecundidade, mas por outro lado, mesmo nos países onde isto ocorreu, nem sempre houve diminuição da taxa de gestação não planejada. Esta afirmação parece incompreensível pois esperar-se-ia exatamente o inverso.

Na verdade, o grande estímulo à pesquisa anticoncepcional, tanto no âmbito laboratorial, quanto na orientação por métodos naturais, não atingiu os objetivos esperados.

Ao se analisar a literatura, percebe-se que a incidência de gestações não programadas varia entre 28,5% (Viel, 1988) à 65% (NARAYANSINGH 1990). McCAMMON (1986) afirma que a gestação não planejada constitui uma epidemia nos Estados Unidos. A cada ano ocorrem mais de três milhões de gravidezes não planejadas e mais do que um milhão e meio terminam em abortos induzidos.

O problema é maior, e mais grave, no mundo subdesenvolvido. Em estimativa feita em 1989, aproximadamente 500.000 mulheres do Terceiro Mundo morrem a cada ano em consequência de gravidez, parto ou puerpério. Delas, cerca de 200.000 são consequência de abortos induzidos em más condições ou praticados por pessoal não qualificado, (ROYSTON & FERGUSON 1989).

Outras milhares de mulheres sofrem graves consequências para sua saúde como a infertilidade decorrente de obstruções tubárias, advindas de abortos clandestinos ou realizados sem os mínimos cuidados. (ROMANELLO,1992). Outras gestações não planejadas são levadas até o termo com sérias consequências emocionais e físicas para as mulheres e suas crianças(RANTAKALLIO & von WENDT, 1986).

NARAYANSINGH (1990) demonstra que entre mulheres de Trinidad atendidas no sistema de saúde, 67% das gestações não eram planejadas, e ao se analisar este dado entre as adolescentes observou que esta cifra atinge 83,4%.

Em nosso material, 27,8% das mulheres faziam uso de algum método anticoncepcional no período correspondente ao início da gestação, sendo considerado que se tratava de gravidezes não planejadas, o que corresponde às taxas relatadas na literatura. Deve-se, no entanto, levar em consideração que mais de 5000 mulheres (aproximadamente 50%) em nosso estudo, relatavam não usar métodos anticoncepcionais e entre elas não se pode identificar aquelas que não planejaram a gestação, o que nos faz supor que a incidência de gestações não programadas em nosso meio, deve ser maior do que as taxas mundiais.

Outro fator que se deve ter em mente é a frequência de abortos provocados em nosso país, fato que supomos ocorrer em grandes proporções mas que não dispomos de dados estatísticos concretos de avaliação.

Já afirmamos que os contraceptivos são altamente eficazes; no entanto, todos têm um índice de falhas que determinam um acréscimo no número de mulheres que nos procuram com gestação não planejada.

Tentando avaliar a gestação não planejada no nosso meio e procurando detectar as interferências do fato no desenvolvimento gestacional e no parto, constatou-se que os nossos resultados revelam alta taxa de descontinuação de uso de gestágeno por intolerância ou falha do método (aproximadamente 83%). Esta alta taxa pode indicar uma grande falta de orientação dessas mulheres, principalmente pelo sistema de saúde. PETTA (1992) relata alta incidência de fatores de riscos em usuárias de anticoncepcional oral, indicando que a orientação quanto ao uso, apesar de existente, é deficitária. Até hoje a anticoncepção não faz parte dos serviços públicos de maneira eficaz. São exceções, nos currículos de formação médica no Brasil, aulas teóricas e práticas em planejamento familiar, fato que só ocorre nas especializações médicas e mesmo assim, em algumas escolas de medicina.

