



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

Dercy Helena Ferreira Cardoso

**A CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL: UM DESAFIO À
ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER EM IDADE
REPRODUTIVA**

2014

Mindelo

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

**A CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL: UM DESAFIO À
ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER EM IDADE
REPRODUTIVA**

Discente:

Dercy Helena Ferreira Cardoso

Orientadora:

Enfermeira Madalena Gonçalves

Co-orientação:

Mestre Sahida-Alina do Rosário

Mindelo
Novembro 2014

RESUMO

Neste trabalho académico tivemos como objectivo verificar/conhecer a importância que as mulheres em idade reprodutiva atribuem à consulta pré-concepcional porque é uma consulta determinante para assegurar a qualidade da assistência à mulher em idade reprodutiva, porque permite obter informações incentivadoras de atitudes saudáveis no *pré*, *durante* o período de desenvolvimento fetal e no *pós*. Isto porque, cada vez mais a consulta pré-concepcional tem um papel fundamental na prevenção da gravidez de risco e acima de tudo na prevenção das anomalias fetais e patologias materno-fetais.

A nossa pesquisa foi desenvolvida num centro de saúde de gestão pública, o Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista (CSRBV), abrangendo tanto a abordagem quantitativa como a qualitativa, uma vez que os métodos de recolha e os instrumentos de recolha das informações foram: um inquérito por questionário fechado aplicado a uma amostra constituída por 52 grávidas; e ainda entrevistas exploratórias dirigidas aos enfermeiros que trabalham nesse centro.

Os resultados obtidos apontam que: as gestantes não fizeram planeamento familiar; as grávidas não consideram as consultas pré-concepcionais pertinentes; 37 revelaram não ter ido à consulta pré-concepcional: as intervenções dos enfermeiros incidem sobre a avaliação de risco pré-concepcional e ainda aconselham-nas a terem cuidados com a alimentação, a praticarem exercício físico e a evitarem o consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas e tabaco.

Embora a consulta pré-concepcional seja importante, ela aparece incluída nas consultas de planeamento familiar e o CSRBV revela que existe uma fraca adesão na procura da consulta pré-concepcional, chegando mesmo a não existir dados estatísticos que confirmam a realização dessa consulta no CSRBV, e ainda, não dispor de uma ficha para o atendimento de mulheres em idade reprodutiva que pretendam esse serviço. Ora, isso revela: a necessidade de ser divulgada e que as mulheres sejam sensibilizadas para que procurem esse tipo de serviços; que o CSRBV crie um sistema de atendimento próprio para as consultas pré-concepcionais; criar as condições adequadas para que haja mais adesão de mulheres para as consultas pré-concepcionais; identificar as razões pelas quais as mulheres que procuram o CSRBV não vão às consultas pré-concepcionais.

Palavras-chaves: Consulta Pré-concepcional; Saúde Reprodutiva; Planeamento Familiar; Risco Pré-concepcional.

ABSTRACT

The goal of this research paper is to verify the importance that women in the reproductive age give to a pre-conception medical appointment. The pre-conception medical appointment constitutes a crucial factor in ensuring the quality of assistance provided to a woman in a reproductive age as it permits to offer information and promote healthy attitude in pre-conception, foetal development and post-delivery periods. The pre-conception medical appointment has thus a fundamental role in preventing risk pregnancy, and above all, fetal abnormalities and maternal and foetal anomalies.

This research has been conducted in the Reproductive Outpatients State Clinic - *Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista (CSRBV)* - based on both qualitative and qualitative methodology and, specifically: on a close questionnaire applied to a sample group of 52 females; exploratory interviews which have been conducted with nurses working in the clinic.

The results suggest that pregnant women do not practice family planning and do not perceive pre-conception medical appointments as relevant. 37 did not attend the appointment. Nurses' action focus on pre-conception risk assessment and advising on nutrition, physical exercise, consumption of alcoholic beverages, drugs and smoking habits.

Although the pre-conception appointment is important and it is included in a general family planning scheme, the personnel of CSRBV state that this service is rarely demanded to the point that there is no statistical data as to its frequency at CSRBV and the register file to be filled during the appointment does not exist. This fact shows that there exists an urgent necessity to offer this service to women who demand it and to promote educational actions in this area.

Key-words: pre-conception medical appointment; reproductive health; family planning; risks; pregnancy

Dedico esta monografia ao meu pai, por ter acreditado em mim, apoiado, por ter sido um suporte e incentivo incondicionais, para que este sonho se tornasse realidade.

À minha filha Wendy Cardoso, que foi e é a razão desta jornada, e cujo carinho infinito, que nutre e sente possibilitaram esta finalizar esta.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que contribuíram com o seu tempo para a realização deste trabalho, especialmente pelo incansável apoio, e incentivo durante o meu percurso académico (*in memoriam*). Assim:

À minha filha pelo amor, carinho e compreensão, pelos vários momentos em que tive de me ausentar.

Ao meu pai, que ao lado de Deus, sempre me enviou forças para que nunca desistisse.

À minha orientadora, Enfermeira Madalena Gonçalves, pela dedicação e paciência com que me orientou/guiou durante esta pesquisa.

Aos meus professores, que foram e são um incentivo no meu processo de desenvolvimento intelectual e pessoal.

À professora Sahida-Alina, à enfermeira Romana Flores, à enfermeira Arceolinda Leite, e ao enfermeiro e colega Flávio Bento pela disponibilidade em me apoiar na realização desta pesquisa.

À coordenadora do Curso, Enfermeira Acélia Mireya, pela excelente forma como tem coordenado o curso e os afectos com cada um dos alunos do curso.

Ao Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista e aos enfermeiros desse centro pela ajuda preciosa no meu percurso de desenvolvimento profissional.

À D^a Emily Santos por ter autorizado a pesquisa e desta forma permitido que a desenvolvesse.

A todos os que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para que esta pesquisa fosse concluída.

O meu sincero: muito obrigada!

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	2
A PROBLEMÁTICA.....	3
1.1 As hipóteses.....	6
1.2 A identificação e a caracterização do Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista (CSRBV).....	6
1.3 Breve história do Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista (CSRBV).....	8
CAPITULO I - O ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1. A Idade Materna	12
2. A Consulta Pré-concepcional	14
3. A Assistência de Enfermagem na Consulta Pré-concepcional.....	17
3.1 O uso de drogas e substâncias ilícitas	20
3.2 Os hábitos nutricionais e os exercícios físicos	22
3.3 O ambiente familiar.....	24
3.4 A história ginecológica e obstétrica	24
3.5 O ambiente e as condições laborais.....	25
3.6 Os exames laboratoriais	26
3.6.1 As doenças maternas crónicas não transmissíveis.....	26
3.6.2 As doenças maternas transmissíveis.....	29
4. A Intervenção da Enfermagem na Consulta Pré-concepcional	33
CAPITULO II - O PERCURSO METODOLÓGICO	37
1. O Tipo de Estudo.....	38
2. Os Métodos e os Instrumentos de Recolha de Informações.....	39
1º O inquérito	40
2º A entrevista	40
3. O Tratamento de Dados	41
4. A Apresentação dos Resultados	41
4.1 A apresentação dos resultados obtidos a partir dos inquéritos.....	42
4.2 A apresentação dos resultados obtidos a partir das entrevistas.....	52
5. A Interpretação dos Resultados	57

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ÍNDICE DE ANEXOS.....	68
ÍNDICE DE APÊNDICES	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: A avaliação do risco pré-concepcional	19
--	----

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição percentual da população de acordo com a idade Erro! Marcador não definido.	42
Gráfico 2: O estado civil.....	42
Gráfico 3: A escolaridade.....	43
Gráfico 4: A situação laboral.....	44
Gráfico 5: O número de gestação/gestações.....	44
Gráfico 6: O uso de métodos contraceptivos.....	44
Gráfico 7: O/os método(s) contraceptivo(s) utilizado(s) antes da engravidar	45
Gráfico 8: Suspensão do método contraceptivo antes da gravidez	46
Gráfico 9: Tempo de suspensão do método contraceptivo (aplicada as inquiridas que responderam SIM a questão anterior).....	46
Gráfico 10: Indicação para suspensão do método	47
Gráfico 11: Disposição dos dados relativamente a consulta Pré-concepcional	47
Gráfico 12: Disposição dos dados relativamente ao que foi efectuado (aplicado as inquiridas que respondera Sim à questão anterior).....	48
Gráfico 13: Disposição dos dados referentes relativamente ao motivo de não ter feito a consulta Pré-concepcional (Aplicada as inquiridas que responderão Não a questão 1.II)	48
Gráfico 14: Disposição dos dados relativamente a importância da consulta pré-concepcional	49
Gráfico 15: Disposição dos dados relativamente a próxima gravidez se procuraria recorrer a uma consulta Pré-concepcional.....	49
Gráfico 16: Disposição dos dados relativamente ao planeamento da gravidez.....	50
Gráfico 17: Dados referentes ao desejo ou não ter engravidado	50
Gráfico 18: Dados referentes a 1ª consulta durante a gravidez	51
Gráfico 19: Dados referentes ao facto de ser fumadora	51
Gráfico 20: Dados referentes ao consumo de álcool.....	51
Gráfico 21: Dados referentes ao consumo de drogas ilícitas	52

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SIMBOLOS

Apud	Citado por
CIPD	Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento
CIUR	Crescimento Intra-uterino Retardado
COMCV	Comissão para a Organização das Mulheres de Cabo Verde
CP	Consulta Pré-Concepcional
CSRBV	Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista
DGS	Direcção Geral Saúde
DTN	Defeito do Tubo Neural
EPS	Educação Para a Saúde
HBS	Hospital Baptista Sousa
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PAV	Programa Alargado Vacinação
PF	Planeamento Familiar
PMI	Programa Protecção Materno-Infantil
PNSR	Programa Nacional Saúde Reprodutiva
RN	Recém-nascido
RN	Recém-nascido
SFA	Síndrome de Fetal do Álcool
SR	Saúde Reprodutiva
SRC	Síndrome da Rubéola Congénita
S/D	Sem Data
VHB	Vírus da Hepatite B
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu no âmbito de estudo de pesquisa como um elemento para aquisição do grau de Licenciatura em Enfermagem pela Universidade do Mindelo. Propusemo-nos debruçar sobre a temática da Consulta Pré-Concepcional (CPC) para que nos fosse possível compreender a intervenção do enfermeiro nessa consulta.

A consulta pré-concepcional é extremamente importante porque a mulher, ao planear a gravidez e preparar-se para o parto, poderá identificar ou reduzir modificar os riscos que podem alterar o desenvolvimento normal do feto. Sendo assim, as mulheres que desejam ter filhos devem consultar um médico, quer nos centros de saúde, quer nas clínicas privadas para se informarem e para se protegerem, diminuindo ou anulando riscos que poderão existir durante uma gestação e/ou para a gestante.

Da pesquisa feita, resultou este trabalho que está organizado em dois capítulos. Porém, antes apresentamos a problemática, que é anunciada a partir da pergunta de partida, e integra os objectivos (geral e específicos) e a pertinência do tema. No CAPÍTULO I, fazemos o enquadramento teórico na qual foram: definidos os conceitos chave, apresentados e articuladas as diferentes teorias sobre a temática em estudo.

No CAPÍTULO II debruçámos sobre os procedimentos metodológicos, mais concretamente sobre: a metodologia utilizada, descrevemos os procedimentos adoptados para iniciar e realizar a pesquisa no campo empírico; o método e o instrumento de recolha de informações; o tratamento de dados, a apresentação e a interpretação dos resultados.

Na última parte do trabalho foram tecidas as considerações finais, apresentámos as referências bibliográficas, e expomos os anexos e os apêndices reunindo documentos importantes para este trabalho.

A PROBLEMÁTICA

Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde e prestadores de cuidados desempenham uma função primordial de base científica que lhes permite guiar e aprimorar os cuidados de enfermagem. Ora, sendo um trabalho de investigação que permite obter o grau de licenciatura em Enfermagem, é obrigatório debruçar sobre os contextos de trabalho dos enfermeiros. Assim, se entendermos que “um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação” (Adebo *apud* Fortin, 2003, p.20) torna-se claro a escolha da temática da consulta pré-concepcional.

Para desenvolver a pesquisa nesse tema, formulámos a pergunta de partida que anunciou o problema da nossa investigação e permitiu-nos desenhar todo o percurso que poderíamos fazer para que pudéssemos concluir a nossa investigação.

Decidimos pesquisar num centro de saúde porque, conforme o Plano Nacional de Saúde de Cabo Verde (2001, p.32) “é uma unidade Básica do Serviço de Saúde que constitui como primeira responsável pela Promoção e melhoria dos níveis de saúde da população onde está inserida. Tem como missão: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação.”

Definimos como **objectivo geral**: Conhecer a importância que a mulher em idade reprodutiva atribui à consulta pré-concepcional Para dar continuidade à pesquisa traçámos os seguintes **objectivos específicos**:

- Compreender a importância da consulta Pré-Concepcional na saúde da Mulher em idade fértil.
- Compreender a relação entre a consulta pré-concepcional e (os cuidados) a saúde da mulher em idade reprodutiva.
- Conhecer as práticas de intervenção de Enfermagem na consulta pré-concepcional destinada à mulher em idade reprodutiva;
- Identificar as causas que podem privar a mulher de procurar o CSRBV para consultas pré-concepcionais;
- Conhecer a percepção dos enfermeiros em relação às intervenções de enfermagem na consulta pré-concepcional;

O aconselhamento pré-concepcional orienta os casais sobre como evitar uma gravidez indesejada, destaca o controlo dos riscos, identifica os comportamentos saudáveis que provêm bem-estar à mulher e ao feto. Muitas mulheres sem saber que

estão grávidas colocam o embrião em crescimento à exposição de riscos ambientais Intra-Uterino. Pois muitas delas só adoptam comportamentos saudáveis quando descobrem que estão grávidas, isso por falta de informação, a não aderência ao centro de planeamento familiar e á consulta pré-concepcional, porque só tomam consciência da gravidez depois das 8 semanas de amenorreia, confirmada nesse caso com o resultado positivo do teste da gravidez. Na consulta pré-concepcional recebe-se informação e conhecimentos relacionados (riscos, exposições, estilos de vida, patologias etc.), antes da concepção e nos cuidados pré-concepcional é quando a mulher decide engravidar. Deste modo, Fescina *et al* (2008, p.19) informam que a consulta pré-concepcional representa:

Um conjunto de intervenções com vista a identificar e modificar factores de risco reprodutivo antes da concepção, sempre que for possível. Estes factores, podem ser variáveis demográficas e médicas, que directas ou indirectamente podem estar relacionadas com factores causais de malformações ou de um mau resultado perinatal.

Para Frede (*apud* Bobak, Lowdermilk e Perry, 1999, p. 57) “(...) a identificação e o tratamento dos factores de risco e a promoção de orientação antecipada com ênfase em estilos de vida saudáveis podem construir a chave para a melhoria da saúde da próxima geração.”

De facto, a consulta pré-concepcional revela ser um factor determinante para um melhor prognóstico durante a gravidez e o parto, porque “ cuidado de preconcepção é importante para a mulher que teve problemas em uma gestação anterior (aborto espontâneo ou parto prematuro)” (Frede *apud* Bobak, Lowdermilk e Perry; 1999, p. 57).

Segundo a DGS de Portugal (2008, p.9), esta consulta proporciona um excelente momento para discutir assuntos relacionados com a sexualidade e a reprodução informar sobre a fisiologia (ciclo menstrual, ovulação, período fértil, probabilidade de ocorrer uma gravidez), esclarecer sobre alguns hábitos dos casais que podem ser críticos para a concepção. É, também, uma oportunidade para alargar os cuidados preventivos, avaliando o estado nutricional e a adequação do peso. Tanto a obesidade como o baixo peso podem ter reflexos negativos sobre a fertilidade, a mãe e/ou o feto, além de, por si só, interferirem com a capacidade reprodutiva.

Neste momento, importa distinguir o conceito de consulta pré-concepcional que se difere do conceito de cuidado pré-concepcional, embora se complementem. Por um

lado, a consulta pré-concepcional é o momento de realizar a preparação mental para a gravidez, pois traz consigo diversas mudanças para a mulher e para o casal, não só mudanças físicas mas também comportamentais. Por outro lado, “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”, tal como defende Wroblewski (1992, p.27). Quer isso dizer que o primeiro consiste em procurar um profissional de saúde da área para dar orientações, e a segunda consiste em colocar em prática as melhores condutas a ter durante esse período.

A consulta pré-concepcional constitui um momento ideal para a aquisição de hábitos saudáveis, para realizar consultas de especialidade que a curto prazo podem prevenir defeitos congénitos em gestações futuras. Sendo assim, torna-se importante que, todos os casais que desejem ter filhos frequentem essas consultas.

Apesar dos ganhos para a saúde da mulher em idade fértil, numa primeira abordagem, os dados disponibilizados pelo Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista, local onde foi desenvolvida a pesquisa, revelam que não existem dados sobre a consulta pré-concepcional, nem mesmo uma folha de registo para a consulta, uma vez que só existem folhas para as consultas de planeamento familiar e para a consulta pré-natal e pós-parto (Anexo I e II). Verificámos que há uma grande adesão e procura para as consultas de planeamento familiar e para a de consulta pré-natal. No que diz respeito ao número de atendimentos realizados no CSRBV, no ano de 2013, constatámos que foram atendidas um total de 1.285 grávidas, já no primeiro semestre de 2014 foram atendidas um total de 699 grávidas. Quanto ao número de atendimentos para as consultas de planeamento familiar no ano 2013 indicam 10.422 indivíduos do sexo feminino e até Setembro de 2014 foram atendidas 7.896.

Embora haja uma grande adesão ao planeamento familiar, a consulta pré-concepcional tem a sua importância para a saúde reprodutiva, ao mesmo tempo que pode melhorar a prestação de cuidados no atendimento mulher. Assim sendo, é fundamental perceber a razão pela qual algumas mulheres em idade fértil não aderem a essas consultas

1.1 As hipóteses

Fortin (1999, p.102) explica que uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É um prognóstico baseado na teoria do estudo a que o investigador pretende alcançar. A hipótese combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo.

O mesmo "a formulação de uma hipótese implica a verificação de uma teoria ou mais precisamente, das suas proposições. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos quando se trata de refutar uma teoria ou de apoiar" (*ibidem*). Assim sendo, para este trabalho emergiram as seguintes hipóteses:

- As mulheres em idade fértil não frequentam as consultas pré-concepcionais porque não têm conhecimentos delas.
- As mulheres em idade fértil não frequentam consultas pré-concepcional porque não planeiam a gravidez.
- Os técnicos do CSRBV confundem (a finalidade) das consultas de planeamento familiar e a pré-concepcional.

1.2 A identificação e a caracterização do Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista (CSRBV)

Para entender a nossa problemática, é fundamental conhecer, nesta fase do trabalho, o campo empírico, cujas informações foram obtidas a partir das visitas e indicam: a sua caracterização, o seu funcionamento e o tipo de pacientes/utentes que a frequentam.

Fortin (2003, p.132) define o campo empírico como sendo “o local onde o estudo será conduzido (...), é necessário assegurar-se que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética. No caso do nosso estudo, optámos pelo que fica situado na zona de Bela Vista, na ilha de São Vicente em Cabo Verde. É um Centro de referência com maior afluência de grávidas e de outros utentes que procuram um serviço diferenciado e nessa óptica esse foi um dos motivos da escolha. Um outro, relaciona-se com o facto de termos feito nele o estágio e ter verificado que era mais perceptível a frequência do centro por mulheres que procuravam apenas as consultas de planeamento familiar e a de pré-natal. De facto,

ela trata-se de uma instituição que presta serviços de saúde e atenção básica como: pré-natal, pós-parto, planeamento familiar, exame de citologia, consultas médicas, de enfermagem, consulta de Nutrição, consulta de Fona audiológica, consultas de Saúde Infantil, atendimento de reabilitação infantil, consulta de psicologia adulto e criança distribuídos pelas diversas secções que a seguir apresentamos: a Secção Maternal; a Secção Jovem; a Secção Infantil; a Secção de Reabilitação Infantil; a Secretaria.

