# CUIDADOS PRÉ-CONCECIONAIS: ATITUDES E SIGNIFICADOS

## *PRECONCEPTION CARE: ATTITUDES AND MEANINGS*

Autores:
Sara Gonçalo Domingues[1], Vânia P. Gomes[2]

**RESUMO**

Introdução: Os cuidados pré-concecionais constituem uma importante medida preventiva em saúde. Contudo, dados nacionais revelam que a utilização da consulta pré-concecional é inferior à desejada. O objetivo deste estudo foi i) caracterizar o conhecimento e utilização da consulta pré-concecional; ii) identificar atitudes e significados que possam influenciar o comportamento perante a consulta pré-concecional.
Métodos: Estudo observacional, analítico e transversal; numa população de mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos, inscritas em duas Unidades de Saúde Familiar. Seleção de uma amostra constituída pelas mulheres que recorreram a consulta presencial durante o mês de julho de 2018. O processo de recolha de informação foi realizado através de inquérito por questionário desenvolvido pelas investigadoras.
Resultados: A maioria das mulheres (63,2%; n = 191) conhecia a consulta pré-concecional e 60,9% (n = 131) das mulheres que já tinham engravidado realizaram esta consulta. O desconhecimento da função e importância da consulta pré-concecional, estimulado por atitude de negligência, constituiu o principal motivo para a sua não utilização. Os significados atribuídos à consulta foram de elevada importância, tanto na dimensão comportamental do médico como da utente.
Conclusão: A importância da consulta pré-concecional é amplamente reconhecida pelos profissionais de saúde. Contudo, a sua utilização não é congruente com o reconhecimento teórico. Este estudo revelou que o desconhecimento da consulta pré-concecional é o principal motivo para a sua não utilização, evidenciando necessidade de intervir a este nível. Tal promoverá a mudança de atitudes, predispondo à procura deste tipo de cuidados.

Palavras-chave: cuidados pré-concecionais, medicina preventiva, cuidados de saúde primários
*Keywords: preconception care, preventive medicine, primary health care*

## INTRODUÇÃO

Os cuidados pré-concecionais englobam os princípios fundamentais da medicina preventiva e da promoção de saúde. Pretendem identificar fatores de risco biomédicos, comportamentais e sociais que possam influenciar uma futura gravidez, para posterior implementação de medidas corretivas/preventivas.[1,2] Assim, assumem especial importância na promoção de comportamentos saudáveis, na prevenção de doenças maternas ou fetais, bem como no tratamento e estabilização de doenças maternas prévias.[3] A prestação destes cuidados tem demonstrado ser um fator determinante no melhor prognóstico durante a gravidez e o parto, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil.[3] O médico de família, através da prestação de cuidados longitudinais ao longo de todas as fases da vida da mulher, ocupa posição privilegiada na preparação da parentalidade.

A melhoria da qualidade dos cuidados pré-concecionais constitui, atualmente, uma das áreas de intervenção prioritária do Plano Nacional de Saúde.[4] Cerca de 20% das gravidezes são influenciadas por fatores de risco que condicionam parto prematuro, aborto espontâneo, distúrbios congénitos e morbimortalidade perinatal.[5] A identificação de fatores de risco, como o tabagismo e a implementação de medidas corretivas/preventivas, como a cessação tabágica, poderão evitar cerca de 5 a 7% das mortes relacionadas com parto pré-termo e cerca de 24% dos casos de síndrome da morte súbita do lactente.[3] Estes dados refletem a importância dos cuidados pré-concecionais como medida preventiva em cuidados reprodutivos.

Apesar do reconhecimento médico atribuído à consulta pré-concecional (CPC), dados nacionais revelam que as mulheres ainda não procuram este tipo de cuidados tanto quanto seria desejável.[6] Segundo um estudo nacional, realizado em 2011, 25,1% das primeiras gravidezes em Portugal não tinham sido planeadas.[6] Este facto pode condicionar um diagnóstico de gravidez mais tardio e consequente exposição do feto a diversos fatores de risco durante o período crítico da organogénese.[7] Das mulheres com gravidezes planeadas, 71,1% tinham realizado

1. Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Pró-Saúde, ACES Cávado II - Gerês/Cabreira
2. Médica Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Santo António, ACES Cávado III - Barcelos/Esposende

cuidados pré-concecionais.[6] O único estudo realizado na região norte de Portugal foi realizado no distrito de Braga, em 2009, ao nível dos Cuidados de Saúde Secundários.[8] Neste estudo, concluiu-se que apenas 27% das grávidas avaliadas tiveram acesso a aconselhamento pré-concecional.[8] Estes resultados evidenciam um contexto sociocultural pouco orientado para cuidados preventivos e planeados e evocam a necessidade de investigar atitudes perante a CPC e significados atribuídos às medidas preventivas da CPC, os quais podem influenciar a procura deste tipo de cuidados pela população.