Sabe-se, no entanto, que o gestágeno oral é um dos métodos mais difundidos no país, seguido pela esterilização tubária (FAUNDES & PINOTTI, 1988) e que este método é prescrito por qualquer médico e infelizmente até por farmacêuticos que não têm a mínima formação para discutir com as pacientes as formas corretas de uso e os possíveis efeitos colaterais que poderiam ser suportados se houvesse esclarecimento prévio. Isto, portanto, gera alta taxa de abandono do método e o alto índice de falha no nosso meio. Os métodos naturais e de barreira, que no nosso país são pouco utilizados, ao contrário dos países de Primeiro Mundo, parece-nos ter na falta de orientação e eficácia as causas para sua reduzida popularidade.

Ao nos reportarmos à literatura encontra-se o trabalho de ANDERSON, MORRIS & GESCHE (1977), que referem 42,5% de falha contraceptiva de modo geral. Destas, 12% se relacionavam ao contraceptivo oral, 2,3% ao DIU, 6,4% ao condom, 11,1% às geléias espermicidas e 7,2% ao métodos do ritmo; os autores analisam que a taxa de falha

e de gestação não programada está mais associada ao baixo nível sócioeconômico das mulheres. WIELANDT & HANSEN (1989) citam que aproximadamente um terço da falha de contracepção se deve ao condom e que 43,6% das mulheres que engravidaram sem programar a gestação se encontravam na pausa do uso de anticoncepcional oral, mostrando que a antiga recomendação de interrupção no uso é frequentemente causadora de ocorrência de gestações não planejadas, principalmente em adolescentes. Outra causa importante de falha pode ser observada com o uso do anticoncepcional de baixa dosagem, onde o esquecimento da ingestão de dois ou mais comprimidos pode comprometer a sua eficácia

Esta pode ser ainda uma outra justificativa para as nossas elevadas taxas de falha com o uso do gestágeno

Os nossos resultados de falha ou inadaptação ao DIU coincidem com a literatura mundial. (WHO, 1987).

Ao se procurar identificar e descrever qual seria o grupo de mulheres que engravidaram sem planejar, nossos resultados mostraram que o grupo de estudo era constituído em sua maioria por mulheres solteiras, vivendo sem um companheiro, com baixa escolaridade e com mais de 25 anos de idade.

Ao compararmos estes dados com os da literatura, nota-se que ANDERSON e cols. (1977) referem maior ocorrência de gestação não planejada em mulheres de baixa escolaridade; WIELANDT & HANSEN (1989), estudando especificamente as adolescentes, relatam que a gestação não programada ocorreu mais frequentemente entre as jovens casadas ou que viviam com um companheiro, o que poderia ser explicado pela maior frequência coital. Em nosso estudo este fato não ocorreu e as mulheres que engravidaram sem planejamento, eram na sua maioria, solteiras.

KABIR (1989) relata que as mulheres que referem não ter planejado a gestação são, na sua maioria, jovens, solteiras e que iniciaram sua vida sexual precocemente, independentemente de serem ricas ou pobres ou procedentes de centros urbanos ou rural.

CUCHACOVICH & VARGAS (1986) ao descreverem sua população de estudo, referem que a maioria era constituída por mulheres casadas de baixa escolaridade.

MACCAMMON (1986) notou que as mulheres que pertencem à classes sociais mais baixas e com menor nível educacional, são as de mais alto risco para apresentarem gestação indesejada. WHILE (1990) relaciona a ocorrência maior de gestação não planejada, nos casais onde não existe estabilidade entre os cônjuges e o companheiro não tem bom nível ocupacional.

ABRAHAM e cols. (1987) apontam em seus estudos que, entre as mães solteiras, havia uma maior porcentagem de gestações não programadas; quando os autores analisavam estas gestações e comparavam com um grupo de gravidezes planejadas, não encontraram diferença significativa em relação a idade materna e ao nível educacional.

WHILE (1990) afirma que existe maior incidência de gravidez não planejada entre as mais jovens. Já ARANCIBIA e cols. (1989) referem existir uma tendência à maior idade materna entre os filhos de gestações não planejadas. RANTAKALLIO & MYHRMAN (1990) observaram que a idade média das mulheres que desejavam engravidar havia mudado de 25 anos em 1966 para 29 anos em 1986. A análise mais detalhada nos dois períodos mostrou que a porcentagem de gestações desejadas também variava com a paridade, classe social e estado marital.