A **Secção Maternal**, que comporta três gabinetes médicos, três gabinetes de enfermagem, uma sala de apoio para pequenos procedimentos invasivos, um laboratório para a realização das citologias, uma sala ginecológica, uma sala de recepção, duas casas de banho, devidamente equipadas, sendo uma para utentes e outra para os trabalhadores, uma pequena sala de apoio e um pequeno *stock*. Esta secção desenvolve **actividades** como: Consultas Médicas e ginecológicas; Consultas de Enfermagem; Planeamento Familiar; Educação para a Saúde; Inserção de DIU'S, etc, fazem deslocações às comunidades às quartas-feiras para Salamansa, Calhau e São Pedro.

Dispõem de uma **Secção Jovem**, que é composta por uma sala de espera e para palestras, uma sala para a enfermeira, uma sala para auxiliar de enfermagem, uma arrecadação para o *stock*, uma casa de banho. Realiza **actividades** que dão uma atenção particular sobre IST/HIV/SIDA, o aconselhamento pré-concepcional e gravidez, a contracepção e a prevenção das gravidezes precoces e não desejadas, a educação para a saúde e a sexualidade, atendimento médico de ginecologia, pré-natal e planeamento familiar. Também são feitas deslocações às comunidades às quartas-feiras.

A **Secção Infantil** é composta por uma sala para a vacinação; uma sala para a pesagem, a medição e a avaliação das crianças; um gabinete médico; uma sala de espera; uma sala para auxiliar de Enfermagem. É de realçar que o Serviço de Nutrição encontra-se integrado na Secção Infantil. As **actividades** desenvolvidas incidem sobre: o controle do crescimento e desenvolvimento da criança, o Programa Alargado de Vacinação (PAV) (imunização); a avaliação e o despiste precoce das malformações congénitas; a Educação para a Saúde sobre amamentação exclusivamente até os seis meses de vida, os benefícios do cumprimento do calendário de vacinação para a criança, sobre as práticas de higiene na manipulação dos alimentos de modo a evitar as doenças diarreicas e dão consultas de Nutrição. Deslocam-se para: 1) às comunidades, às Quarta-feira (Salamansa, Calhau, São Pedro); 2) os jardins-de-infância e para 3) o Hospital Baptista de Sousa (HBS), diariamente, para vacinar os recém-nascidos.

A **Secção de Reabilitação Infantil** é composta por: uma sala grande preparada para Fisioterapia; dois gabinetes de Psicologia; um gabinete de Fono audiologia e uma casa de banho para o pessoal. Desenvolve **actividades**, através de uma unidade de referência, como o atendimento a crianças e adolescentes portadores de deficiências, nomeadamente: as crianças com dificuldades de aprendizagem, que apresentem alterações de conduta, atraso do desenvolvimento psicomotor, a Paralisia Cerebral, Síndromes e outras deficiências.

A **Secretaria** é composta por: um gabinete para a chefe de secretaria; um gabinete para a Directora do Centro; uma sala pequena onde fica instalada a máquina fotocopiadora; uma casa de banho.

Os serviços dessa instituição são assegurados por diversos profissionais, merecendo destaque: os sete enfermeiros, os dois médicos (mais um ginecologista/obstetra do HBS que lá vai duas vezes por mês); as duas psicólogas e um nutricionista, porque são os que interessam para este estudo na medida em que são eles quem cuidam da saúde da mulher em idade reprodutiva.

1.3 Breve história do Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista (CSRBV)

Porque é um centro de saúde de referência para a saúde materna e infantil, em São Vicente, decidimos pesquisar a sua história para percebermos o porquê dessa especialidade/ especificidade. Recorremos a entrevistas exploratórias e informais para obter informações sobre a sua história, que não estão publicados. As entrevistas foram feitas a alguns profissionais de saúde do CSRBV.

Ficámos a saber que em 1972 existia apenas uma escola onde um grupo de mulheres reunia-se, por conta própria, para dar assistência às mulheres grávidas e principalmente as crianças. Nessa altura havia muitas crianças com Korshiocor e Marasmo (desnutrição grave) provenientes principalmente da ilha de Santo Antão.

Para confeccionar os alimentos esse grupo recolhia diversas folhas (mandioca, abóbora, batata, couve, entre outras), secavam-nas e transformavam-nas numa mistura. Também faziam a secagem de peixe para fazer sopa para distribuírem às pessoas, sobretudo crianças, todos os dias. Depois reuniam todas as mães para realizarem acções de educação sobre como confeccionar os alimentos. Aos fins-de-semana, cada uma delas levava uma lata de leite, um litro de óleo e farinha para uma semana para casa. Com o tempo, apareceram vários apoios, as mães passaram a responsabilizar-se pela

refeição dos filhos em casa e com a oferta daquilo que o Centro oferecia, conseguiam garantir a cobertura satisfatória dos casos de desnutrição.

O tempo passou, aumentaram-se os apoios até que o centro se transformou naquilo que é hoje. Deixaram de confeccionar os alimentos no centro, as mães passaram a responsabilizar-se pela refeição dos filhos em casa, com a oferta do centro é claro, houve uma total satisfação e cobertura nos casos de nutrição.

O grupo que iniciou esse projecto começou a preocupar-se com a saúde da mulher e de criança, basicamente a nutrição da criança e das grávidas, embora não tivesse condições. Porém, foram fazendo formações e agora muitos são profissionais de saúde e os responsáveis por alguns sectores principalmente do CSRBV.

De acordo com o resumo do folheto informativo dos 35 anos PMI/ PR, em 1975 foi feito um trabalho de sensibilização da população na Zona de Bela Vista e arredores com os objectivos de: promover e proteger a saúde da mãe e da criança, sensibilizar para o planeamento familiar, com o apoio dos serviços dos assuntos sociais da Comissão para a Organização das Mulheres de Cabo Verde (COMCV) e de dois médicos dos serviços de saúde (Ministério de Saúde; s/d).

Havia sempre visitas de técnicos da Radda Barnenás às instalações e técnicos nacionais ligados a um projecto da Suécia.

No ano de 1977, surgiu o projecto de protecção materno infantil e planeamento familiar (1977-1990) financiado pela organização não-governamental Radda Barnen, Sueca. Rapidamente se estendeu a todos os concelhos do País, garantindo a protecção das mulheres e das crianças, e ainda contemplando o planeamento familiar.

Em 2000, houve a assunção, por parte do Governo através do projecto PMI/PF de o integrar nos serviços de saúde.

Em 2007 foi feita a transição do projecto de Protecção Materno Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF) para o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR). Na sequência da realização da conferência internacional para o desenvolvimento, em Cairo, em 1994, Cabo Verde assumiu a saúde reprodutiva como um dos programas de saúde de maior sucesso. Desta forma, garantiu o direito universal à saúde reprodutiva, que contribuiu para a melhoria da performance do país em matéria de indicadores de saúde, sobretudo nos que refere à redução das taxas de mortalidade, bem como do índice sintético de fecundidade.

O CSRBV é o centro de referência da ilha de São Vicente, tendo como público-alvo: crianças, adolescentes e as mulheres em idade reprodutiva. Os atendimentos prestados nesta instituição são: consulta de pré-natal, de planeamento familiar, pós-parto, de IST, de nutrição, de reabilitação para as crianças com paralisia, etc. Essas consultas são feitas pelos enfermeiros e médicos. Os enfermeiros é que acompanham e fazem a orientação das mulheres que procuram o centro de saúde. Há um médico ginecologista que vai ao centro de saúde, pelo menos uma vez por mês, porém quem está a maior parte do tempo no centro e próximo das mulheres e adolescentes que procuram o centro para orientação e acompanhamento são os enfermeiros. Quando, são detectados problemas numa gestação e/ou gestante, as mulheres e adolescentes são encaminhadas para o médico especialista.

CAPITULO I - O ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico representa uma etapa fundamental de um projecto, uma vez que é uma fase em que se recolhem e compilam conceitos e teorias que fundamentam a importância do desenvolvimento da nossa temática. Assim Fortin (2009, p.39) diz que “conceptualizar, é uma forma clara e coerente de ordenar todas as ideias e de as documentar segundo um assunto preciso, de modo a obter-se (...) uma concepção clara e organizada do objectivo do estudo”. Nesta mesma linha de ideias a mesma autora salienta ainda que:

(...) a fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. (...) o investigador descobre que o seu domínio da investigação é muito vasto para enunciar uma só questão. Para que o estudo seja realizável o domínio devera ser limitado, de seguida, uma revisão da literatura (...), o conhecimento de publicações relacionados com o domínio da investigação sugere o tipo da questão a colocar e o método apropriado para responder as questões.

Neste trabalho a conceptualização debruça-se sobre: esclarecimento de conceitos, nomeadamente a consulta pré-concepcional, o planeamento familiar, a finalidade da consulta pré-concepcional, a assistência de enfermagem na CPC, e as intervenções de enfermagem.

1. A Idade Materna

A idade materna tem influência, tanto a nível fisiológico como a nível psicológico, numa gravidez. Normalmente as mulheres têm filhos entre os 20 e os 35 anos de idade. Quando a gestação “ocorre 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).

Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p.63) enfatizam que:

A gravidez na adolescência acrescenta muitas vezes, um estresse adicional a um período de desenvolvimento já estressante. Na tentativa de estabelecer uma identidade pessoal e independente, muitas adolescentes não avaliam as consequências do seu comportamento e o planeamento do futuro não faz parte dos seus pensamentos.

Fundamentando a mesma autora “a mulher com idade acima dos 35 anos não tem uma resposta física diferente a gestação em si, mas sofreu mudanças no estado de saúde, como resultado do tempo e do processo de envelhecimento”. Essas mulheres apresentam “maior risco de infertilidade, apresentam com maior frequência doenças crónicas (Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*) e complicações durante a gestação e durante o parto” (Jurado e Velez , 2001, ps. 62-63).

Nesta óptica (Smith, 2005, p.10) refere que “os adolescentes têm mais frequentemente bebés prematuros (...) e as mulheres mais velhas tem mais probabilidade de ter um bebé com um cromossoma extra”.

Santos, Martins, Sousa e Batalha (2009, p.327) “a gestação em idade avançada tem-se tornado cada vez mais frequente devido ao efectivo controlo de natalidade, (...), maior nível de educação e avanços na atenção à saúde”. Porém, conforme Fescina *et al* (2008, p.20) afirmam “há muito tempo reconhecia-se a Idade Materna Avançada como factor de risco associado às anomalias de desenvolvimento, o primeiro exemplo descrito foi a Síndrome de Down. Na América Latina, as mulheres de 40 anos ou mais produzem 2% de todos os nascimentos, dos quais 40% com **Síndrome de Down**».

Já os estudos de Santos *et al* (2009, p.327), afirmam que “há controvérsias sobre o papel da idade materna como factor de risco para maus resultados perinatais; alguns trabalhos sugerem que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão susceptíveis a risco aumentado de resultados perinatais adversos e morbimortalidade materna.”

Sem ignorar os Direitos Reprodutivos, mas evidenciando os estudos de Fescina *et al* (2008, p. 20) pode-se assegurar que “toda a campanha que desestimule a concepção em mulheres de mais de 39 anos (o que não causaria impacto na natalidade), poderia prevenir quase a metade dos casos de uma doença genética grave e incurável.”

Ainda, a mesma autora, (*ibid*, p.21) afirma ainda que, “a Idade Materna Baixa (menos de 20 anos) também é um factor de risco para a prematuridade e para algumas malformações específicas como Gastrosquise e outros defeitos.” Complementando, Santos *et al* (2008, p.327) afirmam que, “para os adolescentes, estes riscos têm sido largamente explicados por características socioeconómicas desfavoráveis, enquanto factores biológicos relacionados à idade têm sido relacionados ao aumento do risco para as mulheres mais velhas. Entre as adolescentes, o risco é maior quanto menor é a idade e nas mais velhas, quanto maior é a idade materna.”

2. A Consulta Pré-concepcional

Segundo a DGS de Portugal, (2008, p. 9), “a consulta pré-concepcional é um processo durante o qual o enfermeiro deve obter toda a informação possível para estabelecer o risco de anomalia reprodutiva numa determinada mulher e casal, e propor as medidas tendentes a minimizar ou eliminar esse risco.”

A consulta pré-concepcional pode contribuir substancialmente para a qualidade de saúde da mulher e do feto, na medida em que pode trazer benefícios ao possibilitar a prevenção de inúmeros problemas que podem surgir durante a gravidez.

Em Portugal, a Saúde Reprodutiva é defendida no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) (2008, p. 5) que considera que:

A Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Esta última condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de ter crianças saudáveis. Abrange também, o direito a saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.

Logo, é de realçar que ao serem prestados cuidados adequados na Saúde Reprodutiva significa contribuir para a promoção e a prevenção de problemas que podem surgir futuramente, diminuindo assim os factores de risco, relacionados com o contexto estudado. Assim, faz sentido referir que o planeamento familiar (*ibidem*) é:

Uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em Saúde Reprodutiva, e nessa perspectiva, deve assegurar, também outras actividades de promoção da Saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e Diagnóstico precoce das IST's, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.

A terminologia “Saúde Reprodutiva” foi adoptada em 1994 na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD), em Cairo. Para Martins (2004, p. 2), ela é entendida como sendo:

Um estado de bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a mera ausência de doenças ou enfermidade, em tudo o que diz respeito ao sistema

reprodutivo bem como às suas funções e processos. Implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzirem, bem como a liberdade de decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição implica o direito a homens e mulheres a terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha”.

Neste contexto, importa apresentar a definição que Lenz e Flores (2011, p. 9) apresentam, na medida em que entendem o aconselhamento pré-concepcional como sendo:

parte integrante dos cuidados pré-natais e tem por objectivo possibilitar acções preventivas e o tratamento de patologias que possam prejudicar o curso saudável de uma gestação. Esta consulta, que idealmente deverá ser realizada com o casal, deve ocorrer preferencialmente antes da suspensão da anticoncepção. O profissional de saúde poderá ainda reconhecer precocemente as expectativas em relação à gravidez, o momento que a família está vivenciando e a sua história de vida.

Ora, isso evidencia a importância dos cuidados pré-concepcionais não só para com a mulher e o feto, como também para toda a família, cada vez mais enfatizada actualmente. Neste contexto, faz sentido citar Bacelo e Lopes (2009, p. 19), que apresentam como objectivo da consulta pré-concepcional “identificar e modificar os riscos biomédicos, comportamentais e sociais que possam alterar a normal evolução de uma futura gestação e, deste modo, contribuir ainda mais para a melhoria dos índices de morbimortalidade materna e infantil.”

Sempre que uma mulher engravida existe uma possibilidade variável de ela ou o seu futuro filho sofrerem de algum fenómeno adverso durante o processo reprodutivo, o que leva a mesma autora (*ibidem*), a dizer que:

Historicamente se tem tentado minimizar esse risco através do controle Pré-Natal de qualidade, o atendimento do parto por técnicos capacitados e os cuidados durante o puerpério”. O pós-parto imediato é o momento propício para desenvolver actividades com o objectivo de criar melhores condições para uma futura gravidez. Sendo assim, torna-se importante que, todos os casais que desejem ter filhos frequentam estas consultas.

Deste modo, as consultas pré-concepcionais precisam ser definidas e, de acordo com Fescina *et al* (2008, p. 19), representam:

Um conjunto de intervenções com vista a identificar e modificar factores de risco reprodutivo antes da concepção, sempre que for possível. Estes factores, podem ser variáveis demográficas e médicas, que directas ou indirectamente podem estar relacionadas com factores causais de malformações ou de um mau resultado perinatal.

Para Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p. 57) “a promoção de saúde pré-concepcional proporciona às mulheres e aos seus parceiros informações necessárias para decidir sobre o futuro reprodutivo.” Complementando, Laverack (2008, p. 12) refere que a Educação Para a Saúde (EPS) “é um factor bastante importante para sensibilizar as pessoas a adoptarem comportamentos saudáveis.” Assim, de acordo com o mesmo autor, (*ibidem*), a EPS:

É um processo orientado para a implementação de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou a modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde. Tem sido objecto de uma reflexão crescente por parte de instituições, grupos profissionais e autores em artigos de literatura específica.

Nesta perspectiva, a consulta pré-concepcional pode ser associada à EPS, na medida em que são momentos em que são transmitidas informações pertinentes sobre como cuidar da saúde, da mãe e do filho.

No que concerne a Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p. 57) “a consulta pré-concepcional orienta os casais sobre como evitar a gestação indesejada, destaca o controlo dos riscos e identifica os comportamentos saudáveis que promovem o bem-estar da mulher e de seu possível feto.”

Segundo a DGS, de Portugal, (2001, p. 46) “as consultas de planeamento familiar constituem momentos privilegiados para a prestação de cuidados pré-concepcionais”, que tem como principais objectivos:

Determinar o risco concepcional, de forma sistemática, em particular o risco genético, através da história reprodutiva, médica e familiar. Isto è, avaliar se não existe algum risco materno fetal se a mulher engravidar neste momento. **Efetuar** a determinação da imunidade e de outros testes de rastreio e diagnóstico para despistes de possíveis patologias e prevenção de outras doenças. **Observar** se o PNV esta atualizado e realizar testes de rastreio a patologias que não devem estar presentes durante a gestação. **Discutir** o espaço recomendado entre cada gravidez e as consequências de um infeção sexualmente transmissível durante a gravidez, bem como a importância da

vigilância pré-natal precoce e continuada, falar com a mulher acerca de cuidados a ter durante a gestação e da importância de um seguimento, mesmo após o parto, não só de beber mas também dela. **Recomendar** a suplementação com ácido fólico antes da interrupção de método contraceptivo. **Aconselhar** algumas acções preventivas de patologias e complicações durante a gestação e programar o acompanhamento e encaminhamento das situações de risco. **Informar** a mulher sobre o acompanhamento da gestação e alertar para situações de risco que requerem uma vigilância mais rigorosa.

Em São Vicente, a Consulta Pré-concepcional pode ser feita nos centros de saúde, nas clínicas privadas, porém a frequência a população que a faz (ou não) varia de acordo com o nível económico de cada pessoa, normalmente essa consulta tem uma fraca adesão por parte da população, e é procurada por pessoas com um alto nível de conhecimento e uma situação económica mais alta.

No entanto, para Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p. 57) afirmam que “muitas mulheres não sabem que estão grávidas e não procuram cuidados pré-natal até meados do primeiro trimestre e o feto em crescimento rápido fica mais vulnerável à exposição de riscos ambientais Intra-Uterino nessa fase de desenvolvimento.” Ora, quer isto dizer que o cuidado de saúde pré-concepcional deve ser uma prioridade assim que a mulher resolver que quer ter um filho.

3. A Assistência de Enfermagem na Consulta Pré-concepcional

A assistência em enfermagem deve, portanto, contemplar uma atitude ética nas relações estabelecidas entre os diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde.

Na perspectiva de Schutz, (2000, p. 22):

A assistência de enfermagem cogita a sustentação das práticas de saúde tão necessárias no quotidiano do cliente, tendo em vista que o cuidar é uma das ferramentas do processo de trabalho que o enfermeiro dispõe para aplicação do conhecimento técnico científico, imprescindível à assistência ao usuário e à optimização das suas acções.

O Processo de Enfermagem é um método sistematizado para avaliar o estado de saúde do cliente, diagnosticar suas necessidades de cuidado, formular um plano de cuidados, implementá-lo e avaliá-lo quanto à sua efectividade, (NANDA, 2008).