A importância atribuída aos cuidados pré-concecionais pela comunidade médica não se reflete na procura deste tipo de cuidados pela população. Por isso, é fundamental identificar fatores que influenciam a procura de cuidados pré-concecionais pelas mulheres em idade fértil. A compreensão deste fenómeno permitirá delinear estratégias futuras que facilitem e promovam a utilização dos cuidados pré-concecionais, no domínio da prevenção e da educação para a saúde. Assim, este estudo tem como objetivos: i) caracterizar o conhecimento e utilização da CPC, ii) identificar atitudes e significados que possam influenciar o comportamento perante a CPC em duas Unidades de Saúde Familiar (USF) da região norte do país.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, analítico e transversal em duas USF da Administração Regional de Saúde do Norte, de meio predominantemente rural. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte.

A população do estudo incluiu as mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos inscritas nas respetivas USF. Foram excluídas as mulheres que cumpriam pelo menos um dos seguintes critérios de exclusão, os quais foram aferidos pelo secretariado clínico no momento de entrega dos questionários: analfabetismo, não compreensão da língua portuguesa, residência em Portugal há menos de cinco anos e perceção aparente de debilidade cognitiva. A amostra é de conveniência e não probabilística, sendo constituída pelas utentes com idades compreendidas entre os 18 e 45 anos, as quais tiveram consulta presencial (médica e/ou de enfermagem), durante o mês de julho de 2018.

O processo de recolha de informação foi realizado através do preenchimento de um questionário pela própria utente (anexo 1). Este questionário foi desenvolvido pelas investigadoras a partir da literatura revista e da recolha de dados qualitativos por entrevista a 20 membros da população, não tendo sido submetido a processo de validação. O questionário é constituído por 16 questões, sendo dividido em três partes: a primeira parte permite medir e explicar o conhecimento detido e a utilização dos cuidados pré-concecionais; a segunda permite caracterizar as atitudes e significados atribuídos à CPC; e a terceira permite a caracterização sociodemográfica, clínica e de hábitos integrados em estilos de vida das participantes.

As atitudes perante a CPC, ou seja, a predisposição para a não realização da CPC, foram inferidas pelas investigadoras a partir da literatura revista. Assim, foram concebidos indicadores, os quais correspondem às afirmações da pergunta sete do questionário, que permitissem medir três tipos de atitudes: atitude de recusa (consiste na perspetiva da consulta como evento indesejável ou inútil), atitude de desvalorização (consiste na perspetiva depreciativa da institucionalização clínica da gravidez) e atitude de negligência (consiste na perspetiva depreciativa da consulta devido a desconhecimento da sua função e importância clínica). Os significados atribuídos à CPC com presumível influência na procura de cuidados pré-concecionais, ou seja, a importância reconhecida pelas utentes às ações pré-concecionais, foram inferidas pelas investigadoras a partir das recomendações normativas que orientam as boas práticas da consulta pré-concecional. Essas ações foram enunciadas na pergunta oito do questionário e divididas em duas dimensões: dimensão comportamental médica (ação preventiva de conhecimento das intervenções médicas necessárias) e dimensão comportamental da utente (ação preventiva de conhecimento das condições dos estilos de vida importantes na preparação para a gravidez).

Para que o estudo tivesse significância estatística, com um nível de confiança de 95% e precisão de 5%, utilizou-se o programa informático *Epi Info*™ (disponível gratuitamente no site *Center for Disease Control and Prevention,* Atlanta, USA) para determinar o número mínimo de questionários a ser preenchido. Determinou-se que dentro da população (N = 5104) teriam que ser preenchidos pelo menos 286 questionários. No entanto, as investigadoras optaram por incluir todas as utentes que reuniram os critérios de seleção previamente descritos e que recorreram a consulta durante o período do estudo, pelo que foram entregues 322 questionários. Os questionários sem reposta a perguntas consideradas chave para a compreensão do fenómeno (pergunta um, pergunta quatro e pergunta sete) foram excluídos.

Os dados recolhidos foram registados e analisados

com recurso ao programa informático SPSS, versão 22.0®. Para efeitos de análise inferencial, o nível de confiança admitido foi de 95%. Inicialmente, foi realizada estatística descritiva para a caracterização das diferentes variáveis, através de frequências absolutas e de percentagens. Posteriormente, foi realizada análise exploratória para avaliar a associação entre variáveis qualitativas, através do teste de *qui-quadrado* e análise multivariada para identificar possíveis preditores dos comportamentos associados à CPC, através da regressão logística.

## RESULTADOS

### Caracterização sociodemográfica, clínica e dos hábitos e estilos de vida

Foram entregues 322 questionários, dos quais 20 foram excluídos por ausência de resposta às perguntas-chave do questionário. Das 302 utentes, 27,2% (n = 82) apresentou idade compreendida entre os 40 e os 45 anos, 51,3% (n = 155) eram casadas e 74,2% (n = 224) tinham pelo menos o 10º ano de escolaridade. Quanto à caracterização clínica, a maioria (71,9%; n = 217) não apresentava nenhuma das doenças crónicas incluídas no questionário (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doença cardíaca, renal ou tiroideia, trombofilia, lúpus, artrite reumatoide, asma, epilepsia, depressão, ansiedade, doença bipolar ou esquizofrenia) e 71,2% (n = 215) das mulheres já tinham estado grávidas. Quanto aos hábitos e estilos de vida, 19,9% (n = 60) das mulheres eram fumadoras, 19,5% (n = 59) consumiam bebidas alcoólicas, 53,3% (n = 161) não praticavam regularmente exercício físico e 19,5% (n = 59) consideravam não ter uma alimentação saudável.