LOVEL& ANTWI (1984) relatam que 76% das grávidas adolescentes tinham mães que haviam concebido na adolescência. Destas jovens mães, somente 8% referiam terem planejado a gestação.

Estes dados não coincidem com os nossos onde demonstramos que as nossas mulheres correspondem na sua maioria a idade de 25 anos ou mais. Talvez isto se deva ao grande índice de abortos em nossas adolescentes, dado este que não possuímos e que seguramente deve interferir nesta análise. VITIELLO (1988) chama a atenção para o grande número de pacientes adolescentes de clínica privada que buscam no abortamento provocado a solução para uma gravidez não planejada. A nossa constatação de ocorrência de gestações não planejadas em mulheres com 25 anos ou mais, parece refletir a situação de dificuldade econômica vivida pela nossa população, pois, estas mulheres já tendo os filhos que desejam, rejeitam a idéia de uma nova gravidez. Em relação aos dados gestacionais, de parto e perinatais, a análise dos nossos resultados nos surpreendeu, pois os poucos trabalhos existentes na literatura que analisaram algumas destas variáveis por nós estudadas mostram um pior desempenho nas gestações e partos das mulheres que não planejaram a gravidez, fato semelhante aos nossos achados em uma primeira análise. Muitas das variáveis inicialmente mostravam diferenças significativas; ao se proceder a análise múltipla por regressão logística, estas diferenças desapareceram.

Quando iniciamos o trabalho, a idéia era simplesmente analisar a gravidez não planejada, comparando-a com a planejada esperando-se encontrar um desempenho pior da primeira, em função da provável rejeição materna. Tal desempenho, no entanto, poderia ser influenciado por algumas variáveis que seriam as verdadeiras responsáveis pelos resultados encontrados.

Frente a esta observação resolvemos buscar, através de uma análise múltipla por regressão logística, os fatores influenciadores dos resultados, e a partir do momento que passamos a controlar os resultados por estes fatores, as diferenças, na maioria das

variáveis, desapareceram. Os fatores significativamente associados à gravidez não planejada foram o número de partos e o estado marital.

Restaram somente como dados que denotaram diferença significativa, o número de consultas de pré-natal e a ocorrência de tabagismo.

Ao se estudar o comportamento das pacientes em relação ao número de consultas no pré-natal, pode-se entender que as que não planejaram a gravidez apresentam certa resistência para iniciá-lo e, desta forma, compareceram a um número inadequado de consultas até o parto.

VIEL (1988) relata também que as mulheres que não desejavam engravidar, iniciaram tardiamente o controle pré-natal.

A mesma afirmação é feita por CARTWRIGHT (1988). No seu entender, as mulheres que não tinham a intenção de engravidar, iniciaram o pré-natal por volta da 18^ª a 20^ª semana de gestação, na maioria dos casos. Estes dados foram confirmados por ARANCIBIA e cols. (1988).

Estes resultados se assemelham aos nossos, e são facilmente compreendidos, visto que as mulheres que não pretendem engravidar, demoram para aceitar a gestação e apresentam grande rejeição a assumir um comportamento ideal esperado, de controle gestacional. A presença do companheiro parece trazer segurança e apoio a estas mulheres, fazendo com que através do início precoce do pré-natal, demonstrem uma mais rápida aceitação da gestação, mas, mesmo as casadas que não desejavam a gravidez fizeram menos consultas de pré-natal.

Assumir sozinha uma gestação não planejada é tarefa árdua, e a decisão de escolher entre o pré-natal e o aborto pode trazer dramas psicoemocionais muito mais difíceis de se lidar quando se faz sem o apoio do pai da criança.

Quando se avalia outras características do grupo de estudo, vemos que entre as mulheres que não planejaram a gestação houve uma porcentagem significativamente maior de fumantes. Este dado coincide com os de ARANCIBIA e cols(1989) e os de CARTWRIGHT(1988).

