

Vanessa Daniela Oliveira do Couto Barbosa Nº 15715

**Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde

Porto, 2009



Vanessa Daniela Oliveira do Couto Barbosa Nº 15715

**Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde

Porto, 2009

Vanessa Daniela Oliveira do Couto Barbosa Nº 15715

**Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional**

A aluna

---

Vanessa Daniela Oliveira do Couto Barbosa

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção de grau de licenciatura em Enfermagem.

## **SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS**

BSR/PF – Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar

*Cit in.* – Citado em

CLE – Curso da Licenciatura de Enfermagem

CN – Circular Normativa

DGS – Direcção Geral de Saúde

Ed. – Edição

IMC – Índice de Massa Corporal

MJD – Maternidade Júlio Dinis

nº - Número

N - População

p. – Página

pp. - Páginas

SPSS - Statistical Package and Social Science

UFP – Universidade Fernando Pessoa

## SUMÁRIO

A importância dos cuidados pré-concepcionais tem sido cada vez mais enfatizada nos últimos anos. De salientar que a consulta pré-concepcional tem demonstrado ser um factor determinante para um melhor prognóstico durante a gravidez e o parto.

O título desta monografia é “A Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional.

As questões de investigação são: “Qual a importância que as grávidas da Maternidade Júlio Dinis (MJD) conferem à consulta pré-concepcional?”, “Quais os factores que levam as grávidas da MJD a não frequentar as consultas pré-concepcionais” e “Qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional”. Tendo como objectivos: avaliar a importância que as grávidas da MJD conferem à consulta pré-concepcional; identificar os factores que levam as grávidas da MJD a não frequentar as consultas pré-concepcionais; determinar qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional. Para dar resposta às questões de investigação e aos objectivos foi desenvolvido um estudo do tipo quantitativo, descritivo e transversal. A amostra foi constituída por trinta grávidas que passavam em frente à MJD durante o mês de Junho de 2009.

Os resultados obtidos demonstram que, a maioria dos elementos da amostra estudada dão muita importância à consulta pré-concepcional. Contudo, apenas, um terço da população tem real percepção de todos os benefícios que esta consulta pode trazer. Em relação aos factores que levaram 18 destas mulheres a não terem consultas pré-concepcionais antes de engravidarem, 10 referiram não saber da existência dessas consultas e 8 referiram não frequentar por não terem planeado a gravidez. A situação laboral e a categoria profissional revelam ser factores que condicionam a adesão à consulta pré-concepcional. O estudo revelou uma necessidade de motivar e sensibilizar a população em idade fértil para os benefícios do planeamento de uma gravidez em geral e das consultas pré-concepcionais em particular.

## **ABSTRACT**

The preconceptional consultation importance has been increase emphasized in recent years. Note that preconceptional consultation has proved a determining factor for a better prognosis during pregnancy and childbirth

The title of this investigation project is “The importance attributed by the pregnant women of MJD about the Preconceptional Consultation”.

The investigation questions are: “How important is the preconceptional consultation to the pregnant women of MJD?”, “What are the factors that lead pregnant women of the MJD not attend the preconceptional consultation?” and “What is the perception of the pregnant women of MJD about the preconceptional consultation?”. The objectives of the study are: “Evaluate how important is the preconceptional consultation to the pregnant women of MJD”, “Identify the factors that lead pregnant women of the MJD not attend the preconceptional consultation” “Determine the perception of the pregnant women of MJD about the preconceptional consultation”.

The present study used a descriptive method, as part of a quantitative and transversal approach, involving a sample of 30 pregnant women who passed in front of MJD in June 2009.

The results show that most elements of the sample give much importance to pre-conception consultation. However, only one third of the population has real perception for all the benefits that this consultation may bring. About the factors that lead 18 of these women to didn't have the preconceptional consultation before they become pregnant, 10 reported that didn't know of the existence of such consultations and 8 refer that didn't have done it because they didn't planned the pregnancy. The laboral situation and professional category seems to be factors that conditioned the frequency in preconceptional consultations. In this study, is patent the necessity to show to the population the preconceptional consultation benefits.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a toda a minha família, a todos os meus amigos, ao meu namorado e, sobretudo, a todos aqueles que me ajudaram durante a sua realização e durante todos o percurso académico.

## **AGRADECIMENTOS**

À Enfermeira Alice Martins pela sua orientação durante a realização da monografia.

Também ao Enfermeiro José Manuel dos Santos e ao Doutor Sérgio Lira pelos ensinamentos prestados sobre a metodologia de investigação nas disciplinas de Estágio e Projecto de Graduação e Métodos e Técnicas de Investigação, respectivamente.

A todos os docentes que durante os quatro anos de curso mostraram dedicação e que tanto nos ensinaram.

À minha irmã pelo incentivo que me deu, não só na realização deste trabalho, como também durante toda a minha vida.

Aos meus pais por todo o amor que me deram e por tudo o me ensinaram, fazendo de mim a pessoa que sou hoje.

Aos meus amigos por todo o apoio e amizade compartilhados. Em especial às minhas amigas Ana Fernandes, Orlanda Cornélio e Sara Monteiro pela ajuda e incentivo que me deram nesta fase final.

Aos meus amigos Sara Valente, Patrícia Venâncio, Marco Veríssimo e Lino Pinto por serem aqueles que sempre me apoiaram em todas as horas durante estes 4 anos.

E ainda, ao meu namorado, que sempre escutou os meus desabafos, agradeço as palavras de carinho, o seu apoio e companheirismo que demonstrou durante toda esta fase.

A todos, o meu Muito Obrigado.

## ÍNDICE GERAL

I.	Introdução.....	15
II.	Fase Conceptual.....	17
1.	Tema.....	18
i.	Título.....	18
2.	Problema e Delimitação do Domínio.....	18
3.	Justificação do Tema.....	19
4.	Questões de Investigação.....	19
5.	Objectivos do Estudo.....	20
6.	Matriz Teórica.....	20
i.	Idade Materna.....	26
ii.	Doenças Crónicas e Infecciosas e Estado Imunológico.....	27
iii.	Agentes Teratogénicos.....	32
iv.	História Ginecológica e Obstétrica Prévia; Exames Laboratoriais e Exame Físico.....	33
v.	Hábitos Alimentares e Actividade Física.....	34

vi.	Álcool, Tabaco e Drogas Ilegais .....	36
vii.	Aconselhamento Genético.....	38
viii.	Suporte Familiar Durante o Período Pré-concepcional.....	39
ix.	Papel do Enfermeiro na Assistência Pré-concepcional .....	40
III.	Fase Metodológica.....	43
1.	Princípios Éticos .....	43
2.	Tipo de Estudo.....	45
3.	O Meio.....	45
4.	A População.....	46
5.	Amostra .....	46
6.	Processo de Amostragem .....	46
7.	Variáveis em Estudo.....	46
i.	Variável Atributo .....	47
8.	Pré-teste .....	47
9.	Instrumento de Colheita de Dados .....	47
IV.	Fase Empírica .....	49

1. Tratamento, Análise e Apresentação de Resultados.....	49
i. Caracterização da Amostra .....	50
ii. Consulta Pré-concepcional.....	58
2. Discussão de Resultados.....	67
V. Conclusão .....	72
VI. Bibliografia.....	74
VII. Anexos.....	78
<b>Anexo I - Cronograma</b> .....	79
<b>Anexo II- Questionário</b> .....	80
<b>Anexo III- BSR/PF</b> .....	81
<b>Anexo IV- Roda Dos Alimentos</b> .....	82

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Consulta pré-concepcional: avaliação de risco gestacional .....	25
Quadro 2 - Componentes do cuidado pré-concepção.....	42
Quadro 3 - Caracterização demográfica da população segundo idade, estado civil e escolaridade .....	51
Quadro 4 - Frequência referente ao concelho de residência.....	53
Quadro 5 - Ligação entre a frequência de mulheres que efectuaram a consulta pré-concepcional e das suas opiniões sobre quem deve realizar essa consulta .....	61
Quadro 6 - Ligação entre a frequência de mulheres que efectuaram a consulta pré-concepcional e a opinião sobre “quais os objectivos dessa consulta”.....	63
Quadro 7 - Ligação entre a frequência de mulheres que efectuaram a consulta pré-concepcional e das suas opiniões sobre a importância da consulta pré-concepcional ...	64
Quadro 8 - Ligação entre a frequência de mulheres que efectuaram a consulta pré-concepcional e grau de escolaridade, situação laboral, profissão, grupo etário, estado civil e nº de gravidezes .....	66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Situação laboral (frequência em %).....	52
Gráfico 2 - Categoria profissional (frequência em %) .....	53
Gráfico 3 - Frequência de gravidezes (incluindo a actual).....	54

Gráfico 4 - Frequência referente ao uso de contraceptivos antes da gravidez .....	55
Gráfico 5 - Frequência de consumos de álcool e tabaco .....	56
Gráfico 6 - Frequência de mulheres que já consumiu drogas ilícitas .....	56
Gráfico 7 - Frequência de gravidezes planeadas e desejadas .....	57
Gráfico 8- Frequência dos locais onde as mulheres estão a ser seguidas nesta gravidez	57
Gráfico 9 - Frequência de mulheres que tiveram consulta pré-concepcional.....	58
Gráfico 10 - Frequência referente aos locais onde foram realizadas as consultas pré-concepcionais.....	58
Gráfico 11 - Frequência de mulheres que foram aconselhadas pelo enfermeiro a frequentar a consultas pré-concepcionais .....	59
Gráfico 12 - Frequência da razão de não terem frequentado as consultas pré-concepcionais.....	60
Gráfico 13 - Frequência de mulheres que referem que numa próxima vez frequentariam a consulta pré-concepcional.....	60
Gráfico 14 - Frequência sobre quem as grávidas acham que deveria efectuar a consulta pré-concepcional.....	61
Gráfico 15 - Frequência de respostas à questão "quais os objectivos da consulta pré-concepcional" .....	62
Gráfico 16 - Frequência da importância conferida pelas grávidas à consulta pré-concepcional.....	64

## I. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado como parte dos requisitos para a obtenção de grau de Licenciatura em Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa.

Como profissionais de enfermagem e no sentido de prestar cuidados de qualidade, o enfermeiro desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar e aprimorar os cuidados de enfermagem. Assim sendo, é importante a aquisição das bases sobre a realização de investigações. Segundo Collière (1999, p. 341)

“A investigação não pode contribuir para dar maior significação aos cuidados de enfermagem se não se mantiver próxima dos utilizadores dos cuidados e dos que os prestam, procurando-se com eles, estimulando-os, tornando-lhes acessíveis e utilizáveis os seus trabalhos (...) A investigação oferece-nos todo um leque de possibilidades. É o caminho em que nos embrenhamos que lhe dá significado e orienta a sua utilização.”

É com este intuito que realizamos este trabalho, na tentativa de contribuir para a evolução dos saberes em enfermagem, assim como, atender a uma necessidade dos utilizadores dos cuidados.

O tema abordado neste trabalho é: “A Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional”. Assim quando o tema foi escolhido, foi considerado um tema pertinente dado que segundo a circular normativa nº 2 da DGS (2006, p. 3):

“Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos dos factores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação podem ser detectados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide e, portanto, recorra à vigilância pré-natal. A avaliação pré-concepcional do risco é, assim, um aspecto cada vez mais importante dos cuidados pré-natais, apesar de – ou exactamente por isso – estarmos na era da terapêutica fetal e das técnicas diagnósticas invasivas.”

De salientar que a consulta pré-concepcional tem demonstrado ser um factor determinante para um melhor prognóstico durante a gravidez e o parto. Sendo assim, torna-se importante que, todas as grávidas (principalmente os casais) que desejem ter filhos frequentem estas consultas. É fundamental perceber a razão pela qual algumas grávidas não aderem a estas consultas. Assim, a questão pivô desta monografia visa perceber “Qual a importância que as grávidas da Maternidade Júlio Dinis (MJD) conferem à consulta pré-concepcional?”. Foram ainda elaboradas mais duas questões de investigação para melhor perceber esta temática, sendo elas: “Quais os factores que levam as grávidas da MJD a não frequentar as consultas pré-concepcionais?” e “Qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional?”

Partindo deste pressuposto foram elaborados os seguintes objectivos sobre o tema: avaliar a importância que as grávidas da MJD conferem à consulta pré-concepcional; identificar os factores que levam as grávidas da MJD a frequentar as consultas pré-concepcionais; determinar quais os conhecimentos das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional.

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e transversal, a uma amostra de grávidas que passavam em frente à MJD, tendo sido escolhido, como método de colheita de dados, um questionário que foi aplicado no mês de Junho do ano 2009 em frente da MJD.

Os objectivos pessoais e académicos são: desenvolver conhecimentos sobre a consulta pré-concepcional; desenvolver capacidades para a realização de trabalhos de investigação; reflectir sobre a importância da investigação em enfermagem.

Os resultados tentam dar resposta às questões de investigação inicialmente levantadas. Muito sucintamente, podemos então referir que na sua grande maioria, os elementos desta amostra dão muita importância à consulta pré-concepcional. Contudo apenas um terço da população tem real percepção de todos os benefícios que esta consulta pode trazer. Em relação aos factores que levaram 18 destas mulheres a não terem consultas pré-concepcionais antes de engravidarem 10 referiram não saber da existência dessas consultas e 8 referiram não frequentar por não terem planeado a gravidez. A situação

laboral e a categoria profissional revelam ser factores que condicionam a adesão à consulta pré-concepcional.

O estudo revelou uma necessidade de motivar e sensibilizar a população em idade fértil para os benefícios do planeamento de uma gravidez em geral e das consultas pré-concepcionais em particular.

A falta de conhecimentos transmitidos durante o curso sobre o funcionamento da ferramenta estatística SPSS ou de qualquer ferramenta que possa ser usada no tratamento de dados, pode é um factor que gera dificuldade na realização do mesmo. O facto de haver bibliografia limitada no que respeita a estudos semelhantes sobre este tema tornou difícil a discussão de resultados desta investigação. A inexperiência da investigadora é também uma barreira para a realização da metodologia científica.

Este trabalho encontra-se dividido em três grandes capítulos. O primeiro é a fase conceptual e é constituído pelo tema, problema e delimitação do domínio, justificação do estudo, questões de investigação e enquadramento teórico do tema, onde é feita uma breve referência aos aspectos mais importantes da consulta pré-concepcional. No segundo encontra-se os elementos da fase metodológica, ou seja: princípios éticos, o tipo de estudo, o meio, a população, a amostra e o processo de amostragem, as variáveis do estudo, o instrumento de colheita de dados e o pré-teste. O terceiro capítulo é a fase empírica, na qual se faz a apresentação e análise dos resultados desta investigação e a discussão dos mesmos. Por fim, apresenta-se a conclusão.

## **II. FASE CONCEPTUAL**

Segundo Fortin (2003, p.39), “A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação.” Como tal, na fase conceptual é definido o tema, o problema e a delimitação do domínio, é dada a justificação da escolha do tema, são definidas as questões de investigação e respectivos objectivos e por fim é elaborada uma matriz teórica que comprova a importância do tema e o define.

## **1. Tema**

O tema desta monografia insere-se nos cuidados de saúde primária e nos programas de saúde sexual e saúde reprodutiva e no programa de saúde materna.

### **i. Título**

O título deste projecto é “Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional.

## **2. Problema e Delimitação do Domínio**

De acordo com Adebo (*cit. in* Fortin 2003, p. 48) “Um problema de Investigação, é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação.” Este estudo tem como problemática tentar perceber a importância que as grávidas conferem à consulta pré-concepcional, o que afecta a adesão à mesma e perceber as razões pelas quais estas lhe dão ou não importância.

Para a elaboração de uma investigação é necessário delimitar um campo de interesse preciso sendo que o campo de interesse se enquadra no tipo de preocupações clínicas do trabalho. (Fortin, 2003, p.49).

Tal como a DGS (2006, p.3) refere na circular normativa nº 2 “Os cuidados pré-concepcionais integram-se na prestação de cuidados primários em saúde reprodutiva; (...)”. Este estudo sendo sobre a importância que a grávida confere à consulta pré-concepcional insere-se nos cuidados primários em saúde reprodutiva porque o objectivo da consulta pré-concepcional é prevenir futuras complicações durante uma gravidez desejada.

### **3. Justificação do Tema**

Segundo Fortin (2003, p. 69) “Justificar a questão de investigação é explicar porque se quer estudar esta questão e porque ela é importante para nós.” O tema “Importância conferida pela Grávidas à consulta pré-concepcional” foi escolhido, porque tal como foi determinado na circular normativa da DGS (2006, p. 3):

“Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos dos factores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação podem ser detectados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide e, portanto, recorra à vigilância pré-natal. A avaliação pré-concepcional do risco é, assim, um aspecto cada vez mais importante dos cuidados pré-natais, apesar de – ou exactamente por isso - estarmos na era da terapêutica fetal e das técnicas diagnosticas invasivas.”

A vigilância da saúde sexual e reprodutiva da mulher e do seu estado de saúde de uma forma global é fundamental para o desenvolvimento de uma gravidez saudável

### **4. Questões de Investigação**

Com a elaboração da questão de investigação, o investigador tenta expressar o que procura saber, esclarecer e compreender, servindo esta como fio condutor na investigação. Segundo Fortin (2003, p. 51) “A questão de investigação expressa-se sob a forma de uma interrogação explícita relativa ao problema a examinar e a analisar com objectivo de obter novas informações.”

Assim, a questão pivô deste projecto de investigação visa perceber “Qual a importância que as grávidas da MJD conferem à consulta pré-concepcional?”.

Para melhor explorarmos esta temática procurou-se ainda dar respostas às seguintes questões:

- Quais são os factores que levam as grávidas da MJD a não frequentar as consultas pré-concepcionais?

- Qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional?

## **5. Objectivos do Estudo**

Os objectivos de um estudo indicam as razões pelas quais foi realizado o estudo. “O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin 2003, p. 100). Com a realização deste trabalho pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Avaliar a importância que as grávidas da MJD conferem à consulta pré-concepcional
- Identificar os factores que levam as grávidas da MJD a não frequentar as consultas pré-concepcionais.
- Determinar qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional.

## **6. Matriz Teórica**

Os cuidados de saúde à mulher em idade reprodutiva, bem como a sua educação sexual são áreas de acção prioritárias do Plano Nacional de Saúde. Segundo Martins (2004, p. 1):

“A saúde reprodutiva é uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias no quadro das estratégias de saúde aprovadas pelos mais diversos governos do nosso país e que integra os cuidados pré-concepcionais, pré-natais e de planeamento familiar, bem como o direito à orientação sexual, aliás, tal como se pode constatar na Carta dos Direitos Reprodutivos”.

Tendo em conta todos os riscos que estão relacionados com uma gravidez, os cuidados pré-concepcionais são considerados como parte integrante dos cuidados de saúde primários em saúde reprodutiva e têm como população alvo principal todas as mulheres em idade fértil (DGS, 2008).

Assim, torna-se de extrema importância reforçar as actividades de promoção de saúde e cuidados preventivos dirigidos para o período antes da concepção, dado que são reconhecidos os ganhos em saúde nesta fase do ciclo de vida. A preparação para a maternidade é um processo contínuo que cedo deve ser iniciado, na família e na escola, sendo depois reforçado no período pré-concepcional e por fim na gestação e no puerpério. A DGS (2006, p. 1) recomenda na circular normativa (CN) nº 2 que:

“(…) perante uma futura gravidez, se realize uma consulta específica com o objectivo de actualizar e ponderar sobre os dados colhidos na avaliação do risco reprodutivo e sistematizar as recomendações pertinentes.”