A enfermagem como ciência e profissão autónoma, conforme Costa *et al* (2005, p. 107), “compreende conhecimentos científicos e técnicos, acrescido das práticas sociais, éticas e políticas vivenciadas no ensino, pesquisa e assistência, estimulando os enfermeiros a adquirir qualificações de maior nível e especializações em diversas áreas de intervenção.”

A assistência pré-concepcional é extremamente importante, pois muitas condições e complicações inerentes à gravidez podem e devem ser detectados e tratadas nesse período. Segundo Graça (2010, p. 149):

A melhor altura para iniciar a assistência a uma mulher que deseja engravidar é quando está considera essa possibilidade. É nessa visita que se avaliam os factores de risco através de uma anamnese cuidadosa, se faz o exame físico e se requisitam testes laboratoriais.

Conforme Ziegel e Cranley (1985, p. 86):

Os profissionais de enfermagem devem desenvolver a assistência na consulta pré-concepcional tendo como alvo a mulher como um indivíduo que é membro de uma família e de uma comunidade, executando suas actividades onde estas forem mais necessárias, estabelecendo os critérios consequentes que podem ser mais utilizados para avaliar a eficiência da assistência prestada.

Assim as intervenções de enfermagem podem ser múltiplas, adaptadas a cada situação concreta e incidir sobre mulheres portadoras de doenças crónicas “devem ser aconselhadas a engravidar apenas na altura em que as suas situações clínicas estejam estabilizadas, pois daí resultará um melhor prognóstico para a futura gestação” (Graça, 2010, p. 149).

Ainda, conforme mesmo autor (*ibidem*):

A assistência pré-concepcional é também melhor altura para informar e aconselhar a cerca do uso de medicamentos, sobretudo no primeiro trimestre, de rever hábitos que poderão influenciar a gravidez (alimentares, tabágicos, alcoólicos, consumo de drogas e outros) e de proceder ao aconselhamento geral sobre a dieta , o exercício físico e actividade profissional.

Nessas consultas, a equipa de saúde deverá, ao assistir as mulheres ou os casais de modo a prevenirem-se, a detectar e tratar factores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

Quer isto dizer que, as intervenções de enfermagem nas consultas pré-concepcionais incidirão sobre a avaliação do risco gestacional. Para isso, devem ser

recolhidos dados sobre a história da mulher, tanto do ponto de vista pessoal como clínica. Para otimizar essa avaliação, é necessário que a mulher compareça não somente a uma consulta, mas que haja um seguimento periódico por toda a sua vida reprodutiva, incidindo sobre os parâmetros descritos na tabela que se segue:

Tabela 1: A avaliação do risco pré-concepcional

Avaliação do risco pré-concepcional
Idade materna
Doenças maternas crônicas não transmissíveis: Diabetes Epilepsia Hipertensão arterial Cardiopatía Anemia
Doenças maternas transmissíveis: Rubéola Varicela/ catapora Citomegalovírus Toxoplasmose Sífilis HIV Hepatite B
Uso de drogas e substâncias ilícitas Tabaco Bebidas alcoólicas Drogas ilegais Uso de medicamentos
Hábitos nutricionais e exercícios físicos
Ambiente familiar
Antecedentes familiares
História ginecológica e obstétrica
Exames laboratoriais
Ocupação

Fonte: (Adaptado de Fescina *et al* 2008, p. 24)

Em jeito de síntese, importa referir que na consulta pré-concepcional poderá ser feita a avaliação de risco que incide sobre: análises laboratoriais de doenças maternas transmissíveis e as não transmissíveis para que a mulher em idade reprodutiva seja assistida, receba acções de informação e sensibilização (Educação para a Saúde) que:

- a. Desincentivam o consumo de bebidas alcoólicas, o tabaco, drogas lícitas e ilícitas, medicamentos sem prescrição médica;

- b. Incentivem a alimentação adequada, a prática de exercício físico;
- c. Envolver a família;
- d. Conhecer a história ginecológica e obstétrica da mulher;

Que são desenvolvidos a seguir uma vez que permitem que a mulher seja de facto acompanhada, preferencialmente antes da gestação e, caso não seja possível antes, durante a gestação.

3.1 O uso de drogas e substâncias ilícitas

Nas consultas pré-concepcionais as mulheres em idade fértil deverão ser aconselhadas em relação à utilização de substâncias, ou drogas ilícitas que continua a aumentar e é transversal a todos os estratos etários e sociais. Nesta perspectiva Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p. 62) referem que:

os componentes essenciais da manutenção da saúde são a identificação de problemas não reconhecidos, os riscos potenciais e a orientação/promoção necessária para reduzi-los. Isso é especialmente importante para as mulheres em idade reprodutiva, pois as condições que aumentam os riscos para a saúde atingem não apenas o bem-estar, mas também estão possivelmente associadas aos resultados negativos para a mãe e para o feto no caso da gestação.

Ainda, conforme as mesmas autoras “a prevenção e a manutenção da saúde são necessárias antes da gestação, porque muitos dos riscos da mãe podem ser identificados e, então eliminados ou, pelo menos, modificados” (*ibidem*).

Neste contexto, a educação para a saúde é extrema importância para a sensibilização das pessoas em relação ao uso do tabaco, principalmente antes e durante a gestação. Segundo Wroblewski (1992, p. 29) “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 causa de uma gravidez”.

Segundo Amed *et al* (S/d, p. 9):

O uso de muitas drogas ilícitas (medicamentos) é contra-indicado durante a gestação pelo risco de malformação fetal, lesão auditiva, renal, hepática e neurológica, além da farmacodependência do recém-nascido. Entre estas drogas destacam-se: alguns antibióticos, quimioterápicos, sedativos, antidepressivos, antifúngicos, antiinflamatórios, barbitúricos, anticoagulantes

orais, hipoglicemiantes orais, ácido retinóico, toxina botulínica. É também de muita importância a dependência química de drogas lícitas como álcool e tabaco.

Quanto ao uso do **Tabaco**, mais concretamente o hábito de fumar, Fescina *et al* (2008, p. 23) defendem que, quer seja o hábito de fumar activo ou passivo afecta o feto e a mãe, porque “um dos principais componentes do tabaco é a nicotina que provoca constrição dos vasos da placenta, reduzindo desse modo o fornecimento de oxigénio e nutrientes ao feto.” Por este facto Wroblewski 1992: 29) desaconselha-o principalmente na gravidez. Para além dessa consequências, Fescina *et al* (2008, p. 23) completam afirmando que:

Entre os danos atribuídos, descrevem-se: infertilidade, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento fetal, risco de parto pré-termo, descolamento de placenta, morte fetal e perinatal, aumento de risco de infecções do trato respiratório do recém-nascido. É fundamental desaconselhar o consumo de tabaco e oferecer um programa activo antitabagismo para gestantes.

Nas consultas terão de contemplar a educação para a saúde que é extremamente importante para que as pessoas se sintam sensibilizadas em relação ao consumo do tabaco, principalmente durante a gestação, porque “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 causa de uma gravidez” (Wroblewski 1992, p. 29).

Também o consumo de **Bebidas alcoólicas** deverá ser desaconselhado nas consultas pré-concepcional porque é, de acordo com Fescina *et al* (2008, p. 23):

um agente de comprovada acção teratogénica, não existindo uma dose segura para sua ingestão durante a gravidez. Esta associada com morte Intra-Uterino, restrição do crescimento pré e pós natal, baixo peso ao nascer, alterações do sistema nervoso central e da conduta.

A mesma perspectiva é defendida por Wroblewski (1992, p. 29) que refere que “o álcool passa, de imediato da circulação da mãe para o feto e, em dose excessiva, podendo produzir anomalias”.

Ainda Fescina *et al* (2008, p. 23) sublinham que:

O consumo excessivo do álcool durante os primeiros meses de gestação pode produzir, em cerca de 10% das gestações, a Síndrome de Fetal do Álcool

(SFA). As campanhas de educação são de suma importância, uma vez que a população não tem a noção exacta do risco que o álcool representa. Estas campanhas educativas devem por a ênfase no consumo de álcool durante a gestação.

Para Wroblewski (1992, p. 29) “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 cerveja ocasional. Porém, Graça (2010, p. 152) defende que "existe alguma controvérsia quanto aos possíveis efeitos da ingestão moderada de álcool durante a gestação parece razoavelmente segura a ingestão ocasional de pequenas quantidades de bebidas de baixo teor alcoólico, mas não a ingestão diária, mesmo de pequenos volumes”. No entanto, o ideal é abdicar o seu uso.

O uso das **Drogas ilegais**, bem como de todas as drogas, afecta a gestação negativamente. Fescina *et al* (2004, p. 23) afirmam que:

Atravessada a barreira placentária, o feto fica muito vulnerável; as drogas de baixo peso molecular passam para o feto com grande facilidade e uma pequena dose pode se transformar numa overdose. O consumo de cocaína durante a gestação está associado a defeitos por disfunção vascular, expressos em anomalias do sistema nervoso central, defeitos por redução de membros e CIUR (Crescimento Intra-uterino Retardado). O consumo de maconha apresenta alterações semelhantes às causadas pelo consumo de cigarros.

Graça (2010, p. 152) acrescenta que “as drogas, devem ser suprimidas durante a gestação pois afectam o crescimento fetal, aumentam o risco de hipoxia, morte intra-uterina e provocam síndromes de abstinência no RN”.

Além do tabaco, do álcool e das drogas ilegais, os medicamentos administrados sem prescrição médica também são extremamente prejudiciais. De facto, recomenda-se (*ibid.*:25) que os medicamentos sejam “evitados a menos que sejam indispensáveis. Nestes casos, devem-se avaliar cuidadosamente o risco fetal face ao benefício materno da medicação.”

3.2 Os hábitos nutricionais e os exercícios físicos

A alimentação saudável e a prática de exercício físico devem ser uma preocupação de todas as pessoas, sobretudo das mulheres em idade fértil que pretendam engravidar ou das mulheres que se encontram grávidas porque são condições básicas para se ter uma boa saúde.

Mendes (2000, p. 35) recomenda que:

a intervenção a nível nutricional deve ser efectuada durante a consulta pré-concepcional, porque isto significa que algum desse tempo de maior vulnerabilidade ocorra mesmo antes da mulher suspeitar da sua gravidez daí que parece razoável, em termos de prevenção pré-concepcional, e informar e sugerir as 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 recomendado uma alimentação equilibrada e variada. Conforme Wroblewski (1992, p. 37) “a alimentação adequada deve ser combinada com o exercício físico regular.”

Por um lado, em relação à alimentação, Fescina *et al*, 2008, p. 22) defendem que “na consulta pré-concepcional devem ser identificados os maus hábitos alimentares tais como a obesidade, a subnutrição, a anorexia, a bulimia e a suplementação vitamínica inadequada.”

Uma má nutrição pode trazer consequências extremamente negativas porque, para Fescina *et al* (2008, p. 22):

a subnutrição durante a gravidez associa-se à prematuridade, pouco aumento de peso durante a gestação, mortalidade perinatal e defeitos de fechamento do tubo neural. Devem ser realizadas campanhas de informação priorizando a dieta prévia e durante a gestação, ressaltando a importância de alimentos ricos em folatos e carotenóides.

Pois de acordo com Graça (2010, p. 49) “o suplemento de folatos no período pré-concepcional reduz o risco de Defeito do Tubo Neural (DTN), pelo que as mulheres que pretendem engravidar deverão iniciar a ingestão de 4mg/dia pelo menos um mês antes de engravidarem e nos três primeiros meses de gravidez”. Ainda Fescina *et al* (2008, p. 22) completam que “a evidência actual aponta que mais da metade dos casos que apresentam defeitos do tubo neural poderiam ter sido evitados se a mãe tivesse consumido ácido fólico em quantidades suficientes, pelo menos um mês e meio antes da gravidez e durante os três primeiros meses da gestação”.

Em relação às mulheres que já tiveram filhos com DTN, Graça (2010, p. 49) afirma que “a dose diária de ácido fólico deve ser duplicada. Está ainda em debate a eficácia dos suplementos de ácido fólico na prevenção do parto pré-termo e no benefício para as mães com doenças crónicas, nomeadamente cardíacas”.

Por outro lado, Fescina *et al* (2008, p. 22) defendem que “o exercício e os desportos são saudáveis, pois produzem bem-estar físico e psicológico, tanto para as mulheres com intenção de engravidar quanto para aquelas que já estão grávidas.” Aconselha-se o exercício físico sem grandes esforços e moderado. Já Graça (2010, p.152) esclarece que, em relação ao desporto e à actividade física devem as grávidas serem incentivadas a praticar natação, aeróbica e caminhadas.

3.3 O ambiente familiar

Uma gravidez é o início de uma nova etapa na vida da mulher e da sua família implicando mudanças no ambiente familiar. Segundo a DGS (2006, p. 5), “o planeamento do nascimento de um 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”.

Alguns factores como o vínculo do casal, o apoio familiar externo e situações de stress podem ter incidências no desenvolvimento da gravidez, conforme afirmam Fescina *et al* (2008, p. 28).

No período pré-concepcional é fundamental avaliar o risco social da família e se for preciso deve-se recorrer aos serviços sociais para tentar minimizá-lo. Outra questão relevante é promover a participação do pai nas consultas pré-concepcionais, no pré-natal e nas tarefas envolvendo os cuidados da gravidez, o parto e o recém-nascido.

Assim, durante a consulta pré-concepcional a família deverá ser envolvida não só para que se preparem para a nova vida por causa da vinda de um filho, como também para que seja possível indagar sobre a presença de antecedentes familiares e malformações externas ou internas, o histórico familiar de doenças hereditárias em geral e/ou anomalias cromossómicas. A confirmação de qualquer destes antecedentes implica encaminhamento a especialista (Fescina *et al*, 2008, p. 23).

3.4 A história ginecológica e obstétrica

Na avaliação pré-concepcional, a história ginecológica e obstétrica não podem ser ignorados/ esquecidos. Segundo Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p. 63) “as mulheres entre 20 e 40anos tem necessidade de contracepção, exame ginecológico e da mama e

de atendimento na gestação, podem preferir usar o seu ginecologista ou obstetra como principal prestador de cuidado.”

Em relação à paridade, Fescina *et al* (2008, p. 24) afirmam que “é tida como um dos factores para a mortalidade perinatal e morbidade materna. A paridade elevada duplica o risco de morte fetal intraparto.

3.5 O ambiente e as condições laborais

Durante a avaliação pré-concepcional os perigos ambientais em casa, no local de trabalho e na comunidade devem ser verificados pois podem contribuir para a má saúde em todas as idades. De acordo com Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p. 63), “as categorias e os exemplos de perigos contra a saúde incluem: os agentes patogénicos (vírus, bactérias, fungos, parasitas), radiação (ondas térmicas, ondas sonoras), substâncias alimentícias (componentes adicionados desnecessariamente á nutrição e objectos físicos.”

Fescina *et al* (2008, p. 24) consideram que “certas condições de trabalho foram associadas com um aumento em resultados perinatais adversos (aborto, morte fetal, parto de pré-termo, baixo peso ao nascer e alguns defeitos congénitos).” Entre diversos factores possíveis, referem (*ibidem*) que podem ser associados:

Trabalhar mais de 10 horas por dia; Permanecer em pé mais de 6 horas de forma ininterrupta; Exposição a tóxicos químicos (incluindo agentes anestésicos, solventes e pesticidas). As mulheres que possam ter uma exposição a essas substâncias no trabalho, devem ser aconselhadas a mudar suas actividades assim que engravidarem. Até ao momento, não existem evidências de risco teratogénico por exposição paterna a esses mesmos agentes.

Para Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p. 63) estamos susceptíveis a diversos perigos no dia--dia, sendo “os perigos do ambiente podem afectar a fertilidade, o desenvolvimento fetal a vida ao nascer e o futuro desenvolvimento mental e físico da criança. As crianças correm risco especial de envenenamento por chumbo encontrado em tintas e no solo.”

É importante que a investigação dos riscos continue a ser efectuada para os identificar e para compreender os problemas ambientais de saúde pública.

3.6 Os exames laboratoriais

Na consulta pré-concepcional ou no pré-natal são pedidos alguns exames laboratoriais, que têm o objectivo de descartar possíveis doenças que possam prejudicar o desenvolvimento fetal, para além de permitir que o profissional de saúde elabore um bom prognóstico durante e sobre o período concepcional. Para isso, a literatura recomenda que sejam pedidos os seguintes exames laboratoriais às mulheres que desejam engravidar¹, para que seja possível identificar as doenças maternas crónicas não transmissíveis e as transmissíveis.

Normalmente, aconselha-se a mulher a fazer análises laboratoriais sobre: grupo sanguíneo; Hemograma completa; Glicemia de jejum; VDRL; Urina I e Urocultura; VIH 1 e 2; Sorologias para Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hepatites B e C; Citologia cérvico-vaginal; Mamografia (se indicado); Ultra-sonografias transvaginal, das mamas e tiróide.

3.6.1 As doenças maternas crónicas não transmissíveis

As consultas pré-concepcionais são de extrema importância em doentes com doenças crónicas sendo que muitas delas podem ser um factor de risco para a gravidez se não forem tomadas as devidas precauções aconselhadas pelo enfermeiro.

A DGS de Portugal, (2006, p. 4) afirma que:

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

Com a transição epidemiológica, hoje depara-se com uma incidência das doenças não transmissíveis o que não se vê somente na terceira idade, encontra-se uma percentagem considerável de doença como Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus* entre outros com menos incidências que se pode encontrar na fase reprodutiva da mulher.

Segundo Fescina *et al* (2008, p. 24)

As doenças maternas crónicas não transmissíveis afectam uma em cada 20 mulheres grávidas, o que corresponde a 5% da população feminina em idade reprodutiva. Apresenta-se nas mulheres antes da gestação e o feto pode ser afectado por alterações da fisiologia materna bem como pela medicação

¹[Http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/consulta_pre_concepcional.pdf](http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/consulta_pre_concepcional.pdf)

recebida, tanto pelas suas frequências como pelas suas consequências sobre o feto.

Nesses casos, segundo o Ministério de Saúde Brasil, (2006, p. 19) a consulta pré-concepcional revela-se “altamente eficaz quando existem doenças crônicas”. Começamos pela Diabetes *Mellitus*, que segundo Fescina *et al* (2008, p. 24), “constitui a doença não transmissível mais estudada quanto aos seus efeitos sobre a gestação devido às altas taxas de prevalência em mulheres em idade reprodutiva” que pode ser detectada precocemente com uma simples avaliação durante a consulta pré-concepcional.

Assim sendo, o Ministério de Saúde de Brasil (2006, p. 19) afirma que:

O controlo estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto na diabetes pré-gravídica como no gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais.

Na mesma linha, Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p. 57) sublinham que “as pesquisas têm demonstrado, conscientemente, que os filhos de mulheres com diabetes do tipo 1 apresentam significativamente mais anomalias congénitas do que os filhos de mulheres sem a doença.”. Portanto, um controle mais adequado da diabetes durante a gestação, comprovadamente, leva a melhores resultados maternos e perinatais.

Na perspectiva de Fescina *et al* (2008, p. 24) “um dos objectivos terapêuticos primários é a manutenção de níveis de glicose normais, no período periconcepcional, caso contrário aumenta o risco de morte prematuro ou morbidade fetal.” Para que tal manutenção seja feita, deve-se seguir uma dieta saudável e usar medicamentos, caso seja necessário. A mesma autora avança ainda que (*ibidem*):

O efeito teratogénico depende do momento do desenvolvimento em que se manifesta a doença: primeiro trimestre de gestação. A diabetes induz a embriopatia diabética, produzindo malformações e aborto espontâneo, por um mecanismo multifactorial. Com a gravidez mais avançada, produz-se a fetopatia diabética expressa em hipoglicemia neonatal ou macrossomia.