### Conhecimento e utilização da CPC

A maioria das mulheres (63,2%; n = 191) reconhecia já ter ouvido falar da CPC, sendo que os profissionais de saúde constituíram a principal fonte informativa. O desconhecimento da CPC foi maior nas mulheres com idade compreendida entre os 18 e os 24 anos de idade (31,5%; n = 35), solteiras (45%; n = 50) e com nível de escolaridade inferior ao 12º ano (70,3%; n = 78). Das mulheres que desconheciam a CPC, 55% (n = 61) já tinha engravidado e 30% (n = 33) possuía pelo menos uma doença crónica. Analisando os hábitos e estilos de vida, verificou-se que 26,1% (n = 29) eram fumadoras, 22,5% (n = 25) consumiam bebidas alcoólicas, 53,6% (n = 59) não praticavam exercício físico regularmente e 26,4% (n = 29) consideravam não ter uma alimentação saudável. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento da CPC e a idade mais avançada ($p < 0,001$), o estado civil de casada ($p < 0,001$), a ausência de hábitos tabágicos ($p = 0,044$) e a realização de uma alimentação saudável ($p = 0,031$). O mesmo não se verificou com o nível de escolaridade, a presença de doenças crónicas, o consumo de bebidas alcoólicas e a prática regular de exercício físico (Quadro I).

**Quadro I.** Relação entre o conhecimento da consulta pré-concecional e os fatores sociodemográficos e hábitos e estilos de vida.

| | | Conhecimento da consulta pré-concecional | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sim | Não | *P* |
| Idade | 18-24 | 21 | 35 | <0,001* |
| | 25-29 | 21 | 17 | |
| | 30-34 | 48 | 16 | |
| | 35-39 | 46 | 16 | |
| | 40-45 | 55 | 27 | |
| Estado civil | Casada | 111 | 44 | <0,001* |
| | Solteira | 34 | 50 | |
| | Divorciada | 12 | 7 | |
| | Viúva | 1 | 1 | |
| | Unida de Facto | 31 | 9 | |
| Escolaridade | 1º - 4º ano | 5 | 1 | 0,058 |
| | 5º - 9º ano | 36 | 35 | |
| | 10º - 12º ano | 75 | 42 | |
| | > 12º ano | 74 | 33 | |
| Escolaridade | Sim | 47 | 33 | 0,361 |
| | Não | 140 | 77 | |
| Doença crónica | Sim | 31 | 29 | 0,044* |
| | Não | 157 | 82 | |
| Consumo de tabaco | Sim | 34 | 25 | 0,352 |
| | Não | 154 | 86 | |
| Consumo de bebidas alcoólicas | Sim | 87 | 51 | 0,956 |
| | Não | 102 | 59 | |
| Alimentação saudável | Sim | 157 | 81 | 0,031* |
| | Não | 30 | 29 | |

*estatisticamente significativo

A CPC foi utilizada por 60,9% (n = 131) das mulheres que já engravidaram. Esta consulta foi realizada em 84,7% (n = 111) dos casos no centro de saúde e o nível de satisfação atribuído à mesma foi elevado, sendo equivalente no domínio da comunicação, da informação sobre os riscos da gravidez e dos exames médicos pedidos. Das mulheres que já engravidaram, 39,1% (n = 84) não realizou CPC. A não realização da CPC foi maior nas mulheres com idade compreendida entre os 40 e os 45 anos (39,3%; n = 33), casadas (68,7%; n = 57) e com nível de escolaridade

inferior ao 9º ano (43,4%; n = 36). Destas mulheres, 25,3% (n = 21) possuía pelos menos uma doença crónica. Analisando os hábitos e estilos de vida, verificou-se que 18,1% (n = 15) eram fumadoras, 16,9% (n = 14) consumiam bebidas alcoólicas, 53,7% (n = 44) não praticavam exercício físico regularmente e 24,7% (n = 20) consideravam não ter uma alimentação saudável. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a realização da CPC nas mulheres que já engravidaram e a idade mais avançada ($p$ = 0,015), o maior nível de escolaridade ($p$ = 0,002) e a realização de alimentação saudável ($p$ = 0,049). O mesmo não se verificou em relação ao estado civil, presença de doença crónica, consumo de tabaco ou bebidas alcoólicas e prática regular de exercício físico (Quadro II).