Planear a gravidez é a forma mais eficaz de prevenir a aparição de defeitos congénitos no feto e prevenir outros riscos durante a gestação, dado que esta permite que a vigilância da gravidez se inicie precocemente e que sejam alterados comportamentos de risco para o feto, mesmo antes da gravidez. Muitas vezes, fruto de gravidezes não planeadas, a vigilância pré-natal inicia-se tardiamente o que resulta em comportamentos de risco nas primeiras semanas de gestação, que podem levar a sérias consequências para o feto em desenvolvimento (DGS, 2006, p.1).

Podemos dizer então, que se os casais puderem ser aconselhados e for efectuada a identificação e o tratamento de factores de risco e a promoção e orientação antecipada realçando estilos de vida saudáveis, ter-se-á dado à próxima geração a oportunidade de nascer saudável (Frede *cit. in* Bobak, Lowdermilk & Perry, 2002; Wroblewski, 1992).

A consulta pré-concepcional proporciona ao casal informações e destaca a importância de comportamentos saudáveis e os malefícios dos comportamentos de risco, promovendo, desta forma, o bem-estar da mulher e do seu potencial feto (Martins, 2004).

O desenvolvimento crítico dos órgãos do feto situa-se entre os “ (...) 17 e 56 dias após a fertilização”, sendo por isso um período de maior susceptibilidade para o embrião (Sinclair *cit in* Bobak, Lowdermilk e Perry, 2002, p. 57). Como tal, reveste-se de extrema importância que a gravidez seja planeada, para que seja feita a promoção de

comportamentos saudáveis, a prevenção de doenças (maternas ou fetais), tratamento ou estabilização de doenças prévias e para que o início da gravidez não seja afectado.

Na maior parte das gestações, esta só é detectada quase no fim do primeiro trimestre. Desta forma, o feto, que tem um crescimento muito rápido nesta fase, fica vulnerável à exposição de riscos ambientais intra-uterinos no início da gestação. Logo é aconselhável que os cuidados de saúde pré-concepcionais sejam prestados muito antes do acontecimento da gestação (Sinclair *cit. in* Bobak, Lowdermilk e Perry, 2002, p. 57).

Antes de conceber, a mulher deve estar preparada o melhor possível. Para tal, deve-se ter em conta algumas situações mais relevantes. A mulher deve ser informada dos riscos da concepção, efeitos da gravidez e sobre as modificações que devem ser feitas ao seu comportamento bem como ao do seu parceiro (DGS, 2006; Moreno et al., 1998; Lancaster, Stanhope, 1999; Jurado, Velez, 2001).

Para que se verifique a avaliação do risco da gravidez devem ser registados alguns dados relevantes no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (BSR/PF). No BSR/PF devem ser registados os resultados: da tipagem sanguínea e da determinação do factor Rh, do rastreio das hemoglobinopatias, dos testes de imunidade à rubéola, do estado de portador de hepatite B, das necessidades de vacinação contra a rubéola, hepatite B ou tétano (de acordo com o Plano Nacional de Vacinação 2006), os resultados do rastreio da toxoplasmose, da sífilis, da infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e por Citomegalovírus, rastreio do cancro do colo do útero, se o anterior foi efectuado há mais de um ano e, ainda outros testes laboratoriais, sempre que indicado (CN nº 2, DGS, 2006, p. 2)

O planeamento de um filho deve ser algo discutido e realizado pelo casal e não apenas pela mulher, logo, tal como a DGS (2006, p. 1; 2008, p. 9) refere:

“(…) Será necessário contemplar, também, a participação dos homens nas questões de saúde sexual e reprodutiva, não apenas como interlocutores daquelas, mas enquanto verdadeiros parceiros neste domínio, como tal, sujeitos de igual intervenção.”

Wroblewski (1992, p. 27) também afirma que “os cuidados antes da concepção definem-se como a preparação física e mental de ambos os pais para a criação de uma criança, antes da gravidez.

É também recomendado, que três meses antes de engravidar, a mulher inicie a toma de um suplemento de ácido fólico, sendo ainda aconselhada a suspensão da toma dos contraceptivos orais nessa mesma altura e começar a fazer a calendarização das menstruações, para facilitar a correcta determinação da data de última menstruação que servirá de referência para a determinação da idade gestacional do feto assim que for diagnosticada a gravidez (Jurado e Velez, 2001).

A mulher (ou até mesmo, o casal) deve ser alertada para a importância da consulta pré-concepcional e do diagnóstico precoce de gravidez, bem como do início precoce do acompanhamento pré-natal. Devem ainda ser desmistificadas algumas ideias erradas sobre a actividade sexual durante a gravidez (Wroblewski, 1992; DGS, 2006)

Como tal, é importante que todas as mulheres desde cedo sejam alertadas para a importância da consulta pré-concepcional. O período pré-concepção é também um óptimo momento para debater assuntos relacionados com a sexualidade e reprodução, esclarecer dúvidas que o casal apresente sobre a fisiologia (ciclo menstrual, ovulação, período fértil, probabilidade de ocorrer uma gravidez) e esclarecer sobre alguns hábitos do casal que podem dificultar a concepção (DGS, 2008)

A consulta pré-concepcional, geralmente, é efectuada em centros de saúde, ou seja, normalmente, é realizada por profissionais de saúde com especialidade em medicina geral e familiar. A DGS (2006, p. 39) corrobora com a seguinte afirmação “(...) Os cuidados pré-concepcionais integram-se na prestação de cuidados primários (...)” Os profissionais de medicina geral e familiar são considerados aqueles que têm mais oportunidade de contacto com as famílias e, que as acompanham em todas as fases de vida de cada indivíduo, sendo que por esse motivo, têm muitas vezes uma maior relação de confiança com a população (DGS, 2006)

Durante a prática da medicina familiar são muitas as oportunidades para prestar informação à população e para fazer educações para a saúde sobre a gravidez, o parto e a parentalidade. De facto, nos cuidados primários há uma maior proximidade da população com a equipa de saúde, permitindo à equipa médico/enfermeiro conhecer as famílias das mulheres que planeiam uma gravidez. Desta forma, usando os parâmetros de avaliação habituais em medicina familiar, a equipa de saúde poderá melhor avaliar a tomada de decisão da mulher engravidar, tendo em conta factores como a saúde mental, a situação sócio-familiar, sem esquecer também factores particulares como a violência doméstica em que a mulher se enquadra. A história específica de cada mulher/casal determinará quando os cuidados pré-concepcionais devem ser iniciados e se uma nova consulta, para uma abordagem mais sistemática, deve ser agendada (DGS 2002, p. 3).

Mas, para que tudo isto seja conseguido, é importante que seja feita a avaliação do risco gestacional. O risco pré-concepcional é a existência de factores de índole diversa, que constituem um perigo potencial para a saúde reprodutiva, identificados em mulheres em idade fértil ainda não gestantes (Ferrá, Naranjo, Pérez, 1998).

Deve-se, então, colher toda a informação possível para deliberar o risco de anomalia reprodutiva numa certa mulher/casal ou factores que possam dificultar a concepção e posteriormente a gravidez e o puerpério, para poder apresentar as medidas que possam vir a minimizar ou eliminar esse risco/problemas que daí possam advir (Jurado e Velez, 2001; Ferrá, Naranjo, Pérez, 1998; Freitas, 2001; DGS, 2008; Baena, et al., 2003).

Para a avaliação do risco gestacional deve ser feita a colheita de dados sobre a história clínica da mulher. (Quadro 1)

<b>Consulta Pré-concepcional: Avaliação do Risco Pré-Gestacional</b>	
<b>Idade Materna</b>	
<b>Estado Imunológico</b>	
<b>Antecedentes Médicos:</b>	
Diabetes Mellitus (DM)	Doenças Infecciosas
Hipertensão Arterial (HTA)	Rubéola
Epilepsia	Toxoplasma Gondii
Doenças da Tiróide	Vírus da Hepatite B (VHB)
Doenças Tromboembólicas	Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
Asma	(...)
<b>Antecedentes Familiares</b>	
<b>Hábitos Alimentares e Actividade Física</b>	
<b>História Ginecológica e Obstétrica Anterior</b>	
<b>Abuso Substâncias (álcool, tabaco ou drogas)</b>	
<b>Suporte Familiar</b>	
<b>Risco Laboral</b>	
<b>Estudos Laboratoriais Gerais ou de Acordo com Risco</b>	

**Quadro 1 - Consulta pré-concepcional: avaliação de risco gestacional**

[Adaptado de: Stanhope (1999) e Jurado e Vélez (2001)]

### **i. Idade Materna**

A idade materna tem influência, tanto a nível fisiológico como a nível psicológico, numa gravidez. Maioritariamente as mulheres têm filhos entre os 20 e os 35 anos. Quando a gestação se dá em mulheres com idade inferior a 20 anos ou superior a 35 anos, o risco de complicações durante a gravidez, tanto maternas como fetais, é maior (Smith, 2005, p. 10, Jurado & Vélez, 2001, pp. 62).

Nas gestantes com idade igual ou inferior a 19 anos, este risco é influenciado pela imaturidade biológica e cuidados pré-natais desadequados, mau estado nutricional e muitas vezes por ausência de cuidados pré-concepcionais. A estes factos, junta-se o facto de a maioria das gravidezes nesta faixa etária não ser planeado, podendo levar a consequências psicológicas negativas (Jurado & Vélez, 2001, pp. 62-63).

Já as gestantes com mais de 35 anos, apresentam maior risco de infertilidade (menopausa prematura, etc), apresentam com maior frequência doenças crónicas e complicações durante a gestação e durante o parto, tais como diabetes gestacional, hipertensão arterial (HTA) ou alterações placentárias (Jurado e Vélez, 2001, pp. 62-63).

Smith (2005, p. 10) refere ainda que “ (...) as adolescentes têm mais frequentemente bebés prematuros (...) e as mulheres mais velhas enfrentam um risco maior de ter um bebé com um cromossoma extra.”

Por estes motivos, deve ser incentivado desde cedo o planeamento da gravidez e aconselhado que a gestação ocorra enquanto a idade da mulher seja compreendida entre os 18 e os 35 anos de idade. Se por qualquer motivo a mulher deseje ter filhos após os 35 anos, esta deve ser informada dos riscos e aconselhada de forma a iniciar (ou manter) hábitos de vida saudáveis antes, durante e após a gravidez, bem como, incentivar a vigilância atenta do seu estado de saúde de forma a, também, facilitar o diagnóstico precoce de gravidez e inicio precoce da vigilância pré-natal (Smith, 2005; Jurado e Vélez, 2001, p. 63).

## ii. Doenças Crônicas e Infecciosas e Estado Imunológico

Em doentes com doença crônica os benefícios destas consultas são mais óbvios dado que muitas delas podem prejudicar a gravidez se não se tomarem algumas precauções. Desta forma as mulheres devem ser informadas, ainda antes da gestação, dos potenciais riscos da gravidez sobre a doença crônica que tiverem, dos eventuais efeitos negativos desta, ou eventualmente da terapêutica utilizada para a tratar, sobre o feto e das medidas que podem ser implementadas para evitar tais riscos, designadamente o envio atempado à consulta pré-concepcional de referência. (Jurado & Velez, 2004, p. 63; DGS, 2006, p. 4). A DGS (2006, p. 4) corrobora estas afirmações ao dizer:

“Os benefícios da consulta pré-concepcional são evidentes nas mulheres com doença crônica, como diabetes, hipertensão, cardiopatias, doenças renais e da tiróide, epilepsia, tuberculose, asma, artrite reumatóide e outras que podem afectar a gravidez através de mecanismos fisiopatológicos ou como resultado da medicação utilizada no seu tratamento.”

Também as doenças infecciosas podem trazer os mesmos tipos de problemas durante a gravidez, que as doenças crônicas. Como tal, durante a consulta pré-concepcional deve-se ter em atenção à exibição e/ou imunidade relativamente a este tipo de doenças. Segundo a DGS (2006, p. 4) refere na CN nº 2:

“Na consulta pré-concepcional há que dar, ainda, especial atenção à exposição e/ou imunidade relativamente às doenças infecciosas, ao risco de contrair uma ITS e as suas consequências sobre o feto, assim como avaliar e reduzir o risco de ingestão de medicamentos, prescritos ou não (antiepilépticos, lítio e outros antidepressivos, por exemplo) e dar informação sobre opções seguras, caso necessário.”

Alguns exemplos de doenças crônicas e infecciosas que podem prejudicar a gravidez são: a HTA, DM, Epilepsia, Cardiopatias, Doenças da Tiróide, Doenças Tromboembólicas,, VIH, VHB, Rubéola, Toxoplasmose, etc.

Hipertensão Arterial: Segundo Faria et al. (2008, p. 41) a HTA define-se por uma “tensão arterial sistólica igual ou superior a 140mmHg e/ou uma tensão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg”.

Durante a gravidez as mulheres hipertensas podem ver esta patologia agravada. Estas alterações ajudam em grande escala para a morbidade e mortalidade maternas e infantis. (Faria et al., 2008; Jurado e Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; Lancaster, Stanhope, 1999; DGS, 2004)

Desta forma, todas as mulheres que sofram de HTA, devem ser avaliadas antes da concepção. Deve ser feita a avaliação da etiologia e gravidade da doença e otimizar o controlo tensional com medidas farmacológicas e não farmacológicas. As complicações mais frequentes da HTA são a pré-eclampsia, o deslocamento prematuro da placenta normalmente inserida, morte fetal e perinatal, prematuridade, restrição de crescimento fetal. (Faria et al., 2008; Jurado e Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008).

Mulheres hipertensas que desejem engravidar, devem ser referenciadas para Consultas de Alto Risco Obstétrico (DGS, 2004)

Diabetes Mellitus: A DM é uma alteração sistémica do metabolismo dos glúcidos, proteínas e lípidos. É caracterizada por uma elevação da glicose sanguínea resultante de uma inadequada produção ou utilização celular da insulina. (Lancaster, Stanhope, 1999).

Mulheres com DM têm um elevadíssimo risco de apresentarem complicações durante a gravidez. Algumas dessas complicações podem ser: aborto espontâneo, malformações congénitas, pré-eclampsia, hidrâmnios e parto prematuro. (Jurado e Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; Lancaster, Stanhope, 1999; Grupo Espanhol de Diabetes e Gravidez, 2005).

Lancaster, Stanhope (1999, p. 58) referem que: “(...)os filhos de mulheres com diabetes mellitus tipo 1 apresentam significativamente mais anomalias congénitas do que os filhos de mulheres sem a doença.”

As mulheres diabéticas devem ser identificadas antes da gestação e ser feito o controlo insulínico com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Este controlo pré-

concepção está associado à melhoria dos resultados da gravidez. Nas consultas pré-concepcionais deve por isso ser feito o planeamento da altura ideal para a gravidez, ser estabelecido um controlo glicémico antes da concepção e fazer o despiste de complicações da DM, em especial ao nível cardiovascular, renal ou da retina. Sendo que os hipoglicemiantes orais podem ter efeitos teratogénicos para o feto, devem ser substituídos por insulina injectável ainda no período pré-concepcional. (Jurado & Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; Lancaster, Stanhope, 1999, 2008; Grupo Espanhol de Diabetes e Gravidez, 2005; Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008).

Mulheres diabéticas devem ser referenciadas para Consultas de Alto Risco, num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, para apreciação e programação, de preferência seis meses antes da data desejada da concepção. Neste tipo de consultas serão instituídas as adequadas terapêuticas nutricional, educacional e, se necessário, insulínica (DGS, 1998).

Epilepsia: A epilepsia é a doença neurológica mais comum na gravidez. Uma gestação pode levar a sérias alterações desta patologia, dado que a epilepsia é prejudicada por variações hormonais (o limiar de excitabilidade é diminuído pelos estrogénios e aumentado pela progesterona) e pela alteração farmacocinética dos antiepilépticos. Assim, em 25% dos casos, durante a gravidez, pode ocorrer um aumento da frequência das crises convulsivas (Faria et al., 2008).

Na consulta pré-concepcional deve ser feita uma avaliação pré-concepcional de rotina, iniciada uma suplementação com ácido fólico a 5mg/dia, reavaliada a doença epiléptica e otimizada a terapêutica, evitando se possível o ácido valpróico. Se possível, suspender na totalidade da medicação ou pelo menos instituir um regime de monoterapia com a dose eficaz mais baixa possível e fragmentação da dose em várias tomas diárias. Estas medidas revestem-se de extrema importância devido aos graves efeitos que, tanto a própria doença, como o seu tratamento podem trazer durante uma gravidez (Faria et al., 2008; Jurado & Velez, 2004; Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008).

Mas maior do que o risco teratogénico, são os problemas para o feto que podem advir de uma convulsão durante a gravidez. Por isso a avaliação do estado da doença deve ser

feita com bastante cuidado. (Faria et al., 2008; Jurado & Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; Lancaster, Stanhope, 1999).

Doenças da Tiróide: Deve ser feito um ajuste terapêutico do tratamento estabelecido. No caso de a mulher tomar fármacos antitiroideos e iodo, dando preferência ao propilouracilo no tratamento do hipertiroidismo. Não são necessários ajustes no tratamento do hipotiroidismo. (Jurado & Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001).

Doenças Tromboembólicas: O risco tromboembólico fica aumentado durante a gestação e no pós-parto. Devido ao efeito teratogénico de alguns fármacos anticoagulantes, o tratamento deve ser substituído por heparina de baixo peso molecular subcutâneo antes da concepção. (Jurado & Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; Bottomley, O'Reilly, Rymer).

Asma: A asma bem controlada não aumenta o risco de complicações durante uma gravidez. Contudo, se mal controlada, está directamente relacionada com recém-nascidos de baixo peso à nascença. A asma não controlada causa uma diminuição no conteúdo de oxigénio no sangue materno, pelo que uma redução dessa oxigenação se traduz numa baixa muito significativa do teor de oxigénio no sangue fetal, com implicações no crescimento e desenvolvimento do feto. Assim, é muito importante que se inicie o mais cedo possível, de preferência antes da concepção, o controlo desta patologia (Jurado & Velez, 2004; DGS, 2006).

Vírus da Imunodeficiência Humana: É de extrema importância identificar as mulheres que têm maior probabilidade de infecção pelo VIH durante a consulta pré-concepcional. É desaconselhada a concepção por parte de mulheres portadoras de VIH devido ao risco de transmissão vertical da doença para o feto. Em mulheres seronegativas para o VIH com parceiros seropositivos para esta doença, existe a possibilidade de se executar uma inseminação artificial com sémen lavado e livre de vírus. (Smith, 2005; Jurado & Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001).

A DGS (2006) afirma que deve ser efectuado: “(...) o rastreio do (...) VIH (...)”.

Vírus da Hepatite B: Ainda não é reconhecida a importância do rastreio pré-concepcional do VHB. Contudo, pode-se recomendar às mulheres com alto risco, de procederem à sua vacinação pré-concepcional se a serologia for negativa. Se a serologia for positiva a mulher deve ser referenciada. (Smith, 2005; Jurado & Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001)

Rubéola: Segundo Smith (2005) “A infecção com o vírus da rubéola no início da gravidez está associada a anomalias graves no desenvolvimento do feto”.