Dornhorst e Girling (1995, pp. 1281-1282) esclarecem que:

os casos de diabetes gestacional restringem-se à gestação e devem ser diferenciados daqueles já existentes antes da gravidez. No primeiro caso, a diabetes restringe-se à gestação apesar de haver uma maior tendência do

desenvolvimento da patologia futuramente, enquanto a pré-gestacional, persiste após o parto. Os casos diagnosticados antes da 20ª semana de gestação muito provavelmente não se tratam de diabetes gestacional, mas sim de casos de diabetes não diagnosticados previamente.

A diabetes materna não gestacional pode afectar o embrião desde cedo produzindo malformações congénitas, quando “não controlada, por se manifestar frequentemente no último trimestre da gestação, pode afectar o feto produzindo macrossomia e Hiperglicemia” (Fescina, 2008, p. 25). Esses riscos embrio-fetais e outros, incluindo as malformações produzidas por diabetes materno dependem do tipo de diabetes.

Ainda, na perspectiva de Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p.57), “tem sido demonstrado que o índice de malformação é grandemente reduzido quando a mulher diabética dependente de insulina consegue controlar a glicose sanguínea ao engravidar, além de manter a glicemia durante o período de desenvolvimento dos órgãos fetais.” Sendo assim, é ideal começar o aconselhamento das mulheres diabéticas antes da concepção, com o objectivo de controlar os níveis de glicose e estabelecer níveis óptimos de glicemia.

Também a Epilepsia é crónica mas não transmissível que “é o distúrbio neurológico mais frequente durante a gestação” (Fescina *et al*, 2008, p.25). Nesta óptica o Ministério de Saúde Brasil (2006, p.19) afirma que “a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monoterapia e de droga com menor potencial teratogénico, por exemplo, a carbamazepina, tem mostrado melhores resultados perinatais.”

Nesta mesma linha de ideias Fescina *et al* (2008, p. 25) defendem que “a carbamazepina como monoterapia é a droga que se tem administrado durante a gestação, nas mulheres epiléticas. Não se aconselha o uso de outras drogas anti convulsionantes, por estarem associados a maior risco de produção de defeitos do tubo renal.” Apesar dos riscos teratogénicos, há que pensar nos problemas que podem surgir no feto devido às convulsões durante a gravidez, por isso a avaliação do estado deve ser feita com bastante cuidado. As drogas acima são as usadas nas grávidas epiléticas, visto que os outros anti convulsionantes são contra indicados devido ao facto de estar ligado ao risco do acometimento fetal.

A Hipertensão Arterial (HTA) definida como sendo a “tensão arterial sistólica igual ou superior a 140mmhg e/ou uma tensão arterial diastólica igual ou superior a 90mmhg” (Faria *et al*, 2008, p. 41). Acrescentam ainda que “durante a gravidez as

mulheres hipertensas podem ver esta patologia agravada e estas alterações ajudam em grande escala para a morbilidade e mortalidade maternas e infantis” (*ibidem*).

Desta forma, todas as mulheres com antecedentes de HTA devem ser avaliadas antes da concepção. As complicações mais frequentes da HTA são “a pré-eclampsia o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, morte fetal e perinatal, prematuridade e restrição de crescimento fetal” (Jurado *et al*, 2004, p. 58).

No que diz respeito à medicação, Fescina *et al* (2008, p.25) acrescentam que: “aquelas mulheres que apresentarem uma cardiopatia que requer o uso de anticoagulantes orais, deverão suspender o seu uso durante a gestação devido ao efeito teratogénico desses medicamentos, e trocá-los por anticoagulantes parentais com heparina de baixo peso molecular.” A vigilância destas grávidas deverá ter um acompanhamento multiprofissional, incluindo enfermeiros, obstetras e cardiologistas, mais concretamente, porque “com a participação do cardiologista, far-se-á uma avaliação do estado de doença cardíaca da futura mãe (...). Deve adaptar-se a terapêutica médica em curso para não expor o produto da concepção a riscos evitáveis” (Graça, 2010, p. 568).

Em relação à Anemia, Fescina *et al* (2008, p. 25) referem que:

O tratamento deve estar de acordo com o diagnóstico etiológico, a anemia ferro priva é a mais frequente (80%) de todas as anemias; associa-se com placenta prévia, hipertrofia e descolamento placentário, pré-eclampsia e hemorragia pós-parto. Toda mulher que estiver planeando engravidar e sofrer anemia ferro priva, deverá receber 120 mg de ferro elementar por dia.

3.6.2 As doenças maternas transmissíveis

São as que alteram a saúde da mulher e podem influenciar negativamente a sua função reprodutora. De acordo com a Direcção Geral da Saúde Portugal (2000, p. 5), “quando associadas à gravidez, as doenças infecciosas assumem especial relevo e colocam três questões particulares: o tratamento da doença da mãe; o efeito da infecção no curso da gravidez e a influência sobre o feto não só da doença materna, mas também da terapêutica utilizada.”

Para Fescina *et al* (2008, p. 27) “a maioria das doenças de origem infecciosa é teratogénica porque interfere no desenvolvimento embrionário. Pode acontecer, ainda, que o agente patogénico continue a sua acção após o período embrionário e em algumas ocasiões, até após o nascimento.”

Segundo DGS de Portugal, (2006, p. 4):

Na consulta pré-concepcional há que dar, ainda, especial atenção à exposição e ou imunidade relativamente às doenças infecciosas, ao risco de contrair uma IST e as suas consequências sobre o feto, assim como avaliar e reduzir o risco de ingestão de medicamentos, prescritos ou não e dar informações sobre opções seguras, caso necessário.

Por esse motivo, deve-se evitar, em primeiro lugar, a sua ocorrência durante a gestação e, se a mulher contrair a doença, o feto, o recém-nascido devem ser tratados, se o benefício for maior que o risco. De entre as que existem, serão apresentadas algumas, nomeadamente a rubéola, a varicela, a Citomegalovírus (CMV), a toxoplasmose, a sífilis, o VIH, a hepatite B. Porquê esses?

A Rubéola “é uma doença infecciosa de origem viral, própria da infância, de curso benigno e de distribuição mundial. Poderá revestir-se de graves consequências quando coincida com o primeiro trimestre de uma gravidez, originando a morte do feto ou dando lugar a gravíssimas malformações” (Formiguera, 1998, p.20). De acordo com a Direcção Geral da Saúde de Portugal, (2000, p. 11) “o Homem é o único reservatório do vírus. A transmissão ocorre por contacto directo com as secreções nasofaringe de pessoas infectadas. O período de maior contágio situa-se aproximadamente entre uma semana antes e uma semana depois do aparecimento do *rash*”.

Fescina *et al* (2008, p. 66) afirmam que:

A rubéola é uma doença febril, seguida de erupção que poucas vezes apresenta complicações e desaparece espontaneamente. Mas quando ocorre durante o primeiro trimestre da gravidez, pode provocar a Síndrome da Rubéola Congénita (SRC), caracterizada por manifestações tais como aborto espontâneo, óbito fetal, retardamento mental, surdez, cegueira e cardiopatia congénita. A alta probabilidade de infecção fetal atinge quase 90%, se a infecção antes da 11ª semana da gestação.

Nas consultas pré-concepcionais recomenda-se avaliar a susceptibilidade à rubéola, descartando, através da história clínica, aquelas mulheres que já tenham contraído a doença, ou que tenham sido vacinadas. Em caso de dúvidas, “justifica-se determinar a presença de anticorpos em todas as mulheres em idade fértil. Todas as mulheres não grávidas que apresentam resultado negativo deverão ser vacinadas antes da gravidez ou depois do parto” (Fescina *et al*, 2008, p. 27). Smith (2005, p. 21) afirma que “a infecção com o vírus da rubéola no início da gravidez está associada a anomalias graves no desenvolvimento do feto.

A Varicela, segundo a Direcção Geral da Saúde de Portugal, (2000, p.14), “é uma doença aguda, muito contagiosa, fundamentalmente infantil, benigna e que induz uma imunidade duradoura. Cerca de 95% das mulheres em idade reprodutiva encontram-se imunizadas para este vírus, sendo baixa a incidência da infecção na gravidez”. Recomenda-se avaliar a susceptibilidade à varicela, descartando, através da história clínica, aquelas mulheres que já tenham contraído a doença, ou que tenham sido vacinadas. O Citomegalovírus (CMV), de acordo com Fescina *et al* (2008, p. 27) “é uma infecção congénita mais frequente e a principal responsável pelos casos de surdez neuro sensorial e retardo mental de etiologia viral. O CMV pertence ao grupo de vírus herpes e é relativamente pouco contagioso”. De acordo com a Direcção Geral da Saúde de Portugal, (2000, p. 19). A transmissão do CMV não se faz através de um contacto casual, requer uma exposição íntima e repetida. Os mesmos autores (*ibidem*) acrescentam ainda que “a infecção em adultos não apresenta consequências clínicas graves, excepto em pacientes imunodeprimidos. Esta infecção ocorre em 1% dos nascimentos (sendo 80% assintomáticos)”.

Para a Direcção Geral da Saúde de Portugal, (2000, p. 19) “o CMV pode estar presente no leite, saliva, fezes e urina; tem sido identificado em crianças frequentadoras de creches”. Fescina (...) completa ainda que “a principal fonte da infecção é a manipulação de fraldas de urina, portanto todas as mulheres, especialmente as mães das crianças pequenas e aquelas que tiveram contacto profissional com crianças, deverão ser alertados sobre os cuidados higiénicos cada vez que fizerem uma troca de fraldas”(*ibidem*).

A Toxoplasmose, para Fescina *et al* (2008, p. 67), “é uma zoonose endémica causada pelo *toxoplasma gondii*, protozoário cujo hóspede definitivo são os felinos e que geralmente, quando compromete a espécie humana tem um curso benigno, com excepção de duas situações” as pessoas imunodeprimidas (HIV, tuberculose, doentes oncológicos) e fetos ou crianças que foram infectadas no útero, através da placenta, ocorrendo este último apenas quando a mulher adquire a infecção aguda durante a gravidez.

Toda a mulher que deseja engravidar deve ser alertada em relação às formas para evitar contrair a toxoplasmose na gravidez e os riscos existentes. A toxoplasmose congénita pode “provocar danos severos, tais como, morte fetal, coriorretinite, calcificações intracranianas, micro ou hidrocefalia, que podem acarretar retardo mental, convulsões, cegueira, entre outros” (*ibidem*). Recomenda-se que as mulheres que

conheçam ou desconheçam o seu estado serológico recebam a orientação geral de prevenção para toxoplasmose.

A Sífilis “é uma doença infecciosa provocada pelo *Treponema pallidum*, cujo período de incubação é, em média, de 3 semanas, mas que pode oscilar entre os 10 dias e as 10 semanas” (Direcção Geral da Saúde de Portugal, 2000, p. 22). Assim, conhecer o estado serológico antes da gestação contribui para realizar o tratamento das mulheres e seus parceiros sexuais no momento ideal visto que “a transmissão da infecção ao feto faz-se por via transplacentaria, durante os períodos de espiroquetemia materna, e é tanto mais provável acontecer, quanto mais elevado for o número de *Treponemas* circulantes” (*ibidem*).

As mulheres com sífilis deverão ser informadas sobre os riscos de transmissão vertical desta doença sexualmente transmissível, porque afirmam que “esta doença pode ser assintomática ou apresentar o signo mais precoce em lugar oculto onde passe despercebido. A sífilis causa morte fetal precoce e morte perinatal em 40% dos fetos afectados” (Fescina *et al*, 2008, p.71).

O VIH, de acordo com a Direcção Geral da Saúde de Portugal, (2000, p. 37) é “o vírus da imunodeficiência humana, subtipo 1 e 2 (VIH1 e VIH2), pertencente ao grupo dos retrovírus, é o agente etiológico da SIDA. Nesta afecção verifica-se uma depressão do sistema imunitário nos indivíduos infectados”, permitindo o surgimento de infecções oportunistas e alguns tipos de neoplasias. Os autores Fescina *et al* (2008, p.28) informam que “as mulheres em idade fértil têm o direito de se submeter à triagem para VIH, prévio aconselhamento e garantindo a confidencialidade. As mulheres seropositivas deverão ser informadas sobre o risco de transmissão vertical e sobre tratamentos profilácticos existentes”.

A Hepatite B, conforme a Direcção Geral da Saúde de Portugal, (2000, p. 39), “é uma doença infecciosa, provocada pelo vírus da hepatite B (VH B); o período de incubação é, em média, de 2 a 3 meses, variando entre 45 e 180 dias. Os portadores crónicos são o principal reservatório da infecção”. Toda a população, especialmente as mulheres em idade fértil, deveria receber a vacina contra hepatite B, mas isso só acontece segundo Fescina *et al* (2008, p. 28) “se não apresentarem anticorpos, pois a vacina é feita com vírus mortos por isso não está contra-indicada na gravidez”. Normalmente, “a infecção fetal por hepatite B associa-se à prematuridade ou a crianças pequenas para a idade gestacional. Devem ser identificadas mulheres não vacinadas e/ou susceptíveis de contraírem a doença” (*ibidem*).

4. A Intervenção da Enfermagem na Consulta Pré-concepcional

O aconselhamento pré-concepcional deve incluir diversos factores. De acordo com Moos (*apud* Stanhope e Lencaster, 1999, p. 604) “este aconselhamento inclui educação, avaliação, diagnóstico e intervenções para identificar os riscos antes da concepção. O objectivo dos cuidados pré-concepcionais é reduzir ou eliminar os riscos tanto para a mulher como para a criança”.

Em relação à função do enfermeiro, Martins (2004, p.7), afirma que:

(...) Consiste em apresentar, mediante intervenções educativas, uma atenção de forma integral. Potenciar os aspectos positivos e os hábitos de vida saudável, corrigir os aspectos erróneos relacionados com mitos e crenças, esclarecer as dúvidas que podem surgir e planear cuidados de saúde que garantam um bem-estar, quer à mãe quer ao filho, prevenindo precocemente qualquer alteração que possa ocorrer.

Segundo a DGS de Portugal (2006, p. 4) a consulta pré-concepcional deve ser “realizada como uma actividade conjunta, coordenada e complementar, da equipa médico/enfermeiro, o esforço para transmitir informação pode incrementar a saúde da mulher e da família.”

As mulheres devem ser aconselhadas pelos enfermeiros durante a consulta através acções de da Educação Para a Saúde (EpS). Neste contexto, Carvalho e Carvalho (2006, p.2) defendem que “a formação dos profissionais de saúde e especificamente os enfermeiros, em EpS, é uma prioridade na actualidade e implica sempre um processo orientado para anterioridade, através de uma aprendizagem centrada no auto-conhecimento”. O enfermeiro deve ter boa formação e uma boa capacidade para a transmissão de saberes porque na consulta pré-concepcional a sua intervenção incide sobre a transmissão de conhecimento, identificação de complicações e/ou situações inerentes à gravidez (qualquer um dos enumerados anteriormente) que podem e devem ser detectadas e tratadas nas consultas, e, ao mesmo tempo, ser capaz de influenciar a mudança de atitudes. Ou seja, conforme Correia *et al*, (2001, p.44) afirmam: “a intervenção na consulta pré -concepcional visa o desenvolvimento de medidas que promovam estilos de vida saudáveis e previnam doenças com objectivo de melhorar a qualidade de vida da população”.

Trezza (2007, p.14) considera que “educar para saúde é parte primordial do trabalho que a enfermagem tem de cuidar porque pode ser compreendido como um envolvimento que se tem entre pessoas com o objectivo de organizar acções para mudanças de comportamento ou atitude.” Avança ainda que “nesse processo, para alcançarem os objectivos, recorrem muitas vezes à: criatividade, inovação e à capacidade de improviso” (*ibidem*).

A educação para a saúde pode e deve realizar-se também em cuidados de saúde diferenciados, embora o sector privilegiado seja o dos cuidados da saúde primários, uma vez que este “existe para contribuir para o aumento do nível da saúde das populações, resolvendo problemas de saúde que não exigem tecnologias sofisticada”(Carvalho *et al*, 2006, p.38).

Quer isto dizer que para cuidar, entendido como “o estabelecimento de uma relação humana em que devemos considerar o outro como diferente, atribuindo-lhe uma carga familiar, social e cultural, de forma a reconhecê-lo como um todo” (*ibidem*). o enfermeiro precisa assumir a sua faceta de educador. Por essa razão, Martins (2004, p.6) afirma que: “o enfermeiro, perante a mulher, deve realizar acções que possibilitem o seu desenvolvimento, ajudando-a a adaptar-se às mudanças temporárias da saúde, orientando-a e favorecendo cada uma das etapas do processo de resolução do problema, não tomando as decisões por ela nem a substituindo.”

Quanto ao modelo de EpS que deverá usar, Carvalho e Carvalho (2006, p. 126) enumera modelos de educação para a saúde que se tem vindo a desenvolver nos últimos tempos. cinco que consideraram ser as mais importantes:

1. Modelo médico, sugerido por Tones e Tilford (1994), enquadra-se na geração de “EpS informativa.” e caracteriza-se pela visão mecânica, em que o corpo do individuo é visto como uma máquina, e a função da medicina é repará-la e mantê-la em bom funcionamento. A saúde é definida como a ausência de alterações de funcionamento do organismo.

2. Modelo de crenças de saúde (*Health Belief Model*), assenta no pressuposto de que as crenças das pessoas influenciam fortemente a tomada de decisões, sendo que este depende das percepções individuais sobre as crenças básicas.

3. Modelo de Avaliação diagnosticada dos factores predisponentes, reforçadores, facilitadores e causas educacionais, é um modelo utilizado para diagnosticar e planear práticas educativas que partem da análise dos

factores predisponentes, facilitadores e reforçadores do comportamento, devendo ser posto em prática juntamente com modelos de mudança comportamental.

4. Modelos críticos e participativos tiveram o seu ponto de partida no reconhecimento de um certo fracasso dos modelos centrados na mudança de comportamentos individuais, apresentando a proposta de mudança social.

5. Modelo radical, que foi assim designado por Tones e Tilford (1994), por ser um modelo contra a corrente de ideias do modelo preventivo dominante na altura, pretende indicar a necessidade de averiguar detalhadamente as raízes dos problemas de saúde e desenvolver programas educacionais adequados.”

Assim sendo, conforme a situação (mulher e complicações detectadas antes ou durante a gravidez) o enfermeiro deverá escolher o modelo adequado para que a sua intervenção seja eficaz e eficiente. Também, Carvalho e Carvalho (2006, p. 33) lembram que:

Estes modelos envolvem, sobretudo a interacção dialéctica entre as pessoas e sua realidade, incluindo a tomada de consciência social, promovendo a participação do individuo e do grupo. Acrescenta à preocupação de mudança social da EpS, o ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, isto é, elevando o seu nível de literacia para a saúde.

Desta forma, no entender de Martins (2003, p. 340). “o profissional da saúde deve reconhecer a vulnerabilidade da mulher, e não esquecer que, muitas delas, estão mal informadas, mal orientadas, sob influência de mitos ou de crenças e que temem parecer ignorantes se fizerem algum tipo de perguntas como, por exemplo, sobre a actividade sexual ou a capacidade reprodutora.”

Bobak, Lowdermilk e Perry (1999, p.31) afirmam que:

Devemos encarar a saúde da mulher, nesta fase da vida, num contexto da saúde familiar onde os factores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais estão interligados. Esta abordagem multidisciplinar refere-se, não só a cada membro individualmente, bem como a unidade familiar como um todo. Não podemos esquecer que se a saúde da mulher afecta todo o funcionamento da família, por sua vez, o funcionamento familiar afecta a sua saúde individual.