A justificativa para tal achado talvez seja a ansiedade destas mulheres que as levam a manter o hábito de fumar durante toda a gestação, apesar da orientação dada durante o pré-natal recomendando o contrário. As primigestas apresentaram maior porcentagem de tabagismo, demonstrando talvez maior desinformação quanto às consequências do fumo na gravidez

A ansiedade por sua vez, não se faz mais presente entre as solteiras, pois o número de fumantes entre as mulheres que não planejaram a gestação é semelhante entre as solteiras e as que viviam com companheiro. Ao se avaliar a duração do período de dilatação, identifica-se surpreendentemente um tempo menor entre as que não planejaram a gestação. Este fato também pode ser entendido se analisarmos pelo prisma da grande interferência da paridade pois existem mais múltiparas neste grupo. Contrariamente ao esperado, entre as casadas, as que planejaram a gestação foram as que apresentaram período de dilatação mais longo, mostrando que o fato de não se planejar a gestação não interfere neste dado.

A ausência de estudos na literatura referentes as variáveis de trabalho de parto, não nos permite comparação com os nossos dados.

Em contrapartida, nossos achados revelam uma necessidade de analgesia durante o período de dilatação, semelhante no grupo de estudo e de controle quando controlamos por paridade, mostrando que o não planejamento da gestação não interfere na necessidade de analgesia.

Em relação à presença de BCF anormal, houve ocorrência menor no grupo que não planejou a gestação. Entretanto quando controlamos este dado por paridade vemos que a ocorrência de BCF anormal é maior entre as primíparas, tendo elas planejado ou não a gravidez. Provavelmente encontramos maior frequência de alteração do BCF por termos maior número de primíparas entre as mulheres que planejaram a gestação.

Ao se analisar o tipo de parto, verifica-se que as pacientes que não planejaram a gestação, evoluíram em maior número para parto espontâneo, e quando controlamos por paridade, vemos que as múltiparas que haviam planejado a gravidez e eram casadas apresentaram maior número de partos não espontâneos; isto permite-nos supor que a ansiedade gerada com a gravidez não planejada não é capaz de alterar a forma de término de parto.

Outras variáveis gestacionais tais como, ocorrência de toxemia e de infecções não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos.

Como vemos, a gravidez não planejada não vem acompanhada de alterações gestacionais importantes que levem a patologias no parto ou nos resultados perinatais, embora estas mulheres façam menos consultas de pré-natal. Isto talvez possa ser explicado pelo fato de nosso grupo de estudo ter sido constituído de mulheres que se encontravam em uma faixa etária de baixo risco para complicações durante a gestação.

Em relação às variáveis do RN, não houve diferença entre os dois grupos, o que contraria alguns dados da literatura.

CARTWRIGHT (1988) relata ocorrer uma tendência a baixo peso entre os recém-nascidos das mulheres que não planejaram a gestação, excluindo-se aquelas tabagistas. VIEL (1988) relata a ocorrência de maior número de baixo peso ao nascer nestas mulheres, mas ressalta que este dado pode se relacionar ao nível socioeconômico e nutricional inferior, visto que seu grupo de estudo não era homogêneo.

O nosso material não apresentou diferença significativa, provavelmente por ser constituído de um grupo homogêneo.

Outro dado discordante, é a presença de malformações que, em nosso estudo foi semelhante nos dois grupos. HULTIN & OTOSSON (1971) relatam um aumento no risco de malformações no grupo que não tinha intenção de engravidar, achado reforçado pelos trabalhos de BLOMBERG(1980).

Não encontramos diferenças nas outras variáveis relacionadas ao recém-nascido.

No entanto, do ponto de vista social, o fato de se ter um filho não intencionado, pode gerar efeitos adversos para a mãe, para o RN, para o pai, para a família e para a sociedade de um modo geral. Para reduzir-se a importância dessas consequências, é necessário: informação, educação, assessoramento, serviços médicos e de atenção à saúde disponíveis e adaptados à nossa população.