Estas anomalias podem resultar em cegueira, surdez e defeitos no coração do feto ou mesmo, levar a aborto espontâneo ou nado morto. Assim, deve ser verificada ainda no período pré-concepcional a imunidade da mulher à rubéola e se esta não estiver imunizada, deve-se proceder à sua imunização. (Smith, 2005; Jurado & Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; DGS, 2006; Bottomley, O’Reilly, Rymer, 2008).

Toxoplasmose: A DGS (2006), na CN nº 2, aconselha a que seja efectuado “(...) o rastreio da toxoplasmose (...)”.

A presença da toxoplasmose durante o período periconcepcional ou durante o primeiro trimestre de gestação, pode produzir lesões neurológicas severas no feto ou morte *in* útero (Jurado e Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; Bottomley, O’Reilly, Rymer, 2008).

A toxoplasmose é provocada por um parasita que infecta o ser humano através da ingestão de carne crua ou mal cozinhada, vegetais crus mal lavados, de leite ou queijo não pasteurizados e das fezes dos gatos. Deve ser aconselhado na consulta pré-concepcional que a mulher evite o contacto com gatos e evite comer comida mal cozinhada ou não congelada previamente. (Jurado e Velez, 2004; Barron, Lindheimer, 2001; Bottomley, O’Reilly, Rymer, 2008).

Estado Vacinal: A CN nº 2 (DGS, 2006), aconselha a “determinação da imunidade à rubéola e a vacinação, sempre que necessário; determinação do estado de portador de

hepatite B e a vacinação, de acordo com o PNV 2006 (...), a vacinação anti-tetânica de acordo com o PNV 2006.”

No caso de a mulher não ter imunidade à rubéola deve ser realizada a administração da vacina contra a rubéola 3 meses antes da primeira tentativa da mulher engravidar. (DGS, CN nº 8, 2005).

A todas as mulheres com estado vacinal desconhecido, devem ser administradas 5 doses da vacina bivalente contra o tétano e difteria (Td), sendo recomendado um intervalo de 4 a 6 semanas entre a primeira e a segunda doses e de 6 a 12 meses entre a segunda e a terceira doses e os dois reforços 1 a 5 anos após a 3ª dose e o segundo reforço 1 a 10 anos após a 4ª dose. (DGS, 2005). Ou seja, recomenda-se que antes da gravidez sejam administradas 2 a 3 doses da vacina contra o tétano no caso de se desconhecer o estado vacinal da mulher.

### **iii. Agentes Teratogénicos**

No tratamento de algumas patologias será necessário alterar o tratamento medicamentoso, dada a teratogenicidade de alguns medicamentos. (Bottomley, O’Reilly, Rymer, 2008; Smith, 2005; Jurado e Velez, 2004; Moreno et al., 1998; Faria et al., 2008).

Desta forma, mesmo durante o período pré-concepcional, é necessário fazer uma avaliação da pertinência de qualquer medicação a ser utilizada, dado que, tal como já foi referido, o desenvolvimento crítico dos órgãos do feto situa-se entre os 17 e 56 dias após a fertilização, período que muitas vezes a mulher ainda desconhece que está grávida (Sinclair *cit in* Bobak, Lowdermilk e Perry, 2002; Jurado e Velez, 2004).

Todos os fármacos trazem na sua bula a informação acerca dos efeitos indesejados durante a gravidez. Bottomley, O’Reilly, Rymer (2008) referem que “Farmacos como paracetamol, penicilinas e cefalosporinas são de utilização segura durante a gravidez.”

Anti-inflamatórios não esteróides devem ser evitados dado o risco de provocarem abortos durante o primeiro trimestre da gravidez, contudo, se extremamente necessários. Mulheres sujeitas a terapia com varfarina devem substituir o tratamento por heparina de baixo peso molecular, devido à associação da varfarina a anomalias congénitas. Contudo, a substituição do tratamento com varfarina deve ser ponderado, devendo ser consultado o hematologista durante o período pré-concepcional, para o planeamento do controlo da anticoagulação e avaliação de risco de complicações daí derivadas. A medicação anti-epiléptica está associada a malformações congénitas, devendo por isso ser ponderada a sua redução/suspensão, tal como já referido anteriormente. Devem ser avaliados os riscos de medicação anti-hipertensiva e se os utilizados forem teratogénicos, devem ser substituídos, no caso a metildopa tem sido utilizada com maior segurança na gravidez do que outros anti-hipertensivos. No tratamento de patologias infecciosas deve-se dar prioridade a antibióticos sem risco teratogénico. Deve ser desaconselhado o uso de medicamentos sem prescrição médica. (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008; Jurado e Velez, 2004; Faria et al., 2008).

Existem ainda alguns fármacos que estão associados à subfertilidade, tais como muitos antipsicóticos e antidepressivos que produzem infertilidade por antagonização da dopamina que induz hiperprolactinemia com inibição da ovulação. Assim pode ser necessária a sua suspensão antes de se iniciar as tentativas de engravidar. (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008)

#### **iv. História Ginecológica e Obstétrica Prévia; Exames Laboratoriais e Exame Físico**

É importante o registo em local próprio (BSR/PF) da história ginecológica e obstétrica prévia. Devem ser verificados quais os contraceptivos utilizados e ser efectuado um aconselhamento sobre o modo e o tempo em que devem ser interrompidos. Deve ser avaliada a história prévia de abortos ou de infertilidade dado que podem sugerir necessidade de investigação relacionadas com abortos de repetição. Patologias pélvicas anteriores ou infecções podem prejudicar a probabilidade de engravidar e aumentar o risco de gravidez ectópica (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008; Jurado e Velez, 2004).

São pedidos os seguintes exames laboratoriais a mulheres que desejam engravidar: hemograma, análise sumária de urina, tipagem de sangue e Rh, imunização contra a rubéola, detecção de doenças sexualmente transmissíveis (tais como: sífilis, gonorreia, chlamydia), antigénio de superfície da hepatite B, citologia vaginal. De acordo com o risco, pode ainda ser pedido prova tuberculina, detecção de VIH, estudo toxicológico, talassémia (Stanhope, Lancaster, 1999; Jurado e Velez, 2004).

O Exame Físico tem como objectivo identificar sinais de doença sistémica ou ginecológica e deve incluir: a avaliação de tensão arterial, frequência cardíaca, peso, altura, exame à tiróide, exames cardiorespiratório, exame das mamas e exame pélvico e da coluna para descartar a hipótese de dismetrias e escoliose que poderiam dificultar a gestação e o parto (Stanhope, Lancaster, 1999; Jurado e Velez, 2004).

Todas estas avaliações darão lugar a actuações segundo os resultados.

#### **v. Hábitos Alimentares e Actividade Física**

Existem tabelas que indicam o peso ideal de acordo com dada estatura. O IMC (índice de massa corporal) aponta um intervalo de valores, dentro dos quais se deve situar o peso ideal para a altura (Smith, 2005).

O IMC calcula-se de acordo com a seguinte fórmula:  $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2}$ . (Smith, 2005).

Recomenda-se que o IMC se mantenha entre os 20 e os 25. Tanto o excesso de peso como o baixo peso podem levar a complicações no desenvolvimento de um bebé durante uma gravidez (Smith, 2005; Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008).

O facto de a mãe ser obesa (especialmente se o IMC for superior a 30). A obesidade materna está associada a dificuldade em engravidar dado que frequentemente estas mulheres desenvolvem síndrome de ovário poliquístico. E ainda, pode constituir factor de risco para a pré-eclampsia, diabetes gestacional, trombose e infecções. Está também associada a macrossomia fetal e dificuldade de monitorização do crescimento fetal e

pode levar a que o bebé seja pesado e dificultar, dessa forma o parto Estas mulheres devem ser aconselhadas a reduzir o peso antes da gravidez. (Smith, 2005; Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008).

Se esta tiver baixo peso, o bebé pode vir a ser desnutrido e além disso a mulher pode ter dificuldades em engravidar devido a anovulação hipotalâmica. Estes problemas são normalmente reduzidos com a manutenção do IMC acima dos 18, dado que dessa forma se restaura o período menstrual e a fertilidade (Smith, 2005; Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008).

Desta forma, torna-se necessário que seja feito o controlo do peso. É aconselhável iniciar este controlo de peso antes da gravidez, para facilitar a perda ou ganho de peso que pode vir a ser necessário. Deve-se contudo ter em atenção, que não é aconselhada a perda de peso na fase pré-concepcional, excepto se a mulher for mesmo considerada obesa (Moreno et al., 1998; Wroblewski, 1992; Smith, 2005).

As melhores formas de controlar o peso são através de uma adequação dos hábitos alimentares e da actividade física.

O primeiro trimestre da gestação é aquele em que existe maior diferenciação celular e o respectivo processo de organogénese (Bobak, Lowdermilk, Jensen, 1999 *cit. in* Mendes, 2000). Assim Mendes (2000) diz que a intervenção a nível nutricional deve ser efectuada durante a consulta pré-concepcional, dado que:

“Isto significa que algum desse tempo de maior vulnerabilidade ocorra mesmo antes da mulher suspeitar da sua gravidez, daí que pareça razoável, em termos de prevenção pré-concepcional, informar e sugerir às mulheres em idade fértil que pretendam engravidar, que devem assegurar-se de que o seu estado nutricional é adequado quer na altura da concepção quer durante a gestação.”

Assim, deve ser aconselhada uma alimentação equilibrada e variada. Aconselha-se que a mulher tenha 5 a 6 refeições diárias e que a dieta vá de encontro às porções recomendadas pela roda dos alimentos (Anexo IV), (Mendes, 2000; Bobak, Lowdermilk, Jensen, 2002; Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008)

As mulheres devem ser aconselhadas a lavar muito bem as suas mãos, antes de cozinhar e comer, e a lavar a fruta e vegetais para a redução do risco de contaminação (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008; Portal da Saúde 2005).

Deve-se ainda aconselhar a que os alimentos sejam cozinhados de forma simples, que a mulher beba cerca de 1,5 litros de água por dia e consumir também leite e derivados. Retirar sempre a gordura visível da carne, evitar partes queimadas e reduzir o uso de alimentos muito condimentados e com demasiado sal e, por fim aconselhar a evitar doces, fritos, café, álcool, queijo fresco e leite não pasteurizados e refrigerantes (Portal da Saúde, 2005).

A alimentação adequada deve ser combinada com o exercício físico regular (Wroblewski, 1992). Alguns exemplos de exercícios que se podem realizar são: caminhar, fazer natação ou andar de bicicleta (Portal da Saúde, 2005; Wroblewski, 1992).

O exercício físico realizado deve ser moderado, sem grandes esforços. A actividade física melhora a circulação sanguínea e diminui alguns incómodos da gravidez, como a prisão de ventre e a fadiga, ajuda a diminuir o stress e as tensões físicas e emocionais (Portal da Saúde, 2005).

Lima, Oliveira (2005) referem que se deve “tomar o cuidado de não se exercitar vigorosamente em climas muito quentes e de promover a hidratação adequada, de modo a não prejudicar a termorregulação da mãe”

#### **vi. Álcool, Tabaco e Drogas Ilegais**

Álcool: Wroblewski (1992, p. 29) refere que: “O álcool passa, de imediato da circulação da mãe para o feto e, em dose excessiva, pode induzir anomalias”.

Um consumo excessivo de álcool está associado à síndrome fetal alcoólica (restrição do crescimento fetal, comprometimento neurológico e alterações craniofaciais). O consumo moderado desta substância é normalmente associado a abortos espontâneos,

prematuridade, baixo peso à nascença (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008; Wroblewski, 1992, Smith, 2005; Jurado e Velez, 2004; Moreno et al., 1998).

Bottomley, O'Reilly, Rymer (2008, p. 220) referem que: “Não se reconhecem efeitos adversos com a ingestão de menos de 15 unidades semanais e o máximo recomendado na gravidez é de 1 unidade por dia.”

Desta forma, segundo Wroblewski (1992, p. 29) afirma: “A melhor sugestão prática (...) é encorajá-los a beber água mineral e bebidas não alcoólicas de baixo valor calórico e apenas um copo de vinho ou de cerveja ocasional”.

Tabaco: O tabaco é um vício frequente na sociedade actual, que é muitas vezes considerado difícil de largar. Contudo muitas vezes as mulheres consideram ser mais fácil de o deixar se for por um bebé quando engravidam (Wroblewski, 1992, p. 29).

A nicotina (um dos principais componentes do tabaco) provoca a constrição dos vasos da placenta, reduzindo desse modo o fornecimento de oxigénio e de nutrientes ao feto. Geralmente homens que fumam regularmente reduzem os seus níveis de testosterona e o número de espermatozóides e apresentam, também mais frequentemente, um elevado número de espermatozóides anormais (Wroblewski, 1992, p. 29)

Fumar está associado a uma redução do crescimento intra-uterino, prematuridade, doenças do foro respiratório no bebé e a morte súbita. Desta forma, é aconselhável que tanto a mulher, como o seu parceiro deixem de fumar. (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008; Wroblewski, 1992, Smith, 2005; Jurado e Velez, 2004; Moreno et al., 1998)

#### Drogas Ilegais:

Drogas como a cocaína, a heroína, as anfetaminas e o ecstasy podem colocar o bebé em risco e prejudicar o seu desenvolvimento. Todas elas atravessam a barreira placentária e entram na corrente sanguínea do bebé, aumentando o risco de aborto espontâneo, separação placentária, morte fetal e limitar o crescimento do bebé. Podem ainda levar à prematuridade, ao síndrome de abstinência do recém-nascido ou mesmo, provocar

danos cerebrais. (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008; Wroblewski, 1992, Smith, 2005; Jurado e Velez, 2004; Moreno et al., 1998)

Mais especificamente, o ecstasy está muitas vezes associado a anomalias cardíacas e dos membros fetais. Os opiáceos, incluindo a metadona, levam a um menor crescimento, parto prematuro, nado morto e dependência neonatal. (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008)

Mulheres toxicodependentes devem ser ajudadas, por equipas locais especializadas, a tentar abandonar ou reduzir os consumos destas substâncias. Deverá ainda ser ponderada a realização de testes de VIH, VHB e vírus da hepatite C, antes da concepção (Bottomley, O'Reilly, Rymer, 2008; Wroblewski, 1992; Jurado e Velez, 2004).

#### **vii. Aconselhamento Genético**

O aconselhamento genético é um acto que consiste na valorização do risco de ocorrer/aparecer, na descendência de um casal, determinada alteração genética hereditária ou cromossómica. É o processo mediante o qual o casal é informado desse risco e das consequências dessa doença, da probabilidade de esta se desenvolver e de a transmitir e dos meios disponíveis para a prevenir, evitá-la ou atenuá-la (Aguilera, Caparros, Vila, 2006; Carrera, Mallafre, Serra, 2006).

O aconselhamento genético deve estabelecer um diagnóstico preciso, determinar a etiologia da alteração e calcular o risco e avaliar a carga médica, emotiva e económica que um problema genético representa para o casal e para a sociedade (Aguilera, Caparros, Vila, 2006, p. 29)

Este deve ser efectuado recorrendo a dados como: a idade do casal, a historia de doenças hereditárias na família, presença de abuso de substâncias tóxicas, história familiar de doenças psiquiátricas, antecedentes de abortos espontâneos, bem como casais com história familiar de anomalias congénitas, como por exemplo síndrome de Down, síndromas polimorfomatosos, defeitos do tubo neural e atraso mental, entre

outras e serem completados com estudos genéticos (Aguilera, Caparros, Vila, 2006; DGS, 2006).

Existem pessoas com maior probabilidade de vir a ter filhos com anomalias congénitas, sendo por isso aconselhável que seja feito um aconselhamento genético mesmo antes da concepção. No caso de serem detectadas anomalias genéticas devem ser prestadas informações, para que o casal possa tomar decisões sobre o seu futuro reprodutivo.

Esta é assim mais uma das vantagens da consulta pré-concepcional, dado que ao identificar o risco de anomalia genética antes da gravidez, dá-se também a oportunidade de referenciar estes casais para aconselhamento especializado. Também o reconhecimento do estatuto de portador de doença genética (como por exemplo hemoglobinopatias), permite ao casal compreender os riscos da sua descendência e tomar decisões informadas sobre uma futura gravidez, possibilitando o planeamento atempado dos testes (como a amniocentese) ou a referência, sempre que necessário (DGS na CN nº 2, 2006, p.4)

O enfermeiro tem um papel importante no aconselhamento genético. Segundo Pletsh cit in Stanhope e Lancaster. (1999, p. 90) “ (...) Oito a 10% das malformações congénitas surgem de factores ambientais e podem ser evitadas com intervenções de enfermagem”.

O profissional de saúde que realizar o aconselhamento genético deve informar de forma clara o casal, sobre as diferentes opções reprodutivas disponíveis actualmente para a possível doença presente. O objectivo final é que o casal tome livremente e com conhecimento as decisões que considere oportunas perante situações de risco reprodutivo (Aguilera, Caparros, Vila, 2006; Carrera, Mallafré, Serra, 2006).

#### **viii. Suporte Familiar Durante o Período Pré-concepcional**

Uma gravidez é sempre o início de uma nova etapa na vida de um casal, implicando mudanças na dinâmica familiar. Desta forma é importante um bom suporte familiar para o casal. A DGS (2006, p. 5) a este respeito diz que:

“O planeamento do nascimento do primeiro filho e a preparação para o seu acolhimento é uma etapa fundamental e um período de transição de particular instabilidade para o casal, correspondendo a mudanças profundas na organização da sua vida”.

Durante o período pré-concepcional é essencial uma valorização do risco social em que a mulher/casal está integrado. Assim, é essencial que a equipe de saúde avalie as condições sócio-económicas, o contexto laboral e riscos que o trabalho possa trazer para o desenvolvimento de uma gravidez, as relações familiares e a existência ou não de violência doméstica.

### **ix. Papel do Enfermeiro na Assistência Pré-concepcional**

A consulta pré-concepcional deve ser realizada, tal como a DGS (2006, p. 4) indica, como uma “ (...) actividade conjunta, coordenada e complementar da equipa médico/enfermeiro (...)”. A DGS (2006, p. 5) refere na CN nº 2, que:

“(…) médico e enfermeiro devem prestar cuidados de saúde antecipatórios, que esclareçam o casal e o ajude a preparar-se para as funções parentais que o nascimento do primeiro filho lhe vai exigir, contribuindo, assim, para que a introdução de um terceiro elemento não perturbe uma relação satisfatória e permita a consolidação da vida familiar”.

Ao enfermeiro é dado, sobretudo, o papel de orientar, ajudar a planear e a identificar e esclarecer algumas dúvidas que o casal possa apresentar sobre a concepção, tanto a nível fisiológico como psicológico. Segundo Sinclair (*cit. in* Bobak, Lowdermilk e Perry, 2002, p. 57), as “enfermeiras têm a responsabilidade de proporcionar orientação e promover saúde, demonstrando compaixão e compreensão sobre as circunstâncias da mulher enquanto realiza isso.

Quando um casal se encontra a planear uma gravidez, o enfermeiro, tal como Stanhope e Lancaster (1999, p. 90) afirmam, deve ajudá-los a: “escolher o calendário da concepção, depois de (...) implementar as recomendações de estilo de vida saudável.”

Os mesmos autores referem que “uma avaliação cuidada conduz sempre à obtenção de uma base para identificar potenciais riscos, desenvolver critérios para os resultados esperados, planejar os cuidados e intervir”.