Para intervir, o enfermeiro deverá conhecer minimamente a mulher que assiste de forma holística dentro do seu ambiente familiar, dado que “para muitas mulheres, o medo, a ansiedade e o pudor, tornam a consulta uma experiência angustiante, estas devem ser tratadas com muita compreensão e apoio emocional” Martins, (2004. p,7-8).

Terminando, reforçamos que a Educação para Saúde é fundamental na taxonomia das Intervenções em Enfermagem (NIC) *Nursing Interventions Classifications*. Em todas suas intervenções, a comunicação deve ser adoptada como estratégia útil, pois de acordo com Souza (2005, p. 5) ela é “um instrumento básico, pois torna possível um relacionamento entre enfermeiro e o cliente atribuindo qualidade ao serviço prestado, contribuindo assim com o esclarecimento de dúvidas sobre seus problemas.”

Por último, relacionando as intervenções do enfermeiro com a Saúde Materna e considerando a teoria de Meleis, o cuidado deve ser centrado no apoiar os utentes nas transições nomeadamente, transições desenvolvimentais, como é o caso de "Tonar-se família com filhos". Quer isto dizer que o enfermeiro tem de assumir o papel central que tem para capacitar e educar o casal a adquirir competências para viverem a nova fase do ciclo da família. Ou seja, a educação para saúde é fundamental no processo de prestação de cuidados de enfermagem dirigido à grávida ou mulher que pretende construir/alargar família.

CAPITULO II - O PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo descreve o percurso metodológico adoptado na nossa pesquisa, ou seja, apresentamos o desenho da investigação que tem como objectivo obter respostas válidas à questão da investigação e de certa forma, conforme Fortin (2003, p. 108), é a fase que “operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”.. Nesta fase, situamos e justificamos as escolhas metodológicas (tipo de estudo, abordagem, campo empírico e objecto de estudo), indicamos o método e os instrumentos de recolha de informações, explicamos como foram tratados os dados, apresentamos e analisamos os resultados.

1. O Tipo de Estudo

A pesquisa desenvolvida envolve tanto a abordagem qualitativa como a quantitativa. É de carácter quali-quantitativa pois tem como objectivo uma compreensão mais alargada dos fenómenos.

Segundo Fortin (2009, p.18), a abordagem quali-quantitativa refere-se “aos fundamentos filosóficos apoiados para estudar um determinado fenómeno, é o que serve de base às decisões em matéria de metodologia relativamente a forma de adquirir conhecimentos ou de conceber a informação.”

Optámos pelo método quantitativo que consiste “(...) num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador” (Fortin, 1999, p.22). Por um lado, perceptível na revisão da literatura no capítulo que apresenta a problemática e o enquadramento teórico. Por outro, é visível neste capítulo sobre a metodologia porque um dos métodos e instrumento de recolha de informações escolhido foi o inquérito (aplicado a mulheres grávidas que são acompanhadas no CSRBV) que impõe o tratamento de dados de forma estatística.

Também, utilizámos a abordagem qualitativa, pois é uma metodologia que “serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a acção, tem por objectivo chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos, onde o investigador observa, descreve, e aprecia o meio e o fenómeno tais como se apresentam”, (Prodanov e Freitas, 2013, p.85). Isto porque sentimos a necessidade de compreender melhor o

fenómeno que nos propusemos estudar ao constatarmos que embora as consultas pré-concepcionais sejam muito importantes e o CSRBV ser um centro de saúde importante na Saúde Materna (pelas razões já enumeradas no Capítulo I), as mulheres em idade fértil não as frequentam e o CSRBV sequer tem um protocolo para e sobre essa consulta. Deste modo, decidimos entrevistar enfermeiros que trabalham no CSRBV. Só assim nos foi possível apreender a “a globalidade dos seres humanos, particularmente a sua experiência de vida e o contexto em que se situam as relações com o meio” (Fortin, 2009, p.31).

Em todas as fases deste trabalho foram respeitados procedimentos éticos recomendados. Assim, para frequentar o CSRBV durante os meses de investigação e aceder a informações importantes tivemos de elaborar um requerimento (Apêndice II) dirigida à responsável do CSRBV para que autorizasse a realização a pesquisa aí e ainda a Coordenação do curso de Enfermagem da Universidade do Mindelo facultou-nos uma declaração (Apêndice I) em que a Delegada de Saúde aconselha a recolha de dados nos serviços de saúde, em São Vicente.

2. Os Métodos e os Instrumentos de Recolha de Informações

A colheita de dados realiza-se segundo um plano pré-estabelecido, recolhe-se informações junto dos participantes com o auxílio do instrumento de medida seleccionado.

O instrumento de colheita de dados é essencial na investigação científica pois fornece dados fundamentais para se obter respostas às questões de investigação levantadas, conforme revela Fortin (2009, p.240):

Antes de empreender a uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação.

Utilizámos dois métodos e dois instrumentos de recolha de informações: o inquérito e a entrevista.

1º O inquérito

Por um lado escolhemos o inquérito por questionário (Apêndice III) de perguntas fechadas, que para Fortin (2009, p. 249) é:

Um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

Optámos por utilizar este método de recolha de dados para podermos obter o máximo de informação possível, e pelo facto de ser respondido com facilidade num período de tempo muito curto.

Para isso, foi preciso escolher a população/ amostra que é um grupo de pessoas ou de elementos que tem características comuns. Assim, para a realização de um estudo científico é fundamental identificá-la porque, para Carmo e Ferreira (1998, p. 191), “o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles, características que as diferenciam de outros conjuntos de elementos.”

A amostra definida para esta pesquisa foi composta por 52 grávidas com idade compreendida entre os 14 e 38 anos de idade com a finalidade de verificar os conhecimentos das grávidas sobre a consulta pré-concepcional.

2º A entrevista

Denker (2001, p.137), define a entrevista como sendo “uma comunicação verbal entre duas ou mais pessoas, com um grau de estruturação previamente definido, cuja finalidade é a obtenção de informações de pesquisa.” Escolhemos realizar de entrevista exploratória porque, segundo Quivy e Campenhoudt (2003, p. 253), “têm como função principal revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras.”

Para que houvesse rigor elaborámos um guião da entrevista (Apêndice IV.) que foi dirigida as enfermeiras que trabalham mulheres em idade reprodutiva que frequentam o CSR BV para serem assistidas nas consultas de planeamento familiar e pré-natal com o objectivo de:

- Conhecer as percepção dos enfermeiros em relação á adesão dos adolescente e jovens ás consultas pré-concepcionais;

- Evidenciar a intervenção dos enfermeiros na promoção e aconselhamento das Consultas Pré- concepcionais às mulheres antes de engravidar;
- Identificar contributos dos enfermeiros com vista a incentivar a adesão às CPC depois de um parto, usando o caderno Integral da Saúde da mulher.

De seguida, conversámos com todas as enfermeiras com a finalidade de, para além de lhes explicar em que consistia a nossa investigação, entregar-lhes um Termo de Consentimento Informado (Anexo V) para que aceitassem e o assinassem.

Em todos os casos, as pessoas foram informadas que a sua participação era voluntária, que garantíamos o seu anonimato e que a decisão de avançar ou para dependia unicamente delas.

3. O Tratamento de Dados

Após a recolha dos dados através do questionário, procedemos com o tratamento e análise dos resultados. Em relação aos dados obtidos nos inquéritos, tratámos os dados através do programa informático de gestão e análise de dados que é *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) que nos permitiu apresentar os resultados através de gráficos.

Quanto ao resultado das entrevistas exploratórias, após a leitura e análise atenta do conteúdo de todas elas foi-nos possível identificar as seguintes categorias:

Categoria 1: Conceitos Chave

Categoria 2: As intervenções de enfermagem na CPC

Categoria 3: A adesão à CPC

Categoria 4: Contributo da CPC para a saúde da mulher e o feto.

4. A Apresentação dos Resultados

Por termos escolhidos dois métodos e dois instrumentos distintos para a recolha de informações, a apresentação será feita de forma separada. Primeiro apresentamos os resultados dos inquéritos e depois a apresentação dos resultados das entrevistas.

Em ambos os casos apresentaremos os resultados sob a forma de narrativa.

Começa por caracterizar a amostra (idade, formação académica...)

As inquiridas dessa pesquisa constitui um grupo de 52 grávidas que frequentam o CSRBV com uma idade compreendida entre os 14 e 38 anos de idade.

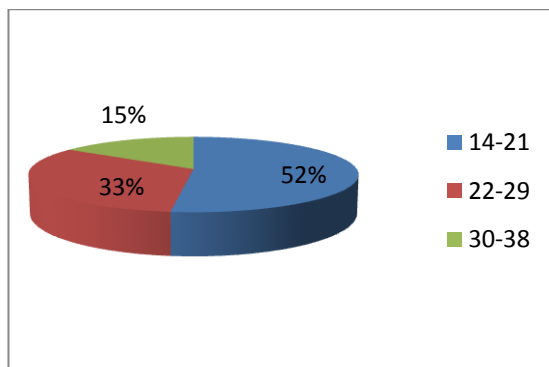
4.1 A apresentação dos resultados obtidos a partir dos inquéritos

A apresentação dos resultados que se seguem será arrumada em quatros grupos, em que o **grupo 1** diz respeito a caracterização das participantes do estudo, o **grupo 2** aborda a consulta pré-conceptual, o **grupo 3** gravidez actual, o **grupo 4** aborda os hábitos.

No **grupo 1**, caracterizamos os sujeitos inquiridos tendo em conta a idade, o estado civil, o nível de escolaridade e a situação laboral.

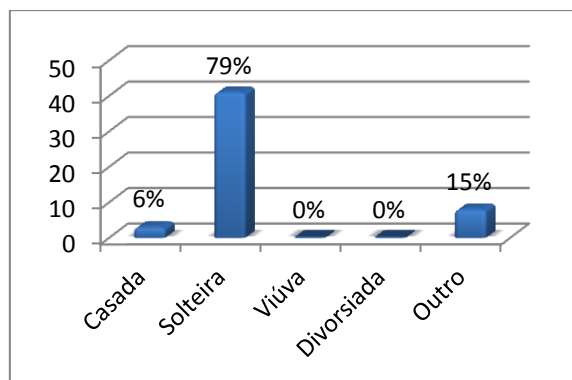
No que diz respeito à idade da amostra (gráfico 1), compreende idades entre os 14 e os 38 anos. A maioria (52%) tem a idade compreendida entre 14 e os 21 anos, 33% a idade compreendida entre 22 e os 29 anos e uma minoria de 15% com uma idade compreendida entre os 30 e os 38 anos.

Gráfico 1: Distribuição percentual da população de acordo com a idade



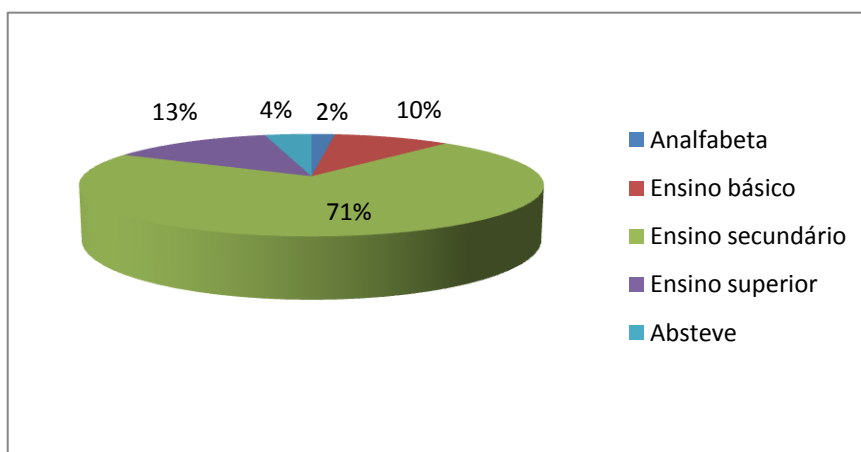
No que concerne ao estado civil (Gráfico 2), a maioria das inquiridas 79% afirma ser solteira, 15% tem uma relação que está na categoria de *outro*, 6% são casadas, e não se verificam nenhuma viúva ou divorciada.

Gráfico 2: Distribuição percentual do estado civil da população



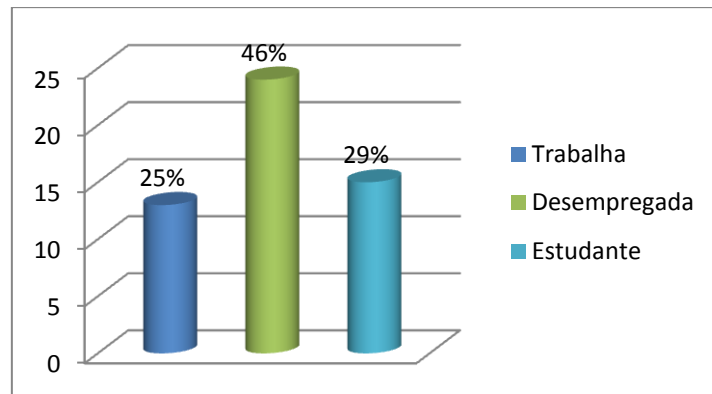
Em relação ao nível de escolaridade (Gráfico 3), 71% frequentaram o Ensino Secundário (7º ao 12º ano de escolaridade), 13% o Ensino Superior ou Universitário, 10% frequentaram o Ensino Básico (1º ao 6º ano de escolaridade), 4% não responderam e 2% afirmaram ser analfabetas.

Gráfico 3: Distribuição percentual do grau de Escolaridade



Quanto à situação laboral (Gráfico 4), das 52 inquiridas, 46% afirmaram ser desempregadas, 29% são estudantes e 25% trabalham.

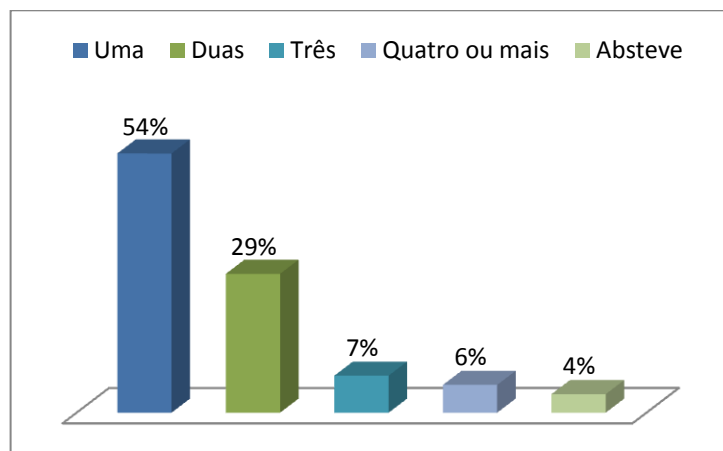
Gráfico 4: Distribuição percentual da situação laboral



No **grupo 2**, reunimos os resultados referentes ao nº de gestações, ao uso de algum método concepcional, o método contraceptivo usado antes da gestação, a suspensão do método contraceptivo, o tempo de suspensão do método antes da gravidez

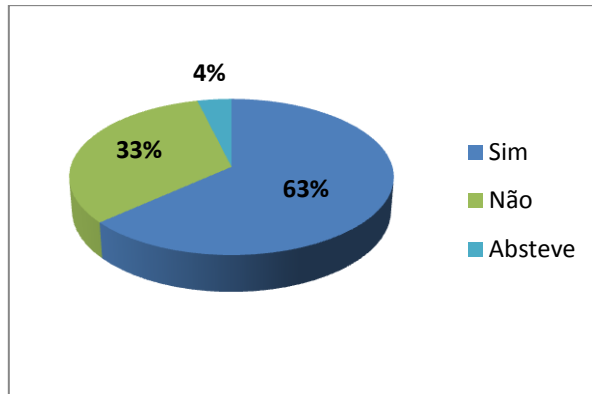
Relativamente ao número de gestação (Gráfico 5), 54% das inquiridas estão grávidas pela primeira vez, 29% pela segunda vez, 7% pela terceira vez, 6% pela quarta vez ou mais, e 4% não responderam.

Gráfico 5: Distribuição percentual do número de gestação



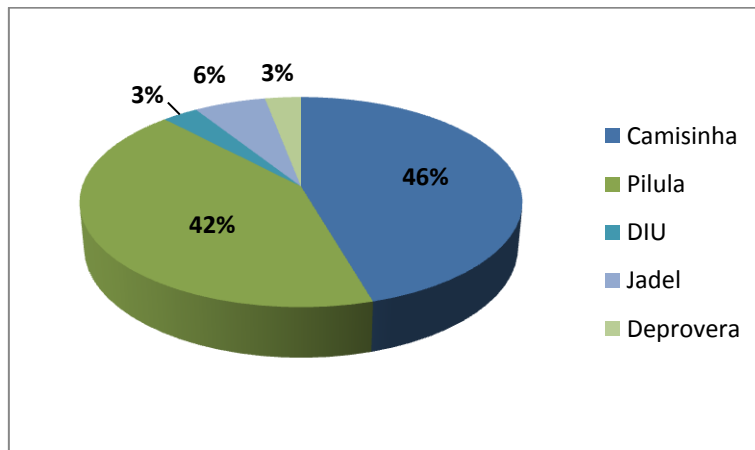
Em relação ao uso de métodos contraceptivos (Gráfico 6), 63% afirma que sim, que utilizou, 33% revela não ter utilizado e 4% não respondeu à pergunta.

Gráfico 6: Distribuição percentual do uso de métodos contraceptivos



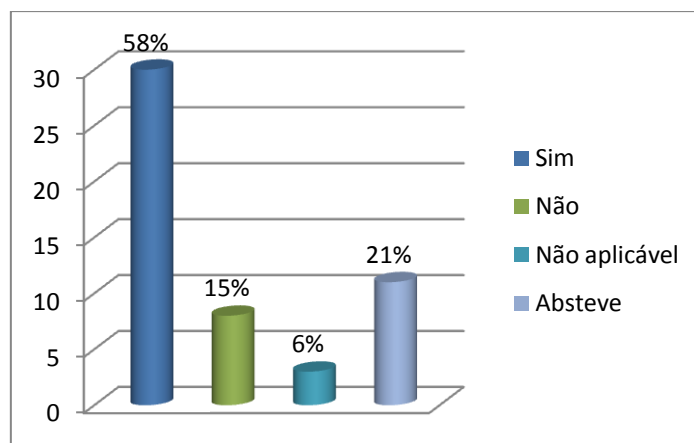
Quanto à utilização de método contraceptivo antes da gravidez, dos 63% que afirmaram utilizar métodos contraceptivos antes de engravidar, conforme o Gráfico 7, pudemos constatar que 46% utilizava Camisinha (preservativo), 42% utilizava Pilulas, 6% utilizava Implante Jadelle, 3% utilizava DIU, 3% utilizava Depoprovera.

Gráfico 7: Método contraceptivo utilizado antes de engravidar



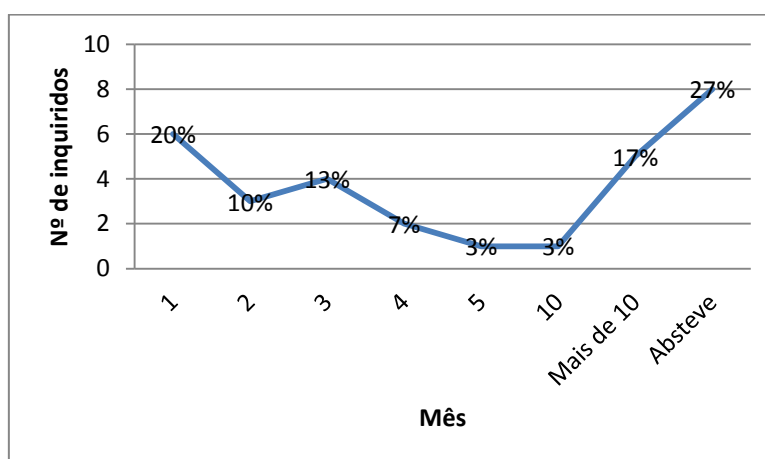
Em relação à suspensão dos métodos contraceptivo antes da gravidez (Gráfico 8), 58% inquiridas revelaram tê-los suspenso, 15% a informou não o ter suspenso, 6% afirmaram que era uma questão não lhes era aplicável e 21% não responderam.