RATNA (1989) nos lembra que a indução do aborto tem sido praticada pelas mulheres desde os primórdios da história, para terminar uma gravidez não planejada, sem

importar-se com a lei ou com os seus credos e religião. HIPOCRATES já recomendava que a grávida se submetesse a exercícios físicos violentos para que abortasse. Felizmente a ciência progrediu e desenvolveu métodos anticoncepcionais seguros e eficazes.

Apesar das estatísticas nacionais mostrarem uma queda na fertilidade das nossas mulheres (BERQUÓ - 1980) em consequência do maior uso de anticoncepcionais, em suas diferentes formas, o que vemos em uma região desenvolvida como Campinas é ainda um alto índice de gestações não planejadas. O que nos parece lógico é propor um planejamento familiar eficiente que transmita informações honestas e claras às mulheres, constituído por um grupo de profissionais gabaritados para tal. Isto seria um poderoso serviço de proteção à saúde tanto física como mental das mães e das crianças deste país.

Em 1978, o pastor protestante Robert Malthus publicou sua obra "Ensaio sobre o princípio da população". Neste ensaio, Malthus é contrário a que o Estado intervenha para incentivar o crescimento populacional e sugere que o indivíduo se submeta à abstinência sexual como único meio de diminuir a natalidade, para que não haja maior pobreza.

Na teoria antimalthusiana, essa situação de miséria e pobreza é que seria a causa do grande crescimento populacional, já que um maior número de filhos pode significar um aumento razoável na renda familiar, através da utilização do trabalho infantil, do subemprego e da exploração da mendicância.

A solução, portanto, está na implantação de uma série de reformas sociais e econômicas que possibilitem uma melhor distribuição de renda e, conseqüente elevação do padrão de vida de toda a população, com melhora do nível educacional, levando à uma atenção maior ao planejamento familiar de forma natural sem a ingerência do Estado. O nosso trabalho demonstra que não existe um desempenho pior nas gravidezes das mulheres que não as planejaram, ao contrário dos poucos trabalhos existentes na

literatura e muitos deles feitos em Primeiro Mundo. Talvez a falta de cuidado em isolar os fatores confundidores seja responsável por esta aparente discrepância.

Todas estas considerações nos levam a crer que grandes investimentos externos em planejamento familiar, a nível do nosso povo não seria a única solução.

Os maus resultados gestacionais e perinatais não são causados pelo fato da gravidez não ter sido planejada. Existem muitos outros fatores que interferem negativamente nestes resultados, tais como más condições de alimentação, higiene e educação precárias, próprias do nosso povo. Investimentos seriam muito proveitosos se dirigidos para a melhoria das condições educacionais e socioeconômicas de um modo geral, para que as nossas mulheres tenham condições de pensar, escolher e optar pelo seu futuro reprodutivo, sabendo que seus filhos seriam bem aceitos, recebendo da sociedade e do Estado condições de boa alimentação, educação e trabalho.

6 - CONCLUSÕES

6 - CONCLUSÕES

- 1- Das mulheres que deram à luz em nosso serviço a porcentagem das que engravidaram durante o uso de um método anticoncepcional, ou seja, sem planejarem a gestação foi de 27,8%.

- 2- A maioria das mulheres que não planejaram a gestação são solteiras ou vivem sem um companheiro, tem faixa etária superior a 25 anos, apresentam nível escolar inferior a quatro anos e tem uma ou mais gestações anteriores.

Estas mulheres fizeram pré-natal inadequado e são fumantes, em porcentagem superior ao grupo controle.

- 3- Das mulheres que não planejaram a gestação, 43,5% referiam interrupção do uso de gestágeno por intolerância e 41,2% por falha do método. A inadaptação ou falha do DIU foi de 4,6%. Os métodos naturais, de barreira e injetáveis foram associados a aproximadamente 10% das gestações.