**Quadro II.** Relação entre a realização de consulta pré-concecional pelas mulheres que já engravidaram e fatores sociodemográficos e hábitos e estilos de vida.

| Conhecimento da consulta pré-concecional | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sim | Não | *P* |
| Idade | 18-24 | 1 | 5 | 0,015* |
| | 25-29 | 9 | 12 | |
| | 30-34 | 39 | 17 | |
| | 35-39 | 40 | 17 | |
| | 40-45 | 42 | 33 | |
| Estado civil | Casada | 88 | 57 | 0,156 |
| | Solteira | 5 | 7 | |
| | Divorciada | 9 | 9 | |
| | Viúva | 3 | 0 | |
| | Unida de Facto | 26 | 10 | |
| Escolaridade | 1º - 4º ano | 4 | 1 | 0,002* |
| | 5º - 9º ano | 27 | 35 | |
| | 10º - 12º ano | 52 | 32 | |
| | > 12º ano | 48 | 15 | |
| Escolaridade | Sim | 37 | 21 | 0,590 |
| | Não | 92 | 62 | |
| Doença crónica | Sim | 19 | 15 | 0,517 |
| | Não | 110 | 68 | |
| Consumo de tabaco | Sim | 16 | 14 | 0,363 |
| | Não | 113 | 69 | |
| Consumo de bebidas alcoólicas | Sim | 60 | 38 | 0,979 |
| | Não | 70 | 44 | |
| Alimentação saudável | Sim | 111 | 61 | 0,049* |
| | Não | 18 | 20 | |

*estatisticamente significativo

Atitudes e Significados

As atitudes afetam o conhecimento e a utilização da CPC (Quadro III). O desconhecimento da existência de CPC ("não sabia que existia essa consulta") constituiu o principal motivo para a não realização deste tipo de consulta entre as mulheres que já engravidaram, sendo responsável por 70,2% (n = 59) dos casos. Segue-se a atitude de recusa e a atitude de desvalorização: na primeira, a rejeição do planeamento da gravidez ("não quero planear a gravidez") foi responsável por 10,7% (n = 9) dos casos; na segunda, o reconhecimento das competências pessoais sobre os cuidados pré-concecionais ("tenho conhecimentos adequados sobre os cuidados a ter antes de engravidar") ocorreu em 14,3% (n = 12) dos casos.

**Quadro III.** Atitudes perante a consulta pré-concecional.

| | TOTAL |
|---|---|
| **Atitude de recusa** | |
| Não quero expor a minha vida íntima | 3,6% (n=3) |
| Não quero planear a gravidez | 10,7% (n=9) |
| Não quero perder tempo com essa consulta | 1,2% (n=1) |
| A gravidez deve ser natural e não deve ser planeada | 4,8% (n=4) |
| TOTAL | 20,2% (n=17) |
| **Atitude de desvalorização** | |
| Acho que o meu médico(a) ou enfermeiro(a) de família não me saberiam ajudar | 0% (n=0) |
| Sou uma pessoa saudável e, por isso, a consulta não é importante | 3,6% (n=3) |
| Tenho conhecimentos adequados sobre os cuidados a ter antes de engravidar | 14,3% (n=12) |
| Não acredito nos benefícios que essa consulta me traz | 1,2% (n=1) |
| TOTAL | 19% (n=16) |
| **Atitude de negligência** | |
| Não sabia que existia esta consulta | 70,2% (n=59) |
| Nunca quis saber as vantagens de planear a gravidez | 3,6% (n=3) |
| Esta consulta destina-se a mulheres com problemas de saúde ou que não conseguem engravidar | 0% (n=0) |
| Teria de esperar muito tempo pela marcação/realização desta consulta | 1,2% (n=1) |
| TOTAL | 75% (n=63) |
| Outro<br>Gravidez inesperada | 8,3% (n=7) |

Relativamente aos significados atribuídos à CPC (Quadro IV), as mulheres atribuíram elevado significado à dimensão comportamental médica e à dimensão comportamental da utente. Na dimensão comportamental médica "ter as vacinas em dia" e "fazer análises ao sangue" foram os comportamentos mais valorizados; as intervenções consideradas menos importantes foram "realizar a vacina da gripe" e "iniciar suplementação com iodo". Na dimensão comportamental da utente, "deixar de fumar" e "diminuir o número de cigarros por dia" foram os comportamentos mais valorizados, sendo que 67,8% (n = 40) das mulheres fumadoras considera muito importante "deixar de fumar"; as intervenções consideradas menos importantes foram "realizar atividade física moderada" e "falar com o meu médico(a) de família sobre os meus antecedentes familiares", sendo que das mulheres que não praticavam regularmente exercício físico ou que não consideravam ter uma alimentação saudável, apenas 37,3% (n = 60) e 38,9% (n = 23) considera muito importante "realizar atividade física moderada".