Gráfico 8: Suspensão do método contraceptivo antes da gravidez



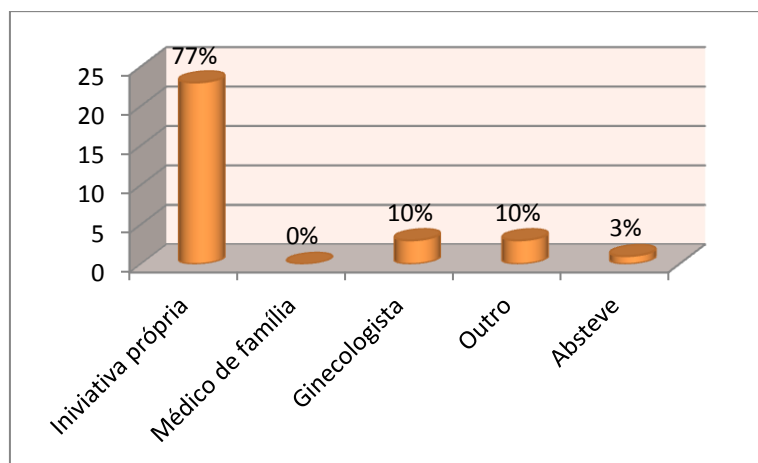
Quanto ao tempo de suspensão do método contraceptivo antes de engravidar (Gráfico 9), aplicada às inquiridas que responderam sim à questão anterior, verificámos que das 30 inquiridas que afirmaram ter utilizado um método contraceptivo: 20% suspendeu-o um mês antes de engravidar, 10% o suspendeu dois meses antes, 13% suspendeu-o três meses antes, 7% suspendeu-o quatro meses antes, 3% suspendeu-o cinco meses antes, 3% suspendeu-o dez meses antes, 17% suspendeu-o mais de dez meses antes e 27% não responderam.

Gráfico 9: Tempo de suspensão do método contraceptivo



Das 30 inquiridas que afirmaram ter suspenso o método contraceptivo antes de engravidar, pode-se observar no Gráfico 10 que 77% que optou por o suspender por iniciativa própria; nenhuma o suspendeu por indicação médica; 10% o suspendeu por indicação de ginecologista, 10% por outras pessoas e 3% não respondeu.

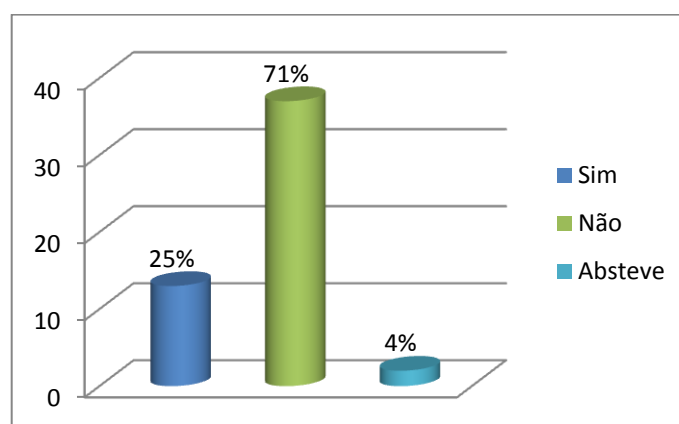
Gráfico 10: Indicação para suspensão do método



A partir de agora entramos no **grupo 3** que reunimos dados relativos à consulta pré-concepcional, aos temas abordados, aos motivos pela qual não frequentaram a consulta, a manifestação de interesse em procurar ser assistida numa consulta pré-concepcional.

Em relação à consulta Pré-concepcional (Gráfico 11), 71% inquiridas revelaram não ter ido a esta consulta, 25% afirmaram ter ido e 4% não responderam.

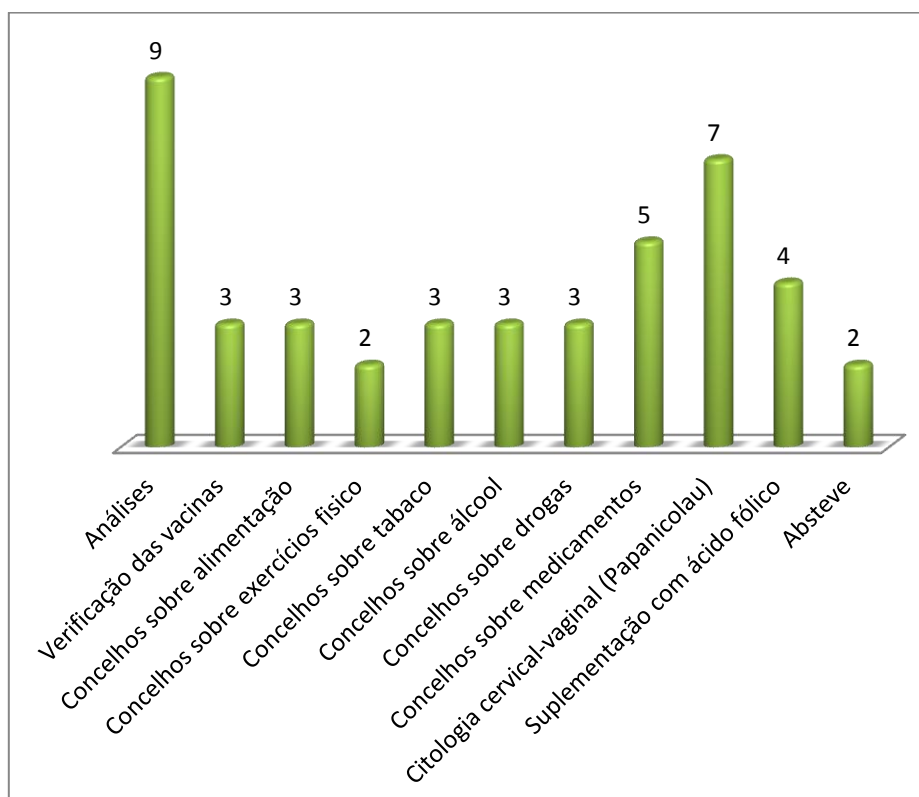
Gráfico 11: Disposição dos dados relativamente a consulta Pré-concepcional



Das 13 inquiridas que afirmaram ter ido à consulta pré-concepcional (conforme o gráfico anterior), verificamos no Gráfico 12 que: 9 delas foram solicitados análises; em 3 foram verificadas as vacinas; 3 receberam conselhos sobre a alimentação; 2 foram aconselhadas quanto a prática dos exercícios físicos; 3 foram aconselhadas quanto ao uso do tabaco, álcool e drogas; 5 receberam conselhos sobre o uso de medicamentos; 7

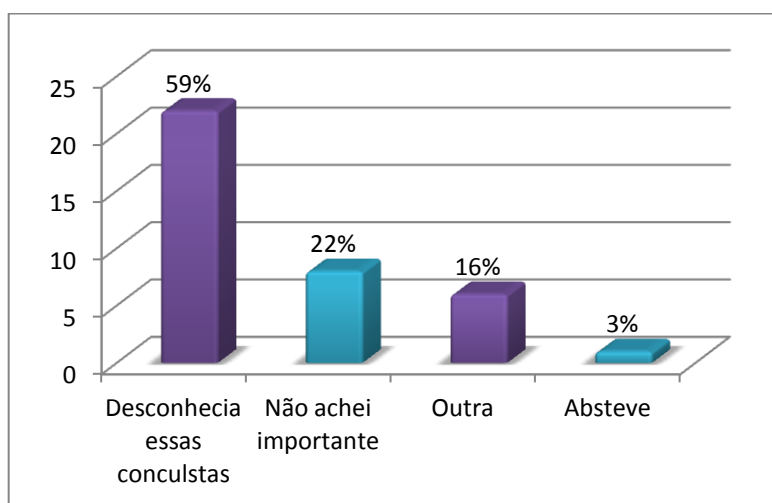
foram feitas citologia cérvico-vaginal (papanicolau); 4 receberam suplementação com ácido fólico e 2 não responderam a questão.

Gráfico 12: Disposição dos dados relativamente ao que foi efectuado



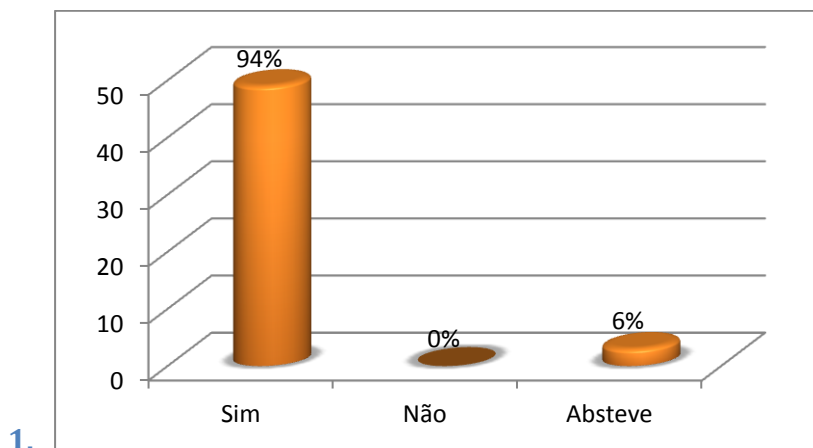
Das 37 inquiridas que revelaram não ter ido à consulta pré-concepcional, ao ser inquirirmos porquê (Gráfico 13) observámos que 59% delas desconhecia essas consultas; 22% não as considerou importante; 16% indicou outras razões e 3% não respondeu à questão.

Gráfico 13: Disposição dos dados relativamente ao motivo de não ter feito a consulta Pré-concepcional



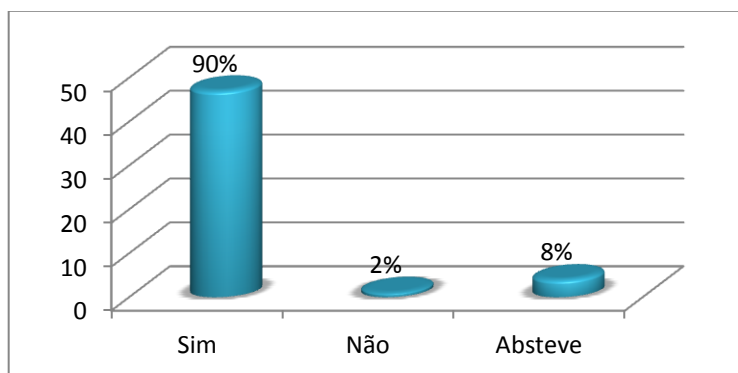
No que concerne à importância da consulta pré-concepcional (Gráfico 14), das 52 inquiridas, 94% a considera importante; nenhuma considera que não é importante e 65 não respondeu.

Gráfico 14: Disposição dos dados relativamente a importância da consulta pré-concepcional



No gráfico 15, podemos observar que, ao inquirirmos o interesse em frequentar consultas pré-concepcionais, 90% das inquiridas manifestaram interesse em recorrer a uma consulta pré-concepcional na próxima gravidez; 2% mostrou que não e 8% não respondeu.

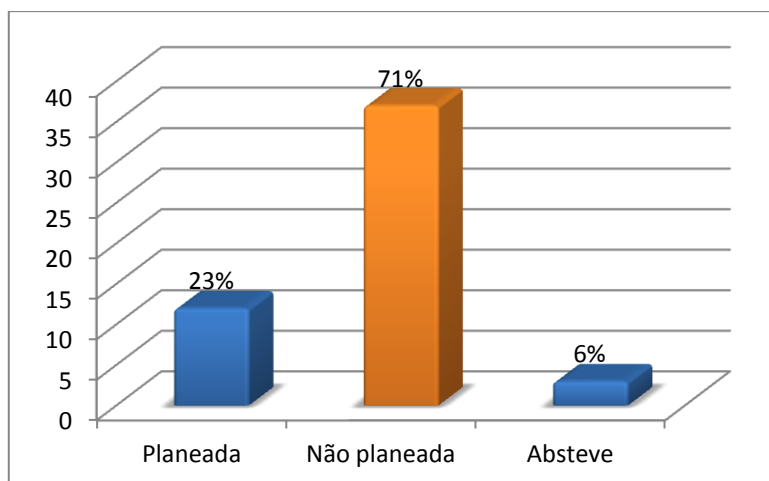
Gráfico 15: Disposição dos dados relativamente a próxima gravidez se procuraria recorrer a uma consulta Pré-concepcional



No **grupo 4** apresentámos os dados referentes à gravidez actual, nomeadamente: o planeamento da gravidez actual, o desejo de engravidado, o trimestre em que recebeu a 1º gravidez, os hábitos ou comportamentos associados ao consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas.

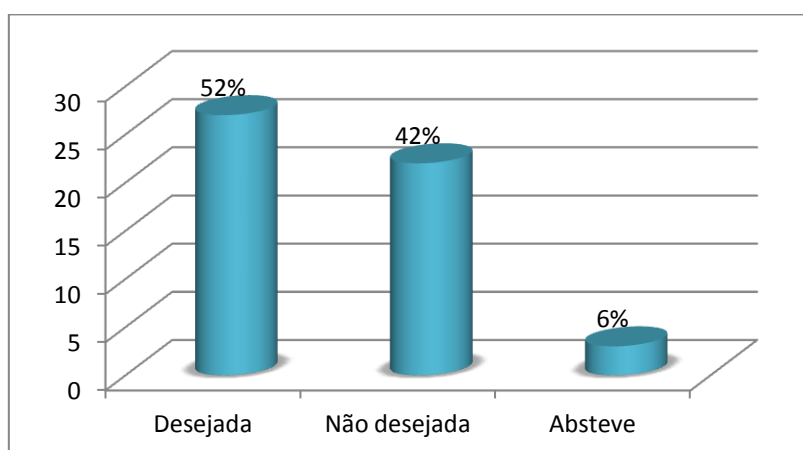
Em relação ao planeamento da gravidez actual (Gráfico 16), 23% das inquiridas afirmou que a gravidez foi planeada; 71% afirmou que não e 6% não respondeu.

Gráfico 16: Disposição dos dados relativamente ao planeamento da gravidez



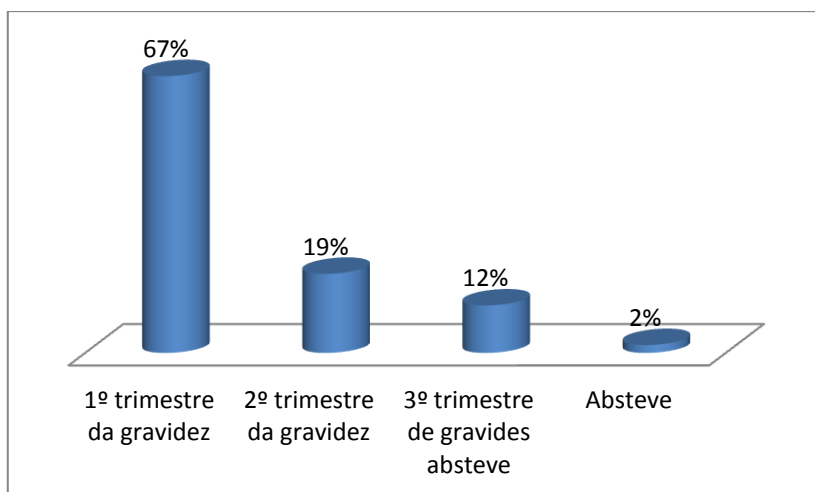
Quanto ao desejo de ter engravidado (Gráfico 17), 52% das inquiridas afirmou que a gravidez foi desejada; 42% afirmou que não e 6% não responderam.

Gráfico 17: Disposição dos dados relativamente ao desejo ou não de ter engravidado



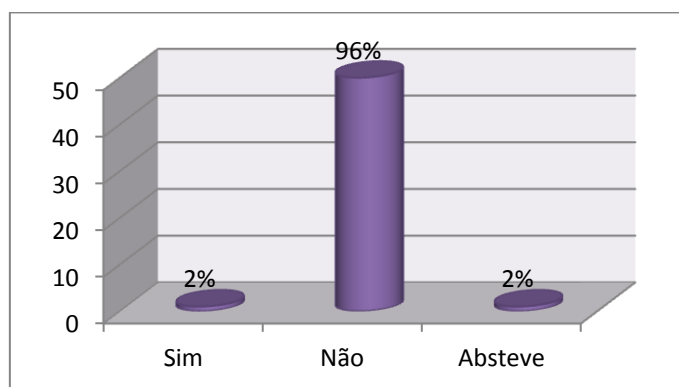
Relativamente a realização da 1ª consulta durante a gravidez (Gráfico 18) ou seja consultas de pré-natal, 67% das inquiridas afirmaram ter sido no 1º trimestre; 19% no 2º trimestre; 12% no 3º trimestre e 2% não respondeu.

Gráfico 18: Disposição dos dados relativamente à 1ª vez que teve a consulta durante a gravidez



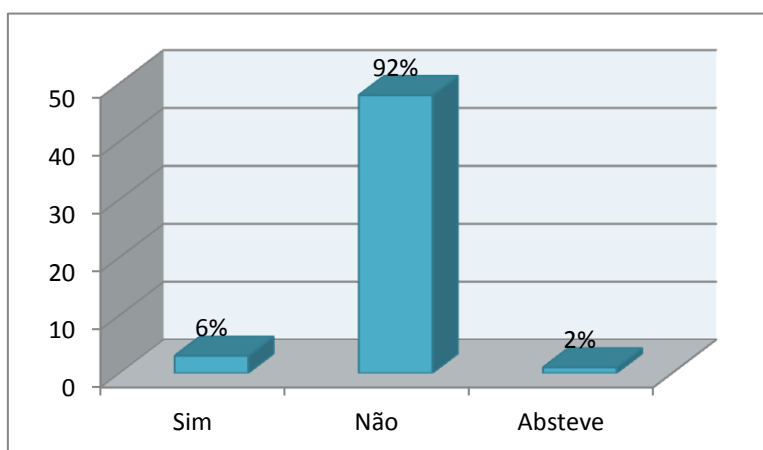
Quanto a facto de ser fumadora (Gráfico 19), 96% das inquiridas revelaram não ser fumadoras; 2% afirmou que sim e 2% não respondeu.

Gráfico 19: Disposição dos dados relativamente ao facto de ser fumadora



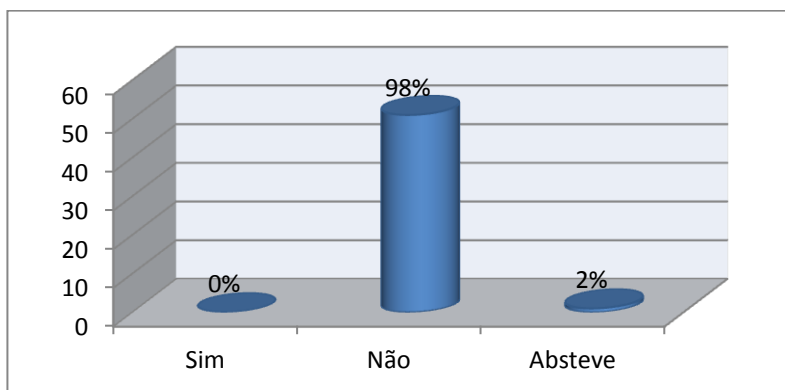
Relativamente ao consumo do álcool (Gráfico 20), 92% das inquiridas afirmaram não consumirem bebidas alcoólicas; 6% afirmaram que sim e 2% não respondeu.