Desta forma, podemos ainda dizer que, o enfermeiro, além de promover a saúde, deve fazer uma avaliação cuidada da mulher. Os cuidados pré-concepção que os enfermeiros devem então prestar, estão resumidos no Quadro 2.

<p><b>Promoção da Saúde: Orientação Geral</b></p> <p>Nutrição Dieta Saudável, incluindo ácido fólico Peso ideal Exercício e repouso Evitar o abuso de substâncias (álcool, tabaco ou drogas ilícitas) Preenchimento das necessidades familiares e sociais</p>
<p><b>Avaliação dos Factores de Risco</b></p> <p>História Médica Estado Imunológico (por exemplo, rubéola, VHB) Doenças (por exemplo: infecções) Uso actual de medicamentos com ou sem prescrição</p> <p>História Reprodutiva Contracepção Obstétrica</p> <p>História Psicossocial Situação conjugal/parceiro e familiar, incluindo violência doméstica Disponibilidade da família e outros sistemas de apoio Prontidão para a gestação (por exemplo: idade, metas de vida, stress)</p> <p>Recursos Financeiros Condições ambientais (casa, local de trabalho) Riscos de segurança Substâncias químicas tóxicas Radiação</p>
<p><b>Intervenções</b></p> <p>Orientação antecipada Tratamento das condições médicas e resultados Medicação Cessação/redução no uso/abuso de substâncias Imunização (por exemplo: rubéola, tuberculose, hepatite)</p> <p>Nutrição, dieta, controle do peso Exercício Encaminhamento para o aconselhamento genético Encaminhamento e uso de Serviços de planeamento familiar Manejo das necessidades familiares e sociais</p>

**Quadro 2 - Componentes do cuidado pré-concepção**

(De acordo com: sinclair *cit. in* Bobak, Lowdermilk, Perry, 2002)

O Enfermeiro tem ainda o dever de fazer o registo no BSR/PF de toda a informação pertinente. Ou seja, deve ser registada no BSR/PF informação sobre: o grupo sanguíneo e factor Rh, sobre o rastreio de hemoglobinopatias, a determinação da imunidade à rubéola, hepatite B e a vacinação, os resultados do rastreio da toxoplasmose, sífilis, infecção por VIH ou por Citomegalovírus, sobre rastreio de cancro do colo do útero ou outros testes laboratoriais (CN nº 2, DGS, 2006)

Segundo a DGS na CN nº 1 (2006), “as páginas 9 à 14 destinam-se ao registo de dados clínicos e analíticos a efectuar/efectuados no decurso do planeamento da gravidez”. Nesta mesma CN, diz-se que “A utente deve ser aconselhada a levar o BSR/PF à 1ª consulta pré-natal. (...)”. No Anexo III pode-se verificar os itens do BSR/PF que devem estar preenchidos.

### **III. FASE METODOLÓGICA**

É através da Metodologia que se estuda, descreve e explica os métodos que se vão aplicar ao longo do trabalho, de forma a sistematizar os procedimentos adoptados durante as várias etapas, procurando garantir a validade e a fidelidade dos resultados. Segundo Fortin (2003, p. 108), a “a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.” Deste modo, nesta fase deve-se fazer o designado desenho de investigação, sendo que este consiste num plano lógico que tem como objectivo obter respostas válidas à questão de investigação.

#### **1. Princípios Éticos**

Em investigação é indispensável ter-se em consideração os direitos e liberdades dos intervenientes no estudo. “ (...) a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” (Fortin, 2003, p. 114). Os cinco princípios éticos a respeitar são:

*Direito à Autodeterminação:* “(...) o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação” (Fortin, 2003, p.116). Como tal, a investigadora informou as participantes do estudo que têm o direito de participar ou não no estudo ou de se retirar a qualquer altura sem prejuízo próprio.

*Direito à Intimidade:* “ (...) faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar numa investigação” (Fortin, 2003, p.117). Para tal, a investigadora informou as participantes que estas têm direito em relação à sua intimidade, ou seja, à extensão da sua participação e que como tal, só deve responder às questões que pretende.

*Direito ao Anonimato e à Confidencialidade:* “(...) respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador” (Fortin, 2003, p.117). Implica que os dados individuais sejam protegidos por codificação, não podendo estes ser divulgados sem expressa autorização dos participantes. Assim, antes de entregar o questionário, a investigadora explicou às participantes que não se devem identificar em nenhuma das partes do mesmo nem colocar nenhuma marca que diferencie o seu questionário do das restantes intervenientes do estudo.

*Direito à Protecção contra Desconforto e Prejuízo:* Segundo Fortin (2003, p.118), “(...) corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou a prejudicarem”. A investigação teve como pressuposto o benefício a nível social, e tentou-se que não existisse, ou que fosse diminuído ao mínimo, o risco de desconforto ou prejuízo a nível físico, psicológico ou social. Para isso, durante a realização do questionário, foi também limitado o número de perguntas e tiveram-se em atenção as características da população alvo.

*Direito a um Tratamento Justo e Equitativo:* É o direito que todos os participantes têm de ter um tratamento justo e igual durante todo o processo, ou seja, as participantes foram informadas sobre todos os procedimentos do processo de investigação, tais como: objectivos, métodos, âmbito do estudo, duração e implicações para as participantes.

## 2. Tipo de Estudo

Tendo em conta o problema de investigação, optou-se por realizar um estudo de natureza quantitativa porque privilegia a objectividade dos fenómenos a serem observados. Fortin (2003, p. 22) afirma que a investigação quantitativa “ (...) é baseada na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”. O mesmo autor (2003, p. 162) refere ainda que:

“(...) o objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo.”

Sendo as questões de investigação deste estudo de nível 1 (ou seja começada por “Qual” ou “Quais”) e porque esta investigação recorreu a um processo de pesquisa e porque discrimina factores ou conceitos que se aliam ao fenómeno em estudo. Podemos ainda considerar que o estudo tem questões de nível 2 dado que explora relações entre variáveis. Podemos concluir que foi usada uma abordagem descritiva, dado que tanto as questões nível 1 como as de nível 2 apontam para este tipo de estudo.

Dado que o instrumento de colheita de dados foi aplicado num momento único, este estudo é de aplicação transversal

## 3. O Meio

O meio é o local onde o estudo é realizado. Deve ser adaptado ao tema em estudo e à população que se quer estudar. Para Fortin (2003, p.132): “O meio é o local onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha (...). É necessário assegurar-se que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias.”).

O local escolhido para a realização deste estudo foi à frente da MJD dado que é um local de fácil e frequente acesso à população desejada.

#### **4. A População**

Para Fortin (2003, p. 202), população “(...) é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.” Para a realização deste estudo, a população escolhida são: as grávidas que passam à frente da MJD durante o mês de Junho de 2009.

#### **5. Amostra**

No seu livro, Fortin (2003, p. 202) indica que: “A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.”

Neste estudo, a amostra é composta por 30 grávidas que frequentavam a MJD durante o mês Junho de 2009.

#### **6. Processo de Amostragem**

“O plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra” (Fortin, 2003, p. 202). No caso deste estudo, o processo de amostragem é do tipo não probabilístico, accidental. A amostragem accidental é um dos principais métodos de amostragem não probabilística e é constituída por sujeitos que são facilmente acessíveis. Segundo Fortin (2003, p. 208):

“A amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. (...) A amostra accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.”

#### **7. Variáveis em Estudo**

Variáveis são características das pessoas ou objectos em estudo às quais se imputam valores. As variáveis estudadas são: a variável atributo e ainda a “percepção

demonstrada pelas grávidas sobre a consulta pré-concepcional”, “importância conferida pela grávida à consulta pré-concepcional” e “factores que levam as grávidas a não aderir à consulta pré-concepcional”.

### **i. Variável Atributo**

A variável atributo é definida por Fortin (2003, p. 376) como a característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra. Nesta investigação considerou-se como variáveis atributo: a idade, o estado civil, a escolaridade, a situação laboral, a profissão, o conselho de residência, o nº de gravidezes, o facto de ter ou não utilizado métodos contraceptivos e quanto tempo levou para os suspender, se consome álcool ou tabaco, se já alguma vez consumiu drogas ilícitas, se a gravidez actual foi planeada e se foi desejada e onde está a ser seguida durante a gravidez.

## **8. Pré-teste**

O pré-teste deve ser aplicado a uma pequena amostra representativa da população e serve para verificar se o questionário é compreensível e viável. “O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas (...)” Fortin (2003, p. 253).

O pré-teste deve ser aplicado a 10% da população, mas que não faça parte da amostra escolhida para a investigação, neste caso foi realizado a 5 grávidas. Não foram encontradas dificuldades no preenchimento do questionário nem erros, tendo por isso sido posteriormente aplicado o questionário.

## **9. Instrumento de Colheita de Dados**

Para a elaboração de qualquer trabalho de investigação é indispensável a elaboração de um instrumento de colheita de dados. De acordo com Fortin (2003, p. 365), colheita de dados é o “Processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando

recolher informações sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação.”

Para este estudo, tendo em conta as características da população e do fenómeno em estudo, o instrumento de colheita de dados escolhido foi o questionário. Para Fortin (2003, p. 374) o questionário é um “ (...) conjunto de enunciados ou de questões que permitem explicar avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos.”

Escolheu-se o questionário porque é um instrumento que exige menor dispêndio de recursos materiais, humanos e temporais, por ser aquele que facilita a manutenção do anonimato dos seus participantes e permitir que estes manifestem sem receio as suas opiniões e por fim porque o tratamento dos dados colhidos se torna mais fácil devido à sua organização. Foi aplicado a uma amostra de trinta grávidas que frequentavam a Maternidade Júlio Dinis tendo, os dados sido colhidos, não no interior da instituição, mas sim no exterior durante o mês de Junho.

O questionário é constituído neste caso por duas partes (Ver anexo II). A primeira, reflecte a caracterização da amostra. Nesta parte refere-se aos atributos da amostra. Para isso são feitas questões de respostas essencialmente fechadas. Na segunda parte do questionário é testada a percepção que as grávidas têm em relação aos benefícios da consulta pré-concepcional e à importância que lhe dão, bem como os factores que as levam a não frequentar estas consultas. É constituído por perguntas de escolha múltipla, a última pergunta foi feita com uma escala de Likert e na caracterização da amostra duas têm resposta aberta. Algumas perguntas do questionário foram adaptadas de um estudo de Barcelo & Lopes (2009) (Ver anexo II).

Para obter dados que respondam à questão de investigação “Qual a importância que as grávidas da MJD conferem à consulta pré-concepcional?” foi formulada a questão 6 do grupo II do questionário (Ver anexo II).

Para obter dados que respondam à questão de investigação “Quais são os factores que levam as grávidas da MJD a não frequentar as consultas pré-concepcionais?” foi

formulada a questão 5 do grupo II do questionário e foi feita uma análise comparativa entre as questões 1, 2, 3, 4, 5 e 7 do grupo I e a questão 1 do grupo II do questionário (Ver anexo II).

Para obter dados que respondam à questão de investigação “Qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional?” foi formulada a questão 3 e 3.1 do grupo II do questionário (Ver anexo II).

#### **IV. FASE EMPÍRICA**

##### **1. Tratamento, Análise e Apresentação de Resultados**

Após a recolha de dados obtidos a partir da aplicação dos inquéritos, torna-se fundamental organizar a informação de forma a torná-la interpretável e útil. Neste capítulo pretende-se, portanto, proceder à apresentação e análise dos dados recolhidos. O tratamento de dados para Fortin (2003, p.277), é definido como:

“Qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra no qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida da variável

Para o tratamento e análise de dados, neste trabalho de investigação recorreu-se ao uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 16.0 para ambiente Windows e ao programa Excel do Office 2007.

O tratamento estatístico foi efectuado através de uma análise estatística descritiva. Incluiu, portanto, as distribuições de frequências (absolutas e relativas), as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), bem como determinação do mínimo e máximo.

Ainda dentro da análise estatística descritiva, recorreu-se, ainda, ao uso de quadros cruzados no sentido de permitir a visualização do perfil da amostra em relação a certas questões. Segundo Fortin (2003, p. 280):“Em certos casos, é interessante conhecer a

distribuição dos sujeitos pelas diferentes categorias possíveis de uma variável discreta considerando uma segunda variável discreta.”

Com o âmbito de analisar a existência de relação estatisticamente significativa das variáveis de alguns desses quadros cruzados, foi aplicado o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson. Este teste permite analisar a relação entre duas variáveis discretas e faz parte normalmente da estatística descritiva (Fortin, 2003, p. 301). Ficou previamente convencionado que o nível de significância de 0,05 ( $\alpha = 5\%$ ). Foi ainda usado Phi ( $\phi$ ) com o objectivo de limitar o efeito do tamanho da amostra sobre o teste de  $\chi^2$  (Fortin, 2003, p. 302).

A apresentação dos resultados foi efectuada através da narração, quadros e gráficos, de forma a permitir a concentração do maior número possível de informação no menor espaço.

Segundo Fortin (2003, pág. 330):” (...) apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação (...)”.

Para facilitar a apresentação dos resultados, seguiu-se a ordem usada no instrumento de colheita de dados (questionário).

### **i. Caracterização da Amostra**

Este estudo incidiu sobre uma amostra de 30 mulheres grávidas com as características que vão ser abaixo indicadas através da análise estatística de gráficos e tabelas realizadas com base nas respostas dadas ao questionário.

Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional

<b>N=30</b>		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Casada</b>	16	53,3
	<b>Solteira</b>	12	40,0
	<b>Divorciada</b>	2	6,7
<b>Escolaridade</b>	<b>Ensino Básico</b>	10	33,3
	<b>Ensino Secundário</b>	14	46,7
	<b>Ensino Superior/Universitário</b>	6	20,0
<b>Escala de Idades</b>	<b>≤ 20</b>	2	6,7
	<b>21-25</b>	12	40,0
	<b>26-30</b>	10	33,3
	<b>≥ 31</b>	6	20,0
	<b>Média</b>	27	
	<b>Desvio Padrão</b>	5	
	<b>Mínimo</b>	19	
	<b>Máximo</b>	36	

**Quadro 3 - Caracterização demográfica da população segundo idade, estado civil e escolaridade**

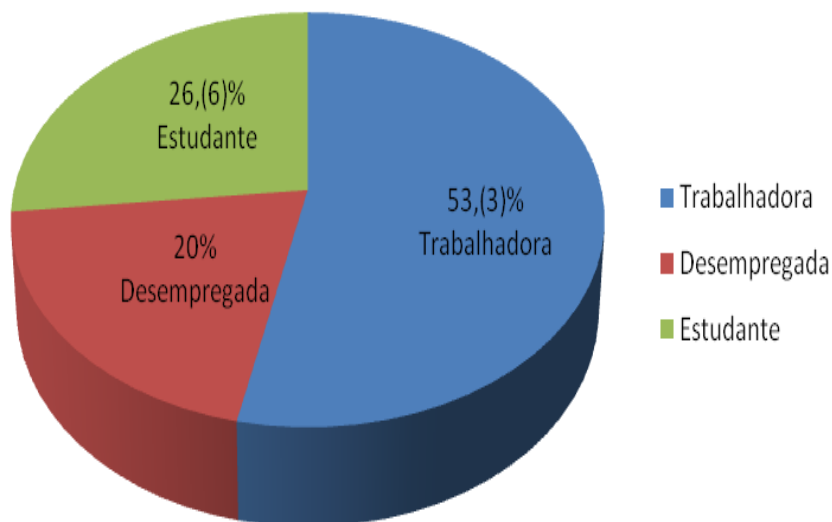
No Quadro 3, sobre o estado civil pode-se verificar que a amostra é constituída por 53,3% de mulheres casadas, 40% de mulheres solteiras e 6,7% de mulheres divorciadas.

Em relação ao nível de escolaridade das grávidas pode-se verificar 33,3% das grávidas frequentaram o ensino básico (1º ao 9º ano de escolaridade ou equivalente), 46,7%

frequentaram o Ensino Secundário (10º ao 12º ano de escolaridade ou equivalente) e apenas 20% frequentaram o Ensino Superior ou Universitário (Quadro 1)

Por fim, pode-se também verificar no Quadro 1 que 6,7% da amostra tem idade inferior a 20 anos, 40% tem idade compreendida entre os 21 e os 25 anos, 33,3% tem idade compreendida entre os 26 e os 30 anos e 20% tem idade superior a 31 anos.

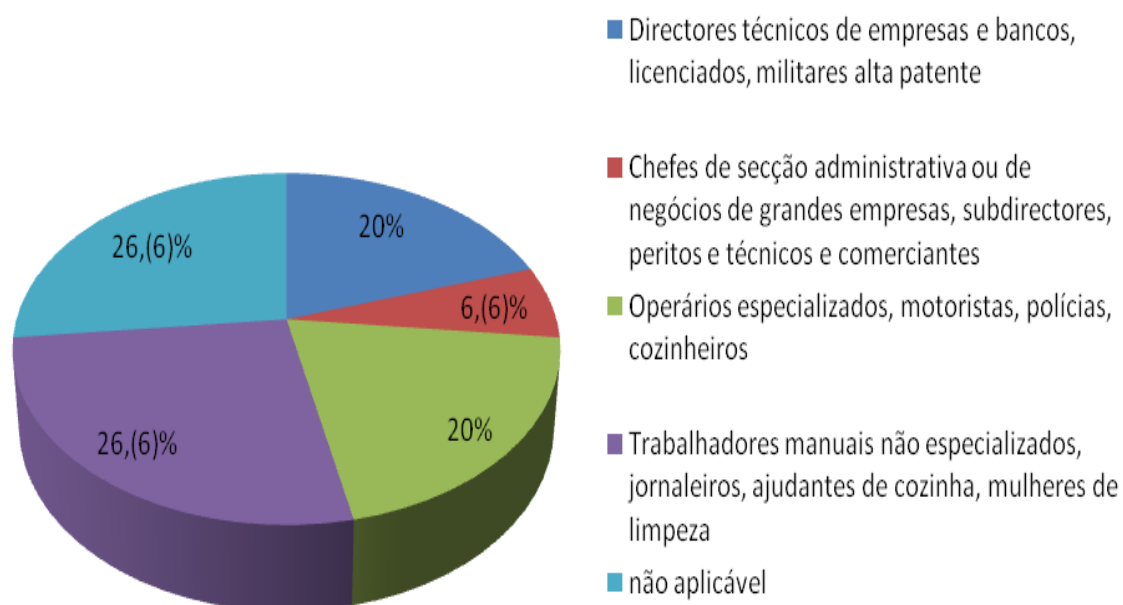
Pode constatar-se que a amostra foi constituída por 30 mulheres grávidas, com idades variando entre os 19 e os 36 anos (média  $27 \pm 5$ ) (Quadro 1).



**Gráfico 1 - Situação laboral (frequência em %)**

Quanto á situação laboral verifica-se que 53,3% da população tem trabalho e 20% da população em estudo se encontra desempregada. As restantes 26,6% encontram-se ainda a estudar (ver Gráfico 1).

## Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional



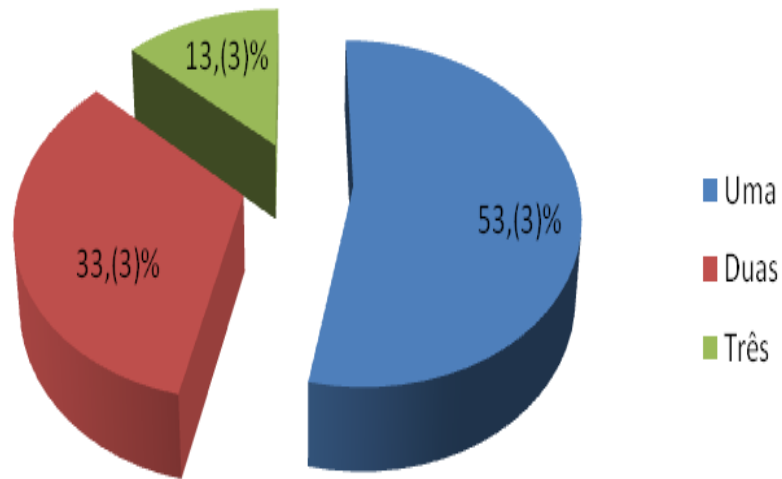
**Gráfico 2 - Categoria profissional (frequência em %)**

No Gráfico 2, pode-se verificar que: 20% das mulheres fazem parte do 1º grau da escala de Graffar (categoria de directores técnicos de empresas e bancos, licenciados, militares alta patente e todas estas trabalham); 6,6% das mulheres fazem parte do 2º grau da mesma escala (categoria de Chefes de secção administrativa ou de negócios de grande empresas, subdirectores, peritos e técnicos e comerciantes); 20% das mulheres fazem parte do 4º grau (categoria de Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros; 26% das mulheres têm profissões de 5º grau (categoria trabalhadores manuais não especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza; As 26,6% de mulheres que não se enquadram numa escala de Graffar são aquelas que de momento de encontram a estudar.

<b>Concelho de Residência</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Residente no Concelho do Porto</b>	30	100,0
<b>Residente Fora do Concelho do Porto</b>	0	0,0

**Quadro 4 - Frequência referente ao concelho de residência**

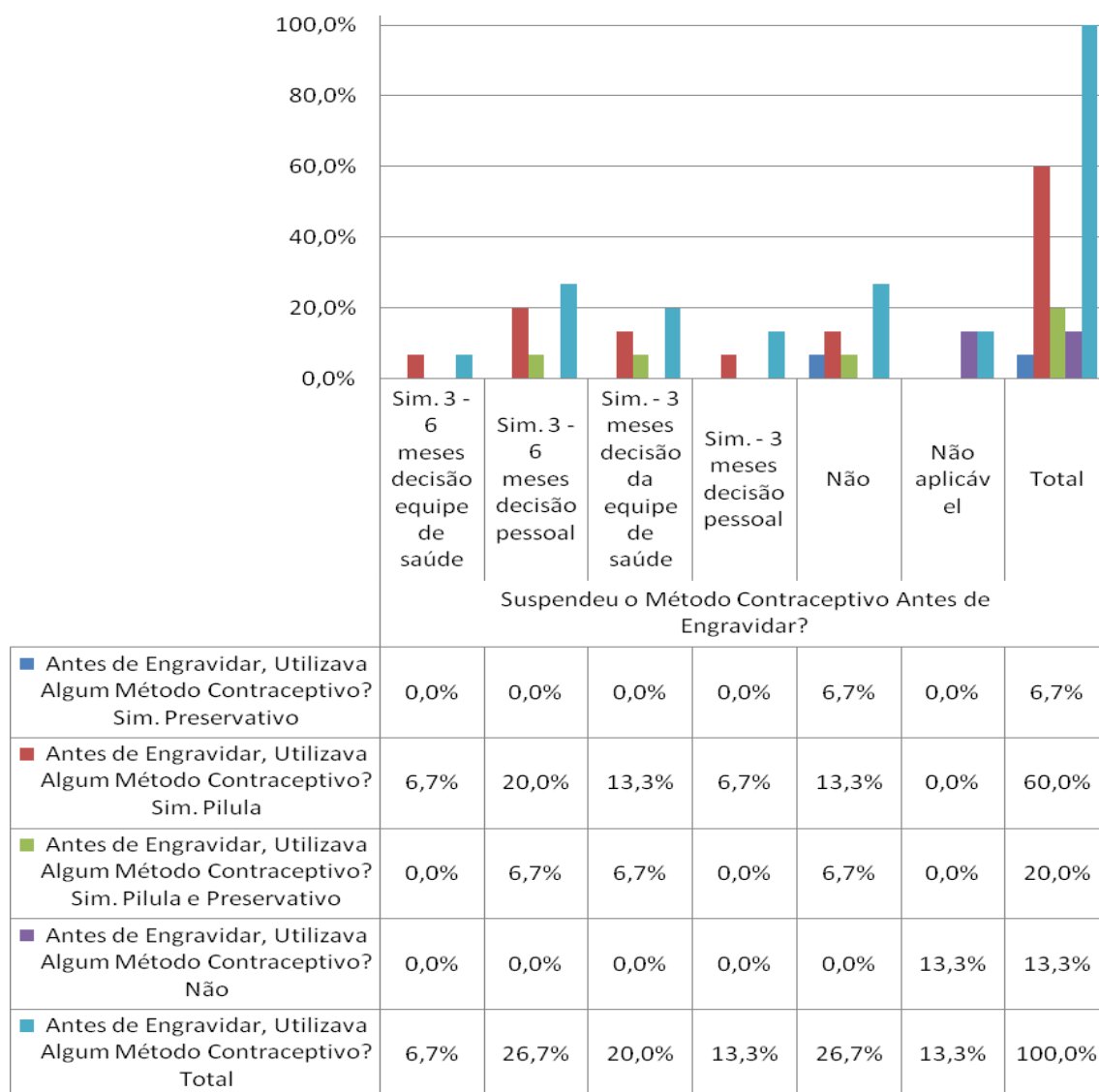
Todas as mulheres responderam que eram residentes no concelho do Porto, tal como se pode concluir ao avaliar o Quadro 4.



**Gráfico 3 - Frequência de gravidezes (incluindo a actual)**

Através do Gráfico 3, podemos verificar que 53,3% das inquiridas estão grávidas pela primeira vez, 33,3% estão grávidas pela segunda vez e apenas 13,3% estão grávidas pela terceira vez.

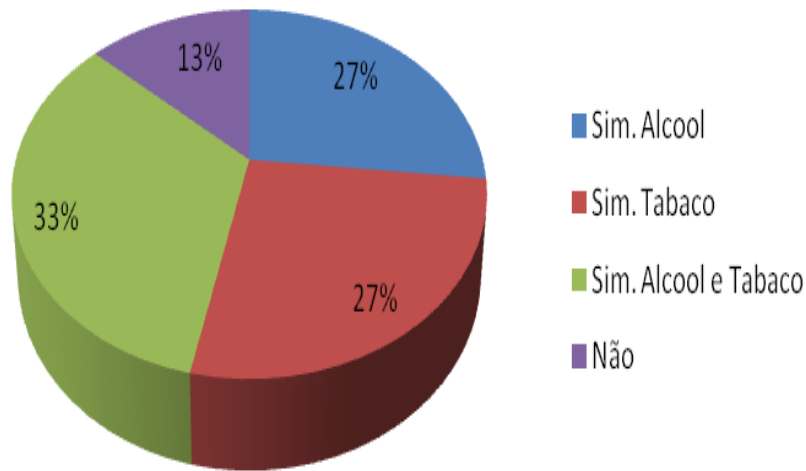
### Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional



**Gráfico 4 - Frequência referente ao uso de contraceptivos antes da gravidez**

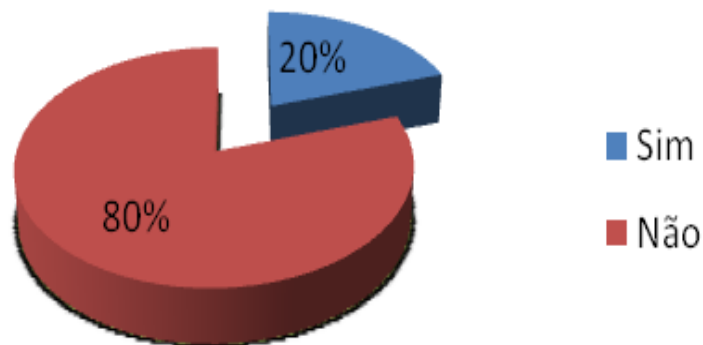
Tal como se pode verificar pelo Gráfico 4, a maioria das mulheres antes de engravidar tomava a pílula (60% apenas a pílula mais 20% que utilizava a pílula e o preservativo). Contudo dessas 20% (13,3% das que só tomavam a pílula mais 6,7% das que tomavam a pílula e utilizavam preservativo simultaneamente) dizem não ter suspenso o uso de contraceptivos antes de saberem que estavam grávidas.

## Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional



**Gráfico 5 - Frequência de consumos de álcool e tabaco**

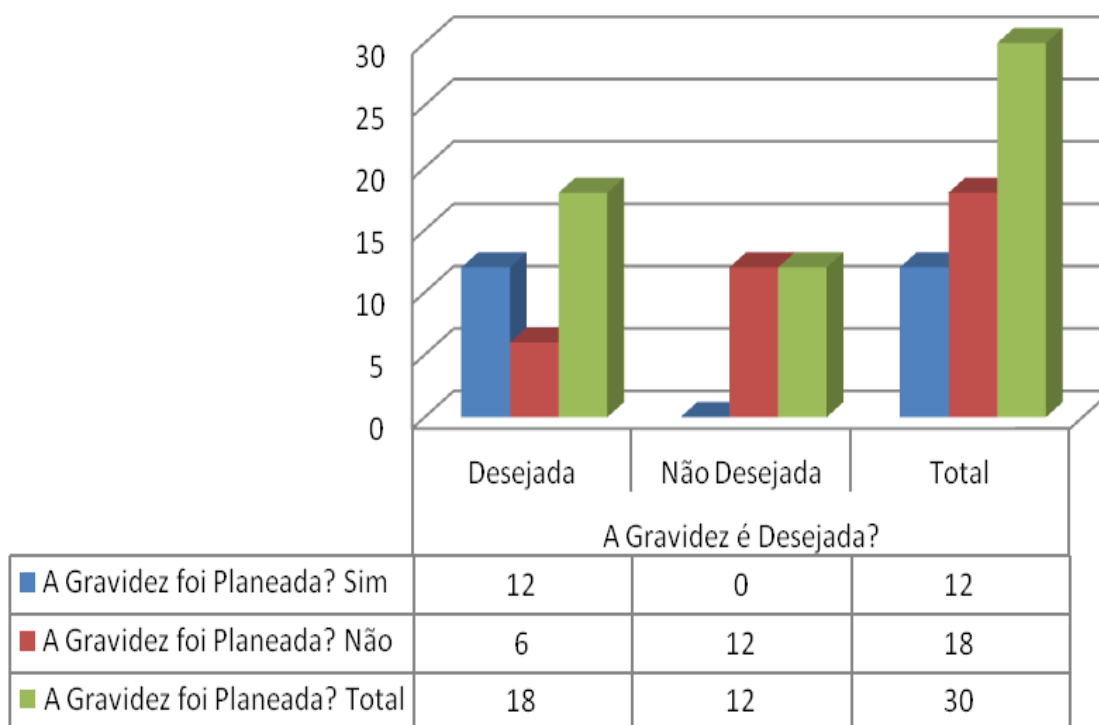
No Gráfico 5 vê-se que 33% das mulheres consome álcool e tabaco simultaneamente, 27% consome apenas bebidas alcoólicas, 27% consome tabaco e apenas 13% não consome nenhuma das duas substâncias.



**Gráfico 6 - Frequência de mulheres que já consumiu drogas ilícitas**

Tal como se pode verificar no Gráfico 6, apenas 20% das 30 mulheres, já alguma vez consumiu drogas ilícitas.

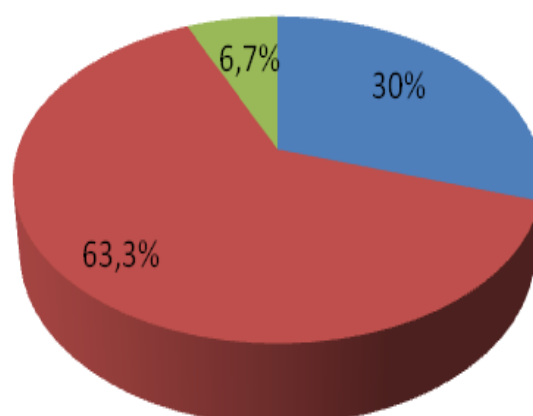
## Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional



**Gráfico 7 - Frequência de gravidezes planeadas e desejadas**

No Gráfico 7, observa-se que apenas 12 das mulheres tiveram uma gravidez planeada (40%), as restantes 18 não tinham feito qualquer planeamento (60%). Das 18 mulheres que não planearam a gravidez, apenas 6 têm uma gravidez desejada.

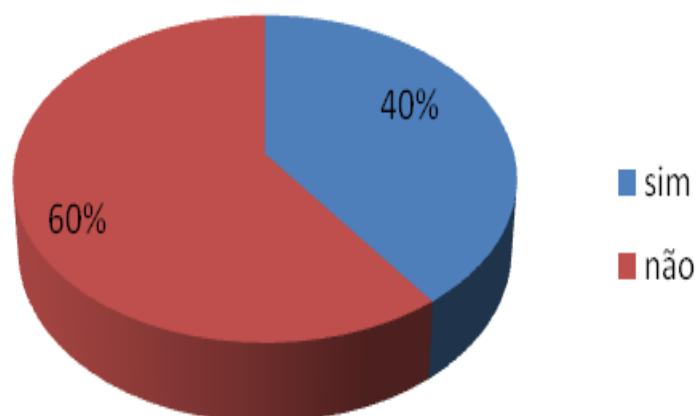
■ Centro de Saúde ■ Hospital ■ Ginecologista Particular



**Gráfico 8- Frequência dos locais onde as mulheres estão a ser seguidas nesta gravidez**

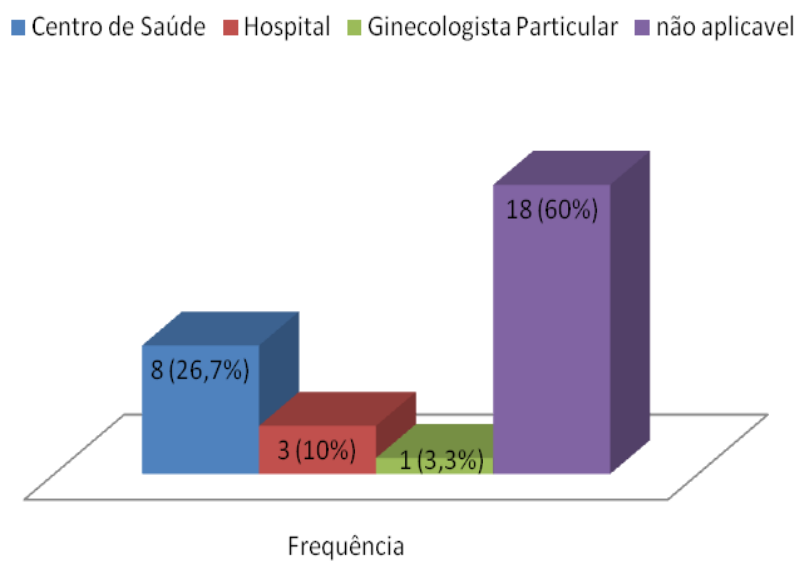
Tal como se pode verificar no Gráfico 8 a maior parte das mulheres está a ser seguida no Hospital (63,3%), no Centro de Saúde estão a ser seguidas 30% das mulheres desta amostra e apenas 6,7% refere estar a ser assistida por ginecologista particular.

## ii. Consulta Pré-concepcional



**Gráfico 9 - Frequência de mulheres que tiveram consulta pré-concepcional**

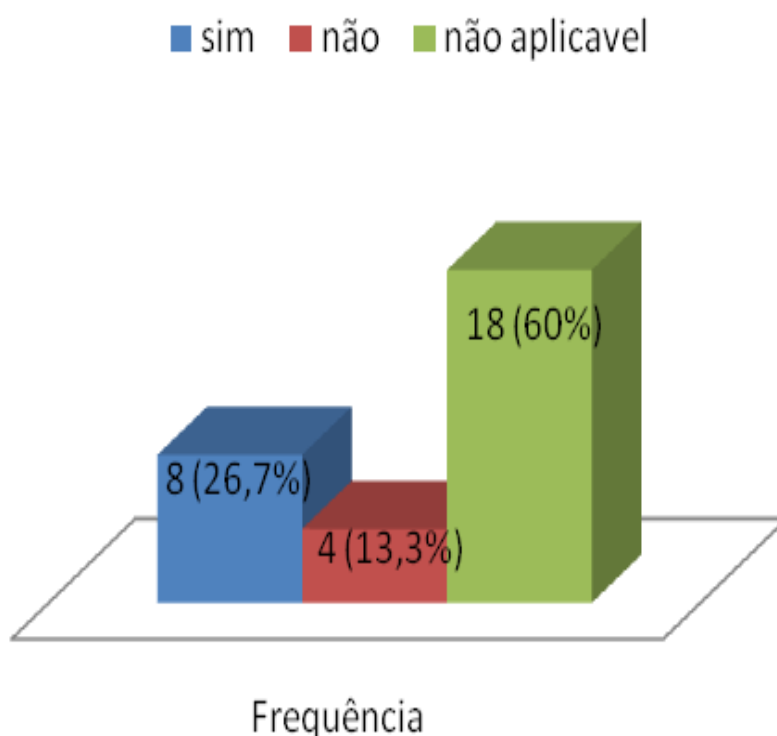
No Gráfico 9 verifica-se que apenas 40% das mulheres fez pelo menos uma consulta pré-concepcional, enquanto que 60% não tiveram qualquer consulta antes da concepção.



**Gráfico 10 - Frequência referente aos locais onde foram realizadas as consultas pré-concepcionais**

Das 12 mulheres que efectuaram consulta pré-concepcional, 8 realizaram no Centro de Saúde (26,7% da amostra ou 66,7% das mulheres da amostra que tiveram consulta pré-concepcional), 3 no Hospital (10% da amostra ou 25% das mulheres da amostra que tiveram consulta pré-concepcional), e 1 no ginecologista particular (3,3% da amostra ou 8,3% das mulheres da amostra que tiveram consulta pré-concepcional) (Gráfico 10)

A designação de não aplicável corresponde às mulheres que não efectuaram a referida consulta.