### Preditores do conhecimento e utilização da CPC

Para estudar possíveis variáveis preditoras do conhecimento e utilização da CPC realizaram-se dois modelos de regressão logística (um para o conhecimento e outro para a utilização da CPC), com as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, doenças crónicas, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, prática regular de exercício físico e alimentação saudável. Relativamente ao conhecimento da CPC, o modelo de regressão logística foi estatisticamente significativo (X2 (16) = 51,5; $p < 0,001$; *Nagelkerke R Square* = 22,0%) e apresentou uma precisão de 70%, tendo sensibilidade de 83,2% e especificidade de 47,7%. Relativamente à utilização da CPC, o modelo de regressão logística foi estatisticamente significativo (X2(16) = 41; $p = 0,001$; *Nagelkerke R Square* = 24,2%) e apresentou uma precisão de 69,7%, tendo sensibilidade de 81,9% e especificidade de 50,6%. A escolaridade foi a única variável preditora do conhecimento e utilização da CPC, sendo que as mulheres com mais do que o 12º ano de escolaridade têm 50% maior risco de conhecer e 99% maior risco de utilizar a CPC, comparativamente com as mulheres com menos de 4 anos de escolaridade.

## DISCUSSÃO

Este estudo obteve resultados relevantes tanto para a comunidade científica como para a sociedade. Em primeiro lugar, foi inovador do ponto de vista científico, uma vez que, até ao momento, as investigadoras desconhecem a realização de estudos na população portuguesa com objetivos e metodologia semelhantes. Em segundo lugar, permitiu identificar fatores que influenciam a predisposição para a procura de cuidados pré-concecionais pela população. Permitiu ainda uma reflexão sobre a implementação de medidas necessárias na prática clínica, orientadas para os cuidados pré-concecionais. Contudo, este estudo apresentou também algumas limitações: a amostra foi não probabilística e de conveniência, pelo que os resultados não possuem legitimidade estatística para serem generalizados à população; o instrumento de medida não sofreu processo de validação, pelo que não podemos assegurar que o instrumento utilizado tenha sido adequado para avaliar o que pretendíamos; e o comportamento das utentes perante a CPC não foi analisado segundo perspetiva dos profissionais de saúde, dificultando a análise global do fenómeno.

Verificou-se que 36,8% (n = 111) das mulheres inquiridas desconhecia a CPC, sendo que destas 55% (n = 61) já tinha engravidado e 30% (n = 33) apresentava pelo menos uma doença crónica. Constatou-se também haver uma relação estatisticamente significativa entre o conhecimento da CPC e a idade mais avançada, a ausência de hábitos tabágicos e a realização de uma alimentação saudável. O nível de escolaridade prediz o conhecimento da CPC, sendo que as mulheres com mais do que o 12º ano de escolaridade têm 50% maior risco de conhecer a CPC. Um estudo realizado em 2011,[9] com o objetivo de verificar o nível de conhecimento das mulheres com diabetes *mellitus* sobre os cuidados pré-concecionais, verificou que 41,5% apresentava conhecimento moderado e 54,7% conhecimento limitado. A prática de estilos de vida não recomendáveis durante a gravidez (hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo e alimentação não saudável) foi também frequente entre estas mulheres. Estes resultados reforçam a importância de divulgar a CPC pelas instituições de saúde, sobretudo entre as mulheres mais jovens, com menor nível de escolaridade, com doenças crónicas que requerem otimização e vigilância do estado de saúde e/ou com hábitos e estilos de vida que influenciam negativamente a gravidez.

A CPC foi realizada por 60,9% (n = 131) das mulheres que já engravidaram, sendo realizada maioritariamente no centro de saúde. O nível de escolaridade revelou-se preditor da utilização da CPC, sendo que