Gráfico 20: Disposição dos dados relativamente ao consumo de álcool



Em relação ao consumo de drogas ilícitas (Gráfico 21), 98% das inquiridas revelou não ter esse hábito, nenhuma afirmou que consome e 2% não respondeu.

Gráfico 21: Disposição dos dados relativamente ao consumo de drogas ilícitas



4.2 A apresentação dos resultados obtidos a partir das entrevistas

Entrevistámos três enfermeiras do CSRBV, com idade compreendida entre os 55 e os a 57 anos de idade, entre elas uma com o grau de licenciatura e duas, com tempo de exercício da profissão entre os 13 e 34 anos de carreira profissional. Para preservar a identidade dessas pessoas foi pertinente recorrer a nomes fictícios como E1, E2, E3.

Para uma melhor apresentação os resultados foram arrumados em **três categorias**:

- **Categoria 1:** Conceitos Chave
- **Categoria 2:** As intervenções de enfermagem na CPC
- **Categoria 3:** A adesão à CPC
- **Categoria 4:** Os contributos da CPC para a saúde da mulher e do feto

Com a **categoria 1, Conceitos Chave**, pretendíamos que as enfermeiras definissem a consulta pré-concepcional para clarificar se os enfermeiros fazem bem a distinção entre Planeamento Familiar e CPC. e todas responderam:

E1- "*É uma consulta da mulher ou do casal antes da concepção com intuito de rastrear factores de risco que pode por em causa a vida materna ou fetal*".

E2- "*É uma consulta que antecede a gravidez e que tem por objectivo modificar o eliminar os factores que podem condicionar negativamente uma gravidez antes que ela aconteça*".

E3- seria uma consulta em que a mulher faria antes de engravidar ou quando pretendia engravidar".

Todas as respostas nos sugerem que os profissionais deste centro aproveitam as consultas de planeamento familiar para fazerem a consulta pós-parto para nela fazerem a realização dessa consulta, embora deva ser feita antes da concepção.

Com a **categoria 2, as intervenções de enfermagem**, esperávamos conhecer as intervenções de enfermagem nas CPC. Assim, em relação a tais intervenções obtivemos:

E1- "nas consultas de PF, pré-natal, Pós-parto, IST e durante a solicitação de informação ou testes".

E2- "como foi dito antes, esta consulta não está implementada. Pontualmente atendemos uma utente que procura por esta consulta, damos as orientações e encaminhamo-la ao médico para ele fazer a consulta".

E3- "pontualmente, já que é uma consulta que não está implementada nos centros de saúde".

Quer isto dizer que, embora seja importante, a consulta é realizada pontualmente.

Quanto aos temas abordados nas CPC, as enfermeiras responderam que abordam, quando puderem:

E1- "Álcool, drogas, ISTs, métodos contraceptivo, importância da consulta ginecológica de rotina exames e testes laboratoriais, citologia, espaçamento entre as gravidezes".

E2- "doenças maternas, medicamentos em uso, gravidez anteriores, história familiar, hábitos alimentares, idade da utente, álcool, tabaco, droga e hábitos de vida saudável".

E3- "orientar para uma vida saudável".

Nas consultas em que as mulheres frequentarem é comum serem informadas sobre a utilização de contraceptivos, hábitos para manter uma vida saudável, conforme os excertos das entrevistas que se seguem:

E1- "Informação sobre métodos contraceptivo, prevenção de ISTs, importância de consulta ginecológica, rastreio do cancro da mama. Deveria ser como uma consulta de rotina como o pós

parto, planeamento familiar, consulta pré-natal e consulta de ISTs".

E2- "conselhos para uma vida saudável. Esta consulta deveria ser feita pelo médico pois é que deve destacar ou diagnosticar doenças, solicitar exames clínicos, o enfermeiro também é importante pois ele normalmente é faz as orientações e educação para a saúde".

E3- "saber a história obstétrica, as imunizações, historia clinica, violência doméstica e uso de substâncias ilícitas".

Relativamente à **categoria 3, a adesão à CPC**, todas responderam que sim, mas nas seguintes circunstâncias:

E1-Faz parte do PNSR, só que não é rotina, porque a maioria dos utentes quando nos procuram já vêm com os seus problemas. Assim aproveitamos algumas oportunidades como testes de gravidez, PF, alunos que nos procuram para trabalhos de grupo, palestras sessões de informações nas escolas ou na comunidades.

E2- "Faz parte do programa de saúde reprodutiva, mas não temos está consulta implementada nos centros de saúde, mas durante as consultas de planeamento familiar e nas consultas pós -parto aproveito para orientar as utentes da importância do planeamento de uma gravidez e dos benefícios que este traz para mãe, ao feto e a família".

E3 - "Na consulta pós -parto e de planeamento familiar".

Consideram que, por um lado, o nome das consultas é desconhecido e acreditam parte das mulheres não as procuram porque o centro não faz essas consultas.

E1- "podemos considerar o nome (CPC) sim. Embora nos estamos a pô-lo em prática em cada procedimento da SR e as mulheres ás vezes nos procuram para saber como engravidar então é uma deixa para o profissional".

E2- "não são totalmente desconhecidas, não procuram por ela por saberem que não está implementada nos centros de saúde".

E3- não há uma totalidade, não há uma divulgação para a adesão à CPC".

Em relação à atitude do utente para com as consulta CPC, as enfermeira entrevistadas acreditam que poderão ser mudadas com o tempo, apesar de .

E1- "é claro que é uma atitude que pode mudar quando há uma relação de confiança entre o utente e o enfermeiro. Mas primeiro é necessário a sua divulgação, tanto no conceito, vantagens e quem procura etc".

E2- "a atitude do utente muda quando houver CPC implementada nos centros de saúde. Não é uma questão de confiança nos profissionais de saúde mas sim de escassez de recursos humanos na área de saúde reprodutiva".

E3- "a fraca adesão não passa por confiança do enfermeiro/utente mas sim por desconhecimento".

Ao longo dos anos de experiência, as enfermeiras revelaram ter-se deparado com situações de risco durante a gestação que poderiam ter sido evitadas se as mulheres tivessem ido a uma CPC:

E1- " Sim, um caso de isoimunização com deformação de morte fetal".

E2- "Sim, mulheres que engravidam com mais de 35 anos, com história obstétrica desfavorável, antecedentes médicos, história familiar e genética desfavorável".

E3- "Varias são as situações que poderiam ser evitáveis, ex: mulher diabética, hipertensão, perturbações mentais, doenças infecciosas como o HIV e hepatite B e C".

No que diz respeito à **categoria 4, os contributos da CPC para a saúde da mulher e do feto**, nomeadamente a importância dessa consulta na gravidez, tendo em conta as outras consultas, responderam que:

E1- "Todos os tipos de consulta são importantes, mas a consulta pré-concepcional é mais relevante porque é posto a disposição

da mulher em idade fértil um conjunto de cuidados integrados que promovem a sua saúde sexual e reprodutiva".

E2- "Consulta pré-concepcional".

E3- Não respondeu.

Quanto à importância e relação entre consulta pré-concepcional, o cuidado pré-concepcional, os outros tipos de consulta, a saúde da mulher e do futuro filho, as enfermeiras afirmaram que todos são importantes, todos estão interligados de modo a assegurar a saúde tanto da mulher como do seu futuro filho, como se pode ver nos excertos das entrevistas que se seguem:

E1- "Todos os dois são importantes porque se complementam. O primeiro vai rastrear os factores de risco no segundo vai atoar sobre os riscos identificados tratar ou minimizar os efeitos e também na prevenção de futuros riscos".

E2- "Estão interligados, uma depende da outra, a consulta pré-concepcional avalia os riscos e o cuidado pré-concepcional previne os riscos".

E3- "Complementam, pois o objectivo é a saúde e o bem estar da mãe e da criança".

O papel do enfermeiro é de extrema importância na CPC, visto que são os enfermeiros quem faz orientações às mulheres em idade reprodutiva, e nesta perspectiva evidenciar a importância da CPC e do cuidado pré-concepcional para o bem-estar da mãe e da criança. Se as mulheres começarem a adoptar esses comportamentos sobre a vida reprodutiva, é uma mais valia para o bem estar delas, visto que nessa consulta são diagnosticadas factores e comportamentos de riscos que podem afectar uma futura gravidez.

A consulta pré-concepcional deve ser implementada nas consultas de rotina das mulheres em idade fértil de forma a ganhar mais adesão, também isto pode ser feita através de palestras nas comunidades sobre a CPC, educação para a saúde nos centros e sensibilizar a população dos benefícios que esta traz para a mulher de modo que essas possa vir a ter uma vida sexual e reprodutiva mais saudável. O enfermeiro deve também informar a família da existência dos serviços de apoio disponíveis na comunidade (aconselhamento genético, serviços sociais).

Segundo Bobak, Lowdermilk e Perry, (2002, P.57). As enfermeiras tem a responsabilidade de proporcionar orientações e promover saúde, demonstrando compaixão e compreensão sobre as circunstâncias da mulher enquanto realiza.

É de extrema importância que a gravidez seja planeada, para que seja feita a promoção de comportamentos saudáveis, a prevenção de doenças (maternas e fetais), tratamento ou estabilização de doenças prévias e para que a vivenciada gravidez não seja afectada.

5. A Interpretação dos Resultados

Após os resultados terem sido apresentados e devidamente analisados, surge a necessidade de realizar a interpretação dos mesmos para que consigamos atribuir um sentido à pesquisa, porque conforme Fortin (2003, p.343) defende:

"A apresentação 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 outros trabalhos de investigação ligados ao quadro de referência".

Para fazer a análise dos resultados obtidos, vamos relacionar os resultados dos inquéritos e das entrevistas.

Começando pelos resultados do inquérito, a amostra deste estudo é constituída por 52 mulheres grávidas com idade compreendida entre os 14 e os 38 anos, estando a maioria (52%) com a idade compreendida entre 14 e os 21 anos, 33% com idade compreendida entre 22 e os 29 anos e o restante (5%) tem entre 30 e os 38 anos idade. Mais de metade da amostra tem a idade compreendida entre 14 e 21 anos, sendo uma faixa etária ainda muito nova. O ideal seria que esta percentagem fosse em relação à idade compreendida entre os 22 e os 29 anos.

Em relação ao estado civil, a maioria das participante do estudo afirmam ser solteiras, no entanto a minoria são casadas e houve quem não identificou-se em nenhum dos estados civis, dizendo estar na categoria de outro, entretanto não se verificou nenhuma viúva ou divorciada entre elas. Pois na sociedade cabo-verdiana a maioria das mulheres são solteiras, mesmo que vivem em união de factos.

No momento da aplicação do inquérito as inquiridas houve quem disse que já esteve grávida mais de uma vez, entretanto duas delas não responderam esta pergunta e mais de metade (28 inquiridas) estiveram grávidas pela primeira vez.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, 63% afirmam que fizeram uso de método contraceptivo, mas deixaram de o usar por conta própria com o intuito de engravidarem, mas houve quem o suspendeu por indicação de ginecologista e por indicação de outras pessoas, no entanto 33% não utilizam nenhum método e a restante (4%) não responderam esta pergunta. Dos 63% que afirmaram utilizar métodos contraceptivos, houve maior prevalência do preservativo (46%) e das pilulas (42%). Quanto ao uso do preservativo, é um valor satisfatório, pois além de evitar a gravidez, também protege das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Em relação à suspensão do método contraceptivo antes da gravidez, as participantes que fizeram a sua suspensão, fizeram-na entre 1 a 10 meses ou mais antes de engravidarem, isto leva-me a dizer que estiveram a planear a gravidez, no entanto sem uma CPC. Pois esta consulta é extremamente importante, pelo que constatei que mais de 50% da amostra não teve nesta consulta, talvez por desconhecerem esta consulta, porquanto há uma necessidade em sensibilizar as mulheres a procurarem este tipo de serviços disponíveis nos Centros de Saúde de forma gratuita.

De acordo com os resultados, as entrevistadas revelaram que a não adesão a essa consulta é devido ao desconhecimento e também a necessidade de divulgação por parte dos Centros. Essa consulta não é implementada nos centros por isso não é procurada mas não deixa de ser pertinente na área de saúde materna como factor de melhoria na morbi-mortalidade materno-fetal.

Em relação às análises solicitadas e os temas abordados na consulta, constatámos que o procedimento adoptado nas consultas, relacionado com a avaliação de risco pré-concepcional. De certa forma, os resultados obtidos nos inquéritos não se distanciam muito das que obtivemos nas entrevistas. Confirmam que no CSR BV as CPC normalmente são feitas durante o planeamento familiar e na consulta pós-parto entre outras, por não estar implementada como uma consulta de rotina. Durante a pesquisa pudemos perceber que essa consulta faz parte do planeamento familiar já que o objectivo deste é ajudar a mulher ou o casal a decidir quando e quantos de filhos, e o espaçamento entre cada gravidez ou seja deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos.

De facto, a consulta pré-concepcional permite detectar vários casos obstétricos de risco que podem ser evitáveis na CPC, através dos exames, solicitados, da educação para saúde, e quanto a adopção de comportamentos saudáveis. No entanto, muitas delas só adoptam comportamento saudáveis quando descobrem que estão grávidas, quer por falta de informação, quer pela não adesão às consultas de planeamento familiar e pré-concepcional nos centros de saúde (públicas e privadas), porque só tomam consciência da gravidez depois das 8 semanas de amenorreia, confirmada nesse caso com o resultado positivo do teste da gravidez. Na consulta pré-concepcional recebe-se informação e conhecimentos relacionados (riscos, exposições, estilos de vida, patologias etc.), antes da concepção e nos cuidados pré-concepcional é quando a mulher decide engravidar.

Uma franja muito pequena tem conhecimento da existência dessas consultas. Uma outra parte não lhe reconhece a importância. Neste sentido, recomendamos que a importância da consulta pré-concepcional seja mais destacada, para que todas as pessoas, principalmente as mulheres tenham conhecimento da mesma, porque os dados referentes ao planeamento da gravidez revelam que ainda existe uma maioria que não planeia a gravidez. Ora, isso é muito grave se pensarmos em todos os riscos que uma gravidez não planeada pode ter. Também esses valores demonstram alguma falta de responsabilidade por parte das mulheres que não planejaram a gravidez, que constituem mais 70% da amostra, na medida em que este dado revela uma sexualidade não segura, que ignora as IST.

Relativamente à realização da 1ª consulta durante a gravidez ou seja consultas de pré-natal, 35 das inquiridas afirmaram ter sido no 1º trimestre; 10 no 2º trimestre; 6 no 3º trimestre e 1 não respondeu. A percentagem das mulheres que realiza a 1ª consulta de pré-natal no 1º trimestre é de 67%, sendo considerado um valor positivo, pois a 1ª consulta deverá ser o mais cedo possível.

Quanto aos hábitos que os enfermeiros desaconselham nas consultas constatámos que o valor destes resultados é bastante satisfatório, mas o ideal é que não houvesse nenhuma mulher que consumisse álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas.

Assim podemos concluir que os resultados explícitos mostram que tanto as enfermeiras como as grávidas conferem uma dada importância à CPC, mas como revelado nas entrevistas ela deverá ser mais divulgada, nas secções de educação para saúde nos centros e nas comunidades, durante as consultas de planeamento familiar,

como forma de mostrar a sua importância para a saúde da mulher e para o futuro filho e também os benefícios para a saúde da mulher.

Durante a recolha de informação foi importante perceber que a assistência da mulher na CPC, é de extrema importância para a saúde reprodutiva.

Assim a resposta a seguinte questão de investigação: Qual a importância reconhecida pela mulher em idade reprodutiva e pelos enfermeiros á consulta pré-concepcional?, mostra ser de grande relevância para a mulher no momento que esta pensa em ter filhos, e nesta consulta é o momento de decisão, reflexão e mudanças tanto a nível psicológico, como social na vida da mulher e da família. Os resultados mostram que a CPC é indispensável para a mulher em idade reprodutiva, como medida de prevenção de complicações para a saúde da mulher.

Esta pesquisa não deixa de ser de extrema importância na área de enfermagem uma vez que serve para rastrear ou minimizar os factores de risco que poderão criar complicações na gravidez, na saúde da mãe e do feto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta pré-concepcional é muito importante para se planejar uma gravidez, isto porque permite ao utente ter uma ideia mais exacta sobre o que fazer, e como preparar para a concepção, além de detectar a existência ou não de IST. Mas tendo em conta que, a maior percentagem dos utentes entrevistados responde que a gravidez é concebida sem que haja um planeamento acabam por fazer a consulta no primeiro trimestre da gravidez, período na qual acontece muitas mudanças que podem ser nocivos ao desenvolvimento do feto.

Através dos estudos verificámos que a saúde da mulher evidenciada nesse caso necessita de maior visibilidade e de intervenção a nível de incentivo, educação e comunicação. Intervenção que deve ser trabalhado desde cedo, ou mesmo nas escolas enquanto isso não for possível de ser tratado em palestra, de forma a permitir aos adolescentes terem uma ideia mais abrangentes da importância dessa consulta, no contexto de evitar doenças não só para a gestante como também para o feto.

A mulher deve ser informada dos potenciais riscos da gravidez sobre a doença crónica em causa, dos eventuais efeitos negativos desta, ou da terapêutica utilizada sobre o feto e das medidas que podem ser implementadas para diminuir estes riscos, designadamente, com o envio atempado à consulta pré-concepcional de referência. Também, é fundamental que seja conhecida para que as mulheres as possam frequentar.

Uma das outras vantagens da avaliação pré-concepcional é a possibilidade de identificação através da história familiar, os indivíduos e famílias em risco genético e a oportunidade de referenciar para aconselhamento especializado, antes da gravidez, casais com história familiar de anomalias congénitas.

Os cuidados pré-concepcionais, considerados parte integrante dos cuidados primários em saúde reprodutiva, são dirigidas às mulheres em idade fértil. No entanto, é importante contemplar, também, a participação dos homens nas questões de saúde sexual e reprodutiva, não apenas como acompanhantes das mulheres, mas enquanto verdadeiros actores, parceiros e companheiros da mãe do seu filho.

Todos os profissionais que cuidam da saúde das mulheres devem prestar cuidados pré-concepcionais que abrangem principalmente os cuidados preventivos primários, como por exemplo, a avaliação do estado nutricional e à adequação do peso. Durante o aconselhamento, componentes importantes tais como os hábitos alimentares, a avaliação

da dieta, exercido físico e a actividades profissional, informação acerca do risco que envolve o consumo de substâncias nocivas como o tabaco, o álcool e outras drogas proporcionam benefícios no desenvolvimento do feto. A consulta pré-concepcional é a melhor altura que se deve informar e aconselhar acerca do uso de medicamentos, sobretudo no primeiro trimestre.

Na consulta pré-concepcional deve ter-se ainda especial atenção à exposição relativamente às doenças infecciosas, ao risco de contrair IST e as suas consequências sobre o feto, mas também avaliar e reduzir o risco de ingestão de medicamentos, prescritos ou não, e dar informação sobre opções seguras, sempre que necessário.

A enfermeira pode proporcionar informações sobre os riscos associados à ingestão de gordura em excesso e às formas de reduzir a sua ingestão.

Durante a recolha de dados para o desenvolvimento do trabalho deparámos com inúmeras dificuldades, tendo em conta a fraca acessibilidade de documentos bibliográficos disponíveis e acessíveis para a aquisição de informação credíveis para o desenvolvimento do trabalho. No que tange a aplicação dos inquéritos por questionário foi sem dúvida um desafio visto que hoje depara-se com uma redução acentuada da taxa de natalidade no país. Observe-se então uma morosidade na aplicação dos inquéritos visto ter um número considerável para o desenvolvimento do trabalho, mas com esforço foi possível adquirir dados para a construção do trabalho, o que é satisfatório visto que auxilia no enriquecimento científico do país.