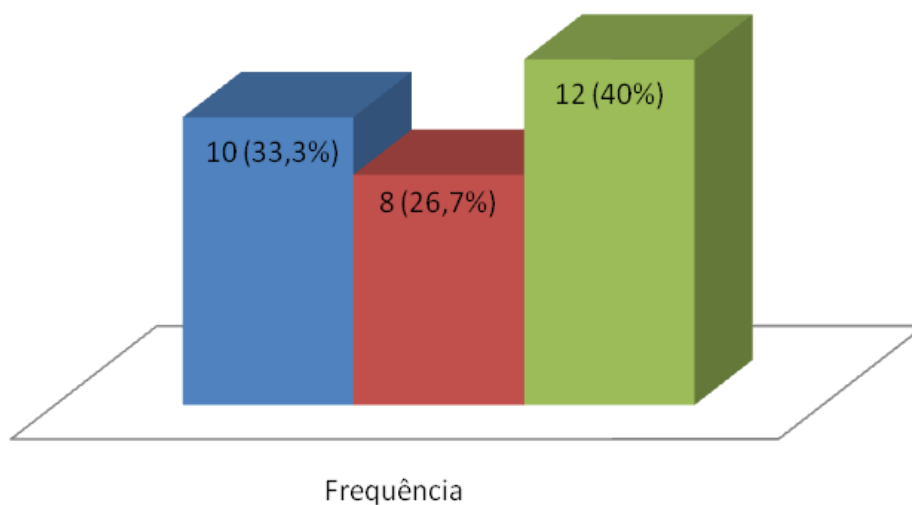


**Gráfico 11 - Frequência de mulheres que foram aconselhadas pelo enfermeiro a frequentar a consultas pré-concepcionais**

Das 12 mulheres que frequentaram as consultas pré-concepcionais 8 foram aconselhadas a frequentar as consultas pré-concepcionais. Da amostra estudada, 4 mulheres não foram aconselhadas pelo Enfermeiro a frequentar estas consultas. A designação de não aplicável corresponde às mulheres que não efectuaram a referida consulta (Gráfico 11).

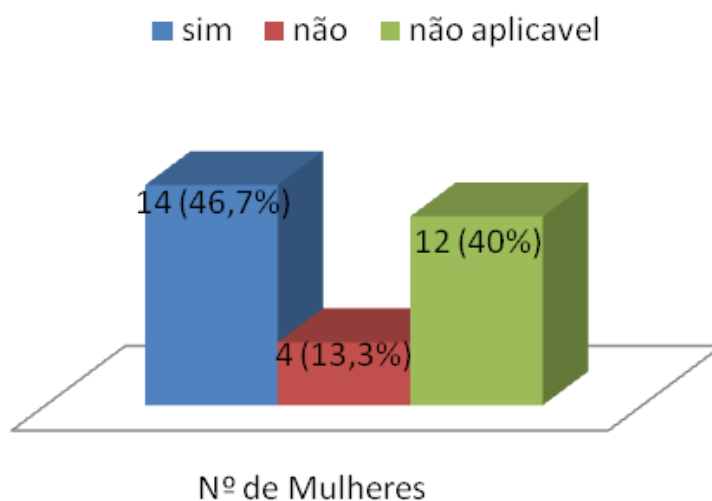
## Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional

■ Desconhecia essas consultas ■ A Gravidez não foi planeada ■ não aplicável



**Gráfico 12 - Frequência da razão de não terem frequentado as consultas pré-concepcionais**

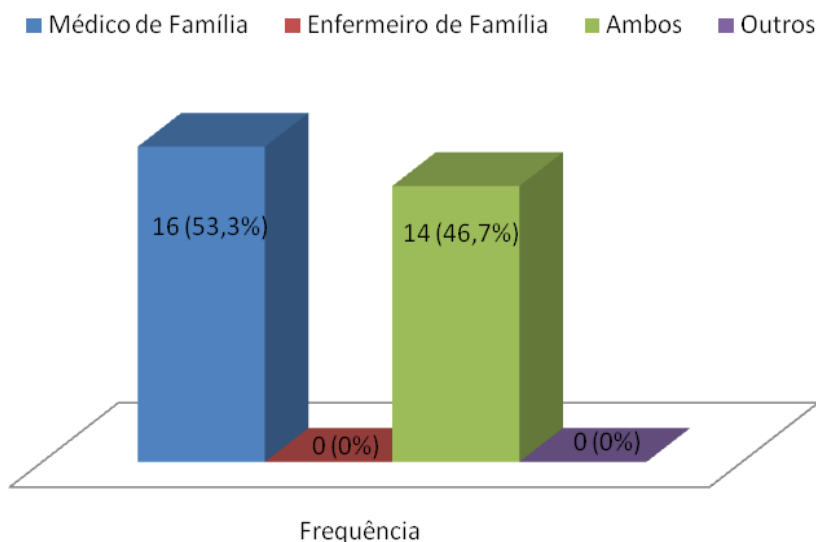
Das 18 mulheres que não frequentaram as consultas pré-concepcionais 10 (55,6% das 18 mulheres que não tiveram esta consulta) referiram não saber da existência dessas consultas e 8 (44,4% das 18 mulheres que não a tiveram) referem não as ter realizado apenas por não terem planeado a gravidez. A designação de não aplicável corresponde às mulheres que efectuaram a referida consulta (Gráfico 12).



**Gráfico 13 - Frequência de mulheres que referem que numa próxima vez frequentariam a consulta pré-concepcional**

## Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional

Das 18 mulheres que não frequentaram as consultas pré-concepcionais 14 referiram que numa próxima vez, frequentariam as consultas pré-concepcionais antes de engravidarem, contra 4 que dizem que não frequentariam. A designação de não aplicável corresponde às mulheres que efectuaram a referida consulta (Gráfico 13).



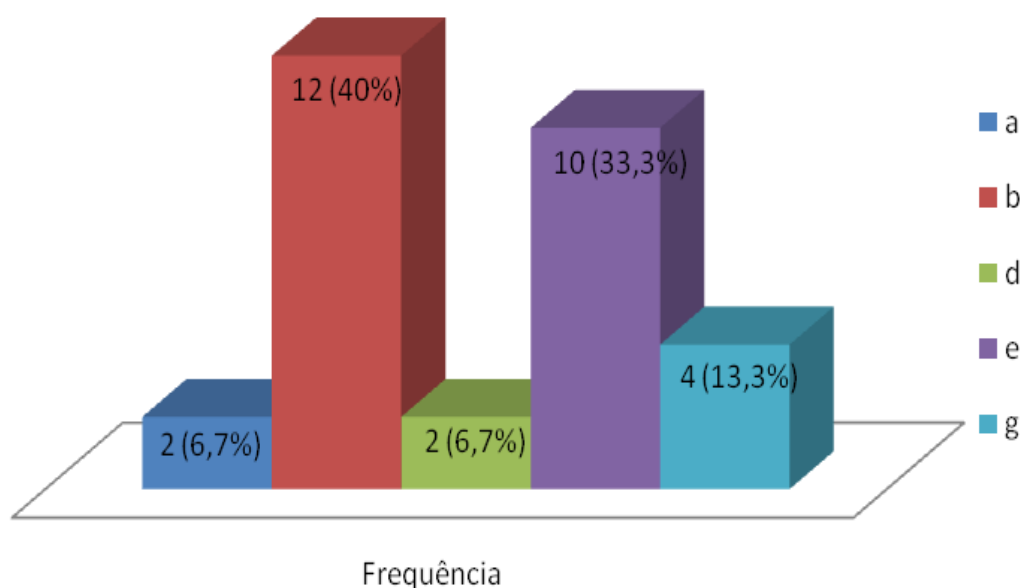
**Gráfico 14 - Frequência sobre quem as grávidas acham que deveria efectuar a consulta pré-concepcional**

Das 30 mulheres questionadas, 16 (53,3%) referem que quem deve efectuar a consulta pré-concepcional é o Médico de Família. Apenas 14 mulheres (46,7%) dizem que devem ser ambos (o Médico de Família e o Enfermeiro de Família) (Gráfico 14).

		Quem deve realizar a consulta pré-concepcional				
		Médico de Família	Enfermeiro de Família	Ambos	Outros	Total
Teve consulta Pré-concepcional antes de Engravidar	Sim	4	0	8	0	12
	Não	12	0	6	0	18
	Total	16	0	14	0	30

**Quadro 5 - Ligação entre a frequência de mulheres que efectuaram a consulta pré-concepcional e das suas opiniões sobre quem deve realizar essa consulta**

Das 16 mulheres que dizem que a consulta pré-concepcional deve ser realizada pelo Médico de Família, apenas 4 tinham tido pelo menos uma consulta pré-concepcional antes de engravidarem contra 12 que não tinham tido. Das 14 mulheres que responderam que a consulta deveria ser feita por ambos (Médico de Família e Enfermeiro de Família) 8 tinham frequentado consultas pré-concepcionais, enquanto que 6 não tinham tido qualquer consulta antes de engravidar (Quadro 5).



**Gráfico 15 - Frequência de respostas à questão "quais os objectivos da consulta pré-concepcional"**

Das 30 mulheres que participaram no estudo, 2 (6,7%) dizem que objectivo da consulta pré-concepcional é a resposta **a** (Esclarecer os casais para que tenham a informação que necessitam para decidir sobre o seu futuro reprodutivo), 12 (40%) referem que é a resposta **b** (Assegurar que o casal adopte estilos de vida saudáveis e prevenir a ocorrência de doenças durante o período pré-concepcional, contribuindo, assim, para a saúde em geral do casal e prevenção de doenças congénitas), 2 (6,7%) dizem ser a resposta **d** (Evitar comportamentos de risco nas primeiras semanas de gravidez), 10 (33,3%) dizem ser a resposta **e** (Todas as respostas anteriores são verdadeiras) e 4 mulheres (13,3%) dizem que a resposta é a **g** (Não sei) (Gráfico 15).

Nenhuma das participantes diz que a resposta correcta é a **c** (Evitar comportamentos de risco nas primeiras semanas de gravidez) ou a **f** (Nenhuma das respostas anteriores é verdadeira) (ver Gráfico 15).

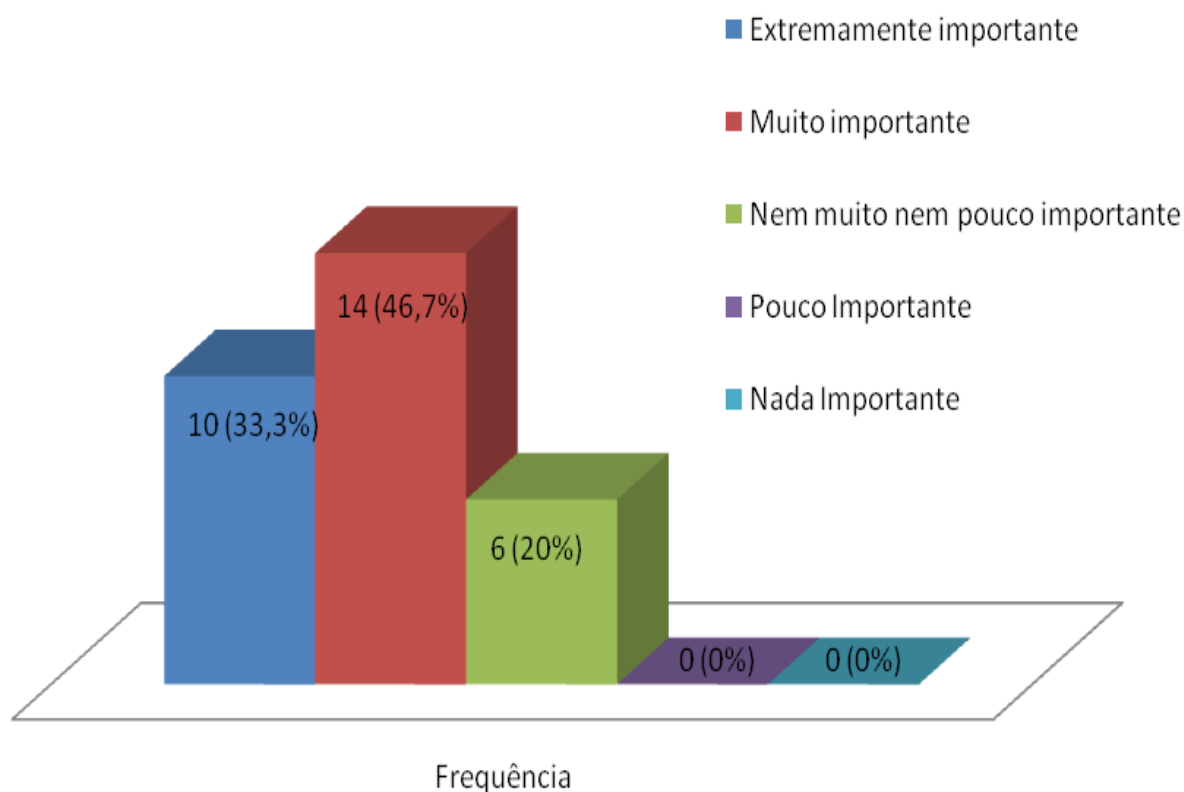
		Quais os Objectivos da Consulta Pré-concepcional									p	Φ
		a	b	c	d	e	f	g	Total			
Teve alguma consulta antes de engravidar	Sim	0	4	0	2	6	0	0	12	0,064	0,54	
	Não	2	8	0	0	4	0	4	18			
	Total	2	12	0	2	10	0	4	30			

**Quadro 6 - Ligação entre a frequência de mulheres que efectuaram a consulta pré-concepcional e a opinião sobre “quais os objectivos dessa consulta”**

No Quadro 6 pode-se observar que das 12 mulheres que tiveram pelo menos uma consulta pré-concepcional, 6 dizem que a resposta correcta é a **e** (Todas as respostas anteriores são verdadeiras), 4 dizem que é a **b** (Assegurar que o casal adopte estilos de vida saudáveis e prevenir a ocorrência de doenças durante o período pré-concepcional, contribuindo, assim, para a saúde em geral do casal e prevenção de doenças congénitas) 2 dizem ser a **d** (Evitar comportamentos de risco nas primeiras semanas de gravidez). No mesmo quadro podemos ainda ver que das 18 que não tiveram a referida consulta, 4 dizem que a resposta correcta é a **e** (Todas as respostas anteriores são verdadeiras), 2 respondem que é a **a** (Esclarecer os casais para que tenham a informação que necessitam para decidir sobre o seu futuro reprodutivo), 8 dizem que é a **b** (Assegurar que o casal adopte estilos de vida saudáveis e prevenir a ocorrência de doenças durante o período pré-concepcional, contribuindo, assim, para a saúde em geral do casal e prevenção de doenças congénitas) e 4 dizem não saber a resposta (resposta **g**).

Foi ainda aplicado o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para analisar se há relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, tendo sido convencionado um nível de significância de 0,05 ( $\alpha = 5\%$ ). Após a aplicação deste teste, verificou-se que não havia relação significativa entre estas duas variáveis discretas (ver Quadro 6).

## Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional



**Gráfico 16 - Frequência da importância conferida pelas grávidas à consulta pré-concepcional**

Tal como se pode observar no Gráfico 16, das 30 grávidas estudadas, 33,3% acha que a consulta pré-concepcional é Extremamente importante, 46,7% considera apenas muito importante e 20% considera que esta consulta nem é muito nem pouco importante. Nenhuma delas diz que é pouco ou nada importante.

		Acha importante frequentar as consultas pré-concepcionais						p	Φ
		Extremamente importante	Muito Importante	Nem Muito nem Pouco Importante	Pouco Importante	Nada importante	Total		
Teve consulta Pré-concepcional antes de Engravidar	Sim	8	4	0	0	0	12	0,003	0,61
	Não	2	10	6	0	0	18		
	Total	10	14	6	0	0	30		

**Quadro 7 - Ligação entre a frequência de mulheres que efectuaram a consulta pré-concepcional e das suas opiniões sobre a importância da consulta pré-concepcional**

No Quadro 7, podemos ver que das 12 mulheres que tiveram pelo menos uma consulta pré-concepcional, 8 acham esta consulta extremamente importante e 4 muito importante. Neste quadro cruzado podemos ainda ver que das 18 que não tiveram a referida consulta, 2 consideram-na extremamente importante, 10 muito importante e 6 não a consideram nem muito nem pouco importante.

Foi ainda aplicado o teste de  $\chi^2$  de Pearson para analisar se há relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, tendo sido convencionado que  $\alpha = 5\%$ . Após a aplicação deste teste, verificou-se que havia relação significativa entre estas duas variáveis discretas, dado que  $p < 0,05$ . Foi, ainda, calculado Phi ( $\phi$ ) para limitar o efeito do tamanho da amostra sobre o teste de  $\chi^2$ . Sendo que  $\phi > 0,30$ , podemos dizer que a relação entre as variáveis não é devida simplesmente ao acaso (ver Quadro 7).

Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional

		Teve Consulta Pré-concepcional			p	Φ
		Sim	Não	Total		
Escolaridade	Ensino Básico	2	8	10	0,17	0,34
	Ensino Secundário	6	8	14	N/S	
	Ensino Superior/Univ.	4	2	6		
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>30</b>		
Situação Laboral	Trabalhadora	10	6	16	0,02	0,52
	Desempregada	0	6	6		
	Estudante	2	6	8		
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>30</b>		
Profissão	1º Grau	6	0	6	0,02	0,63
	2º Grau	0	2	2		
	4º Grau	2	4	6		
	5º Grau	2	6	8		
	não aplicável	2	6	8		
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>30</b>		
Grupo Etário	≤ 20	0	2	2	0,34	0,33
	21-25	4	8	12	N/S	
	26-30	4	6	10		
	≥ 31	4	2	6		
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>30</b>		
Estado Civil	Casada	8	8	16	0,33	0,27
	Solteira	4	8	12	N/S	
	Divorciada	0	2	2		
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>30</b>		
Quantas Vezes Esteve Grávida	Uma	6	10	16	0,11	0,38
	Duas	6	4	10	N/S	
	Três	0	4	4		
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>30</b>		

Quadro 8 - Ligação entre a frequência de mulheres que efectuaram a consulta pré-concepcional e grau de escolaridade, situação laboral, profissão, grupo etário, estado civil e nº de gravidezes

Foi ainda aplicado o teste de  $\chi^2$  de Pearson para analisar se há relação estatisticamente significativa entre estas variáveis, tendo sido convencionado que  $\alpha = 5\%$ . Após a aplicação deste teste, verificou-se que havia relação significativa entre a situação laboral e a categoria profissional e a frequência na consulta pré-concepcional, dado que  $p < 0,05$ . Foi, ainda, calculado Phi ( $\phi$ ) para limitar o efeito do tamanho da amostra sobre o teste de  $\chi^2$ . Sendo que  $\phi > 0,30$ , podemos dizer que a relação entre as variáveis não é devida simplesmente ao acaso (Quadro 8).

## 2. Discussão de Resultados

Depois da apresentação dos resultados da análise dos dados, surge a necessidade de interpretar toda a informação obtida, razão pela qual é apresentada uma discussão dos resultados, confrontando os dados deste estudo com a opinião dos autores, e determinando as implicações dos resultados para a prática dos cuidados de Enfermagem. Segundo Fortin (2003, p. 343):

“A apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação. (...) O investigador discute os principais resultados da investigação em função do problema de investigação, das questões ou hipóteses, estabelece comparações entre resultados deste estudo e dos de outros trabalhos de investigação ligados ao quadro de referência. (...)”.

Neste capítulo pretende-se assim analisar os resultados que consideramos mais pertinentes de forma a responder às questões de investigação inicialmente propostas, ou seja, “Qual a importância que as grávidas da MJD conferem à consulta pré-concepcional?”, “Quais são os factores que levam as grávidas da MJD a não frequentar as consultas pré-concepcionais?” e “Qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional?”.

Dado a bibliografia encontrada ter sido limitada no que respeita a estudos semelhantes, tornou-se difícil a discussão de dados da presente monografia, nomeadamente quanto à comparação de resultados que fornecem respostas às questões de investigação “Qual a

importância que as grávidas da MJD conferem à consulta pré-concepcional?” e “Qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional?”.