**Quadro IV.** Significados atribuídos à consulta pré-concecional.

| | Não importante | Pouco importante | Importante | Muito importante |
|---|---|---|---|---|
| Dimensão comportamental médica | | | | |
| Ter as vacinas em dia | 0% (n=0) | 1,7% (n=5) | 1,7% (n=5) | 70,3% (n=211) |
| Realizar a vacina da gripe | 7,4% (n=21) | 33,3% (n=95) | 39,3% (n=112) | 20% (n=57) |
| Fazer análises ao sangue | 0% (n=0) | 1,4% (n=4) | 27,5% (n=81) | 71,2% (n=210) |
| Iniciar suplementação com iodo | 4,1% (n=11) | 13,7% (n=37) | 45,6% (n=123) | 36,7% (n=99) |
| Iniciar suplementação com ácido fólico | 1,7% (n=5) | 8,3% (n=24) | 8,3% (n=24) | 51,4% (n=148) |
| Ter o "*papanicolaou*" em dia | 0% (n=0) | 2% (n=6) | 34,2% (n=101) | 63,7% (n=188) |
| Receber conselhos médicos sobre alimentação saudável | 0,3% (n=1) | 2% (n=6) | 49,3% (n=146) | 48,3% (n=143) |
| Receber conselhos médicos sobre prática de atividade física | 0,3% (n=1) | 6,5% (n=19) | 53,7% (n=158) | 39,5% (n=116) |
| Receber conselhos sobre medicação | 0,7% (n=2) | 1,7% (n=5) | 38,2% (n=113) | 59,5% (n=176) |
| Receber conselhos sobre doenças crónicas | 1,7% (n=5) | 4,2% (n=12) | 36,9% (n=106) | 57,1% (n=164) |
| Ter aconselhamento genético | 1% (n=3) | 9,3% (n=27) | 47,8% (n=139) | 41,9% (n=122) |
| Dimensão comportamental da utente | | | | |
| Controlar o peso | 0,7% (n=2) | 3,7% (n=11) | 48% (n=142) | 47,6% (n=141) |
| Falar com o meu médico(a) de família sobre os meus antecedentes familiares | 0,7% (n=2) | 7,5% (n=22) | 41,3% (n=121) | 50,5% (n=148) |
| Falar com o meu médico(a) de família sobre a futura gravidez | 1% (n=3) | 5,9% (n=17) | 42,9% (n=124) | 50,2% (n=145) |
| Realizar uma alimentação saudável | 0% (n=0) | 0,7% (n=2) | 39,6% (n=118) | 59,7% (n=178) |
| Diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas | 0% (n=0) | 1% (n=3) | 25,1% (n=74) | 73,9% (n=218) |
| Parar de beber bebidas alcoólicas | 0,7% (n=2) | 1,7% (n=5) | 24,8% (n=74) | 72,8% (n=217) |
| Diminuir o número de cigarros por dia | 1% (n=3) | 0,7% (n=2) | 21,6% (n=64) | 76,7% (n=227) |
| Deixar de fumar | 0,7% (n=2) | 1% (n=3) | 20,8% (n=61) | 77,5% (n=227) |
| Realizar atividade física moderada (por exemplo: caminhadas) | 0,3% (n=1) | 8,8% (n=26) | 45,4% (n=134) | 45,4% (n=134) |

as mulheres com mais do que o 12º ano de escolaridade apresentam 99% maior risco de utilizar a CPC. Um estudo realizado em 2009, em Leiria,[10] revelou que apenas 49,2% das puérperas tiveram CPC, sendo que 75% realizou a consulta num obstetra privado e apenas 18,3% no centro de saúde. Um outro estudo realizado em 2009, em Braga, revelou que apenas 27% das grávidas tiveram aconselhamento pré-concecional.[8] Em 2011, um estudo nacional revelou que 71,1% das primeiras gravidezes planeadas tinham realizado CPC.[6] Comparando estes resultados com o estudo atual e atendendo às diferenças metodológicas, observa-se aparente aumento na utilização da CPC. A compreensão deste fenómeno é limitada pela escassez de estudos publicados nos últimos 10 anos e pela ausência de estudos realizados ao nível dos cuidados de saúde primários. Assim, as autoras admitem ser relevante formular hipóteses explicativas, de natureza presuntiva, desta melhoria, que merecem análise futura da sua plausibilidade explicativa, concretamente: poderá existir maior responsabilidade individual das utentes para com os cuidados preventivos em saúde; maior literacia em saúde e prevenção; maior responsabilidade profissional e competências em cuidados preventivos; melhor acessibilidade aos cuidados de saúde; e/ou melhor organização dos serviços de saúde.

Embora existam poucos estudos que façam este tipo de análise, existem alguns fatores apontados na literatura que influenciam a procura da CPC: a gravidez não planeada, o desconhecimento das consultas e a não importância atribuída a este tipo de consultas.[10] No nosso estudo, o desconhecimento da função e importância da CPC - atitude de negligência

- constituiu o principal fator identificado que contribuiu para a não utilização da CPC, predispondo à subvalorização da consulta enquanto suporte preventivo à gravidez. A atitude de recusa, a qual estimula a predisposição para assumir a gravidez como um ato natural e pessoal, assim como a atitude de desvalorização, a qual predispõem para a desvalorização das capacidades institucionais e das vantagens clínicas da CPC, foram menos identificadas pelas participantes como razões para a não utilização da CPC. Contudo, o processo de identificação de atitudes possíveis de explicar este comportamento pode não ter sido suficientemente sensível à diversidade de atitudes eventualmente existentes e igualmente dotadas de capacidade explicativa. Relativamente aos significados atribuídos à CPC, verificou-se que as utentes atribuíram elevada importância às medidas pré-concecionais. Foi atribuído menor importância à vacina da gripe, possivelmente pela sazonalidade que implica e à suplementação com iodo, possivelmente por ser uma das recomendações pré-concecionais mais recentes. Presumivelmente os significados atribuídos pelas utentes à CPC são importantes na representação cognitiva que têm da CPC e, consequentemente influenciam o seu comportamento na procura desta consulta.