Os resultados encontrados mostraram que a maioria das mulheres não conhece o significado da consulta pré-concepcional, de modo que não deixa de ser um desafio para os profissionais de enfermagem porque terão de a divulgar e promoção desse cuidado para todas as mulheres que desejam ter filhos.

Também durante o decorrer desta pesquisa foi constatado que devido ao facto da pouca procura da consulta pré-concepcional, a maioria das mulheres grávidas procuram o atendimento pré-natal a partir das doze semanas de gestação, o que pode concluir que a maioria das gravidezes não são planeadas. Mas se fosse realizada uma consulta pré-concepcional antes da gravidez a consulta pré-natal seria realizada mais cedo.

Devido ao facto deste tema ainda ser pouco desenvolvida ou seja encontra em desenvolvimento e crescimento deparou-se com uma série de limitações para o desenvolvimento desta pesquisa.

Espero que este trabalho seja reconhecido como uma mais valia para a investigação científica e que seja desenvolvida mais pesquisas relacionada ao tema em

questão, de forma a dar a conhecer a CPC bem como ganhar mais credibilidade para uma melhor prestação de cuidados na área de saúde reprodutiva melhorando o desenvolvimento materno-fetal.

Para terminar enumeramos algumas propostas que consideramos relevantes:

- O CSRBV deverá criar um sistema de atendimento próprio para as consultas pré-concepcionais;
- Criar estratégias para incentivar os profissionais de Saúde na realização de ensino e comunicação (IEC) na CPC;
- Criar as condições adequadas para que haja mais adesão de mulheres para as consultas pré-concepcionais, nomeadamente: a elaboração de folhetos informativos e a concepção de programas educativos para divulgar a existência da consulta; a organização de palestras para informar e consciencializar sobre a importância da consulta pré-concepcional na assistência integral à saúde das mulheres em idade reprodutiva.
- Identificar as razões pelas quais as mulheres que procuram o CSRBV não vão às consultas pré-concepcionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antecipar a Vida Consulta Pré-concepcional – Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André –Leiria on line 25/08/2014 12h40;
2. Bacelo, Teresa, Maria. Lopes, Maria, soledade. (2009). Antecipar a Vida Consulta Pré-concepcional – Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André –Leiria [on line]
http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/consulta_pre_concepcional.pdf, 27/ 06/2014;
3. Bobak, Irene, Lowdermilk, Deitra & Perry, Shannon, (1999), Cuidado em enfermagem materna. 5ª Edição, São Paulo, Artmed editora Lda;
4. Bobak, Irene, Lowdermilk, Deitra, Shannon, (2002), Cuidado em enfermagem materna 5ª Edição, São Paulo, Armed editora;
5. Carmo, Hermano e Ferreira, Manuela, (1998), Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa, Copyright;
6. Carvalho, Amâncio e Carvalho, Graça, (2006), Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures, Lusociência;
7. Collière, Marie, (2003), Cuidar A primeira arte da vida. Loures, Lusociência;
8. Costa, E. Machdo, R. M. Koerich, S. M., (2005), Ética e Bioética: para dar Início a Reflexão, A Ética no Trabalho e a Ética na Pesquisa, ABEC. Jan/Mar;
9. Direção Geral de Saúde, (2000), Saúde reprodutiva: doenças infecciosas e gravidez (Orientações Técnicas, 11), Lisboa;
10. Direção Geral de Saúde, (2006) - Programa nacional de saúde reprodutiva, Lisboa;
11. Direção Geral de Saúde, (2008) - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Europress Lda., Lisboa;
12. Direcção-Geral de Saúde, (2001), Saúde Reprodutiva: Planeamento familiar (Orientações Técnicas; 9), Lisboa;
13. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda,(2008), 1ª edição editora.
14. Dencker, Ada de Freitas M., (2001), Pesquisa Empírica em Ciências Humanas,São Paulo, Futura;

15. Dornhorst, A. Girling, (1995), J. C. Management of gestational diabetes mellitus, N. Engl. J. Med., v.333; on line - www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf em 23/08/2014 12h30;
16. Faria, A., (2005), Protocolos de Medicina Materno-Fetal, 2ª Edição, Lousã, Lidel;
17. Fernando, Sérgio, Freitas, h. Martins, Costa, Ramos, José, Geraldo, Ramos, Magalhães, António, José, (2011), Rotinas em obstetrícias. 6º Edição, Porto Alegre;
18. Fescina, R. H. Rossello, Diaz, J. L. Mucio, B. Matinez, G. Granzotto, J. A., (2008), Saúde Sexual e Reprodutiva: Guias para a atenção Continuada da Mulher e do Recém-nascido focalizadas na APS, Montevideu, Uruguai;
19. Fortin, Marie-Fabienne, (2003), O processo de investigação: da concepção à realização, Loures, 3ª edição, Lusociência;
20. Fortin, Marie-Fabienne, (2009), Fundamentos e etapas do processo de investigação, Loures, Lusodidacta;
21. Fortin, Marie- Fabienne, (1999), O processo de investigação da concepção á realização, 1ª edição, (Portugal) editora Lusociência Lda.
22. Franco, João, (2012), Saúde Pré-concepcional, [on-line], <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>
23. Formiguera, J., (1988), Esquemas Clinico Visuais em Doenças Infecçiosas, Farmapress edições, Lda;
24. Graça, Luis, Mendes, (2010), Medicina Materno-Fetal, Lisboa, 4ª edição, Lidil edições técnicas, Lda;
25. 18.Jurado, M. Vélez, R., (2001), La Consulta Pre-concepcional em Atenção Primária, Evaluacion de la futura gestante, Mefdifem, Nº 4;
26. Laverack, Glenn, (2008), Promoção de saúde: poder e empoderamento, Loures, Lusodidacta;
27. Lenz, Maria, Lucia, Medeiros, Flores, Rui. (2011). Atenção à Saúde da Gestante em APS. Porto Alegre;
28. Magalhães, J. A., Sanseverino, MTV, (2011), Aconselhamento pré-concepcional, In Freitas, F., Rotinas em obstetrícia, 6ª edição, Porto Alegre, Artmed;

29. Martins, Maria, (2003), Mitos e crenças na gravidez- sabedoria e segredos tradicionais das mulheres em seis concelhos do distrito de Braga, Dissertação de Mestrado apresentado ao Instituto das Ciências Sociais do Minho;
30. Martins, Maria, (2004), Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: O passado, o presente, que futuro? Coimbra;
31. Mendes, I., (2000), A Importância Nutricional da Mulher no Período pré-Concepcional e Gestacional - Breves considerações. on line
<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10586;>
32. Ministério de Saúde, (2006), Manual técnico, pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília;
33. Ministério de Saúde, (s/d), folheto informativo 35 Anos PMI/ PR (Protecção Materno Infantil/ Saúde Reprodutiva): Um compromisso com a família caboverdian;
34. Polit, Beck e Hungler, (1995), Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem, 3ª edição, porto alegre, editora artes medicas;
35. Polit, D. F. Beck, C. T. Hungler, B. P , (2004), Fundamentos de pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação, 5ª Edição, São Paulo, Artmed, Editora;
36. Prodanov, Cleber, Cristiano, Freitas, Ernani, Cesar, (2013), Metodologia do trabalho Científico, Métodos e técnicas da Pesquisa e do trabalho académico, 2ª edição, Brasil, Rio Grande do Sul, Editora feeval;
37. Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van, (1998), Manual de investigação em ciências sociais, 3ª Edição, Lisboa, Gradiva-Publicações, Lda;
38. Santos, Graciete, Helena, Nascimento, Martins, Maria, Gloria, Sousa, Marcia, Silva, Batalha, Sandra Jesus, Costa, (2009), Impacto da Idade Materna Sobre os Resultados Perinatais e Via do Parto, [one line]
www.sousafranco.pvaulas/cle/pré-concepcional.pdf, 27/ 06/2014
39. Smith, Norman, (2005), Compreender a gravidez, Porto, Porto Editora;
40. Stanhope e Lancaster (1999).– Enfermagem Comunitária, 4ª Edição;
41. Sousa, Maria José. Baptista, Cristina, Sales, (2011), Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios, 1ª Edição, Lisboa, Editora, Lidel Lda;
42. Souza, R, (2005), Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes da unidade de pronto socorro, Nursing, São Paulo, volume 85, n-8;

43. Schutz, A., (2000), Textos Escolhidos de AlfredSchutz: Fenomenologias e Relações Socais, Rio de Janeiro, Zahar Editores;
44. Trezza, M., (2007), Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: uma relação de experiência, Revista Texto & Contexto Enfermagem, volume 16, n-2;
45. Wroblewski, C., (1992), Aconselhamento Pré-Concepcional, Nursing, Vol., 55.
46. Ziegel e Cranley, (1985), Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 8ª edição, Editora Guanabara;

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Folha de Registo de Planeamento Familiar e Pós-parto.....69

ANEXO II – Folha de Registo de Atendimento Pré-natal.....70

ANEXO I – Folha de Registo de Planeamento Familiar e Pós-parto

REGISTO DE CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR E DE PÓS-PARTO

IDENTIFICAÇÃO		1ª CONSULTA DE PF										CONTROLO DE PF										OBSERVAÇÃO											
Data	Nº	Nome e apelido	Código de inscrição	CARACTERÍSTICAS						Escadaria	Nº de vizos	Estado Civil	CARACTERÍSTICAS						Referência da PF	Exame Ginecológico	Consult. Pós-parto	Ref. Pós-parto											
				Idade			Idade						Microgynon	Outras	Prilast	Injetiv.	DIU	Pres. M.					Natural	Implante	Crítico	Microgynon	Outras	Prilast	Injetiv.	DIU	Pres. F.	Pres. M.	Natural
				10-13 anos	14-16 anos	17-19 anos	>19 anos					10-13 anos	14-16 anos	17-19 anos	>19 anos																		
				M	F	M	F	M	F			M	F	M	F																		

Estado civil: 1. Casado/unido de facto (Coluna 15) 2. Solteiro 3. Outros

Encadernação: 1. Amarela (Coluna 15) 2. Branco 3. Secundário ou mais

Cabo Verde - Ministério da Saúde - Direcção Geral de Saúde - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva - 2010

ANEXO II – Folha de Registo de Atendimento Pré-natal

REGISTO DE CONSULTAS PRÉ NATAL

IDENTIFICAÇÃO		CARACTERÍSTICAS						1ª CONSULTA						CONTROLO						VACINAÇÃO						VIH			VDRL (+, -)			DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
		Idade		G. P. A.	Filhos vivos	Grupo Sanguíneo e RH	Gravidez normal	Gravidez de risco	Referências Obst.	Outras	Nº de consultas	Gravidez normal	Gravidez de risco	Referências Obst.	Outras	VAT1	VAT2	VAT3	VAT4	VAT5	VATS	Comp. vacinal	Perdo	1º Trim	2º Trim	3º Trim							
		10-13 anos	14-16 anos																								17-19 anos	>19 anos					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Declaração da Universidade do Mindelo para autorizar a recolha de dados nos serviços de Saúde de São Vicente.....	72
APÊNDICE II –Requerimento dirigido à responsável do Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista para solicitar autorização para desenvolver a pesquisa.....	73
APÊNDICE III – O inquérito aplicado.....	74
APÊNDICE IV – Guião de entrevista.....	78
APÊNDICE V – Termo de Consentimento Informado.....	81

APÊNDICE I – Declaração da Universidade do Mindelo para autorizar a recolha de dados nos serviços de Saúde de São Vicente.

 **UNIVERSIDADE DO MINDELO** 
Sapientia Ars Vivendi
11 ANOS PROMOVEDO A QUALIDADE

Exma. Senhora Delegada de Saúde
São Vicente
Dra. Ariana Mota

Mindelo, 28 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito do Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.


A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

UNIVERSIDADE DO MINDELO
Enf.ª Acelia Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde
Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv



Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> – e-mail geral@uni-mindelo.edu.cv – Telefone: +238.2326810 – Fax: +238.2325132
NIF: 562770755 mod 00X.13

APÊNDICE II – Requerimento dirigido à responsável do Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista para solicitar autorização para desenvolver a pesquisa.

Exma. Sr.^a Directora do Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista,
Dr.^a Emely Santos,

Eu, Dercy Helena Ferreira Cardoso, nº 2213, estudante do curso da licenciatura em Enfermagem do 4º ano, na Universidade do Mindelo, pretende desenvolver uma investigação sobre "A consulta pré-concepcional no contexto da assistência integral à saúde da mulher em Idade Reprodutiva", vem por este meio mui respeitosamente requerer à Vossa Excelência autorização para a realizar a pesquisa no Centro de Saúde que dirige, na medida em que pretendo entrevistar grávidas.

A Requerente,
Mindelo, 03 de Abril 2014



(Dercy Helena Ferreira Cardoso)

APÊNDICE III - Modelo do inquérito aplicado

Olá!

Por favor, leia atentamente as questões e assinale ou escreva a sua resposta no local apropriado. Procure responder a todas as questões.

Informo-lhe que as suas respostas são confidenciais.

Desde já, agradeço a sua atenção.

I. CARACTERIZAÇÃO DA INQUIRIDA	
1. Idade ____ anos	2 Estado civil <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Outro
3. Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino básico <input type="checkbox"/> Ensino secundário <input type="checkbox"/> Ensino superior / Universitário	4. Situação laboral <input type="checkbox"/> Trabalhadora <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/> Estudante
5. Quantas vezes já esteve grávida? <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três	6. Utilizava algum método para não engravidar (método contraceptivos)? <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não

<input type="checkbox"/> Quatro ou mais	
<p>7. Suspendeu o método contraceptivo antes de engravidar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (passa para o grupo II)</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável.</p>	<p>Se a resposta anterior for <u>sim</u>,</p> <p>8. Quanto tempo antes de engravidar suspendeu o método contraceptivo? _____ meses.</p> <p>8.2 Por indicação de quem?</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciativa própria</p> <p><input type="checkbox"/> Médico de Família</p> <p><input type="checkbox"/> Ginecologista</p> <p><input type="checkbox"/> Outro – Quem? _____.</p>
<p>II. CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL</p>	
<p>1. Teve alguma consulta antes de engravidar, para saber se estava tudo bem consigo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (passe para a pergunta II.3)</p>	<p>Se a resposta anterior for <u>sim</u>,</p> <p>2.O que foi efectuado? (Assinale a sua resposta em todas as alíneas)</p> <p><input type="checkbox"/> Análises</p> <p><input type="checkbox"/> Verificação das vacinas</p> <p><input type="checkbox"/> Conselhos sobre alimentação</p> <p><input type="checkbox"/> Conselhos sobre exercício físico</p> <p><input type="checkbox"/> Conselhos sobre tabaco</p> <p><input type="checkbox"/> Conselhos sobre álcool</p> <p><input type="checkbox"/> Conselhos sobre drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Conselhos sobre medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Citologia cervico-vaginal (Papanicolau)</p> <p><input type="checkbox"/> Suplementação com ácido fólico</p>

<p>Se a resposta da pergunta 1.II for <u>não</u>.</p> <p>3. Porque razão não fez consulta pré-concepcional? (pode optar por mais do que uma resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> Desconhecia essas consultas</p> <p><input type="checkbox"/> Não achei importante.</p> <p><input type="checkbox"/> Outra razão Qual? _____</p>	<p>4. Neste momento, e após ter conhecimento destas consultas, acha importante a sua existência?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>5. Numa próxima gravidez procuraria recorrer a uma consulta pré-concepcional?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>III. GRAVIDEZ ACTUAL</p>	
<p>1. Esta gravidez foi:</p> <p><input type="checkbox"/> Planeada</p> <p><input type="checkbox"/> Não Planeada</p>	<p>2. Esta gravidez foi:</p> <p><input type="checkbox"/> Desejada</p> <p><input type="checkbox"/> Não Desejada</p>
<p>3. Quando teve a 1ª consulta durante a gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> 1º trimestre da gravidez</p> <p><input type="checkbox"/> 2º trimestre da gravidez</p>	

<input type="checkbox"/> 3º trimestre da gravidez	
IV. HÁBITOS	
1. É fumadora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2. Consome bebidas alcoólicas regularmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Já consumiu drogas ilícitas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

APÊNDICE IV – Guião de entrevista

Objectivos da entrevista:

- Conhecer as percepções dos enfermeiros em relação à adesão dos adolescentes e jovens às consultas pré-concepcional;
- Evidenciar a intervenção dos enfermeiros na promoção e aconselhamento das Consultas Pré-concepcionais às mulheres antes de engravidar
- Identificar contributos dos enfermeiros com vista a incentivar a adesão às CPC depois de um parto, usando o caderno Integral da Saúde da mulher.

A) Identificação dos participantes

Idade: _____Anos

Categoria Profissional: _____

Tempo de Profissão: _____

B) Os Conceitos Chave e os procedimentos habituais

1. Para si, o que significa CPC?

2. Faz orientação de consulta CPC às utentes que frequentam o centro de saúde?

Sim:____ Não:____

2.1 A iniciativa partiu de si? Não____ Sim____

2.2 Se sim em que circunstancia?

C) As Intervenções de Enfermagem na CPC

3. Como são feitas as CPC?

3.1 Que assuntos ou temas são abordados?

3.2 Que cuidados/ conselhos mais frequentes são prestados à mulher? (Na sua opinião como deveria ser feita essa consulta?)

4. Quem vai a essas consultas? Consegue descrever/caracterizar as mulheres que frequentam as consultas, (Por exemplo: o extracto social, as razões para frequentar a consulta...)

5. Considera que as CPC são desconhecidas? (Consegue apontar um motivo ou mais que justifique(m) a não adesão à CPC?)

6. Para si, a atitude da utente em relação à CPC pode mudar se houver e/ou for estabelecida uma relação de confiança entre o enfermeiro e a mulher? (Por ex. permitindo que acompanhe uma próxima gravidez?)

7. Durante sua a experiência profissional deparou com uma situação obstétrica de risco que poderia ter sido evitável com uma CPC?

8. Qual o tipo de consulta (tendo em conta os diferentes tipos que se relacionam com as fases da gravidez) que considera mais relevante tendo em conta a promoção da saúde da mulher em idade reprodutiva?

9. O que pensa da seguinte sugestão: incentivar a adesão às CPC depois de uma gravidez indesejada, partindo da utilização do caderno da AISM?

10. Dos conceitos: consulta pré-concepcional e cuidado pré-concepcional para si qual é mais importante para a saúde da mulher e do futuro filho?

Muito obrigada pela sua participação!

Dercy Helena Cardoso

APÊNDICE V – Termo de Consentimento Informado

Consentimento Informado dirigido às Enfermeiras

No âmbito da realização do trabalho de conclusão de curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, pretendo desenvolver uma pesquisa cujo tema é “A Consulta Pré-Concepcional: a assistência integral à saúde da Mulher em idade reprodutiva”.

Este estudo tem como objectivo geral debruçar sobre a importância da consulta pré-concepcional na prevenção de complicações para a saúde da mulher.

No processo de recolha de informações, pretendo aplicar uma entrevista às enfermeiras do Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista, e neste sentido a sua participação será de extrema relevância para a pesquisa.

Informo-lhe que as informações obtidas a partir da entrevista que serão aplicadas, só serão utilizadas neste estudo e tratados com o máximo sigilo. Também gostaria que soubesse que o consentimento pode ser retirado a qualquer momento caso assim decidir.

Em conformidade com o exposto e para os referidos efeitos, eu
_____ **portadora do**
B.I. N° _____ aceito participar nesta pesquisa.

Eu, Dercy Helena Ferreira Cardoso, nº 2213, comprometo-me a cumprir todos os procedimentos éticos requeridos numa investigação, nomeadamente a garantia de confidencialidade no processo de recolha e tratamento dos dados recolhidos.

São Vicente, _____ de Outubro 2014

A pesquisadora,

(Dercy Cardoso)