- 4- Não encontramos diferenças significativas entre as variáveis gestacionais, de parto e do recém-nascido entre os dois grupos.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- ABRAHAMN, N.V.; EMHART,W.M.; CATENACCI, P.C.; GARCIA, K.C.; GOMEZ L.E.; GONZALEZ, M.R.; GUZMAN, S.M. - Hijos no deseados en el medio urbano: ensayo de una pauta de deteccion.**Bol.Hosp. "S.J. de Dios.,34:** 321-5,1987.
- ANDERSON, J.E.; MORRIS, L.; GESCHE,M. - Contraceptive use at time of conception for pregnancies resulting in unwanted births.**Contraception.,15:** 705-10,1977.
- ARANCIBIA, S.M.; VARGAS, C.N.; CALDERÓN, H.P; CANALES, R.P.;DELGONZÁLEZ, C.L.; GUZMAN, M.C.; MOLINA, A.A.; NAQUIRA, R.C.; SALGADO, M.C.; SÁNCHEZ, H.Y.; VEGA, G.N. - Hijos no deseado : incidencia y características en púerperas de un hospital de Santiago. **Rev. Chil. Pediatr.,60:** 107-11,1989.
- ARMITAGE, P. & BERRY, G. - In: **Statistical in medical research.**2. ed. Oxford, Blackwell. 1987. p.30-45.
- BERQUÓ,E.; OLIVEIRA,M.C.F.; CAMARGO,C.E.F. - A fecundidade em São Paulo: características demográficas, biológicas e socio-econômicos. **CEBRAP.** São Paulo, Brasileira de Ciências,1977.
- BERQUÓ,E. Pesquisa Nacional de Reproducao Humana.São Paulo, **CEBRAP**, 1980.
- BLONBERG,S. - Influence of maternal distress during pregnancy on fetal malformation. **Acta Psychiatr. Scand., 42:**405-17, 1980.
- BROOK,J.S.; NOMURA,C.; COHENP. - Prenatal, perinatal and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence. **Genet.Soc.Gen.Psychol. Monogr., 115:** 221-41, 1989.
- BROWN,S.S. - Drawing women into prenatal care. **Fam. Plann.Perspect. 21:** 73-80,1989.

- BUMPASS, L.L. & WESTOFF, C.F. - The perfect contraceptive population **Science.**, **169**: 1177-82.
- CARTWRIGHT, A. - Unintended pregnancies that lead to babies. **Soc. Sci. Med.**, **27**: 249-54, 1988.
- COX, P. K. In: **The analysis of binary data**. London, Methnenx Co. Ltd. 1970.
- CUCHACOVICH, R. & VARCAS, N. - Hijos no deseados en el medio rural urbano: ensayo de criterios de deteccion. **Rev. Chil. Pediatr.**, **57**: 359-61, 1986
- DAVID, H.P.; DYTRYCH, Z.; MATEJCEK, Z.; SCLULLER, V. Unwantedness: demographic and psychosocial perspective. **Born Unwanted**. Aviarum, PRAQUE, 1989. p23-30.
- FAÚNDES, A. & PINOTTI, J.A. - Uma análise crítica da contracepção no Brasil. **Femina** 16:775 - 778, 1988.
- FORSSMAN, H. & THUWE, I. - One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. **Actapsychiatr.scand.**, **42**: 71-8, 1966.
- FORSSMAN, H. & THUWE, I. - Continued follow-up study of 120 persons born after refusal of application for therapeutic abortion. **Actapsychiat.scand.**, **64**: 142-9, 1981.
- FRIEDMAN, H.L. - The health of adolescents : beliefs and behaviour on. **Scimed.**, **29**: 309-15, 1989.
- HULTIN, M. & OTOSSON, J.O. - Pregnancy and perinatal condition of unwanted children. **Acta Psychiat. Scand.** (suppl.221):59-76, 1971.
- KABIR, S.M. - Causes and consequences of unwanted pregnancy from Asian women's perspectives. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, (suppl.3):9-14, 1989.
- LADIPO, O.A. - Preventing and managing complications of induced abortion in third world countries. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, (suppl.3) : 21-8 1989.
- LESLIE-HARWIT, M. & MEHEUS, A. - Sexually transmitted disease in young people: the importance of health education. **Sex. Tran. Dis.**: 15-20, 1989.
- LOVEL, H. & ANTWI. - Yesterday's unwanted babies: today's teenager pregnancies. **Lancet**, **2** : 1036-7, 1987. (Abstract)
- MACKLIN, R. - Liberty, utility, and justice : an ethical approach to unwanted pregnancy. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, (suppl.3):37-9, 1989.
- MASHALABA, N.N. - Commentary on the causes and consequences of unwanted pregnancy from an African perspective. **Int. J. Gynecol Obstet.**, (suppl.3) : 15-9, 1989.
- MATEJCEK, Z.; DYTRYCH, Z.; SCHULLER, V. - Children from unwanted pregnancies. **Acta psychiat. scand.**, **57**: 67- 90, 1978.
- McCAMMON, R.E. - Unintended.; pregnancy : a U.S. problem. **J.Florida M.A.**, **73**: 760-2, 1986.
- MENNINGER, K. - Psychiatric aspects of contraception. **Bull Meninger clin.**, **7**:36-40, 1943.