Um estudo realizado em 2006 nos Estados Unidos,[11] verificou que menos de 40% das mulheres com idades entre os 18 e 45 anos se recordava de conversar com o seu médico assistente sobre cuidados pré-concecionais no último ano; evidenciou também que a maioria das mulheres desconhecia fatores que pudessem influenciar negativamente a saúde materna e fetal. Estes resultados, concertados com os resultados obtidos no nosso estudo, revelam que o aconselhamento pré-concecional é deficitário ao nível dos serviços de saúde. Contudo, as mulheres que recebem aconselhamento pré-concecional estão mais predispostas a adotar comportamentos positivos em relação à sua saúde e a evitar comportamentos de risco.[12] Assim, é fundamental investir na melhoria dos cuidados reprodutivos, apostando no aconselhamento pré-concecional, de forma a aumentar a procura deste tipo de cuidados e promover a responsabilização individual em cuidados preventivos. Nos cuidados de saúde primários é recomendável utilizar os diferentes tipos de contactos com os cuidados de saúde – consultas de vigilância, consultas de saúde infantil e juvenil dos 15 aos 18 anos, pedidos de testes imunológicos de gravidez e, em especial, consultas de planeamento familiar – para divulgar a existência da CPC, aumentar a literacia em saúde preventiva e reforçar a importância de planear a gravidez.

Existem poucos estudos publicados nesta área em Portugal, pelo que estudos futuros com metodologia adequada serão cruciais para a implementação de medidas que permitam promover a saúde pré-concecional. As autoras sugerem também a realização de um estudo que analise fatores institucionais responsáveis pela não utilização da CPC, adotando como referência a perspetiva dos profissionais de saúde em relação aos cuidados pré-concecionais.

## CONCLUSÕES

As atitudes das utentes perante a CPC influenciam a procura de cuidados pré-concecionais. Intervir na melhoria do conhecimento do conteúdo e das vantagens da CPC, através de medidas institucionais facilitadoras da comunicação e educação para a saúde, revela-se fundamental. Esta intervenção contribuirá para a melhoria dos significados atribuídos à CPC e facilitará a predisposição das utentes para a procura deste tipo de cuidados.


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Posner SF, Johnson K, Parker C, Atrash H, Biermann J. The National Summit on Preconception Care: A Summary of Concepts and Recommendations. Matern Child Health J. 2006;10:199-207.
2. Van Der Zee B, de Beaufort I, Temel S, de Wert G, Denktas S, Steegers E. Preconception care: an essential preventive strategy to improve children's and women's health. J Public Health Policy. 2011;32:367-79.
3. World Health Organization. (2013). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: World Health Organization Headquarters, Geneva. 2012; 6-7.
4. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão resumo [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013 [consultado em 28 setembro 2017]. Disponível em:http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf.
5. Levels and trends in child mortality 2012: Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Morality Estimation [Internet]. New York: the United Nations Children's Fund; 2012 [consultado em 28 setembro 2017]. Disponível em: http://www.childmortality.org/files_v21/download/Levels%20and%20Trends%20in%20Child%20Mortality%20Report%202012.pdf.
6. Branco MJ, Paixão E, Vicente LF. Uma "observação" sobre a utilização de cuidados preventivos pela mulher [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia; 2011 [consultado em 28 setembro 2017]. Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/preconcepcao/utilizacao-de-cuidados-preventivos-pela-mulher-estudo-no-grupo-ecos-pdf.aspx.
7. Prestação de cuidados preconcecionais - Circular normativa Nº 02 de 16/01/2006 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2006 [consultado em 18 setembro 2017]. Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/prestacao-de-cuidados-pre-concepcionais-pdf.aspx.
8. Pinheiro L, Silva N, Almerinda P. Cuidados pré-concepcionais e vigilância pré-natal na sub-região de Braga. Saúde infantil. 2009;31(2):59-62.
9. Moura E, Evangelista D, Damasceno A. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concecionais e riscos materno-fetais. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(1):22-9.
10. Bacelo T, Lopes M. Consulta Pré-concepcional – Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André – Leiria. Rev Port Clin Geral. 2009;25:19-29.
11. Frey K, e Files J. Preconception Healthcare: What Women Know and Believe. Matern Child Health J. 2006; 10:S73-S77.

12. Hussein N, Kai J e Qureshi N. The effects of preconception interventions on improving reproductive health and pregnancy outcomes in primary care: A systematic review. European Journal of General Practice. 2016; 22(1): 42-52.

CONFLITOS DE INTERESSE:
As autoras declaram não possuir conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:
Sara Gonçalo Domingues
saradomingues.registos@gmail.com

RECEBIDO: 9 de outubro de 2018 | ACEITE: 29 de março de 2019

## ANEXO I:
## QUESTIONÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

Este questionário é anónimo e confidencial e é realizado no âmbito do estudo "cuidados pré-concecionais: atitudes e significados" a decorrer em duas Unidades de Saúde Familiar da região norte. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. O preenchimento deste questionário tem uma duração previsível de 15 minutos. Agradecemos a sua colaboração.

Instruções de preenchimento: Preencha o quadrado **(☐)** correspondente à sua opinião. Note que, algumas questões, têm um roteiro diferente. Nesse caso, siga as setas (→).