A amostra deste estudo é constituída por 30 mulheres grávidas com idades compreendidas entre os 19 e os 36 anos de idade. A faixa etária predominante situa-se entre os 21 e os 25 anos de idade. A idade média de idades é de 27 anos e a mediana é de 26. Apenas 2 mulheres tinham idade igual ou inferior a 20 anos e apenas 6 com idade igual ou superior a 31 anos. Em relação ao estado civil, podemos concluir que a maioria das mulheres está casada (53,3%). De referir uma percentagem significativa de mulheres solteiras (40%). Apenas 6,7% se encontram divorciadas. Relativamente ao grau de escolaridade 46,7% tem o ensino secundário, 33,3% tem apenas o ensino básico e apenas 20% frequentou o ensino superior.

Em relação à situação laboral 53,3% das mulheres tem emprego, 26,6% são estudante e apenas 20% se encontram desempregadas. Quanto à categoria profissional, 20% das mulheres fazem parte da categoria de directores técnicos de empresas e bancos, licenciados, militares alta patente; 6,67% das mulheres fazem parte da categoria de Chefes de secção administrativa ou de negócios de grande empresas, subdirectores, peritos e técnicos e comerciantes; 20% das mulheres fazem parte da categoria de Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros; 26% das mulheres têm profissões da categoria trabalhadores manuais não especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza; As restantes 26,6% de mulheres que não se enquadram numa escala de grafar são aquelas que de momento de encontram a estudar. As categorias profissionais foram analisadas com base na escala de Graffar. Este estudo difere do de Bacelo & Lopes que tinha uma população com profissão sobretudo de grau 3 ou 4 na escala de Graffar, contrariamente ao que se verificou nesta amostra que apresenta sobretudo de grau 4 e 5.

Quanto ao uso de contraceptivos no periodo antes de engravidar, a 80% das mulheres antes de engravidar tomava a pílula (60% apenas a pílula mais 20% que utilizava a pílula e o preservativo). Contudo 26,7% dizem não ter suspenso o uso de contraceptivos antes de saberem que estavam grávidas, sendo que 20% dessas mulheres tomava a pílula antes de engravidar.

Quanto aos hábitos de consumo de álcool e tabaco, 33% da população consome tanto álcool como tabaco, 27% consome só bebidas alcoólicas, 27% consome apenas tabaco. Só 13% das mulheres não consome nenhuma destas duas substâncias. Quando se questiona as mulheres se alguma vez tiveram consumo de drogas ilícitas, apenas 20% admite ter feito algum consumo durante a sua vida.

Quanto ao planeamento da gravidez, 18 mulheres tiveram uma gravidez não planeada (60%) e dessas 18, apenas 6 têm uma gravidez desejada, ou seja 20% da amostra. No total, foram 18 as mulheres que tiveram uma gravidez desejada (60%). Estes dados não vão de encontro aos valores do estudo de Bacelo & Lopes (2009), contudo, outros estudos referidos por este autor, apresentam valores de 40 e 50% de gravidezes não planeadas, mais semelhantes aos valores encontrados neste estudo. Tal como o mesmo autor refere, este valor revela uma necessidade de apostar nos Cuidados Primários e na Educação para a Saúde

Quanto ao seguimento da gravidez, 63,3% destas mulheres está a ser seguida no Hospital, 30% no Centro de Saúde e apenas 6,7% num ginecologista particular

A percentagem de mulheres que realizaram consultas pré-concepcionais é igual á percentagem de gravidezes planeadas, ou seja apenas 12 (40%) mulheres tiveram consultas pré-concepcionais. Dessas 8 tiveram essas consultas no Centro de Saúde, 3 no Hospital e apenas 1 no ginecologista particular. Também dessas 12 mulheres, 8 foram aconselhadas por enfermeiro a frequentarem a consulta pré-concepcional. No estudo de Bacelo & Lopes (2009, p. 22) a percentagem de mulheres que teve consultas pré-concepcionais é ligeiramente superior (49,9%), contudo nesse estudo, essas consultas foram maioritariamente realizadas por obstetra particular e apenas uma mínima percentagem dessa população a realizou no Centro de saúde, por esse motivo os resultados deste estudo não vão ao encontro desses resultados. Segundo o mesmo autor (Bacelo & Lopes, 2009, p. 23), o objectivo da campanha “Healthy People 2000” o objectivo era que 60% da população realizasse consultas pré-concepcionais.

Respondendo à questão desta investigação “Quais são os factores que levam as grávidas da MJD a não frequentar as consultas pré-concepcionais?”, das 18 mulheres que não

realizaram a consulta pré-concepcional, 10 (55,6% dessas 18) referiram não saber da existência dessas consultas e 8 (44,4% dessas 18) referem não as ter realizado por não terem planejado a gravidez. Estes valores também não vão ao encontro do estudo de Bacelo & Lopes (2009, p.23), que referem que apenas 30% não realizaram a consulta por não terem planejado a gravidez, 18% por não terem planejado a gravidez e 18% por não terem achado importante a sua realização e em que 25% não responderam à questão. Apesar de não haver uma grande semelhança nos valores, as conclusões são as mesmas, é ainda necessário e importante que seja feita a divulgação e motivação das mulheres desde cedo, para estas consultas.

Ainda respondendo à mesma questão de investigação, verificou-se haver uma relação estatisticamente significativa entre a realização da consulta pré-concepcional e a situação laboral e a categoria profissional. Assim, as mulheres que trabalham parecem aderir mais a este tipo de consulta, o mesmo se verificando com as mulheres que se têm profissões de categoria de 1º grau. Por outro lado, não se verificou existir uma relação estatisticamente significativa entre a realização da consulta pré-concepcional e o nível de escolaridade, grupo etário, estado civil ou o nº de gravidezes. Estes valores não vão de encontro com os encontrados no estudo de Bacelo & Lopes (2009, p.23), dado que nesse estudo não havia relação estatisticamente significativa em relação à situação laboral, contudo, em relação à categoria profissional os resultados são semelhantes. Assim conclui-se que pessoas com melhores condições de vida têm uma maior tendência para frequentar estas consultas.

Quando questionadas, se numa próxima gravidez, frequentariam as consultas pré-concepcionais 14 das 18 mulheres que não a realizaram desta vez, referiram que numa próxima vez, frequentariam as consultas pré-concepcionais antes de engravidarem.

De referir ainda que das 30 mulheres da amostra, apenas 14 mulheres (46,7%) dizem que devem ser ambos (o Médico de Família e o Enfermeiro de Família) a realizarem a consulta pré-concepcional. Destas 14 mulheres, 8 tinham realizado a consulta pré-concepcional e 6 não.

Respondendo à questão de investigação “Qual a percepção das grávidas da MJD sobre os benefícios da consulta pré-concepcional?”, foi realizada a questão “Quais são para si os objectivos da consulta pré-concepcional”. A esta questão um terço da população soube responder que todas as respostas estariam correctas, apenas 13,3% disse que não sabia a respostas, as restantes deram respostas incompletas à questão. Foi aplicado o teste de  $\chi^2$  de Pearson, com nível de significância de 0,05, para avaliar se haveria uma relação estatisticamente significativa entre estas respostas e o facto de terem tido ou não consultas pré-concepcionais. Não foi contudo encontrada qualquer relação entre estas duas variáveis. Podemos, assim, que os 40% da população que realizaram as referidas consultas, não demonstram maior percepção de todos os benefícios que esta consulta traz.

Respondendo à questão de investigação principal “Qual a importância conferida pelas grávidas da MJD à consulta pré-concepcional?”, foi realizada uma questão segundo uma escala de Likert. Nenhuma das mulheres deste estudo diz que a consulta pré-concepcional é pouco ou nada importante. Um terço das mulheres refere que a consulta é extremamente importante (8 tinham frequentado a consulta e 2 não), 46,7% refere que é muito importante (4 tinham frequentado a consulta e 10 não) e apenas 20% diz que não é nem muito nem pouco importante (nenhuma desta tinha frequentado a consulta pré-concepcional). Para avaliar se havia relação estatisticamente significativa entre estas respostas e o facto de terem tido ou não consultas pré-concepcionais, foi aplicado o teste de  $\chi^2$  de Pearson, com nível de significância de 0,05. O resultado foi de  $p=0,003$  o que demonstra haver uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Foi ainda calculado Phi e tendo o resultado sido  $\phi = 0,61$ , podemos dizer que a relação entre estas variáveis não se deu simplesmente devido ao acaso. Assim podemos dizer que se houver uma maior difusão dos benefícios desta consulta, maior será a importância que lhe conferem e conseqüentemente poderá vir a aumentar o número de mulheres a recorrer a este tipo de consultas, tal como referido por Bacelo & Lopes (2009, p. 26).

## V. CONCLUSÃO

O tema aqui abordado: “A Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional” foi realizado porque a consulta pré-concepcional tem demonstrado ser um factor determinante para um melhor prognóstico durante a gravidez e o parto. Sendo assim, torna-se importante que, todas as grávidas que desejem ter filhos frequentem estas consultas e tentar perceber a razão pela qual alguns não aderem a estas consultas.

A principal questão deste projecto de investigação foi “Qual a importância que as grávidas da MJD conferem à consulta pré-concepcional?”. Sendo que a partir dela, foram criados os seguintes objectivos: avaliar a importância que as grávidas conferem à consulta pré-concepcional; identificar os factores que levam as grávidas a não frequentar as consultas pré-concepcionais; determinar qual a percepção das grávidas sobre os benefícios da consulta pré-concepcional. Estes objectivos foram testados aquando da aplicação do questionário.

Com efeito, a elaboração do trabalho apresentado, permitiu não só por em prática um vasto leque de conhecimentos recolhidos ao longo do curso, como também de aplicar e aprofundar conhecimentos sobre uma temática que se julga importante – a concepção de trabalhos científicos. Durante a realização desta investigação também os conhecimentos sobre a metodologia científica e sobre como realizar o tratamento de dados foram grandemente aumentados. Assim, pode-se dizer que os objectivos pessoais e académicos foram atingidos.

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa e transversal tendo o questionário sido aplicado a numa amostra de trinta grávidas que passavam em frente à MJD durante o mês de Junho de 2009.

A falta de conhecimentos transmitidos durante o curso sobre o funcionamento da ferramenta estatística SPSS ou de qualquer ferramenta que possa ser usada no tratamento de dados, dificultou a realização do tratamento de dados. O facto de haver bibliografia limitada no que respeita a estudos semelhantes sobre este tema, tornou-se

difícil a discussão de resultados desta investigação. A inexperiência da investigadora foi também uma barreira para a realização da metodologia científica. Contudo estas dificuldades foram ultrapassadas devido ao esforço e empenho da investigadora.

Após uma análise atenta dos resultados obtidos, foi realizado a discussão de dados, sendo expostas abaixo as principais reflexões do estudo.

De realçar que, mesmo as mulheres que tiveram consultas pré-concepcionais, têm uma parca percepção de todos os benefícios que esta consulta pode trazer. Sendo que apenas um terço da amostra sabia todos os benefícios que esta poderia acarretar.

Interessante foi verificar que 55,6% das 18 grávidas que não tinham realizado a consulta pré-concepcional, não a frequentaram porque desconheciam a sua existência e as restantes 44,4% disseram ser por não terem planeado a gravidez. Seria por isso importante sensibilizar a população para os benefícios do planeamento de uma gravidez em geral e das consultas pré-concepcionais em particular.

Verificou-se ainda uma relação estatisticamente significativa entre a frequência nas consultas pré-concepcional e a situação laboral e a categoria profissional, desta forma podemos concluir que pessoas com melhores condições de vida têm uma maior tendência para frequentar estas consultas.

Apenas 20% da população considera que a consulta pré-concepcional não é muito nem pouco importante (não tendo nenhuma destas tido esta consulta antes de engravidar), não havendo nenhuma que a considera ser pouco ou nada importante. Verifica-se ainda que o facto de terem tido estas consultas faz com que estas mulheres lhe dêem mais importância do que aquelas que não a tiveram.

Com este estudo, conclui-se que é fundamental a divulgação e a motivação das mulheres em idade fértil para este tipo de consulta. A equipe, Médico e Enfermeiro de Família, ocupam um lugar privilegiado para a implementação desta actividade, dado que acompanha o casal em todo o seu ciclo de vida, tendo assim inúmeras oportunidades de realizar educações para a saúde neste sentido.

## VI. BIBLIOGRAFIA

Aguilera, J., Caparros, M., Vila, R. (2006). Consejo Genético: Infórmate, *Enfermería Integral*, nº 75, pp. 28-33.

Baena, L. et al. (2003). Protocolo de Atención: Consulta Preconcepcional, Embarazo e Puerperio [Em linha] Disponível em <http://www.areasaludplasia.es/3/35/pdf/86/Primaria/PGP0016.pdf>. [consultado em 17/02/2009].

Barcelo, T., Lopes, M. (2009) Antecipar a Vida: Consulta Pré-concepcional – Caracterização das Puérperas do Hospital de Santo André – Leiria, *Revista Portuguesa Clínica Geral*. [Em linha] Disponível em [http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=33568&artId=802](http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=802). [consultado em 30/05/2009].

Barron, W., Lindheimer, M. (2001). *Trastornos médicos durante el embarazo*. 3ª Edição, Barcelona, Elsevier España.

Bottomley, C.; O'Reilly, B.; Rymer, J. (2008). *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia*. Loures, Lusodidacta, pp. 219-226.

Bobak, I., Lowdermilk, D., Perry, S. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª Edição. Porto Santo, Artmed Editora.

Carrera, J., Mallafré, J., Serra, B. (2006). *Protocolos de Obstetricia y Medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus*. 4ª Edição, Barcelona, Elsevier España.

Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. 5ª Edição, Loures, Editora Lidel.

Direcção Geral de Saúde. (1998). Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial: circular normativa nº 8/DGCG; [Em linha] Disponível em

<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009714.pdf>. [consultado em 30/03/2008].

Direcção Geral de Saúde. (2004). Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial: circular normativa nº 2/DGCG; [Em linha] Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006254.pdf>. [consultado em 30/03/2008].

Direcção Geral de Saúde (2005). A Nova Roda dos Alimentos; [Em linha] Disponível em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=8681> [consultado em 30/06/2009].

Direcção Geral de Saúde. (2005). Plano Nacional de Vacinação. Orientações Técnicas: Circular Normativa nº 8; [Em linha] Disponível em [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Publicacoes/orientacoes\\_tecnicas\\_vacinas.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Publicacoes/orientacoes_tecnicas_vacinas.pdf). [consultado em 23/05/2009].

Direcção Geral de Saúde. (2006). Prestação de Cuidados Pré-concepcionais: circular normativa nº 2; [Em linha] Disponível em [http://www.srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2006/cuidados\\_pre\\_concepcionais.pdf](http://www.srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2006/cuidados_pre_concepcionais.pdf). [consultado em 30/03/2008].

Direcção Geral de Saúde. (2006). Boletim de Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar: circular normativa nº 1; [Em linha] Disponível em [http://www.srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2006/boletim\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://www.srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2006/boletim_saude_reprodutiva.pdf). [consultado em 30/03/2008].

Direcção Geral de Saúde. (2008). Saúde Reprodutiva: Infertilidade; [Em linha] Disponível em <http://www.mgfamiliar.net/sderepinf.pdf> [consultado em 05/07/2009].

Faria, A., et al. (2005). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Edição. Lousã, Lidel.

Ferrá, R.; Naranjo, J.; Pérez, S. (1998). Comportamiento del Riesgo Preconcepcional, [Em linha] Disponível em <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=show>

Detail&id\_articulo=12278&id\_seccion=799&id\_ejemplar=1270&id\_revista=69.  
[consultado em 30/03/2008].

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à investigação*. 3ª Edição. Lisboa, Lusociência.

Freitas, F. (2001). *Rotinas em Obstetrícia*. 4ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora.

Grupo Espanhol de Diabetes e Gravidez. (2005). *Diabetes Mellitus e Embarazo: “Guía Asistencial”*. 3ª Edição, Madrid (Espanha), Lilly.

Jurado, M., Vélez, R. (2001). La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante, *Medifam*, nº 4, pp. 61-77.

Lima, F., Oliveira, N. (2005). Gravidez e Exercício, *Ver Bras Reumatol*, v. 45, nº 3, pp. 188-189.

Martins, F. (2004). Um Olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O Passado, o Presente, que Futuro? [Em linha] Disponível em [www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/FatimaMartins.pdf](http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/FatimaMartins.pdf). [consultado em 09/01/2009].

Mendes, I. (2000). A Importância Nutricional da Mulher no Período Pré-concepcional e Gestacional – Breves Considerações [Em linha] Disponível em [http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=119&codigo=](http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=119&codigo=). [consultado em 17/02/2009].

Moreno, A., et al. (1998). *Actuación en Enfermería Comunitária: Sistemas y Programas de Salud*. Espanha, MacGraw-Hill.

Portal da Saúde (2005). Viver a Gravidez em Saúde; [Em linha] Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/vivergravidezemsaude.htm> [consultado em 30/06/2009].

Smith, N. (2005). *Compreender a Gravidez*. Porto, Porto Editora.

Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção para a Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição. Loures, Lusociência, pp. 603-604.

Universidade Fernando Pessoa. (2009). Manual Estilo Elaboração de Trabalhos Científicos, [Em linha] Disponível em <http://www.ufp.pt/images/stories/aurea/Manual%20Estilo%20Elabora%C3%A7%C3%A3o%20trabalhos%20cient%C3%ADficos.pdf>. [consultado em 16/07/2009].

Vieira, P. (1998). Introdução ao SPSS, [Em linha] Disponível em <http://stat.med.up.pt/ch1index.html>. [consultado em 17/02/2009].

Wroblewski, C. (1992). Aconselhamento Pré-concepcional, *Nursing*, nº55, pp. 27-29.

**VII. ANEXOS**

**Anexo I - Cronograma**



**Anexo II- *Questionário***

## **QUESTIONÁRIO**

Vanessa Daniela Oliveira do Couto Barbosa, aluna do 4º ano do curso de Enfermagem na Faculdade de ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa a realizar uma investigação cujo tema é: “A Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional”. Assim, a questão principal deste projecto de investigação visa perceber “Qual a importância que as grávidas conferem à consulta pré-concepcional?”.

Os objectivos do estudo são: avaliar a importância que as grávidas conferem à consulta pré-concepcional; identificar os factores que levam as grávidas a frequentar as consultas pré-concepcionais; determinar quais os conhecimentos das grávidas sobre os benefícios da consulta pré-concepcional.

Neste sentido, venho solicitar a vossa Exa. a sua participação no preenchimento deste questionário.

Os dados deste questionário serão anónimos e confidenciais, pelo que não se deve identificar em nenhuma das partes do mesmo. O preenchimento do questionário demora cerca de 15 minutos.

O questionário é constituído por perguntas abertas e fechadas. Nas respostas às perguntas fechadas deverá assinalar com um (X) no quadrado correspondente à afirmação tida como mais correcta. Nas respostas às perguntas abertas deverá responder de acordo com a sua opinião.

Antecipadamente agradece-se a sua preciosa colaboração.

A Aluna

---

Vanessa Daniela Oliveira do Couto Barbosa

## I - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Estado Civil

- Casada
- Solteira
- Viúva
- Divorciada
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

3. Escolaridade

- Analfabeta
- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior/Universitário

4. Situação Laboral

- Trabalhadora
- Desempregada
- Estudante

5. Profissão:

---

6. Concelho de Residência

---

7. Quantas vezes já esteve grávida (contando com esta gravidez)?

- Uma
- Duas
- Três
- Quatro ou mais

8. Utilizava algum método para não engravidar?

- Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- Não.