- MYHRMAN,A. - Family relation and social competence of children unwanted at birth : a follow-up study at the age of 16. **Acta psychiatr. scand.**, **77**: 181-7,1988.
- NARAYANSINGH,G. - Las actitudes de las madres antillanas hacia los embarazos no planeados. **Boletim Médico de IPPF.**, **24**: 3-4,1990.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - **Fecundidade en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones.** Washington, D.C., 1988. 69 p.
- ORY, H.W.; FORREST,J.D.; LINCOLN,R.- **Making choices: evaluating the health risks and benefits of births control methods.** New York, Allan Guttmaker Institute, 1983, 72 p.
- PETTA, C.A. - **Associação entre o uso de anticoncepcional combinado oral e prevalência de fatores que contribuem para o risco de complicação durante seu uso.** Campinas, 1992 (Tese - Mestrado - Faculdade de Ciências Médica da Universidade de Campinas)
- PINOTTI, J. A. & FAÚNDES, A. - Os métodos anticoncepcionais não invasivos. **Femina**,16:769-772, 1988.
- PINOTTI, J. A. & FAÚNDES, A. - Unwanted pregnancy : challenges for health policy. **Int. J. Gynecol. Obstet.**,(supl.3):97-102,1989.
- RANTAKALLIO,P.& von WENDT,L. - Mental retardation and subnormality in a birth cohort of 12.000 children in Norther Finland.**Am. J.ment.defic.**, **90**: 380-7,1986.
- RANTAKALLIO,P.& MYHRMAN,A. - Changes in fertility and the acceptability of pregnancies in Northern Finland during the last 20.**Int.J.epidemiol.**,**19**: 109-14,1990.
- RATNA S. -Commentary on menstrual regulation as a health service: challenges in Indonesia.**Int. J. Gynecol. Obstet.** Suppl.3: 29-3, 1989.
- ROYSTON,E. & FERGUSON,J. - Coverage of maternity care : a critical review of available information. **World Health Stat Q** **38** : 267,1989.
- ROMANELLO , J. G.B. - **Fatores de risco para esterilidade tubárea.**Campinas, 1992. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- SABATINO, H. - Definições das variáveis. In: **Como simplificar a informatização de uma sala de parto.** Campinas, Editora da Unicamp, 1988. p. 73 - 139.
- SOPHOCLES Jr. A. & BROZOVICH, E. M. - Birth control failure among patients with unwanted pregnancies : 1982-1984. **J.fam pract.**,**22** : 45-8,1986.
- VIEL, B. - El deseo de embarazo y su influencia sobre la salud de la madre y del niño en el sector pobre de la ciudad de Santiago **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, **53**: 343-52,1988. [Nota Prévia]
- VIEL, B. - The risks of unwanted pregnancy: a latin American perspective. **IPPF Medical Bulletin.**, **23**: 13,1989.