1. Já ouviu falar na consulta pré-concecional?
Sim ☐
Não ☐ (→ se não, passe para a questão 3)

2. Em que meio ouviu falar nesta consulta?
(pode escolher mais do que uma opção)
Televisão ☐
Rádio ☐
Revistas ☐
Internet ☐
Família/amigos ☐
Médico(a) ☐
Enfermeiro(a) ☐
Cartazes/panfletos disponíveis no centro de saúde ☐
Outro ☐ Qual? _____
_____

3. Já engravidou?
Sim ☐
Não ☐

4. A consulta pré-concecional é uma consulta que se realiza antes de engravidar e tem como principal objetivo identificar e modificar possíveis riscos que possam influenciar a normal evolução da gravidez. Fez alguma consulta pré-concecional?
Sim ☐
Não ☐ (→ se não, passe para a questão 7)

5. Onde realizou a sua(s) consulta(s) pré-concecional(ais)? (pode escolher mais do que uma opção)
Centro de saúde ☐
Hospital público ☐
Ginecologista/obstetra privado ☐
Outro ☐ Qual? _____
_____

6. Qual o seu nível de satisfação com a(s) consulta(s) pré-concecional(ais) realizada(s)?

| Práticas do(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a) | Nada satisfeita | Pouco satisfeita | Satisfeita | Muito satisfeita |
|---|---|---|---|---|
| Comunicação | | | | |
| Informação sobre riscos da gravidez | | | | |
| Informação sobre boas práticas de saúde | | | | |
| Informação sobre boas práticas de alimentação | | | | |
| Exames médicos pedidos | | | | |

7. Caso nunca tenha realizado consulta pré-concecional, indique com **X** as razões por que não realizou consulta pré-concecional (pode escolher mais do que uma opção)

| Razões | |
|---|---|
| Não quero expor a minha vida íntima | |
| Não quero planear a gravidez | |
| Não quero perder tempo com essa consulta | |
| A gravidez deve ser natural e não deve ser planeada | |
| Acho que o meu médico(a) ou enfermeiro(a) de família não me saberiam ajudar | |
| Sou uma pessoa saudável e, por isso, a consulta não é importante | |
| Tenho conhecimentos adequados sobre os cuidados a ter antes de engravidar | |
| Não acredito nos benefícios que essa consulta me traz | |
| Não sabia que existia esta consulta | |
| Nunca quis saber as vantagens de planear a gravidez | |
| Esta consulta destina-se a mulheres com problemas de saúde ou que não conseguem engravidar | |
| Teria de esperar muito tempo pela marcação/ realização desta consulta | |
| Outra razão? Qual? _____ | |

8. Na sua opinião, qual a importância das seguintes medidas antes de engravidar: (responda a todas as linhas)

| Práticas antes da gravidez | Não importante | Pouco importante | Importante | Muito importante |
|---|---|---|---|---|
| Ter as vacinas em dia | | | | |
| Realizar a vacina da gripe | | | | |
| Fazer análises ao sangue | | | | |
| Iniciar suplementação com iodo | | | | |
| Iniciar suplementação com ácido fólico | | | | |
| Ter o *"papanicolaou"* em dia | | | | |
| Receber conselhos médicos sobre alimentação saudável | | | | |
| Receber conselhos médicos sobre prática de atividade física | | | | |
| Receber conselhos sobre medicação | | | | |
| Receber conselhos sobre doenças crónicas | | | | |
| Ter aconselhamento genético | | | | |
| Controlar o peso | | | | |
| Falar com o meu médico(a) de família sobre os meus antecedentes familiares | | | | |
| Falar com o meu médico(a) de família sobre a futura gravidez | | | | |
| Realizar uma alimentação saudável | | | | |
| Diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas | | | | |
| Parar de beber bebidas alcoólicas | | | | |
| Diminuir o número de cigarros por dia | | | | |
| Deixar de fumar | | | | |
| Realizar atividade física moderada (por exemplo: caminhadas) | | | | |

9. Idade:
18-24 ☐
25-29 ☐
30-34 ☐
35-39 ☐
40-45 ☐

10. Estado civil:
Casada ☐
Solteira ☐
Divorciada/separada ☐
Viúva ☐
Unida de facto ☐

11. Escolaridade:
até ao 4º ano ☐
5º-9º ano ☐
10º-12º ano ☐
mais do que 12º ano ☐

12. Sofre de alguma das doenças incluídas na seguinte tabela? (responda apenas "Sim" ou "Não")
Sim ☐

| | |
|---|---|
| Diabetes *mellitus* | Doença cardíaca |
| Doença da tiróide | Trombofilia |
| Epilepsia | Asma |
| Hipertensão arterial | Depressão |
| Artrite reumatoide | Ansiedade |
| Lúpus | Doença bipolar |
| Doença renal | Esquizofrenia |

Não ☐

13. É fumadora?
Sim ☐
Não ☐

14. Consome bebidas alcoólicas?
Sim ☐
Não ☐

15. Pratica exercício físico (como por exemplo, caminhada, corrida, natação, hidroginástica, musculação) pelo menos três vezes por semana?
Sim ☐
Não ☐

16. Considera que tem uma alimentação saudável, rica e grelhados, cozidos, legumes e hortícolas e pobre em gorduras e açucares?
Sim ☐
Não ☐

Obrigada pela colaboração