9. Suspendeu o método contraceptivo antes de engravidar?

- Sim. Quanto tempo antes de engravidar? \_\_\_\_\_ meses. Por indicação de quem? \_\_\_\_\_
- Não
- Não aplicável

10. Consome bebidas alcoólicas ou tabaco regularmente? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Sim, consumo álcool.
- Sim, consumo tabaco.
- Não

11. Já consumiu drogas ilícitas?

- Sim
- Não

12. A gravidez actual foi:

- Planeada
- Não Planeada

13. A gravidez actual foi:

- Desejada
- Não Desejada

**14. Onde está seguida durante esta gravidez?**

- Centro de Saúde
- Hospital
- Ginecologista Particular
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

## II – CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL

**1. Teve alguma consulta antes de engravidar, para saber se estava tudo bem consigo?**

- Sim
- Não

**2. Se sim:** (Responda apenas se teve consulta pré-concepcional. Se teve, passe directamente para a questão 3).

**2.1 Onde teve lugar essa consulta?**

- Centro de Saúde
- Hospital
- Ginecologista particular
- Outro. Onde? \_\_\_\_\_

**2.2 Foi aconselhada pelo seu enfermeiro de família a frequentar as consultas pré-concepcionais?**

- Sim
- Não

**3. Se não:** (Responda apenas se não teve consulta pré-concepcional. Se teve, passe directamente para a questão 4).

**3.1 Porque razão não foi efectuada a consulta pré-concepcional?**

- Desconhecia essas consultas
- Não achei importante
- Não tive vaga
- A Gravidez não foi planeada
- Outra razão. Qual? \_\_\_\_\_

**3.2 Numa próxima gravidez procuraria recorrer a uma consulta pré-concepcional?**

- Sim
- Não

**4. Quem, na sua opinião, deve realizar a consulta pré-concepcional?**

- O médico
- O enfermeiro
- Ambos
- Outro. Quem? \_\_\_\_\_

**5. Quais são para si os objectivos da consulta pré-concepcional?**

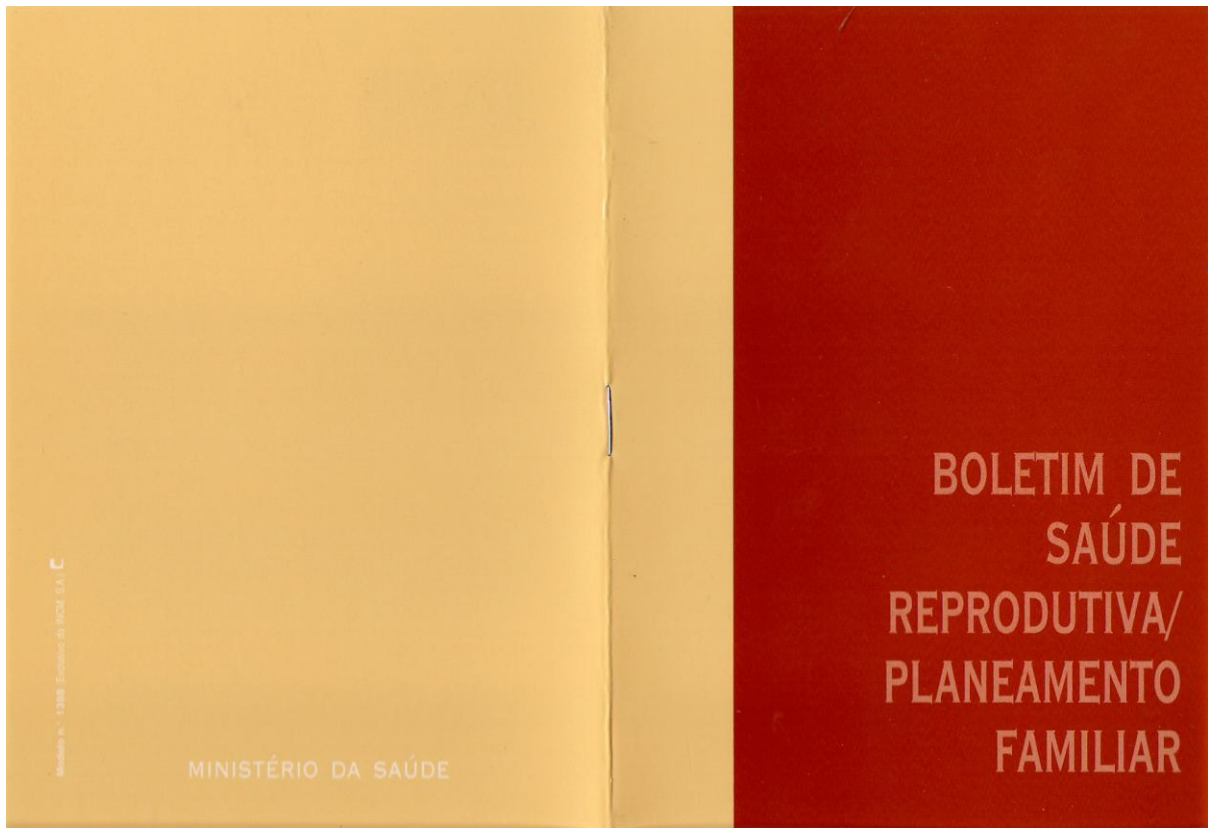
- Esclarecer os casais para que tenham a informação que necessitam para decidir sobre o seu futuro reprodutivo
- Assegurar que o casal adopte estilos de vida saudáveis e prevenir a ocorrência de doenças durante o período pré-concepcional, contribuindo, assim, para a saúde em geral do casal e prevenção de doenças congénitas
- Prevenir o início tardio da vigilância pré-natal
- Evitar comportamentos de risco nas primeiras semanas de gravidez
- Todas as respostas anteriores são verdadeiras
- Nenhuma das respostas anteriores é verdadeira
- Não sei

**6. Acha importante frequentar as consultas pré-concepcionais?**

- Extremamente importante
- Muito importante
- Nem muito nem pouco importante
- Pouco importante
- Não importante



Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional  
Anexo III – BSR/PF



**LOCAL DA CONSULTA**  
MÉDICO \_\_\_\_\_  
NOP ou N.º DO PROCESSO [ ]  
N.º DE UTENTE [ ]

**IDENTIFICAÇÃO**  
NOME \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
PROFISSÃO \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE \_\_\_\_\_  
DATA DA 1.ª CONSULTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**HISTÓRIA FAMILIAR**

DIABETES	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	
HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANOMALIA CONGÉNITA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OUTRA (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

DIABETES	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	D. HEPÁTICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. URINÁRIA REPETIÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. NEUROLÓGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRANSF. SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. DA TIRÓIDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUTRA (ESPECIFICAR)		

**HÁBITOS**

CONSUMO HABITUAL DE MEDICAMENTOS  NÃO  SIM

ÁLCOOL  NÃO  SIM GR/DIA TABACO  NÃO  SIM CIGARROS/DIA

OUTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

**GRUPO SANGUÍNEO**

ABO	Rh+(D)/Rh-(d)

**RASTREIO DE HEMOGLOBINOPATIA** NÃO  SIM

**VACINAÇÃO**

N.º DE DOSES	ÚLTIMA DOSE	ACTUALIZAÇÃO	ACTUALIZAÇÃO
RUBÉOLA <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Td <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
HEPATITE <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
OUTRA			

**HISTÓRIA GINECOLÓGICA**

MENARCA \_\_\_\_\_

CICLO MENSTRUAL R  IR  INTERVALO \_\_\_\_\_ DURAÇÃO \_\_\_\_\_

MENORRAGIA/METORRAGIA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	INFEÇÃO PÉLVICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
DISMENORREIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DISPAREUNIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**HISTÓRIA OBSTÉTRICA**

DATAS:	PARTOS DE TERMO		PARTOS PRÉ-TERMO		ABORTOS OU GRAV. ECTÓPICA		FILHOS VIVOS	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FETOS MORTOS  NÃO  SIM MORTE PÓS-NEONATAL  NÃO  SIM

MORTE NEONATAL  NÃO  SIM ANOM. CONGÉNITAS  NÃO  SIM

NAS MULHERES Rh- GAMAGLOBULINA ANTI-D

APÓS TODOS OS PARTOS DE FETO Rh+ NÃO  SIM  NÃO SABE

APÓS TODOS OS ABORTOS NÃO  SIM  NÃO SABE

2

3





**Anexo IV- Roda Dos Alimentos**

A *Inova*

# RODA DOS ALIMENTOS

... um guia para a escolha alimentar diária!



**COMA BEM, VIVA MELHOR!**

Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional  
Anexo IV – Folheto Explicativo da Nova Roda dos Alimentos

O QUE É UMA PORÇÃO?*	POR DIA quantas porções são necessárias?***
<b>Cereais e derivados, tubérculos</b>	<b>4 a 11</b>
1 pão (50g) 1 fatia fina de broa (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo <i>Maria / água e sal</i> (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crus (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)	
<b>Hortícolas</b>	<b>3 a 5</b>
2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)	
<b>Fruta</b>	<b>3 a 5</b>
1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	
<b>Lactínios ***</b>	<b>2 a 3</b>
1 chávena almoçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)	
<b>Carnes, pescado e ovos</b>	<b>1,5 a 4,5</b>
Carnes / pescado crus (30g) Carnes / pescado cozinhados (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	
<b>Leguminosas</b>	<b>1 a 2</b>
1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)	
<b>Gorduras e óleos</b>	<b>1 a 3</b>
1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)	

## Como se utiliza?

Diariamente devem comer-se porções de todos os grupos de alimentos.

O número de porções recomendado depende das necessidades energéticas individuais. As crianças de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores e os homens activos e os rapazes adolescentes pelos limites superiores; a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.



\* As equivalências alimentares apresentadas tiveram por base valores estabelecidos de nutrientes. Glicídios/hidratos de carbono - nos grupos dos cereais e derivados, tubérculos (28g), hortícolas (6g) e fruta (14g); proteínas - no caso de lactínicos (8g) (onde também se teve em linha de conta o valor de cálcio - 300ml), carnes, pescado e ovo (6g) e leguminosas (6g); e lípidos para o grupo de gorduras e óleos (10g).

\*\* Os valores limite (mínimo e máximo) das porções aqui recomendadas foram calculados para os valores energéticos de 1300Kcal e 3000Kcal, sendo a quantidade intermédia correspondente a um plano alimentar de 2200Kcal.

\*\*\* A generalidade da população deve consumir 2 porções, com excepção de crianças e adolescentes, que necessitam de 3 porções.

Importância Conferida pela Grávida à Consulta Pré-concepcional  
Anexo IV – Folheto Explicativo da Nova Roda dos Alimentos



## A não esquecer . . .

### BEBIDAS

Embora a água seja a melhor bebida para satisfazer a sede, pode também recorrer-se a **outras bebidas que não contenham adição de açúcar, álcool ou cafeína**. Os sumos de fruta naturais e os chás sem cafeína (camomila, cidreira, limão, tilia...) são exemplos destas bebidas.

O café e alguns chás e refrigerantes contêm **cafeína**, substância estimulante cuja ingestão deve ser **limitada a um máximo de 300mg por dia**. No caso de crianças e adolescentes o seu consumo está desaconselhado.

Teores médios de cafeína (mg)			
1 Café cheio	125	1 Refrigerante de Cola	46
1 Café médio	115	1 Chávena de Chá	36
1 Café curto	104	1 Descafeinado	2

As bebidas alcoólicas contêm por definição, **álcool etílico ou etanol**. O seu consumo é **totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes**. Com **moderação**, e **a acompanhar as refeições**, os adultos podem consumi-las sem risco.

Bebida (grau alcoólico)	Ingestão máxima admissível / dia	
	Homens	Mulheres
Cerveja (5°)	3 copos fino/imperial	2 copos fino/imperial
Vinho (12°)	2 copos pequenos	1 copo pequeno
Whisky (40°)	1/3 de copo	1/5 de copo

### AÇÚCAR E PRODUTOS AÇUCARADOS

**Refrigerantes, bolos, chocolates, compotas, rebuçados** e outros doces são exemplo de alimentos especialmente ricos em açúcar. O consumo deste tipo de alimentos deve ser feito, preferencialmente, **no final das refeições**, e a sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a **ocasiões festivas**.

A **leitura cuidadosa dos rótulos** é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor em açúcares. Sob a designação de açúcares engloba-se, por exemplo, **saçarose** (vulgar açúcar de mesa), **glucose, dextrose, frutose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, melaço, xarope** de . . .

### SAL E PRODUTOS SALGADOS

A quantidade de **sal** (quimicamente designado por cloreto de **sódio** – NaCl) ingerida por dia deve ser **inferior a 5g**. A melhor forma de satisfazer esta recomendação é **moderar** não só o **consumo de produtos salgados** (por ex: produtos de salchicharia/charcutaria, alimentos enlatados, batatas fritas, aperitivos, . . .) mas também a utilização de **sal em natureza**.

A **leitura atenta dos rótulos** é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor de sal e sódio. O termo **sódio isolado ou em combinação com outras palavras** (por ex: cloreto de sódio) é utilizado para descrever a fonte de sódio presente no alimento.

A substituição do sal por **ervas aromáticas** (alho, alecrim, alho, cebolinho, coentro, estragão, hortelã, louro, oregão, salsa, . . .) e **especiarias** (açafraão, baunilha, canela, cardo, colorau, noz-moscada, . . .) na preparação e confeccção de alimentos é uma boa forma de adicionar sabor e realçar a cor aos alimentos.

### MANTER UM PESO SAUDÁVEL . . .

**Seguir** as recomendações da **nova Roda dos Alimentos** e **praticar Actividade Física moderada e regular** é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

*Um simples passeio a pé com duração de pelo menos 30 minutos realizado diariamente, é um bom exemplo de actividade física moderada e regular.*

Na população adulta, o **Índice de Massa Corporal (IMC)** é uma medida que permite avaliar a adequação entre peso e altura.

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$$

Se IMC . . .

- < 18,5 = baixo peso
- 18,5 – 24,9 = peso normal
- 25,0 – 29,9 = excesso de peso
- > 30,0 = obesidade

## O que é?

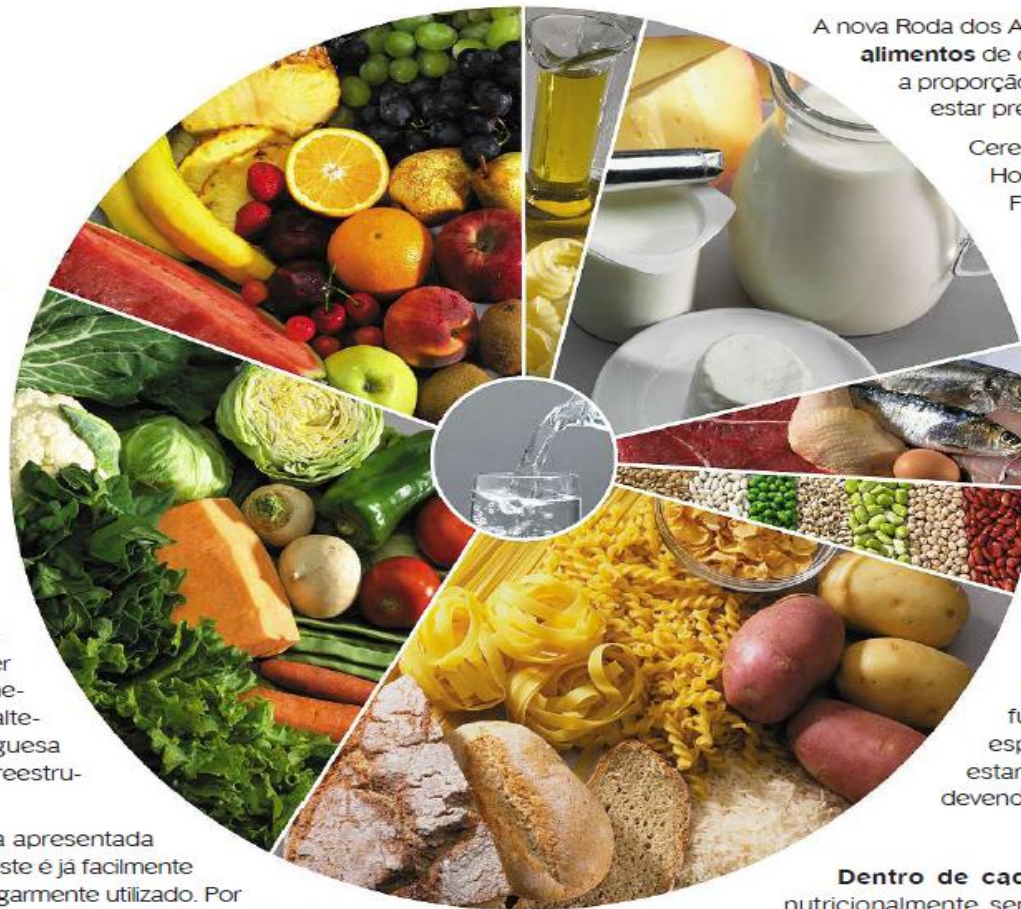
A Roda dos Alimentos é uma **imagem ou representação gráfica** que ajuda a **escolher e a combinar os alimentos** que deverão fazer parte da **alimentação diária**.

É um símbolo em forma de **circulo** que se divide em **segmentos de diferentes tamanhos** que se designam por Grupos e que reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes.

A Roda dos Alimentos Portuguesa foi criada já em 1977 para a Campanha de Educação Alimentar "Saber comer é saber viver". A evolução dos conhecimentos científicos e as diversas alterações na situação alimentar portuguesa conduziram à necessidade da sua reestruturação.

A **nova Roda dos Alimentos** agora apresentada mantém o seu formato original, pois este é já facilmente identificado e associa-se ao prato vulgarmente utilizado. Por outro lado, e ao contrário da pirâmide, o círculo não hierarquiza os alimentos mas atribui-lhes igual importância.

A **subdivisão de alguns dos anteriores grupos** e o **estabelecimento de porções diárias equivalentes** constituem as principais alterações implementadas neste novo guia.



## Como é constituída?

A nova Roda dos Alimentos é composta por **7 grupos de alimentos** de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção de peso com que cada um deles deve estar presente na alimentação diária:

- Cereais e derivados, tubérculos – 28%
- Hortícolas – 23%
- Fruta – 20%
- Lacticínios – 18%
- Carnes, pescado e ovos – 5%
- Leguminosas – 4%
- Gorduras e óleos – 2%

A **água**, não possuindo um grupo próprio, está também representada em todos eles, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos. Sendo a água imprescindível à vida, é fundamental que se beba em abundância diariamente. As necessidades de água podem variar entre **1,5 e 3 litros** por dia.

**Cada um dos grupos** apresenta funções e características nutricionais específicas, pelo que todos eles devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si.

**Dentro de cada grupo** estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes, podendo e devendo ser regularmente substituídos uns pelos outros de modo a assegurar a necessária variedade.



## O que nos ensina?

De uma forma simples, a nova Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma **Alimentação Saudável**, isto é, uma alimentação:

- › **completa** - comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- › **equilibrada** - comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado; e
- › **variada** - comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.