- VILLARREAL, J. - Commentary on unwanted pregnancy, induced abortion and professional ethics : a concerned physician's point of view. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, (suppl.3) : 51-5, 1989.
- VISURI, E. - A Study of family planning : poverty and children. **Transactions of the Westermarck society**. Helsinki, 1969. 175 p
- VITIELLO, N. - Gestação em adolescentes de bom nível socioeconômico. in: **Coletânea sobre a Saúde Reprodutiva do adolescente brasileiro**. Publicado em cooperação com OPAS/OMS. Brasília, D.F., 1988. p.113 - 119.
- WHILE, A.E. - The incidence of unplanned and unwanted pregnancies among live births from health visitor records. **Child:care, health and development.**, **16**: 219- 26, 1990.
- WIELANDT, H. & HANSEN, U. M. - Sexual behavior, contraception and unintended pregnancy among young females. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **68** : 255-9, 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Organization of mental health services in developing countries**. Geneva, WHO, 1975. 41 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Mechanism of action safety and efficacy of intrauterine devices. **technical Report** , series 753, 91p., 1987.

* HERANI M. L. 7G. - **Normas para a apresentação de Dissertações e Teses**. -São Paulo, BIREME, 1990. 45p.

8 -ANEXO



FICHA OBSTÉTRICA - UNICAMP

HOME: _____ RESIDÊNCIA: _____ LOCAL DE NASCIMENTO: _____ PROCEDÊNCIA: _____

OBSTETRICAS: _____ OBSERVACOES: _____

QUANTIDADE DE PARTURAS: _____

CONVULSIVAS: _____

ALCOOLISMO: _____

LABORATORIOS: _____

Table with 12 columns and 10 rows for clinical data and observations.

Table with 12 columns and 10 rows for vital signs and other data.

Table with 12 columns and 10 rows for fetal and maternal data.

Form for patient identification and contact information.

UNICAMP ERISM - RUA DA FARMACIA, 153 - 13083-862 - CAMPUS - UNICAMP - SP

RECÉM NASCIDO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

OBSTETRICAS: _____ OBSERVACOES: _____

QUANTIDADE DE PARTURAS: _____

CONVULSIVAS: _____

ALCOOLISMO: _____

LABORATORIOS: _____

Table with 12 columns and 10 rows for clinical data and observations.

Table with 12 columns and 10 rows for vital signs and other data.

Table with 12 columns and 10 rows for fetal and maternal data.

Form for patient identification and contact information.

UNICAMP ERISM - RUA DA FARMACIA, 153 - 13083-862 - CAMPUS - UNICAMP - SP

CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE PARTO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

OBSERVAÇÕES

DEBITAÇÃO: _____

DATA: _____

LOCAL: _____

PROFISSIONAL: _____

INSTITUIÇÃO: _____

CODIFICAÇÃO DE DADOS DA DEBITAÇÃO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

ADMITIDA PARA PARTO DATA / / HORA

EXAME FÍSICO GERAL

Exame de genitais

EST. GERAL

PULSO PA T AXILAR

CABEÇA E PÊNCO

TÓRAX (Inspeção, coração, pulmões)

ALTURA

IMC DE

DISSERENÇA FONDERAL

DISSERENÇA FONDERAL

ABDOMEN

EXTREMIDADES

OUTROS DADOS

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO DATA / / HORA NATUREZA DA BOLSA DATA / / HORA ALTURA UTERINA

EXAME OBSTÉTRICO

NE B P R S

DINÂMICA

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO DATA / / HORA NATUREZA DA BOLSA DATA / / HORA ALTURA UTERINA

OUTROS DADOS

DIAGNÓSTICOS DE ADMISSÃO

PARTO HORA DIA MES ANO

DEBITAÇÃO

DATA

LOCAL

PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO

OBSERVAÇÕES

DEBITAÇÃO

DATA

LOCAL

PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO